

***PRINCIPIOS DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN
SITUACIONES DE ENFERMEDAD MENTAL SEVERA Y
EXCLUSIÓN SOCIAL***

**JORNADA “EXCLUSIÓN SOCIAL Y PATOLOGÍA MENTAL SEVERA:
UNA COOPERACIÓN SOCIO-SANITARIA IMPRESCINDIBLE”
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO, INCLUSIÓN SOCIAL E IGUALDAD
Universidad de Deusto
Manuel Lezertua. Ararteko
26-02-2016**

“Principios de la coordinación sociosanitaria en situaciones de enfermedad mental severa y exclusión social”

Quisiera, en primer lugar, agradecer a la Diputación Foral de Bizkaia la amable invitación que ha dirigido a este Ararteko para participar en este espacio de reflexión relativo a la intervención social y sanitaria destinada a respetar la dignidad de las personas afectadas por una enfermedad mental severa y que se hallen, al mismo tiempo, en situación de exclusión social. Permítanme que les dirija todas mis felicitaciones por la pertinencia y la actualidad del tema elegido para esta jornada que afecta directamente a personas especialmente desprotegidas.

El eje principal de la atención socio-sanitaria a este colectivo consiste, desde el punto de vista del Ararteko, en incorporar al tratamiento una **perspectiva de derechos ciudadanos y de vulnerabilidad social**. Esto quiere decir que los pacientes que sufren de este tipo de patologías no deben ser objeto únicamente de procesos meramente asistenciales sino que la finalidad de la intervención debe ir más allá: buscando **el mayor bienestar y calidad de vida del paciente y su integración e inclusión social**. En consecuencia, estas personas deberán ver garantizado, no solo una asistencia apropiada sino, asimismo, el respeto a los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico.

El objetivo de la atención sociosanitaria en este ámbito, por tanto, **es mantener o mejorar la calidad de vida de las personas que presentan, de forma simultánea o sucesiva, una enfermedad mental y dificultades sociales**.

Como marco de referencia me remito al modelo¹ de los determinantes sociales que ha desarrollado la Organización Mundial de la Salud para explicar las inequidades en materia de salud. En ese modelo se plantea que hay circunstancias que determinan la salud y que dependen de la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos y de las condiciones de vida.

Otro factor importante a tomar en consideración es el dato de que la prevalencia de trastornos mentales **es mayor** entre las personas que se encuentran en situación de exclusión o pobreza, y la realidad de que las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión tienen más riesgo de sufrir problemas de salud mental.

¹ **62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA62.14, Punto 12.5 del orden del día 22 de mayo de 2009** Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008; En su Declaración de Río de Janeiro 2011 expresa su determinación de lograr la equidad social y en salud, y pide a todos los países un compromiso mundial: “todos por la equidad” y “salud para todos”.

Si hacemos una comparación con las demás prestaciones sanitarias, la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica ha tenido un protagonismo especial y ha estado en una situación de desventaja. Desde la perspectiva de la atención sociosanitaria, podemos decir que las personas con enfermedad mental tienen también un protagonismo específico.

Ante esta situación se plantean dos opciones teóricas: una la de que esta atención se realice a través de la creación de recursos específicos sociosanitarios o bien que se haga a través de una acción coordinada de los actuales servicios sanitarios y sociales, que ha sido la opción elegida.

Damos por sentada la importancia que una buena coordinación de los recursos sociales y sanitarios tiene para la atención de muchas de las necesidades. Pero esta atención no debería descansar exclusivamente en la coordinación desde esos ámbitos. Se debe afianzar la idea de que una parte importante de las dificultades de algunos colectivos son **un problema de salud pública**, que demanda actuaciones para procurar un bienestar social integral de la población.

Si el objetivo es lograr la integración de las personas necesitadas, el trabajo se deberá realizar con una adecuada coordinación de los recursos sociales y sanitarios, pero también desde su medio social, laboral, cultural o educativo. Desde esta perspectiva, si queremos llegar a atender las necesidades humanas fundamentales, la atención deberá ser comunitaria. Conscientes de los cambios que pueden suceder en las estructuras comunitarias naturales del entorno de una persona, con pérdida de lazos sociales en muchos casos, una buena coordinación de los ámbitos sociales y sanitarios debe llegar a cubrir las carencias causadas por esos cambios.

