

SITUACIÓN DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DESDE LA ÓPTICA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

Asignatura: Trabajo de Fin de Grado

Profesora: Laura Aguilera Ávila.

Facultad: Ciencias Políticas y Sociales. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Autora: Itakma I. Luna Peñaranda.

Curso académico: 2013-2014.

INDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	
1. NATURALEZA DEL PROYECTO.....	7
2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.....	9
2.1. TRABAJO SOCIAL SANITARIO.	
2.1.1. La puesta en marcha y las funciones iniciales de los trabajadores sociales sanitarios.....	10
2.1.2. Relación histórica del Trabajo Social Sanitario.....	14
2.2. ESCENARIO ACTUAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DENTRO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.	
2.2.1. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.....	15
2.2.2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.....	20
2.3. IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	22
2.4. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE PATOLOGÍA RENAL.	
2.4.1. Donación.....	24
2.4.2. Trasplante.....	25
2.4.3. Diálisis.....	26
2.4.4. Hemodiálisis.....	27
3. OBJETIVOS.....	29

4. METODOLOGÍA.	
4.1. Participantes.....	29
4.2. Instrumento.....	35
4.3. Procedimiento.....	35
5. RESULTADOS.....	36
6. DISCUSIÓN.....	43
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS	

RESUMEN

El siguiente trabajo trata de conocer cuál es la situación de vida de los pacientes renales, desde la óptica del Trabajo Social Sanitario, definiendo qué es el Trabajo Social Sanitario, su puesta en marcha y las funciones iniciales que le fueron encomendadas. Se habla a través de una relación histórica, es decir, desde su papel respecto a las profesiones sanitarias, hasta su importancia en el sistema nacional de salud.

Por medio de un cuestionario pasado a 211 personas, se intenta indagar en las características socio demográficas y en los factores de riesgo social de las personas que se están hemodializando en la isla de Tenerife. No pretende ser solo una revisión teórica fundamentada por las opiniones de diferentes expertos en la materia. Se desea conocer una problemática que afecta a millones de personas en todo el mundo, como es la enfermedad renal y que cuenta con personal cualificado para dar respuesta a aquellos problemas surgidos ante la aparición de la enfermedad.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario. Hemodialisis.

INTRODUCCIÓN.

La ausencia de salud conlleva siempre una pérdida de calidad de vida que afecta a la persona enferma y a su entorno familiar. Se hace necesario detectar y conocer los riesgos que se desencadenan a raíz de un problema de salud con la intención de reducir los factores negativos y potenciar la autonomía personal y el bienestar del paciente y de su entorno socio familiar.

Este estudio surge de la evidencia del bajo cumplimiento terapéutico de los enfermos renales que se están hemodializando en la isla de Tenerife y de la necesidad de saber los motivos de este fenómeno. Colateralmente se quiere conocer la magnitud de los riesgos sociales de los pacientes debido a la coyuntura económica actual en que se desenvuelve la Comunidad Autónoma autonomía canaria con la entrada en vigor de medidas de reducción de gastos en el sector sanitario. Algunas de estas medidas son el copago farmacéutico y la reducción del gasto público, concretamente en el transporte sanitario del Servicio Canario de la Salud.

La ERC¹ es un problema emergente en todo el mundo. En España, y según (el documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica) que expone los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) diseñado para conocer la prevalencia de la ERC en nuestro país y promovido por la Sociedad Española de Nefrología (SEN) con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo, se estimó que aproximadamente el 10% de la población adulta sufría de algún grado de ERC (Otero , de FA, Gayoso , Garcia , 2010, citado en el documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica, 2012). De este porcentaje el 6,8% se refiere a los estadios 3-5 aunque existían diferencias importantes con la edad (3,3% entre 40-64 años y 21,4% para mayores de 64 años).

Actualmente existen unos 20.000 pacientes en diálisis (estadio 5D) en España.

Se estima que el 40% de la población española con enfermedad renal oculta (no diagnosticada) fallecerá (principalmente de problemas cardiovasculares) antes de entrar en un programa de diálisis.

¹ ERC son las siglas de Enfermedad Renal Crónica

Por tanto estos pacientes tienen más probabilidades de morir por una complicación secundaria a la ERC que de entrar en un programa de diálisis (Keith, Nichols, Gullion, Brown, Smith, 2004, citado en el documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica, 2012). La supervivencia global evaluada para los pacientes en diálisis es de un 12,9% a los diez años, a pesar de los avances técnicos del tratamiento. Ello es debido presumiblemente al hecho de que el 50% tiene una media de tres factores de riesgo cardiovascular y una gran comorbilidad asociada. Por todos estos motivos se acepta hoy que la ERC constituye una de las principales causas de muerte en el mundo occidental.

El coste medio por paciente en tratamiento sustitutivo renal (TSR) (estadio 5D) es seis veces mayor que el tratamiento de pacientes con infección por el VIH y 24 veces mayor que el tratamiento de pacientes con EPOC y asma. El coste medio anual por paciente tratado con hemodiálisis es de 46.659,83 € (43.234 ±13.932 €) y de 32.432,07 € en diálisis peritoneal. (Lorenzo, Perestelo, Barroso, Torres, Nazco, 2010, citado en el documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica, 2012). Se estima que el TSR consume el 2,5% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud y más del 4% de atención especializada, esperando un incremento anual de estos costes puesto que unos 6.000 nuevos pacientes inician la terapia de reemplazo renal y se produce un aumento del 3% en la prevalencia (Registro Español de Enfermos Renales Informe de 2006 de diálisis renal y trasplante en España, citado en el documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica, 2012).

La pérdida de salud afecta al enfermo de forma física, psíquica y emocional, ya que implica una adaptación a la nueva situación, sobre todo cuando se tiene una enfermedad crónica, donde la pérdida de la salud es gradual e irreversible, a no ser que sea susceptible de trasplante. Dada la magnitud de los datos expuestos anteriormente y como medio para hacer visible los resultados recabados, se presenta este trabajo de fin de grado.

1. NATURALEZA DEL PROYECTO.

El proyecto parte del Servicio de Coordinación Autonómica de Trasplantes de órganos, tejidos y células de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, estando ejecutado con la participación, implicación y colaboración de la Asociación de Enfermos Renales de Tenerife (ERTE) y la Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER).

La población diana son los pacientes que se están hemodializando en las unidades de diálisis de la isla de Tenerife. Los pacientes son destinados a las unidades de diálisis siguiendo el criterio de cercanía a su residencia habitual.

Todas las unidades de diálisis tienen en común la distribución de los días y turnos de diálisis, dando cabida a cuatro grupos diferentes de diálisis (los grupos serán siempre los mismos a excepción de aquellas personas que por su situación específica tenga que acudir a la unidad más de tres días). El tratamiento de hemodiálisis generalmente se hace tres veces a la semana con una duración aproximada de cuatro horas. A continuación se expone un cuadro informativo de la distribución de horarios. Lo que varían son los horarios, ya que cada unidad de diálisis comienza a una hora específica, pero aproximadamente se comienza a las 8:00 en el turno de mañana y a las 14.00 en el turno de tarde.

