Zubía 39 201-208 Logroño 2021

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD Y SOCIOSANITARIO EN LA COVID-19 EN LA RIOJA

URBINA AGUILAR RAPOSO[1], Mª ANTONIA ARETIO ROMERO[1], TATIANA CÁMARA NARRO[1], MAITE CISNEROS ÁLVAREZ[1], BEGOÑA DELPON ORMAECHEA[1], RUTH FERNÁNDEZ ELÍAS[1], Mª LUISA FRAILE JIMÉNEZ[1], Mª INMACULADA GARCÍA TRE[1], ANA ISABEL GUERRA MARTÍNEZ[1], ISABEL JIMÉNEZ SAENZ[1], Mª OLGA MARTÍNEZ CAÑAS[1], Mª CARMEN ORUEZABAL MARTÍNEZ[1], MARTA PÉREZ LARUMBE[1], NIEVES PALACIOS PELLEJERO[1], CRISTINA PÉREZ VELAMAZÁN[1], BEATRIZ ROMERO GONZÁLEZ[1], ARANCHA RUIZ GARCÍA[1], MARTA LEIRE SAN MARTÍN TRIANA[1], VALVANERA SANTA MARÍA EGURROLA[1], MANUEL OLIVARES COBO[1]*

RESUMEN

Describimos la actividad de trabajo social en los centros de salud, hospitales y coordinación sociosanitaria durante la pandemia COVID-19 en La Rioja.

Teniendo en cuenta la visión holística de la salud, la actividad recoge la dimensión social de las personas y familias afectadas: el cubrimiento de las necesidades más básicas en los domicilios, el cumplimiento del confinamiento, organización del apoyo a las personas dependientes y sus cuidadores. Además, apoyo emocional familiar y verificación de las condiciones de confinamiento hasta el alta en atención hospitalaria, coordinando además la actividad de convalecencia COVID. Por último, apoyo e intervención del duelo cuando fue requerido.

Paralelamente ha supuesto un fortalecimiento de la figura de trabajo social tanto en los equipos de Atención Primaria como en Hospitalaria, y la coordinación entre servicios e instituciones.

Palabras clave: trabajo social, apoyo, coordinación sociosanitaria, COVID 19

It is described the ***social work*** *activity in health centers, hospitals and the* ***socio-sanitary coordination*** *during the* ***COVID-19*** *pandemic in La Rioja.*

1. Equipo de Trabajo Social en Salud y Sociosanitario del Hospital Universitario San Pedro (Logroño).
* Autor de correspondencia: molivaresc@riojasalud.es

Taking into account a holistic vision of health, the activity involves the social dimension of the affected individuals and families: the coverage of the most basic needs in homes, the self-isolation compliance and the organization of ***support*** *for dependents and their caregivers. Furthermore, family emotional* ***support*** *and verification of confinement conditions until discharge from hospital care, also coordinating the COVID convalescence activity. Finally, grief support and intervention when it was required.*

At the same time, it has meant a strengthening of the figure of social work in both the Primary Care and Hospital teams, and the coordination between services and institutions.

Keywords: *social work, support, socio-sanitary coordination, COVID 19*

1. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La pandemia provocada por el SARS-CoV2 desde primeros de marzo de 2020 en La Rioja ha supuesto un **desafío completo para todo el sistema sanitario**, afectando a todos los niveles asistenciales, y la necesidad de coordinación entre los niveles y otras instituciones existentes que sobre la marcha se han tenido que reinventar.

Independientemente de todos los cambios organizativos introducidos en el modo de atención sanitaria, también la COVID–19 presenta aspectos que afectan al área social de las personas, las familias y la sociedad en general.

La planificación del alta es, por su complejidad, además un proceso interdisciplinar, que debe de ser capaz de ayudar a los pacientes y sus familias a desarrollar planes post hospitalarios factibles. Una buena planificación del alta implica más que un simple traslado del paciente a un centro o a su casa. Incluye asesoramiento de las necesidades de los pacientes y los recursos necesarios, acompañar en la toma de decisiones y coordinarlos con los servicios de soporte de la comunidad, tanto sanitarios como sociales.