Creo que, desde el punto de vista de los recursos públicos, la intervención en este ámbito debe ir más allá de la coordinación entre lo sanitario y lo social. Es sabido que existen aspectos sociales que influyen en la salud de las personas. Por ello, para que la actuación de los poderes públicos sea eficaz, la coordinación de las políticas públicas debería alcanzar a todos los sectores que inciden en el bienestar social, como son la vivienda o unos ingresos mínimos. Es preciso intervenir sobre estos aspectos que van asociados a gran parte de las situaciones de vulnerabilidad y de exclusión.

En los últimos años se están haciendo esfuerzos importantes para cambiar la manera de atender a estas personas en base a principios jurídicos y éticos y con sustento en modelos colaborativos de intervención intersectorial y comunitaria. Ello ha supuesto avanzar desde la concepción de enfermos o enfermas susceptibles de atención sanitaria, **a ciudadanas y ciudadanos, sujetos de derechos y obligaciones.**

Este cambio de paradigma tiene numerosas implicaciones en la manera de intervenir porque exige un **compromiso por el bienestar de la persona, la colaboración con otros profesionales y con las redes comunitarias y la coordinación entre sistemas y servicios**. Se trata de un cambio de manera de trabajar importante pero obligado si se quiere alcanzar dicho objetivo. Cambio de modelo que puede conllevar la disminución de los costes sanitarios.

Por otro lado, las nuevas tecnologías permiten una manera de intervenir más colaborativa.

Todo ello comporta objetivos de inclusión que comprometen a más departamentos y administraciones.

La atención centrada en la persona implica poner en el foco de atención las necesidades de las personas tanto relativas a su salud, como sociales, educativas, profesionales o afectivas, en itinerarios personales, y en la articulación e intervención de distintos sistemas, dispositivos y equipos multiprofesionales, generando culturas comunes e innovaciones organizativas y funcionales diversas y teniendo en cuenta la participación de las familias y del entorno social más cercano.

Y ello supone **dejar en un segundo plano** las cuestiones organizativas derivadas de las competencias, o de las funciones de los puestos de trabajo o cuestiones orgánicas. No es que dejen de tener relevancia, sino que deben conciliarse con otros derechos y necesidades y con una manera de trabajar más colaborativa. La interacción de dispositivos y profesionales de ámbitos diversos junto a la participación de la familia y el entorno social con un objetivo común es el gran reto con el que nos encontramos.

En este nuevo modelo no cabe la derivación o el peregrinaje entre ventanillas o la interacción puntual ya que conlleva necesariamente formas de coordinación intersectorial. Tampoco caben razones que giren en torno a cuestiones como que no es una función del puesto o que no se dispone de la cualificación exigida, ya que se trata de intervenciones en red con equipos multidisciplinares y con el reto de la formación continua.

En este sentido la innovación social impulsada, en muchos casos, por el Tercer Sector es una contribución que va a implicar una mejora en sectores más conservadores de la acción pública.

Los avances en este ámbito son importantes desde que se adoptó el Plan Estratégico para la Atención Sociosanitaria (2005-2008), me voy a detener en algunos de ellos:

Creo que hay cuestiones a destacar positivamente:

Está claro que el modelo del que se ha dotado Euskadi es el **modelo de coordinación sociosanitaria**.

Hay una mayor conciencia de la necesidad de intervención conjunta y coordinada y hay una mayor comunicación entre las dos redes.

Además existe una estructura organizativa de coordinación (Consejo vasco de atención sociosanitaria, consejos territoriales sociosanitarios y comisiones de valoración y orientación sociosanitaria, cuyas decisiones son la puerta de acceso a determinados recursos sociosanitarios²).

Se ha avanzado en cuestiones claves como es la valoración de la dependencia.

Se han impulsado convenios de colaboración entre el Gobierno vasco y las diputaciones con el fin de garantizar entre otras las prestaciones de servicios de asistencia médica y, en concreto, siquiátrica rehabilitadora en centros residenciales, centros de día psicosociales, centros ocupacionales o unidades residenciales sociosanitarias. Hay acuerdos de cofinanciación de dispositivos y plazas cofinanciadas para la atención a personas con enfermedad mental. Y hay estrategias e intervenciones específicas como las que se llevan a cabo en Bizkaia para atención a pacientes con trastorno mental grave de especial complejidad (tratamiento asertivo comunitario) o el destinado en Bilbao a personas sin hogar.

Además, se ha avanzado en la erradicación del estigma con la inclusión de los dispositivos de salud mental hospitalario y comunitario en régimen de igualdad con los demás dispositivos sanitarios y sociales **aunque queda todavía mucho trabajo pendiente por hacer en la erradicación del estigma siguiendo los principios derivados de la declaración de Oviedo**³. En este sentido es importante mejorar la sensibilización e información sobre la posibilidad de formulación de denuncias y quejas cuando se perciba una discriminación de las personas con Trastorno Mental Grave en el acceso a dispositivos y prestaciones sociales y sanitarias.

