

Atención integral centrada en la persona

Holistic attention person-centred

Dolors Bascompte,¹ Mercè Laborda² y M^a Carme Sabater³

Resumen

La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) es una entidad que defiende los intereses tanto de los usuarios de la sanidad como de los servicios sociales. Uno de nuestros objetivos es conseguir integrar el modelo social y sanitario, centrado en las personas, para cubrir sus necesidades con una visión conjunta, debe ser el objetivo prioritario de todos los profesionales implicados y el primer paso para evitar las iniquidades y desigualdades en salud. Para que eso se lleve a cabo se necesita voluntad política, implicación de los profesionales y corresponsabilidad de los usuarios.

Palabras clave: Persona, atención integral, dependencia, determinantes de la salud, voluntad política.

Abstract

CUS is the Health Users Coordinator, an entity fighting for the rights of social and health care users. One of our goals is to integrate the person-centred health and social model to cover people needs holistically. This has to be the main objective for all implied professionals and the first step to avoid health inequalities. To do so, political will is needed, as well as implication from professionals and users' co-responsability.

Key words: Person, holistic attention, dependancy, health determinants, political will.

Para citar el artículo: BASCOMPTE, Dolors, LABORDA, Mercè y SABATER, M^a Carme. Atención integral centrada en la persona. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 108-113. ISSN 0212-7210.

¹Directora de la Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS). dolors@cus-usuaris.org

²Médico. Asesora médica de la CUS. merce@cus-usuaris.org

³Presidenta de la CUS. carme@cus-usuaris.org

La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) es una entidad que defiende los intereses tanto de los usuarios de la sanidad como de los servicios sociales, y como asociación de consumidores que somos, también defendemos los derechos de las personas consumidoras en el ámbito del consumo y la alimentación.

■ **La Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat (CUS) es una entidad que defiende los intereses tanto de los usuarios de la sanidad como de los servicios sociales, y como asociación de consumidores que somos, también defendemos los derechos de las personas consumidoras en el ámbito del consumo y la alimentación.**

La CUS comenzó a formarse en los años 70, pero fue incluida en el Registro de Asociaciones y Fundaciones con fecha 27 de abril de 1979. La persona que hizo posible esto fue la Sra. Carmen Serarols i Arnau y algunos políticos que la ayudaron en la creación de los estatutos, como el Sr. Agustí de Semir o el Sr. Josep Maria Xirinacs, entre otros.

Los objetivos de la entidad no han variado en el tiempo, y son y serán ayudar a las personas, sobre todo a colectivos débiles y sensibles, a que puedan resolver los conflictos con los que se encuentran tanto a nivel social como sanitario. Por eso siempre hemos estado defendiendo ante las consejerías correspondientes estos derechos, con la colaboración y complicidad absoluta de nuestros técnicos.

En este largo camino han pasado muchas cosas, ha evolucionado el sistema, los profesionales han ido obteniendo su lugar y

reconocimiento y **los usuarios también han evolucionado**, de ser personas pasivas han pasado a ser más proactivos y pedir lo que creen que por ley les corresponde.

■ **Si un tema ha preocupado a la CUS desde sus inicios ha sido la atención sanitaria y social que tiene que recibir una persona cuando lo necesita en un determinado momento de su vida y la coordinación de los servicios que dan esta atención para que sean eficientes y coherentes hacia la persona que los ha de recibir.**

Si un tema ha preocupado a la CUS desde sus inicios ha sido la atención sanitaria y social que tiene que recibir una persona cuando lo necesita en un determinado momento de su vida y la coordinación de los servicios que dan esta atención para que sean eficientes y coherentes hacia la persona que los ha de recibir.

Esta preocupación siempre se ha hecho llegar tanto a los políticos como a los dirigentes de la Administración que hemos ido teniendo en los más de 35 años de trabajo que la CUS lleva de existencia.

El Programa “**Vida als anys**”, creado en 1986, fue un buen inicio de intentar resolver esta carencia. Poco a poco se fueron creando nuevos servicios como las largas estancias y los hospitales de día, las convalecencias y cuidados paliativos, como las UFISS (Unidades funcionales interdisciplinarias socio sanitarias) o el PADES (Programa de atención domiciliaria y equipos de apoyo). Todo un ramificado creado para dar atención sociosanitaria a las personas que lo necesitaran. ¿Pero era suficiente? ¿Quedaban cubiertas todas las expectativas? Nosotros creemos que no.