En estos momentos, dada de la situación de pandemia, la planificación del alta resultó aún más difícil. Desde la Unidad de Trabajo Social se marcó primero un objetivo general que consistía en garantizar a la persona afectada y/o a su familia la cobertura de sus necesidades sociales y familiares, proporcionando apoyo psicosocial y emocional, y planificando la continuidad asistencial que se precisara en cada caso.

En relación con el objetivo principal, nos planteamos los objetivos específicos:

- Identificar todas las situaciones de riesgo para el cumplimiento de aislamiento en domicilio
- Identificar las situaciones de riesgo para la salud, articulando los recursos socio sanitarios necesarios, y

- Propiciar la coordinación sanitaria entre diferentes niveles asistenciales y con el ámbito de los servicios sociales básicos y especializados, así como con las entidades del tercer sector.

Había que comprobar que los usuarios dados de alta clínica cumplían los requisitos necesarios para cumplir aislamiento en su domicilio y presentaban una red de apoyos suficiente para tener cubiertas sus necesidades básicas. Sin embargo, bien el paciente o bien la familia, presentaban factores de riesgo y no disponían de los apoyos necesarios, en unas ocasiones porque la persona vivía sola, o porque era cuidadora de otros, dependiente, institucionalizada, con otras patologías, que viven en pisos compartidos, en albergues o en la calle, víctimas de violencia de género, problemas de salud mental o cualquier otra situación de vulnerabilidad. Además en ocasiones presentaban necesidades a nivel médico (oxigenoterapia, medicación intravenosa…etc.) lo que hacía necesario cumplir el aislamiento en un hospital o centro adecuado.

Buscando un apoyo teórico para esta ingente labor, tomamos la definición de Dolors Colom que nos parece se ajusta bastante a nuestra labor en esta pandemia.

> *"El Trabajo Social Sanitario es el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. Considera no sólo las necesidades sanitarias que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento terapéutico, el cumplimiento terapéutico, en las condiciones óptimas".*

Recogemos aquí los aspectos sociosanitarios movilizados con los recursos disponibles. A nivel de atención especializada, y desde el Servicio de Enfermedades Infecciosas, se introdujo la derivación a trabajo social en el Protocolo de "Manejo Clínico COVID" y en concreto, al destino del alta. Mostramos en la siguiente tabla (Tabla 1) el número de derivaciones, en donde se aprecia el enorme impacto que supuso la derivación por COVID.

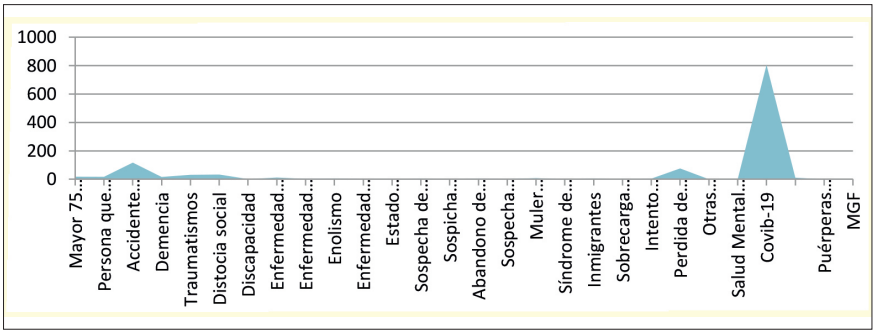

Figura 1. Número y causa de las derivaciones.

Hay que reseñar además, que aparte de estas derivaciones reales, estaban las llamadas directas de familiares solicitando información sobre sus enfer-

mos (sin menoscabo de la enorme actividad informativa realizada a nivel médico y enfermero) para tareas como hacer llegar objetos como cargadores de móviles, ropa, estado emocional, e incluso angustia y miedo que sentían. Tales situaciones eran respondidas en el momento o con posterioridad, en función de la disponibilidad. Las compañeras aceleraron y prolongaron el ritmo de trabajo de modo que es de justicia hacerlo constar aquí.