Por último, destacamos como elemento importante que tanto el Sistema Sanitario como el de Servicios Sociales **son sistemas públicos**.

² Sus acuerdos permiten el ingreso en las unidades residenciales sociosanitarias, unidades de trastorno mental severo o unidades específicas alternativas de internamiento a personas con enfermedad mental, recursos de centros de día psicosociales, y recursos específicos para personas con sida

³ [Manifiesto](#) de Oviedo contra el estigma en Salud Mental Oviedo, 11 de noviembre de 2011, sociedad española de psiquiatría.

A nivel legal y de planificación administrativa debemos mencionar de manera muy positiva a la Ley 12/2008 de Servicios Sociales y al Decreto 185/2015 de cartera de prestaciones y servicios del Sistema vasco de Servicios Sociales, y que se haya acordado la estrategia de Salud Mental de la CAPV 2010, y el Documento Marco para elaboración de las Directrices de Atención Sociosanitaria en Euskadi, febrero de 2011 o las líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi 2013-2016.

En el Estado es de destacar la Ley de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (2006), o la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012) o el [Libro Blanco](#) de la Coordinación Sociosanitaria (2011), o el reciente “Documento base para una atención sociosanitaria integral”.

Además, en nuestra comunidad existe un Tercer Sector organizado, con trayectoria y reflexión que mantiene interlocución con las Administraciones públicas.

No obstante estos avances quedan aún **cuestiones pendientes** y citamos entre otras:

- Queda pendiente la **protocolización general** de los procesos de acceso y de alta en muchos recursos ya que intervienen dos redes diferentes que deben garantizar la atención y la continuidad de la provisión de los servicios o la creación e implantación de la historia sociosanitaria prevista en las [líneas estratégicas 2013-2016](#).
- También falta el establecimiento de **criterios y protocolos homogéneos de intervención sociosanitaria en urgencias psiquiátricas o por otros motivos de crisis** (adicciones, sin hogarismo...) **en el ámbito comunitario** (en los que intervengan el Juzgado y la Etzaintza).
- Es necesario avanzar hacia una metodología de trabajo común que garantice la continuidad en los cuidados (basada en la gestión de procesos y gestión compartida de casos, que prevea la participación de la persona usuaria). La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios requiere el diseño y la aplicación de instrumentos comunes que faciliten las intervenciones y, en lo posible, eviten solapamientos entre los servicios, desfases temporales en la secuencia de las intervenciones y duplicaciones innecesarias de los esfuerzos
- La importancia de avanzar hacia un **sistema de información compartido**, que respete la protección de datos y el deber de confidencialidad (que en este ámbito sufre un riesgo mayor porque las intervenciones son largas y es imprescindible la cooperación de distintos sistemas, salud, educación,...). Se trata de tomar conciencia y disponer de formación sobre las implicaciones que supone el derecho a la protección de datos y la

obligación de confidencialidad desde la perspectiva ética y jurídica, pero también de disponer de información sociosanitaria integrada, interoperable y accesible para su uso por todos los agentes implicados en el cuidado de la persona ya que, en otro caso, se producen distorsiones. Un ejemplo de los que planteamos es que el personal sanitario de las unidades sociosanitarias no tiene acceso al historial clínico. En estos momentos la prescripción farmacéutica para la dispensa de medicamentos en la farmacia procede de la prescripción realizada en la atención primaria de salud cuando puede que haya habido otras indicaciones por parte de los servicios médicos de una unidad sociosanitaria y puede que no coincidan. En cuanto al ámbito social la información compartida es casi inexistente.

- Es preciso destacar también la importancia de la **planificación conjunta** entre ambos sistemas donde se incorporen los ayuntamientos por la trascendencia de la atención comunitaria. Es necesario que existan personas referentes y espacios de coordinación no sólo en el nivel de planificación sino también de intervención. La coordinación actual se da principalmente en la toma de algunas decisiones o para las derivaciones e ingresos en recursos externos comunitarios y la financiación, pero debemos avanzar hacia la integración de la información y de las actuaciones de ambos ámbitos.