DÍAS DE LA SEMANA		
TURNOS	Lunes, Miércoles y Viernes	Martes, Jueves y Sábados
MAÑANA	Grupo A	Grupo C
TARDE	Grupo B	Grupo D

PROVINCIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

CENTRO DE DIÁLISIS	HOSPITAL DE REFERENCIA	DIRECCIÓN	TELEFONO
B.BRAUN AVITUM CANARIAS, S.L	Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria	Álvaro Martín Díaz, 22 38320 San Cristóbal de La Laguna	922 650 516
USP HOSPITAL LA COLINA	Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria	C/ Poeta Rodríguez Herrera, 1 38006 Santa Cruz de Tenerife	922 270 700
FRESENIUS MEDICAL CARE SERVICES CANARIAS, S.L.	Hospital Universitario de Canarias (HUC)	Polígono de Los Majuelos Avda. del Paso s/n .	922 820 202
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC)	Hospital Universitario de Canarias (HUC)	C/ Ofra, s/n 38200 San Cristóbal de la Laguna	922 678 000
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA (HUNSC)	Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria	Ctra. del Rosario, s/n 38010 Santa Cruz de Tenerife	922 602 000
HOSPITEN SUR	Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria	C/ Siete Islas, s/n Playa de las Américas 38660 Arona	922 750 022

2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.

La presencia de los Trabajadores/as Sociales en ámbitos sanitarios, viene avalada por muchos años de trabajo, tanto en España, como por ejemplo en EEUU, donde su andadura alcanza casi el siglo de historia.

2.1. TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

Antes de abordar la ERC, tenemos que hacer referencia al trabajo social sanitario, su nacimiento e importancia.

“Una de las primeras referencias científicas sobre el Trabajo Social Sanitario la encontramos en la obra de Mary E. Richmond “El Diagnóstico Social” (1917), donde transcribe un artículo de Ida M. Cannon publicado en el Social Work in Hospitals, sobre, la práctica clínica que, en 1905, realizaba el doctor Richard Cabot y su equipo en el departamento de servicio social del Massachussets General Hospital.” (Monrós y Zafra, 2012)

“El Dr. Cabot fue un innovador en su época puesto que apostó por una medicina centrada en la persona enferma más que en la enfermedad, e impulsó los estudios sobre los aspectos sociales en la práctica de la medicina, defendiendo la estrecha colaboración entre la medicina y el trabajo social. Su argumentación giraba en torno a que si bien la o el médico (en su caso psiquiatra) era quien conocía el estado físico y mental de los y las pacientes, también era un gran desconocedor de las circunstancias personales que lo rodeaban y de las consecuencias que ésta relación le ocasionaban. En su argumentación afirmaba que el o la trabajadora social disponía de la información más completa, puesto que además de conocer la información sanitaria, era quien investigaba el entorno del paciente: la historia familiar, las condiciones sanitarias, las circunstancias financieras y laborales, etc. Su intervención permitiría realizar un tratamiento a fondo eficaz, puesto que aportaba al diagnóstico clínico, el conocimiento de las circunstancias que condicionaban el tratamiento y la recuperación del paciente. Esta es la esencia del trabajo social sanitario” (Monrós y Zafra, 2012).

“El Trabajo Social Sanitario como disciplina surge con esta necesidad de ampliar la visión de la atención integral, de tratar no sólo los problemas de salud que presenta un paciente sino también los factores sociales (familiares, económicos, higiénicos, habitabilidad, equilibrio psicológico, etc.) que pueden agravar o aligerar su enfermedad”. (Monrós y Zafra, 2012).

Siguiendo a Ituarte (2013), podemos decir que el Trabajo Social Sanitario se define como “la actividad profesional de tipo clínico que implica por una parte, el diagnóstico psicosocial de la persona afectada como aportación al diagnóstico global y al plan de tratamiento y por otra parte el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide o está relacionada con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro de un contexto general de tratamiento y en el orden de objetivos de salud a conseguir”.

2.1.1. La puesta en marcha y las funciones iniciales de los trabajadores sociales sanitarios.

La formación reglada está a disposición de todos aquellos graduados que quieran especializarse en el campo sanitario, pero son muchos los obstáculos que consiguen desdibujar sus funciones. Su papel no consiste en la tramitación de ayudas puntuales ante la situación de enfermedad, hablamos de algo más, como puede ser el acompañamiento en el proceso, ya sea a la persona o a sus familiares más cercanos, como proceso integrador.

“Cuando a finales de los años setenta se empezaron a generalizar los servicios de trabajo social sanitario, las funciones asumidas por cada uno de ellos, casi nunca asignadas desde la gerencia, eran ambiguas. Ello condujo a lo inevitable: se crearon los servicios de trabajo social sanitario al uso y sin un encargo específico. La descripción de las funciones en algunas publicaciones, incluso de reciente aparición, son tan generales que resultan válidas y casi obligatorias para todas las profesiones del arco sanitario”. (Colom, 2008)

“Parece obvio que todos los y las profesionales participan en la mejora de la calidad de vida, promueven la salud, etcétera. A falta de una normativa funcional común y mínima sobre los programas básicos a desarrollar desde el trabajo social sanitario, el tipo de formularios a aplicar, la integración sistemática de trabajadores sociales a determinadas áreas clínicas (medicina interna, geriatría, oncología, cirugía ortopédica, por ejemplo), la ratio de profesionales - basadas en aquel entonces en las camas y hoy en los procesos clínicos atendidos en el establecimiento - y sobre las tareas a realizar, etcétera, los diferentes trabajadores y trabajadoras sociales sanitarias, en solitario o amparadas en un servicio, fueron desarrollando la estructura de su intervención de manera discrecional. Primó el mapa de demandas y simpatías personales con los equipos médicos sobre el mapa de necesidades de las personas atendidas. Por lo general, el desarrollo de los servicios de trabajo social sanitario no se planificó a partir de una investigación de necesidades y con relación al área sanitaria. Cada uno delimitó los términos de su intervención y según han ido cambiando los profesionales, lo han hecho dichos términos. En reuniones posteriores en los colegios profesionales se trató de unificar parámetros, resultando un intento fallido. Hoy ésta sigue siendo la asignatura pendiente más antigua del trabajo social sanitario.” (Colom, 2008)

“La figura de la trabajadora o trabajador social sanitario se exigía por norma y ello desplazó el centro de gravedad de la función a la contratación. Los establecimientos sanitarios debían contar con el servicio de trabajo social, al menos con un trabajador social aunque fuera unas horas a la semana. Respecto a ello la normativa no establecía mínimos.” (Colom, 2008)

“Así fue como éstos, a partir de las habilidades y preferencias y su formación profesional posterior a la diplomatura, asentaron las primeras bases del funcionamiento y competencia de los servicios de trabajo social sanitario. Los resultados fueron variados.