Hubo 805 derivaciones (Tabla 2) desde los controles Covid, lo que supuso unas 2400 entrevistas, aproximadamente. Las entrevistas se realizaban con los familiares – cuidadores identificados, via telefónica la mayoría de ellas. Caracteristicas de esas entrevistas eran:

- Clima emocinal muy vulnerable, con gran carga de emotividad
- Asegurarse que se trataba del cuidor principal o cercano del paciente
- Asegurarse de las condiciones optimas de la vivienda donde se debía realizar el aislamiento
- Asegurarse que contaba con los apoyos materiales y humanos necesarios para continuar con la recuperación de la Covid manteniendo el aislamiento

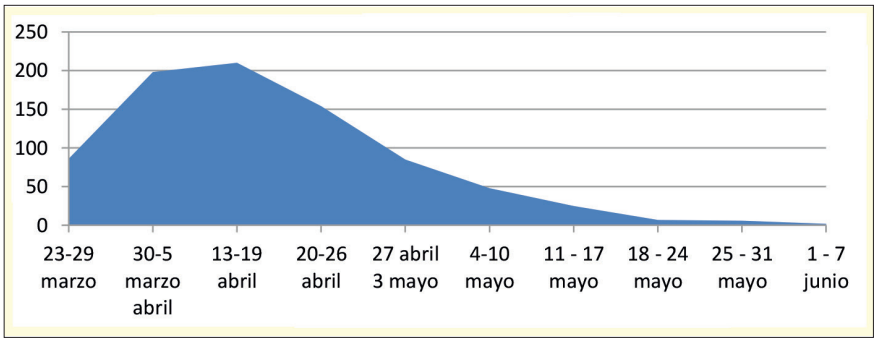

Figura 2. Número de derivaciones por semana.

Esto es lo que principalmente hemos hecho en esta pandemia, pero sin olvidarnos del resto de pacientes ingresados y atendidos en urgencias, por cuya vulnerabilidad ha sido necesaria nuestra intervención habitual.

En un primer momento nos dedicamos 1-2 personas a la COVID, pero progresivamente se incorporó todo el mundo. Con cada paciente, con cada llamada a familiares, nos encontrábamos con dificultades que teníamos que solventar como podíamos. Nos encontramos con auténticos dramas familiares que había que escuchar, recoger y sostener. Escuchamos hablar al miedo, a la impotencia, al cabreo, al sufrimiento en un grado difícil de soportar. Y gracias a la unión entre las compañeras del hospital y de atención primaria, y a nuestro responsable, seguimos adelante. Cada día, al finalizar la jornada laboral, informábamos a nuestro Jefe Sociosanitario, al Jefe de

Servicio de Infecciosas y a nuestras compañeras de Primaria de las altas dadas y del destino donde se había decidido. Para coordinar su seguimiento tanto a nivel medico como a nivel de trabajo social sanitario.

Al final se comunicaba al facultativo sobre las condiciones y disposición para realizar al alta del paciente (Tabla 3).