Aunque de ninguna manera se puede despreciar la creación de todos estos recursos y siendo conscientes de que fueron un gran avance en la atención sociosanitaria, a la CUS nos seguían llegando personas, de todas las edades, con determinadas necesidades que no quedaban cubiertas. Había que insistir más.

En 2005, y como continuación de todo este proceso, se da un paso más. Un paso que parecía importante y que cubriría los espacios vacíos existentes. El **ProdeP** (Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia) quería implantar un modelo de atención a las personas en situación de dependencia basado en una acción integrada entre los servicios sociales y salud y que se llevara a cabo en el territorio.

La conocida **Ley de Dependencia**, tan esperada y en ocasiones tan decepcionante, con un inicio esperanzador pero con un futuro muy incierto, ha intentado cubrir, a través de su PIA, las necesidades de las personas que necesitan una atención social y sanitaria.

Pero nuestra pregunta es: ¿a costa de qué y de quién?

En ningún caso queremos desmerecer esta ley. No dudamos que ha sido un paso importante y que como dicen... “algo es algo”. Pero... ¿es suficiente? La experiencia nos ha demostrado que no... El coste económico que ha supuesto, ¿era factible? Muchas personas aún no han cobrado determinados atrasos y si nos referimos a las valoraciones de dependencia que se hicieron en su día, comparándolas con las que se hacen ahora, no tienen nada que ver. Nos preguntamos, ¿cuáles eran las correctas? ¿Las de antes o las de ahora? Y no hablemos de las revisio-

nes de grado de dependencia, que como dicen o recomiendan algunos profesionales... “no la hagamos, no sea que salgamos perdiendo”.

Pero retomando la pregunta sobre si los recursos que tenemos son suficientes, debemos decir que suponemos que no, ya que de nuevo se nos presenta un nuevo proyecto, el **PIAISS** (Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria), lleno de expectativas. Si hasta ahora todos los proyectos dependían de consejerías diferentes (Vida a los años en Salud, ProdeP en Bienestar Social y Familia...), esta vez la voluntad política de unificar criterios sociales y sanitarios está. Ambas consejerías se unen con la intención de hacer un trabajo conjunto y unificado hacia el tema que nos ocupa: la atención social y sanitaria pero esta vez centrada en la persona.

El PIAISS apenas comienza. De momento va dirigido básicamente a las personas mayores y a la red de salud mental. Otros sectores poblacionales como los niños, por ejemplo, tendrán que esperar, y deseamos que también se puedan beneficiar en breve. Los cambios políticos hacen que este proyecto esté en la cuerda floja y que su futuro sea de momento incierto. Todo dependerá del seguimiento que le quieran dar futuros gobiernos. Por nuestra parte, consideramos que proyectos tan importantes deberían estar garantizados, para que los cambios políticos no puedan interferir en su desarrollo.

Hasta aquí hemos intentado hacer un resumen en el tiempo de lo que hemos tenido y tenemos. Realmente son grandes proyectos, grandes acciones que necesitan de una buena dotación económica, pero que sobre todo sin el esfuerzo de miles de profesionales tanto de salud como de trabajo

social no se hubieran llevado a cabo. **En la CUS nos gusta ser optimistas** y valoramos la labor realizada en beneficio de miles de usuarios que se han podido beneficiar. Pero en la CUS también nos gusta ser críticos, siempre con carácter constructivo y proyectando hacia las personas que realmente necesitan los recursos y servicios sociales y sanitarios. Estos recursos necesarios en determinadas tipologías de gente, los tenemos que ver como un todo, como una unión inseparable. Hasta ahora siempre hemos tenido dos caminos: la visión social y la visión sanitaria, de modo que cuando un usuario necesitaba un determinado recurso donde era imprescindible la unificación de las dos vertientes, era abocado a una situación de conflicto donde siempre, por decirlo de alguna manera, ganaba una vertiente sobre la otra. Cuántas veces hemos tenido que escuchar las frases: “este recurso no le corresponde porque no tiene discriminante sanitario” o “este recurso es social y tal y como está de salud... no podrá acceder” o “esta atención domiciliaria no cubre determinados aspectos que ya sabemos que son importantes y necesarios para usted, pero...”.