Los trabajadores sanitarios y sociales tienen que trabajar juntos, realizar procesos y procedimientos compartidos, asumir ambos la responsabilidad de su puesta en funcionamiento y el seguimiento de los mismos para la reflexión compartida, la evaluación y propuesta de medidas **para que se cumpla el objetivo de la mejora de la calidad de vida.**

El plan de cuidados debería ser compartido entre las diferentes administraciones competentes para garantizar una continuidad de atención que permita transitar por ambos sistemas con los dispositivos de ambas redes recibiendo prestaciones integradas. No cabe que se den altas hospitalarias que se justifique en “dificultades sociales”. Otro inconveniente para que se produzca una gestión centrada en la persona son los horarios, las citas. La atención a las necesidades de las personas en situación de exclusión social, sobre todo cuando sufren enfermedad mental severa, exige flexibilidad en los requisitos para su atención.

En este sentido los Servicios Sociales, y en concreto el Tercer Sector, tienen mucho que aportar al sistema sanitario, que tiene una lógica distinta, lo que hace que atienda principalmente a situaciones severas, con fármacos o costosas tecnologías hospitalarias efectivas a corto plazo. **La atención a personas con problemática social tiene otra filosofía más holística, a largo plazo, en el que el componente relacional es fundamental.** El próximo plan estratégico y los planes operativos sociosanitarios en cada Territorio deberían tener en cuenta estas premisas.

El sistema de Servicios Sociales es más frágil que el de Salud ya que tiene todavía que consolidarse. La Ley de Servicios Sociales es del año 2008 y hasta el año 2015 no se ha aprobado la cartera de servicios y prestaciones. Hay pocos puestos intermedios, coordinadores, directivos...sobre todo en la atención primaria, lo que dificulta la sistematización de los procesos y la planificación conjunta.

- Otras limitaciones que observamos son las **diferencias en la zonificación**, ya que las demarcaciones territoriales no coinciden entre los servicios sociales y sanitarios, **las diferencias organizativas**, y la **diferente visión** sobre la atención requerida por los profesionales que debe ser tenida en cuenta a nivel estratégico y de planificación.
- Resulta imprescindible mejorar el equilibrio interterritorial, que haya un desarrollo más homogéneo de los recursos sociosanitarios entre los tres territorios históricos y dentro de cada Territorio Histórico, para evitar la concentración de los recursos en las capitales (como ocurre con los recursos destinados a personas sin hogar) y algunos desequilibrios territoriales de servicios y prestaciones. Se han ido generando recursos en los tres territorios sin una planificación previa que ha llevado a que en cada TH se hayan desarrollado protocolos o recursos o una manera de trabajar distinta a lo que a la diversidad se le añade algunos desequilibrios que pueden dar lugar a diferentes coberturas.
- Hay que reforzar la intervención en medio abierto de profesionales del ámbito de la psiquiatría para la atención a personas con enfermedad en situación de exclusión social extrema.

También se requieren más recursos residenciales para personas con enfermedad mental, más programas de intervención sociosanitaria a domicilio, más programas de carácter terapéutico y educativo para personas menores de edad con trastornos de conducta...

Una parte importante de la atención de las necesidades sociales que tienen estas personas se realiza a través de hogares de acogida, que desarrollan programas de atención individual y apoyo para su proceso de rehabilitación. El ámbito de trabajo de esos hogares, regidos en una parte importante por asociaciones con financiación pública, lo podemos situar en el de las personas en situación de riesgo de exclusión atendidas en centros de salud mental.

Lo que puede justificar su análisis desde una perspectiva sociosanitaria, es la relación directa que la atención a estas personas tiene con el funcionamiento de los recursos sociales, sin cuya existencia no sería posible la continuidad de la atención terapéutica de personas que se alojan en estos pisos de acogida.

En definitiva, **en el ámbito sanitario, de atención social, educativo o de cuidados el factor humano es clave para la calidad del servicio.**

- Quisiera destacar además, la importancia de la atención primaria en salud y en servicios sociales, del desarrollo efectivo del enfoque comunitario. Se deben priorizar las propuestas de atención en el contexto comunitario, las fórmulas de apoyo a la red sociofamiliar de atención, la importancia de la participación de las familias y de las personas por su necesidad...En definitiva habría que apoyar los contextos comunitarios, las relaciones sociales, el valor de la confianza entre las personas y las iniciativas privadas participativas y autogestionadas. Los Servicios Sociales y el Tercer Sector tienen más experiencia en promover esta cultura y este tipo de programas porque parten de la importancia de la participación activa en los procesos de intervención social.
- Dedico un espacio especial a la necesidad de atención a colectivos específicos como es la atención a las personas presas, con las peculiaridades en el caso de que sean mujeres o jóvenes, o a las personas sin hogar.