- En unos casos se orientaron a desempeñar tareas burocráticas y administrativas: tramitaban ayudas económicas, pensiones de viudedad, gestionaban traslados en ambulancia de un centro a otro, se ocupaban de avisar a quienes debían ingresar, tramitaban los papeles de las personas enfermas en diálisis para su traslado en taxi, tramitaciones de ortopedia, etcétera.

- En otros apostaron por una práctica de atención interdisciplinar, estableciendo acuerdos mínimos con los profesionales sanitarios de determinados servicios, casi siempre con los que mantenían mayor relación.

Con lo cual, a pesar de acercarse más a las funciones del trabajo social sanitario, de nuevo se daba un sesgo en la intervención, sin estar apoyada en ningún ejercicio previo de planificación.

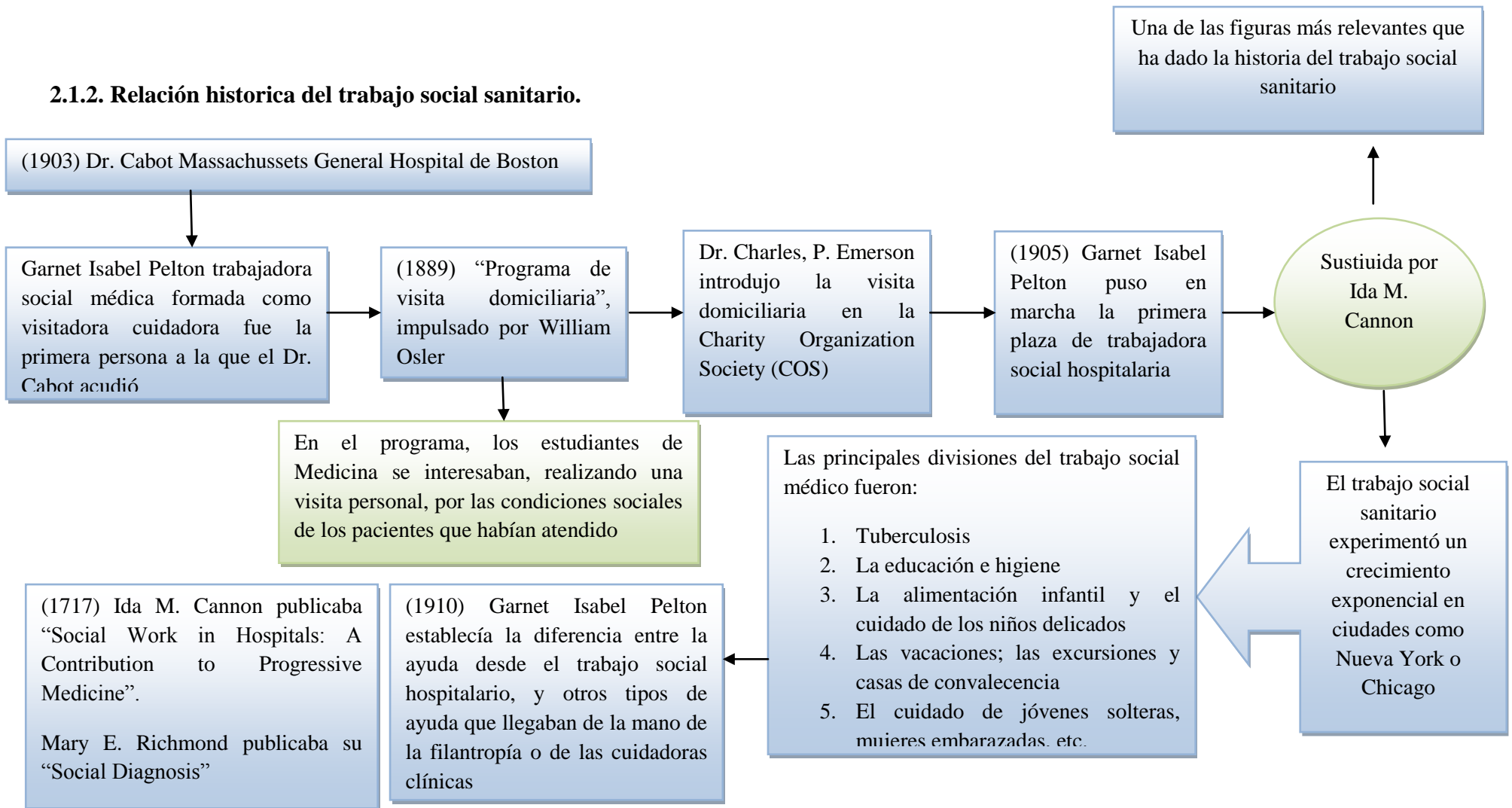
- Los hubo que ocuparon el despacho y esperaron la llamada a la puerta del resto de personal. Aquí, cada sanitario, según su idea les pedía intervenir o les enviaba enfermos y familias que les preocupaban o habían acabado con su paciencia. Determinados casos, con problema social o no, llegaban al servicio de trabajo social conformando así un servicio comodín.
- Otro grupo fue el de los que idealizaron el trabajo social comunitario como el único camino viable. El destino era la comunidad. El fin los derechos a determinadas prestaciones a las que se accedía por presentar determinadas características. El trabajo social de caso, el casework, parecía la peor expresión del trabajo social. Estos iniciaron un despliegue con entidades de voluntariado ya existentes, crearon grupos de ayuda mutua, organizaron talleres, etcétera. El trabajo social de caso, el casework, la atención del caso social se daba excepcionalmente.
- Otros se integraron a un servicio médico (salud mental, oncología, rehabilitación) pudiendo en este caso trabajar muy estrechamente con el personal sanitario de estos servicios pero desatendiendo el resto de las áreas.

El papel de las y los trabajadores sociales sanitarios, se hace cada vez mas necesario dado los tiempos y factores sociales que estamos atravesando. El aumento de personas mayores, los enfermos en estado crónico, las situaciones de dependencia, la donación de órganos, necesitan un abordaje de todos los profesionales, da igual si pertenecen a la atención primaria, especializada o sociosanitaria. Debemos desarrollar estrategias que aborden la intervención.