Se denomina **determinantes de la salud** al conjunto de circunstancias en las que nace, vive, crece, trabaja, envejece y es atendido cada ciudadano por los sistemas sanitarios.

El concepto SALUD es transversal, hasta el punto de que resulta difícil encontrar un aspecto de la vida que no esté relacionado con ella. Se habla de “**salud en todas las políticas**”. Cada vez asumimos más, como ciudadanos, que los condicionantes de la salud son múltiples, diversos y muy cercanos a nosotros y nuestras vidas.

Nadie niega la importancia de la alimentación, el acceso a la vivienda, la pobreza

energética, el estrés, el paro y la polución atmosférica, por nombrar algunos, en la salud de cada uno de nosotros.

El informe de Salud, que anualmente elabora la Agencia de Salud Pública de Barcelona sobre nuestra ciudad valora muchos de estos determinantes, aunque no todos, y acaba dibujando un mapa de desigualdades bien definido geográficamente. En el informe de 2014, la “*matriz Urban HEART*” de Barcelona nos muestra las diferencias entre barrios para una selección de indicadores de salud y de determinantes de la salud. Así pues, podemos ver que el estado de salud de la población no solamente está relacionado con los servicios asistenciales. Aun así, algunos condicionantes, como los económicos, son mucho más difíciles de modificar, y por eso hay que tratar de trabajar sobre los sociales y los sanitarios, coordinados de manera conjunta.

■ El estado de salud de la población no solamente está relacionado con los servicios asistenciales.

Dado que la esperanza de vida en Barcelona y en Cataluña va en aumento y que las probabilidades de sufrir enfermedades crónicas, más o menos invalidantes, se incrementan exponencialmente, es en estos casos en los que hay que invertir más esfuerzos tanto sociales como sanitarios.

Hasta ahora los agentes sanitarios y los sociales trabajaban por su parte y con pocas o ninguna interrelación mutua. A menudo el usuario veía como lo derivaban a diferentes lugares, incluso físicamente, a fin de solicitar ayudas complementarias. Recordad la vieja imagen de las “ventanillas”, donde tratan fríamente pidiendo diferentes documen-

tos, sellos y timbres y hacían ir de una a la otra hasta que se hacía la hora de CERRAR.

El ciudadano es único e irrepetible. El ciudadano no quiere sentirse como un historial más, un número de expediente.

Ahora apenas se empieza a ver el fruto de la historia clínica compartida en nuestro país. Recordemos cuando cada persona con pluripatologías tenía un historial de cada especialista que lo visitaba. Cada vez que iba al cardiólogo le tenía que enseñar lo que le había recetado el trauma o el oftalmólogo o el neurólogo. Este usuario pluritratado no sabía a quién hacer caso y a menudo terminaba haciendo lo que quería, sin dar parte a nadie. Si además necesitaba ayudas sociales había que dirigirse a un nuevo profesional, ubicado a menudo en un nuevo lugar, contar su historia médica, enseñar los medicamentos que tomaba y los informes médicos en caso de disponer de ellos, todo un montón de documentación que no podía valorar porque su función era solo atender las demandas sociales y no sanitarias.

Las personas queremos ser tratadas como tales, no como partes individualizadas y sin relación entre sí. No puede ser que el reumatólogo nos diga que no podemos hacer ejercicio por culpa de la artrosis de rodilla y que el endocrinólogo nos recomiende hacer ejercicio para bajar el azúcar. ¿Quién me hará caso?, ¿por dónde debemos tirar?, ¿en qué consiste el autocuidado que a veces nos piden?, ¿y si desconfío de algunos de los profesionales que me atienden?

Por todo ello la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, formando parte de una atención integrada, ha sido tan y tan demandada por todos aquellos ciudadanos que los necesitan. Es necesario que trabajen juntos con el objetivo de conseguir la mejo-

ra de la calidad de vida de sus usuarios o clientes.

Los ciudadanos no podemos entender cómo es que hay diferentes consejerías, con diferentes presupuestos, que los tratan sin ningún tipo de relación ni coordinación entre ellos. Queremos que todas aquellas personas implicadas con nuestro tratamiento crónico tengan nuestros datos personales, tanto médicos como sociales, y que los puedan usar en nuestro propio bien, mejorando las prestaciones y en definitiva mejorando el día a día, ya bastante dañado por las discapacidades que tenemos. Por si fuéramos pocos, los servicios sociales pueden venir del CAP, del Ayuntamiento o del centro hospitalario y no suelen estar demasiado coordinados.