Sobre esta cuestión simplemente voy a mencionar el informe extraordinario del Ararteko sobre "La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV". En el mismo se analiza la atención que reciben las personas presas y se dirigen recomendaciones que afectan a las carencias detectadas. Entre las carencias que destacábamos era la necesidad de mejorar la coordinación con el exterior con el fin de garantizar no solo la continuidad asistencial, sino principalmente la derivación a dispositivos que puedan acompañar el proceso de inclusión social de la persona. Además, la necesidad de una intervención previa y específica dentro de la prisión con las personas con enfermedad mental por parte de las y los técnicos de instituciones penitenciarias y también, necesariamente, de entidades comunitarias y el diseño de un itinerario de inserción que comprenda el acceso a recursos comunitarios adecuados a cada situación son básicos para garantizar la eficacia de la intervención social.

El mayor conocimiento de los profesionales del medio penitenciario sobre la red de recursos comunitarios podrían facilitar las propuestas de progresión de grado y excarcelación, y la derivación a recursos adecuados a su problemáticas, ya que algunos de dichos recursos podrían acoger determinadas situaciones, evitando situaciones de abandono, mendicidad, reincidencia y reingreso en prisión.

La coordinación en este ámbito se ve fundamental, así como el fortalecimiento de recursos comunitarios externos dispuestos a la acogida de las personas con enfermedad mental que se encuentran en prisión.

Respecto a **las personas sin hogar la institución del Ararteko también elaboró un informe extraordinario** hace ya 10 años; la reciente aprobada cartera de prestaciones y servicios hace referencia a algunos servicios básicos para este colectivo que exigen financiación y recursos adecuados. Aunque han aumentado los municipios que tienen dispositivos específicos todavía están localizados prioritariamente en las capitales. Estos recursos son importantes **para detectar problemas de salud mental y llevar a cabo la intervención necesaria adaptada a sus necesidades**. Está pendiente la elaboración de una **estrategia para combatir la situación de las personas sin hogar** que logre capacitar a estas personas para lograr acceder a una vivienda, y permanecer en ella. Para ello es necesario innovar y diversificar las respuestas que hay que ofrecer y estar atentos a las buenas prácticas, como es la del “housing first”, los alojamientos de emergencia de calidad, la implantación de dispositivos invernales suficientes y adecuados (en ocasiones el tiempo de apertura es insuficiente o las temperaturas previstas para su apertura muy bajas) o bien poner en marcha los **programas de intervención que diferencian la titularidad y ejercicio de los derechos de la conducta de las personas**, esto último exige una reflexión profunda.

Es necesario **mejorar la información** a nivel interno y a nivel de usuarios dado que son muchos y variados los recursos que se ofrecen por los Servicios Sociales públicos, el Tercer Sector, el Sistema Sanitario con diferentes requisitos de acceso. Intervienen numerosos agentes públicos y privados, lo que dificulta el conocimiento de los recursos existentes para los propios profesionales, lo que da la medida de las dificultades que también tienen las personas para conocer de los mismos. El **plan de comunicación sociosanitario** previsto en las líneas estratégicas de la atención sociosanitaria 2013-2016 puede ser un avance **pero está aún por conocer**.

Hasta aquí algunas de las cuestiones pendientes.

Quisiera finalizar con algunas reflexiones

Debemos destacar la importancia de la educación y comunicación, emocional y ética, que implique el desarrollo en los profesionales que intervienen de una capacidad empática, valores y actitudes de reconocimiento y compromiso con las personas usuarias y pacientes, formación que debería alcanzar a toda la sociedad.

Hay que reseñar también la importancia de la necesidad de una reflexión seria sobre el baremo de aplicación para la valoración de la dependencia, ya que no recoge adecuadamente la situación de dificultad para llevar una vida autónoma por parte de las personas que tienen una enfermedad mental grave. También las cuestiones jurídicas relativas a su capacidad jurídica, nombramiento de tutores y curadores, control del cuidado que les procuran, trámites necesarios... La perspectiva de protección a estas personas debe ser prioritaria con independencia o mejor dicho **con una interpretación garantista de la respuesta jurídica a la pérdida**

de facultades psíquicas y físicas. La perspectiva de protección exige la delimitación del papel de las administraciones públicas ante situaciones de desamparo en personas adultas con limitaciones en su capacidad.

Por último, entre los valores más importantes que tiene el ser humano y la sociedad está la **solidaridad hacía las personas vulnerables**, como son las personas afectadas por enfermedades mentales severas.

La protección social es el andamiaje imprescindible para la convivencia, para la prevención de la salud, para la atención a las enfermedades y la **garantía del cumplimiento de los derechos de las personas**.

Muchas gracias por su atención