Tal como expone Ituarte(2009) en su artículo sobre el sentido del trabajo social en salud “ El trabajador social sanitario tiene que sentirse, en forma simultánea e inseparable, como trabajador social y como sanitario. Desde ahí:

- ✓ Será posible su efectiva integración, como un profesional más, en el sistema sanitario, a cuyo mejor funcionamiento en todos los niveles debe hacer aportaciones desde su especificidad profesional como trabajador social.
- ✓ Ello implica que sus objetivos y los objetivos sanitarios deben de ser coincidentes, aunque siempre revisados a la luz de los principios y conocimientos del Trabajo Social, desde donde puede –y debe- hacer propuestas enriquecedoras para una mejora de la atención en salud (tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico-asistencial).
- ✓ Implica, también, la necesidad y la exigencia de una formación básica y amplia en cuestiones relacionadas con la salud en la formación pregrado; y de una formación permanente de los trabajadores sociales sanitarios en aspectos generales relacionados con la salud y la enfermedad y en los aspectos específicos de los problemas de salud con los que trabajan.
- ✓ Supone asumirse plenamente como profesionales sanitarios, sin renunciar por ello a ser profesionales del Trabajo Social y sin temor a posibles reacciones desfavorables de otros grupos profesionales. El reconocimiento y el respeto mutuo se logran trabajando juntos, escuchando y respetando las opiniones de los otros, exponiendo posiciones científicamente correctas y fundamentadas y realizando una práctica coherente y de resultados perceptibles.”

2.1.2. Relación histórica del trabajo social sanitario.



Elaboración propia basada en Colom, D. (2010)

2.2. ESCENARIO ACTUAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DENTRO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.

Concretar el papel que deben cumplir las y los trabajadores sociales, dentro de las profesiones sanitarias, es un camino difícil y que a día de hoy cuenta con muchos vacíos normativos. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, es un ejemplo de ello. En su artículo 2, nos habla sobre las profesiones sanitarias tituladas, pero dentro de ellas no encontramos alusión alguna al Trabajo Social Sanitario, a pesar de contar con su correspondiente formación universitaria y estar organizado en un colegio profesional.

2.2.1. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Artículo 2. Profesiones sanitarias tituladas.

1. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.
2. Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos:
 - a) De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley.

- b) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.
3. Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el apartado anterior, mediante norma con rango de ley.
- Conforme a lo establecido en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, tienen carácter de profesión sanitaria la de protésico dental y la de higienista dental.
4. En las normas a que se refiere el apartado 3, se establecerán los procedimientos para que el Ministerio de Sanidad y Consumo expida, cuando ello resulte necesario, una certificación acreditativa que habilite para el ejercicio profesional de los interesados.

Artículo 4. Principios generales.

1. De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.
2. El ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello o, en su caso, de la certificación prevista en el artículo 2.4, y se atenderá, en su caso, a lo previsto en ésta, en las demás leyes aplicables y en las normas reguladoras de los colegios profesionales.
3. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.

4. Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.
5. Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.
6. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.
7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:
 - a) Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.
 - b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial.

Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

- c) La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así

como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.

d) La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

e) La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

Artículo 6. Licenciados sanitarios.

1. Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

3. Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior. Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta ley.

4. Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Licenciado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el apartado 1 de este artículo.

En el caso de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud podemos encontrar en su artículo 12, una alusión directa al trabajo social, dentro de la atención primaria. Incluso si llevamos a cabo una lectura en profundidad encontraremos una relación directa entre las competencias dentro de la atención primaria y las del profesional del Trabajo Social. Tal como recoge su código deontológico

“Se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de las funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice.

De ello se desprende:

- Información
- Investigación
- Prevención
- Asistencia
- Atención directa
- Promoción e inserción social
- Mediación
- Planificación
- Gerencia y dirección
- Evaluación
- Supervisión
- Docencia
- Coordinación

Al hablar de Trabajo Social Sanitario, aludimos a una especialización dentro de la profesión del Trabajo Social, llevada a cabo en el sistema sanitario, ya sea de manera pública o privada. Con el fin de mejorar la situación de enfermedad de las personas durante un periodo de ingreso en un hospital o tras el alta.

2.2.2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. Prestación de atención primaria

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2. La atención primaria comprenderá:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- e) La rehabilitación básica.
- f) Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

Artículo 7. Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

1. El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

2.3. IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como el Documento Marco del Rol de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud, el cual afirma que “la incorporación del Trabajador/a Social en los EAP es una realidad desde 1985, aunque ha tenido una evolución lenta y desigual, tanto en el desarrollo de sus funciones como en su presencia.

Este hecho ha llevado a la necesidad de plantear este objetivo de homogeneización del papel del TS en APS.

Algunas dificultades que han impulsado este objetivo y que se recogen en el citado documento son:

- La tradición que existe de asistencia individualizada, medicalizada, biologicista y de satisfacción de demandas puntuales no facilita la visión integral y comunitaria de la salud.
- No existe un Marco Normativo que regule las funciones de este profesional.
- En la Cartera de Servicios no se contemplan los servicios ni normas técnicas mínimas relacionadas con el papel de los/as trabajadores/as sociales por lo que no existe planificación ni evaluación de su actividad.
- La heterogeneidad del trabajo entre los distintos profesionales de Trabajo Social de los EAP, no estando definida su metodología de intervención ni integrada de manera formal en el EAP su actividad.
- El número reducido de este profesional, unido a la dispersión de su ubicación, no favorece el establecimiento de líneas de actuación homogéneas ni favorece el trabajo conjunto en el colectivo.

- La coincidencia con la implantación de los Servicios Sociales y el desconocimiento de los sanitarios del papel de este profesional en Atención Primaria de Salud, lleva a confusión sobre las funciones del TS.
- La ausencia de formación específica de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, no teniendo un marco de referencia, salvo la larga trayectoria de la profesión en el campo de la salud en el nivel hospitalario.

2.4. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE PATOLOGÍA RENAL.

2.4.1. Donación.

La donación de órganos y tejidos se define como el acto altruista de dar algo de sí mismo a otra persona que lo requiere. En este proceso se encuentran involucrados un sinnúmero de aspectos médicos, sociales, psicológicos, éticos y legales, entre otros.

Donante vivo

Se considera donante vivo a quien efectúa en vida la donación de los órganos –o parte de ellos–, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura. Así, se pueden donar los tejidos (sangre, médula ósea, hueso, amnios y sangre de cordón umbilical) y se pueden donar órganos sólidos, como un riñón o un segmento de órganos como el hígado, el páncreas y el pulmón. El donante debe ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.

Debe ser informado previamente de las consecuencias de la extracción y otorgar su consentimiento de manera expresa, libre, consciente y desinteresada.

Donante cadáver

Persona fallecida de la que se pretende extraer órganos y que, cumpliendo los requisitos establecidos, no hubiera dejado constancia expresa de su oposición. Los casos de muerte en los que pueden realizarse extracciones de órganos son los que están originados por el cese de las funciones cardiorrespiratorias o el cese irreversible de las funciones encefálicas (muerte cerebral). Se realiza la extracción de los órganos siempre que no haya constancia de oposición expresa a que después de su muerte se realice la extracción de órganos, y esta oposición puede referirse a todos los órganos o solamente a algunos de ellos. Se pide siempre el consentimiento a los familiares más cercanos. Cuando se trata de menores de edad o de personas incapacitadas, la oposición puede hacerse constar por quienes hayan tenido en vida su representación legal (Ley 30/1979). Cuando las circunstancias no lo impidan, se debe informar a la familia presente en el centro sanitario sobre la necesidad, la naturaleza y las circunstancias de la extracción, restauración, conservación o prácticas de sanidad mortuoria.