En Barcelona ciudad, según el informe de salud 2014, hay 18.958 mujeres y 3.954 hombres mayores de 85 años que viven solos. Desconocemos cuántas de estas personas no tienen familiares o los tienen viviendo lejos de ellos. Supongamos que todas ellas disponen de Teleasistencia, que utilizan en caso de emergencia. Supongamos que va el 061 y consiguen estabilizarla y hacer unos cambios en la medicación. ¿Quién va a la farmacia? ¿Quién avisará a los servicios sociales o a la asociación de voluntarios que tienen o pueden tener cuidado de esta persona? ¿El servicio de emergencias médicas se debe esperar a que aparezca un acompañante? Si es necesario preparar una dieta especial, en ese momento, con productos que no están en el hogar, ¿quién los va a buscar y quién prepara aquella comida? Si hay supervisión después de administrar una determinada medicación por parte del 061, ¿quién la hace?

Seríamente **es necesario un cambio de paradigma**, los parientes no siempre existen o no están allí en ese momento, las rela-

ciones de vecindad ya no son como antes. Por contra la red de servicios sociales públicos es cada día más presente y potente.

Si creemos en que hay que trabajar para **disminuir las desigualdades en salud**, debemos hacer posible de entrada esta interrelación estrecha, coordinada y eficiente entre los servicios sanitarios y los sociales, haciendo posible la atención Integral de las personas, según sus necesidades.

Conclusiones

Como conclusión, queremos remarcar que el hecho de que Cataluña haya conseguido ser uno de los países con mayor esperanza de vida en Europa ha hecho que fuera necesario adecuar los recursos sociales y sanitarios a las demandas de los ciudadanos, usuarios del sistema, a fin de hacer un buen uso, respetando los derechos y deberes de la población.

A pesar de que damos datos sobre Barcelona ciudad, consideramos que no hay que

olvidar que las desigualdades no son locales, sino en todos los municipios de Cataluña, cada uno de ellos con sus diferencias geográficas y/o de habitantes.

Los profesionales tanto sociales como sanitarios deben estar dispuestos a trabajar de manera conjunta, teniendo como objetivo cubrir las necesidades integrales de la persona a la que van dirigidos los recursos. Por su parte el usuario, que con el tiempo ha mejorado su rol, además de pedir o reclamar lo que le corresponde, está o debería estar dispuesto a implicarse y a participar en todo aquello que afecte a sus necesidades, sean sanitarias o sociales, sin olvidar su responsabilidad de hacer un buen uso de los recursos.

Consideramos que de no enturbiar la situación vamos por buen camino. Trabajar de manera conjunta y ofreciendo servicios integrales es una buena manera de poner a la **persona/ciudadano/usuario** en el lugar que le corresponde, en el centro del sistema.

Bibliografía

- Documento ‘Vida als anys’ L’Atenció sociosanitària a Catalunya 2003. http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at_sociosanit_catalunya_2003.pdf
- Observatori del sistema de salut de Catalunya: Model col·laboratiu per a l’abordatge de l’atenció sanitària i social bàsica a Lleida: <http://oigs.gencat.cat/pages/viewexperience.aspx?id=193>
- Creación del Programa “Prodep” (Programa per a l’impuls i l’ordenació de la promoció de l’autonomia personal i l’atenció a les persones en situació de dependència): http://www.dincat.cat/ca/ceaci%C3%B3-del-programa-prodep-programa-per-l-impuls-i-l-ordenaci%C3%B3-de-la-promoci%C3%B3-de-l-autonomia-personal-i-l-atenci%C3%B3-a-les-persones-en-situaci%C3%B3-de-depend%C3%A8ncia-_9222
- Informe de Salut Barcelona 2014. Agència de Salut Pública de Barcelona. http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut2014_2010.pdf
- Matriu Urban HEART de Barcelona. Diferències entre barris per a una selecció d’indicadors de salut i de determinants de la salut. Barcelona, 2014. http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut2014_2010.pdf (Figura 24).
- Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid07212.htm>