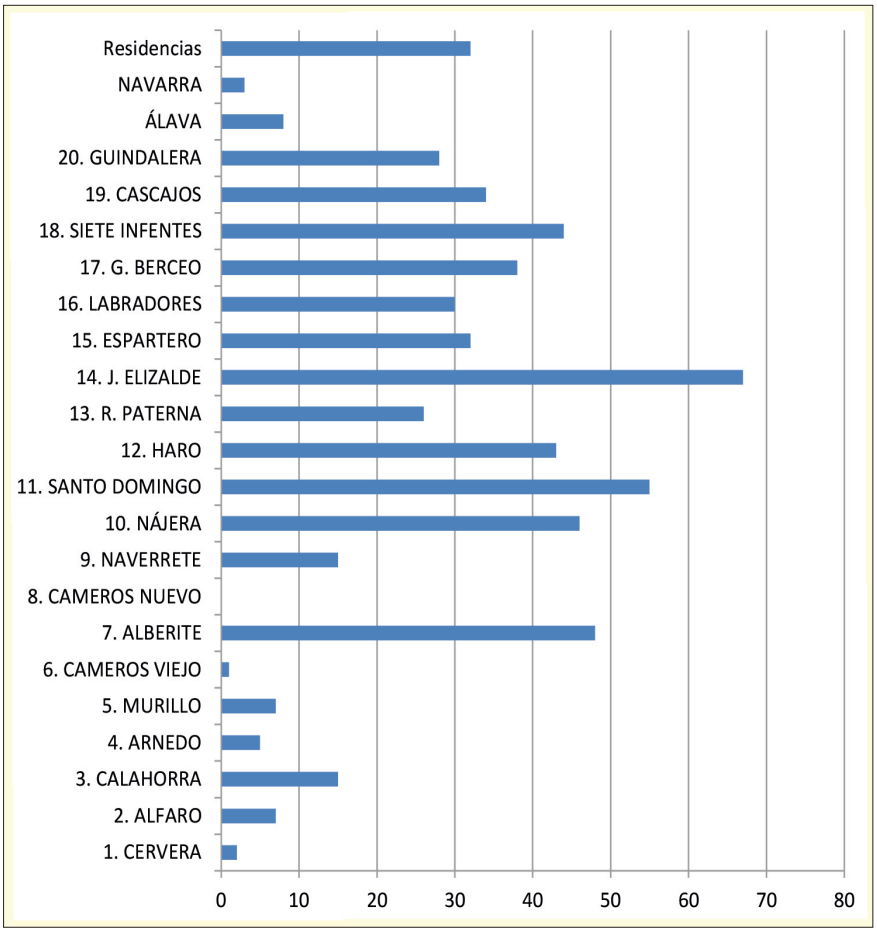

Figura 3. Derivaciones a domicilio por zonas básicas de salud.

- Contar además, que todas estas derivaciones eran multiderivación:
- Ubicación tras el alta clínica para confinamiento
- Secuelas de dependencia producidas pos la Covid-19
- Dependencia concomitantes agravadas por la covid-19
- Vulnerabilidad previa: minorías étnicas, temporeros, pobreza, mercado sexual, etc.

Estas derivaciones eran comunicadas a la trabajadora social de Atención Primaria correspondiente al principio, pero con la progresión geométrica, finalmente se colocaba el listado de altas en la carpeta en red común donde después cada una de las compañeras podía seleccionar las propias de su zona. Todo ello para el acompañamiento posterior mediante llamadas al domicilio.

2. CENTROS DE CONVALECENCIA COVID

Desde la Dirección del SERIS de había habilitado tres posibles centros de convalecencia donde se podía continuar la misma, en función de la complejidad asistencial del paciente y su nivel de dependencia:

- Hospital Los Manzanos para pacientes con complejidad clínica alta, dependencia y necesidad de oxigenoterapia (131 pacientes entre el 18/3/20 y el 26/5/20).
- Hospital General de La Rioja, habilitado el Control de Enfermería 1º Izquierda, con 49 pacientes entre el 3/4/20 al 20/5/20.
  - 35 Pacientes autónomos con necesidad de oxígeno hasta el 28/4/20.
  - 14 pacientes dependientes desde el 28/4/20.
- CRMF Lardero para confinamiento por ausencia de condiciones adecuadas en su domicilio: estructurales de la vivienda o ausencia de cuidadores: 100 pacientes entre el 25/3/20 al 8/5/20. Una semana más tarde, 14/5/20, se reabrió para poder atender las necesidades de aislamiento de algunos temporeros, llegados a La Rioja para trabajar puntualmente en labores agrícolas. Permaneció operativo hasta el 12/6/20.

Los centros de convalecencia COVID-19 comenzaron su actividad el 18/3/20 y 25/3/20, fechas muy tempranas en la evolución de la pandemia (el 14/3/20 se declaró el estado de alarma).

En olas posteriores no fue preciso habilitar los centros de convalecencia COVID-19, aunque sí ha funcionado como *Arca para confinamiento* el Hotel ISASA; donde se derivaron 12 usuarios con necesidad de confinamiento (positivos o convivientes) tanto desde Atención Primaria como Hospitalaria

Esta actividad supuso una adaptación constante del sistema sanitario y los profesionales.