La muerte del individuo se certifica tras la confirmación del cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias o del cese irreversible de las funciones encefálicas. Se registra la hora del fallecimiento y la hora en que se completó el diagnóstico de la muerte. El certificado de muerte y de la extracción de órganos debe ser firmado por tres médicos diferentes de los que van a intervenir en la extracción y en el trasplante, entre los que deben figurar un neurólogo o neurocirujano y el jefe de servicio de la unidad médica donde se encuentre ingresado. Cuando la muerte sea accidental, y cuando medie una investigación judicial, antes de realizarse la extracción debe obtenerse la autorización del juez, que previo informe del médico forense debe concederla siempre que ello no obstaculice el resultado de las diligencias penales. El responsable al que corresponda dar la conformidad para la extracción, o la persona en la que se delegue, debe extender un documento en el que se recojan de forma expresa los anteriores apartados. (Moreno y Estrada, 2009)

2.4.2. Trasplante.

“Un trasplante es sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente. Hoy en día constituye una técnica médica muy desarrollada que logra magníficos resultados para los receptores. No obstante, necesita obligatoriamente la existencia de donantes. Sin la solidaridad de los donantes no hay trasplantes.

En España la donación y el trasplante se encuentran regulados por la Ley de Trasplantes que garantiza entre otros, dos aspectos fundamentales:

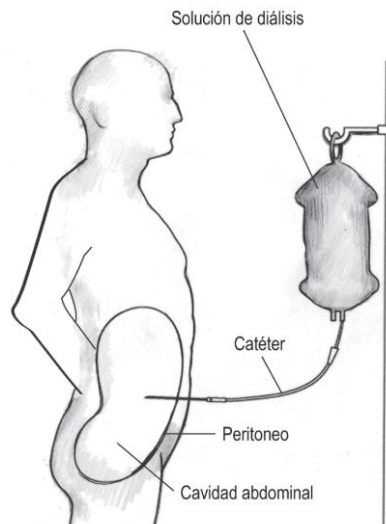
- **Altruismo de la donación:** nadie puede donar ni recibir un trasplante con otras intenciones o medios que no sea la solidaridad altruista.
- **Equidad en el acceso al trasplante:** todos tenemos el mismo derecho y las mismas posibilidades de recibir un trasplante, independientemente de nuestro lugar de residencia o de cualquier otra coyuntura personal. Esto es así, porque existe una red nacional de coordinación y trasplantes, sometida a rigurosos controles para verificar la igualdad de todos los ciudadanos. (ONT, 2014)

2.4.3. Diálisis.

Los riñones sanos limpian la sangre y eliminan los fluidos corporales mediante la producción de orina. Cuando los riñones fallan debido a enfermedad o daño, la diálisis puede eliminar las toxinas metabólicas y exceso de líquidos. Los pacientes que se dializan presentan un mayor riesgo de infección debido al prolongado acceso vascular u otros métodos utilizados para la diálisis, la inmunosupresión asociada a la enfermedad renal en etapa terminal (ERT), o condiciones comórbidas como la diabetes.

Existen dos tipos de diálisis: diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD). La DP implica la instilación de líquidos de diálisis al espacio peritoneal a través de un catéter insertado quirúrgicamente. La HD utiliza una máquina de diálisis y un dializador para limpiar la sangre.

Diálisis peritoneal: La DP es un proceso mediante el cual el líquido de diálisis es instilado al espacio peritoneal por vía abdominal, mediante un catéter para DP introducido quirúrgicamente. La mayoría de los catéteres son de silicona. El líquido es posteriormente extraído, llevándose consigo las toxinas. Las clasificaciones más comunes son la DP crónica ambulatoria, DP cíclica continua y DP crónica intermitente. (Piaskowski, 2012)



Diálisisperitoneal. Fuente: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health citado en Piaskowski, 2012

2.4.4. Hemodiálisis.

Para limpiar la sangre, la HD utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador). La sangre del paciente ingresa a la máquina desde el punto de acceso en el paciente (fístula, injerto vascular o una línea central temporal), se filtra y luego vuelve al paciente. La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semi-permeable que solo permite el paso de algunas moléculas. Este procedimiento tarda entre 3 y 6 horas y, por lo general, se realiza tres veces por semana.

Normalmente se lleva a cabo en un área de HD para hospitalizados o ambulatorios, bajo la supervisión de personal capacitado. (Piaskowski, 2012)

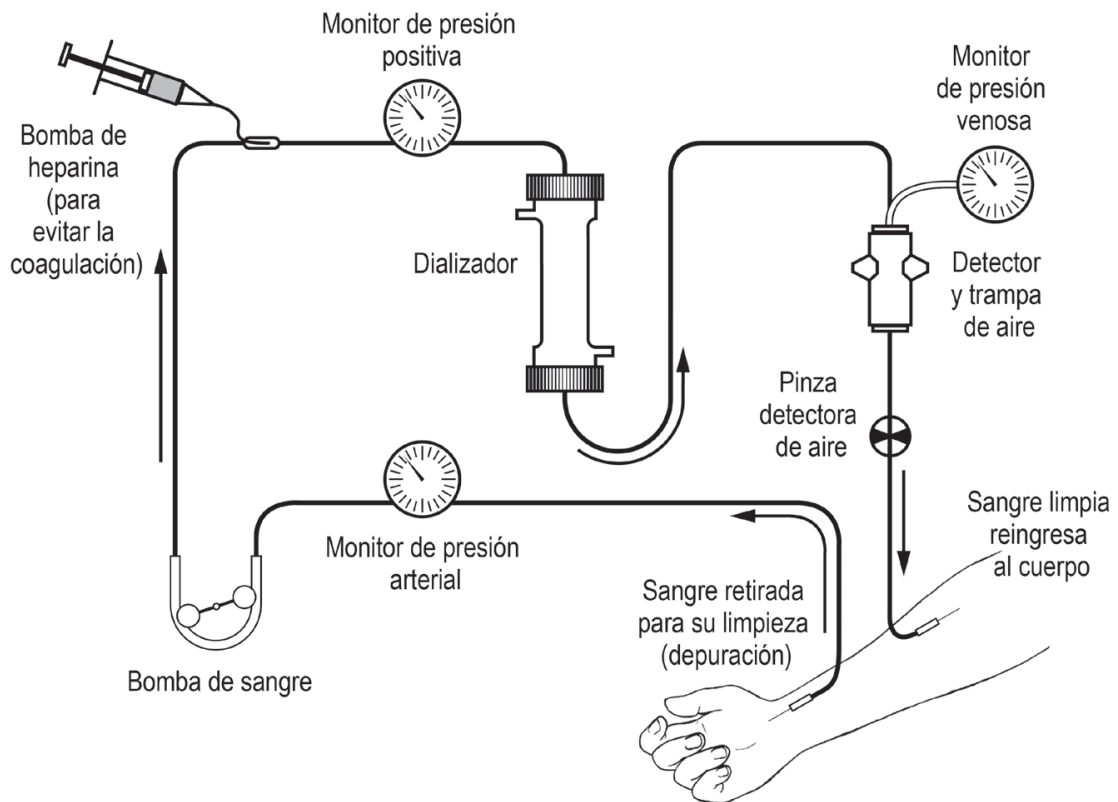


Ilustración 19.1. Hemodiálisis

[Ilustración cortesía del National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health (Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Nefrológicas, Instituto Nacional de Salud)]

Centrarse en la persona enferma más que en la dolencia, este es el principal punto que deben abordar los profesionales del trabajo social sanitario. No sólo los problemas de salud, también es necesario abordar los factores económicos que se producen al estar hospitalizado, conocer las secuelas, mantener el equilibrio de la persona y de sus familiares entre otros muchos aspectos.

Es cierto que las funciones de estos profesionales son demasiado generales y no existe una normativa común para resolver los problemas que surgen con el personal sanitario, pero la integración llegará y la base de todo ello radica en la formación y el quehacer diario.

3. OBJETIVOS

Conocer las características socio demográficas y los factores de riesgo social de las personas que se están hemodializando en las diferentes unidades de diálisis de la isla de Tenerife, así como determinar el grado de influencia de los copagos y las medidas de reducción en los servicios sanitarios son dos de las cuestiones que se intentan clarificar a través de las conclusiones de este trabajo.

4. METODOLOGÍA

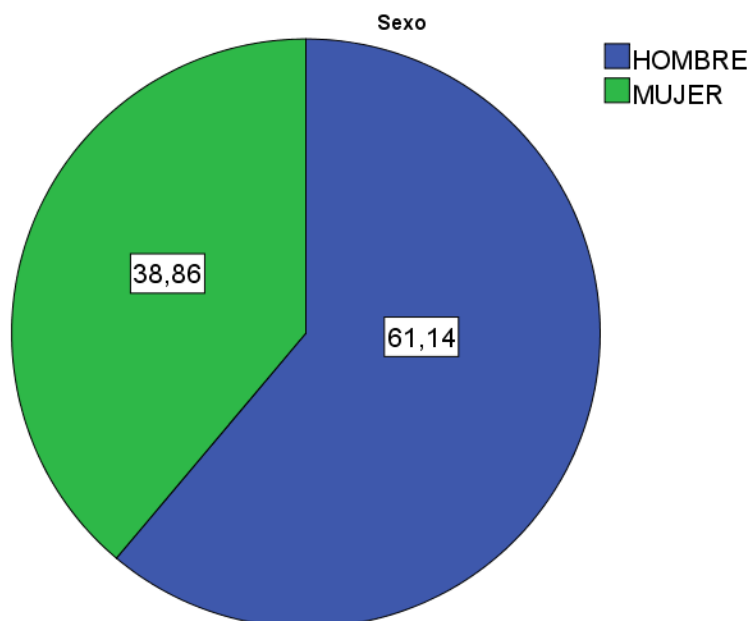
La metodología empleada en este trabajo es de tipo cuantitativo para lo que se ha empleado una entrevista estructurada. Asimismo, la toma de datos se ha realizado de forma puntual a los pacientes que reciben hemodiálisis en las unidades que se especificaban en la naturaleza del proyecto.

4.1.Participantes.

En este estudio han participado un total 211 personas con las características sociodemográficas que se exponen a continuación.

La gráfica 1, nos muestra que el número de enfermos renales que se están hemodializando hace un total de 211 pacientes. De los cuales el 61,1% son hombres y el 38,9% son mujeres.

GRÁFICA 1: Distribución de la muestra por sexo.



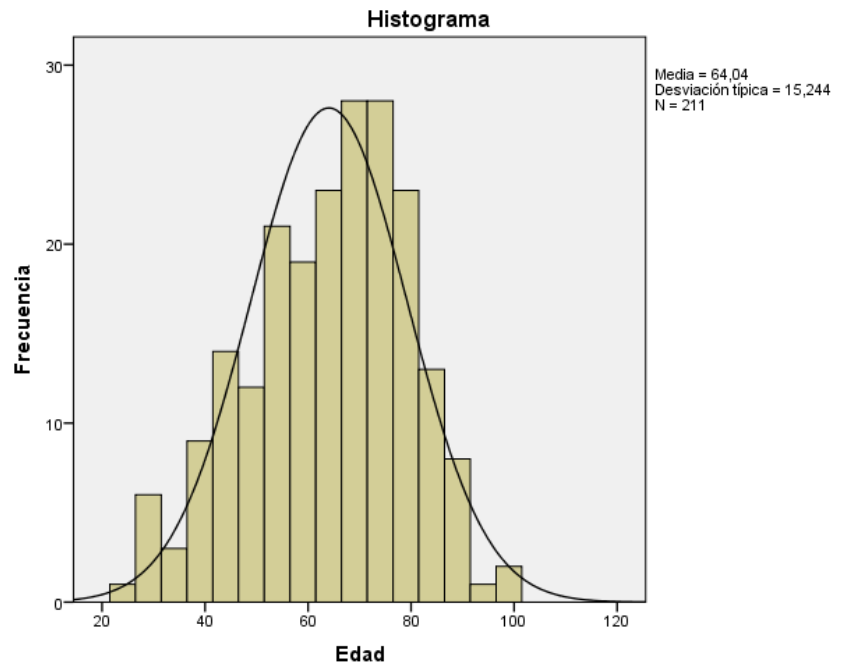
La media de edad está establecida en los 64,04 años, teniendo la persona más joven 24 años y la más anciana 100. Su distribución la podemos ver en la figura 1.

FIGURA 1: Estadísticos e histograma de la variable edad de la muestra.