A nivel de **Atención Primaria**, el trabajo social ha sido fundamental, con una integración efectiva en los equipos, a través de las reuniones diarias a principio y final de la jornada. Se han recibido más derivaciones en general, y se han trabajado y/o intervenido en equipo, cuando ha sido preciso.

Actuaciones de las trabajadoras sociales de Atención Primaria:

- Detección**,** junto al resto de profesionales de cada centro, de aquellos casos con riesgo sociosanitario: personas mayores frágiles, que

viven solos; personas con problemas de salud mental, familias migrantes con un gran número de convivientes en el domicilio, familias mono-parentales/marentales…

- Valoración de las necesidades sociales de las familias en aislamiento, con el fin de poder activar recursos sociales, gestionados por otras instituciones sociales (Cruz Roja, Cáritas…), que garantizaran la cobertura básica de las mismas.
- Coordinación con los profesionales de los equipos de salud, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, FOP, etc.
- Apoyo en la resolución de situaciones de riesgo social y sanitario, vinculadas a la situación de confinamiento, principalmente con grupos de población socialmente vulnerables: diversidad cultural, temporeros, mujeres prostituidas.
- Apoyo social y acompañamiento en el duelo, tanto a la familia y/o personas del entorno de pacientes fallecidos por Covid-19, como a aquellas personas que han sufrido un impacto negativo en su salud (biopsicosocial) a consecuencia de la pandemia. Esta intervención se ha realizado principalmente mediante llamadas telefónicas.
- Abordaje preventivo del duelo atendiendo a la diversidad cultural de diferentes grupos poblacionales.
- Ayuda a los usuarios en la gestión de trámites administrativos con otros organismos (SEPE, INSS...), ya que durante los primeros meses de la pandemia la atención en los mismos estuvo muy restringida y limitada exclusivamente a la vía digital; lo que dificultaba el acceso a los recursos de las personas más vulnerables (brecha digital).
- Cada trabajadora social en su zona ejerce de eje coordinador comunitario con los recursos comunitarios específicos de cada zona. Dicha coordinación es muy efectiva.
- Seguimiento telefónico de pacientes dependientes (media de 30 llamadas diarias).
- Realización de informes sociales de cuidados, con el fin de garantizar la movilidad, durante el estado de alarma, de los cuidadores principales de las personas dependientes.
- Visitas domiciliarias, cuando tras la entrevista telefónica se detectan problemas sociales que requieren una intervención urgente. Así, en 8 casos ha sido precisa la derivación a recursos de alojamiento e incluso el inicio de procesos de modificación de la capacidad de mayores dependientes sin cuidadores.
- Participación comunitaria en entornos rurales, tanto en los Comités de Desescalada como en el Programa *La Rioja Próxima*.

Consideramos que las reuniones de equipo en los centros han sido de gran ayuda por:

- Ayudar a identificar y canalizar emociones entre los profesionales ante la incertidumbre de la pandemia.

- Clarificar, aunar y reconducir, en caso preciso, los criterios respecto a la intervención de las trabajadoras sociales de salud.
- Conocer las necesidades, dificultades, fortalezas que sentía cada colectivo profesional en su trabajo diario.

Todo ello ha permitido una mayor integración del trabajo social, logrando mayor cohesión al equipo de salud de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

Colom D. (2009). El trabajo social sanitario y la planificación del alta sanitaria. Las Politicas Sociales en Europa, 2526(1), 93-109. Colom D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (47), 109-119. .

Hospital San Pedro. 2020 Protocolo Manejo Clínico Enfermedad Covid 19

Gerencia A. Primaria Servicio Riojano de Salud, 2020. Procedimiento actuación AP Covid

Gobierno de La Rioja, Universidad de La Rioja, Colegio Trabajo Social de La Rioja, 2020. Recursos de La Rioja ante la COVID 19

Unidad Atención Sociosanitaria Área de Salud La Rioja, 2020. Protocolo de gestión sociosanitaria en el ámbito sanitario del coronavirus sars-cov-2. Servicio Riojano de Salud.

Unidad Atención Sociosanitaria Área de Salud La Rioja, 2021. Protocolo de atención sociosanitaria al duelo en la pandemia Covid 19