Estadísticos

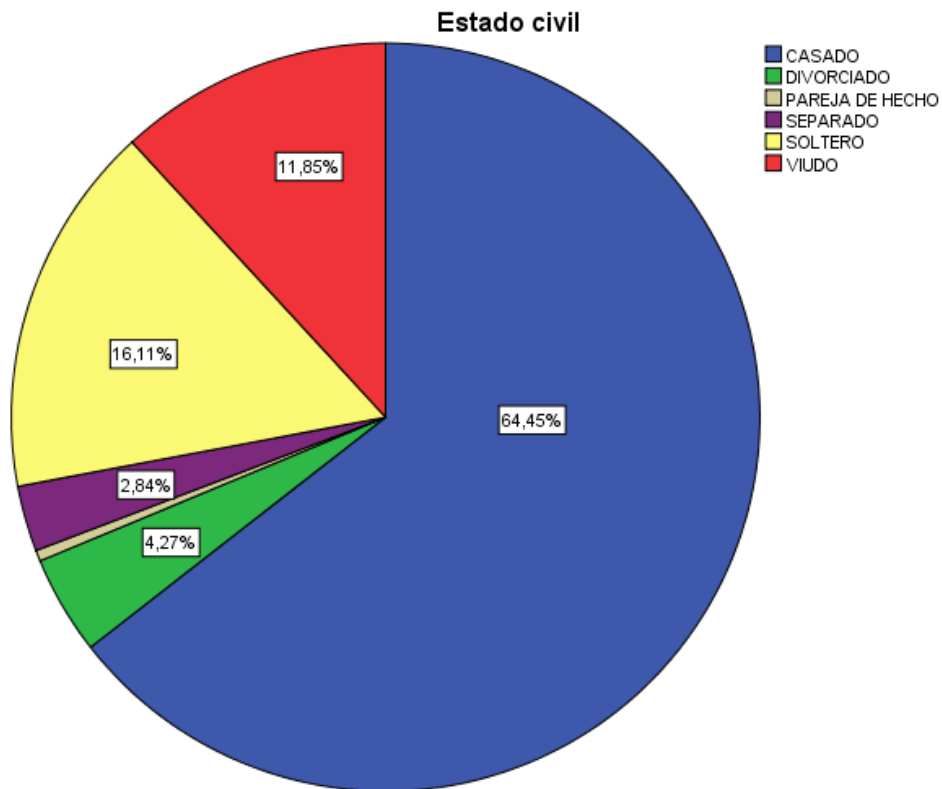
Edad

N	Válidos	211
	Perdidos	0
Media		64,04
Mediana		66,00
Moda		75
Desv. típ.		15,244
Mínimo		24
Máximo		100



Con respecto al estado civil de los pacientes, se observa en la gráfica 2, que la mayoría de hombres y mujeres que son hemodializados están casados, con un 64,5%, seguido por los solteros, con un 16,1%. Podemos apreciar que un 11,8% están en situación de viudedad.

GRÁFICA 2: Distribución de la muestra según la variable estado civil.



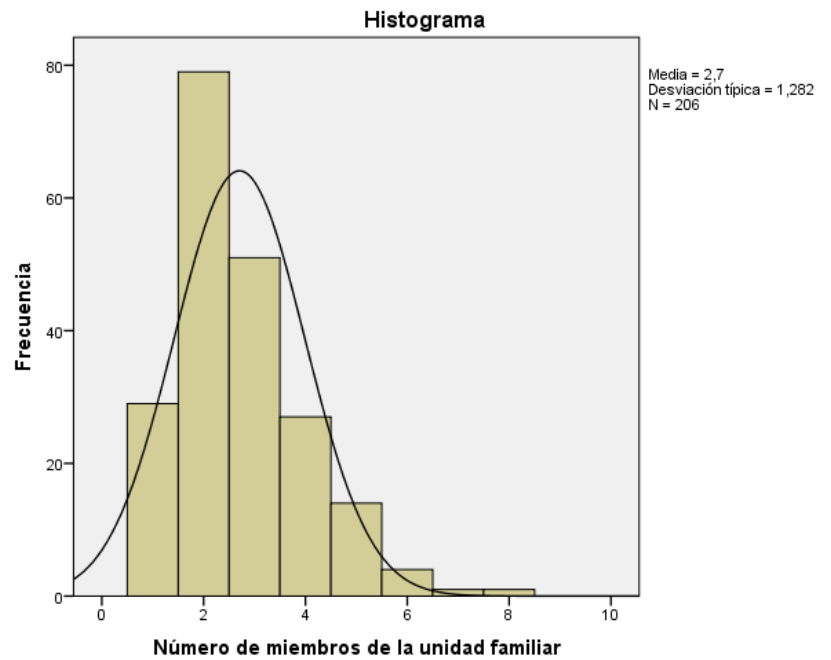
Se puede observar en la figura 2, que la media de miembros de la unidad familiar, está en 2,70 personas.

FIGURA 2: Estadísticos e histograma de la variable miembros de la unidad familiar de la muestra

Estadísticos

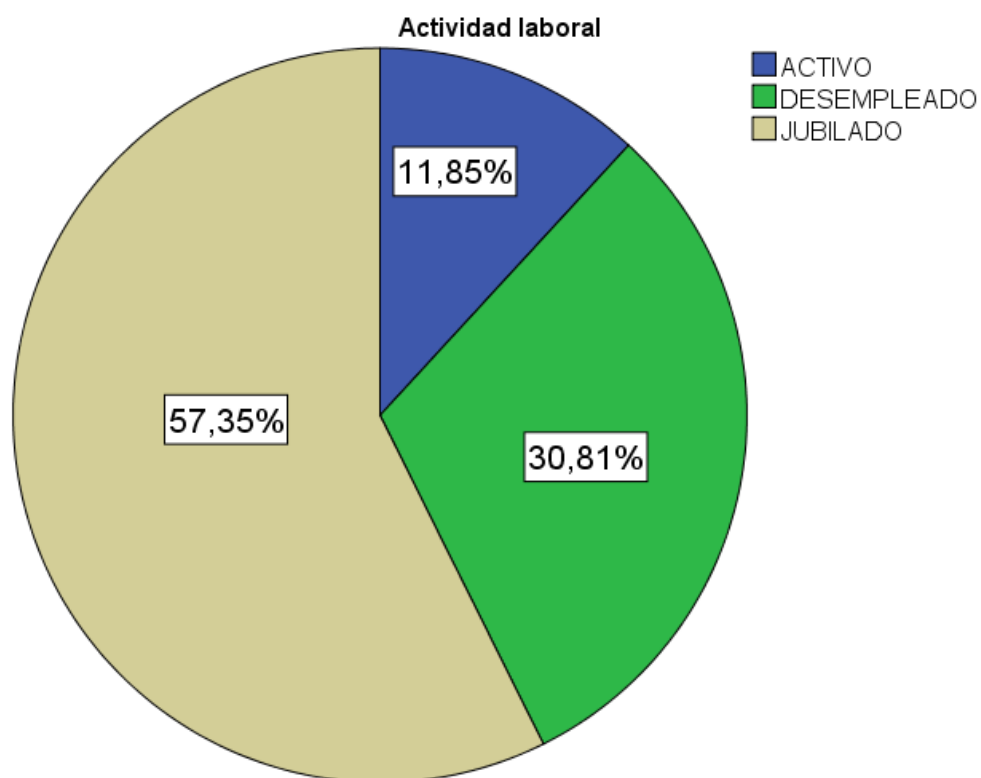
Número de miembros de la unidad familiar

N	Válidos	206
	Perdidos	5
Media		2,70
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		1,282
Mínimo		1
Máximo		8



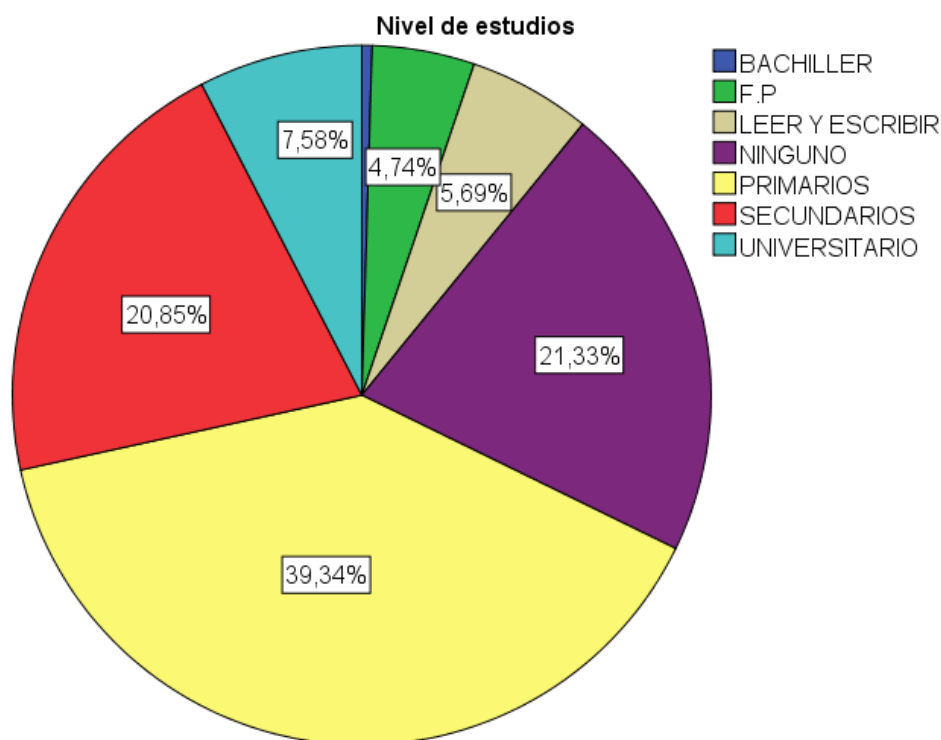
La gráfica 3, nos muestra que la mayoría de entrevistados 57,3% están jubilados, habiendo un 11,8% activos y un 30,8 % desempleados.

GRÁFICA 3: Distribución de la muestra según la variable actividad laboral



Con respecto al nivel de estudios se puede observar en la gráfica 4, que el 39,3% de hombres y mujeres tienen estudios primarios, siendo este el intervalo más elevado. Los intervalos más bajos corresponden a los estudios secundarios con un 20,9% y un 21,3% de las personas entrevistadas, no cuentan con ningún tipo de estudio.

GRÁFICA 4: Distribución de la muestra según la variable nivel de estudios



Como se puede apreciar en la tabla 1, Tenerife es la isla de residencia de un 99,1% de las personas entrevistadas.

TABLA 1: Datos de la muestra según la variable Isla de residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos LA	1	,5	,5	,5
GOMERA	1	,5	,5	,9
TENERIFE	209	99,1	99,1	100,0
Total	211	100,0	100,0	

4.2. Instrumento.

La entrevista realizada es de tipo estructurada, compuesta por doce ítems, once de carácter cerrado y uno de carácter abierto. La finalidad de la misma es la de extraer información sobre la situación de vida de los pacientes que se están hemodializando en las unidades de diálisis de la isla de Tenerife. Los primeros datos que se solicitan son los sociodemográficos, con ellos se quiere conocer la situación personal y social del paciente. Los ítems que le siguen son preguntas cerradas que se centran en saber si cumplen el tratamiento y dieta que le indica el médico, el transporte que utiliza para desplazarse hasta la unidad de diálisis, si disponen de los recursos económicos necesarios para adquirir su medicación y la autonomía personal de la que dispone. La pregunta abierta que se presenta recoge las sugerencias que puedan tener los pacientes para mejorar la atención recibida desde el servicio Canario de la Salud. Se puede ver en el anexo 1 un ejemplo de esta entrevista.

4.3.Procedimiento.

La entrevista fue elaborada con la colaboración y supervisión del Servicio de Coordinación Autonómica de Trasplantes de órganos, tejidos y células, así como, las asociaciones ERTE y ALCER. La trabajadora social sanitaria de ERTE se encarga de presentar a las alumnas en prácticas a los responsables de las unidades de diálisis de la zona central (HUC, HUNSC, USP Colina, Fresenius y Braun) para poder iniciar la intervención con los pacientes renales que se están hemodializando.

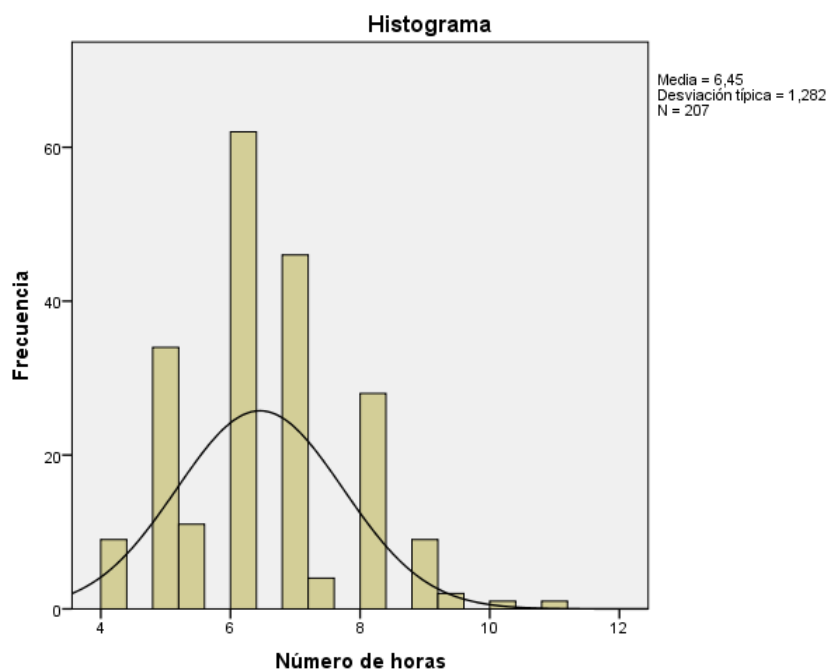
Los datos obtenidos se volcaron en el programa SPSS versión 19 y se llevaron a cabo análisis descriptivos con los mismos.

5. RESULTADOS.

A continuación se muestran los principales resultados descriptivos obtenidos en las entrevistas.

Tal como vemos en la gráfica 5, la mayoría de hombres y mujeres declaran pasar una media de 6,45 horas desde que salen de sus casas, para realizarse el tratamiento de diálisis, hasta que regresan. Por lo tanto, podemos comprobar que no pueden realizar otras tareas los días que tienen que hemodializarse, siendo estos por lo general tres días en semana.

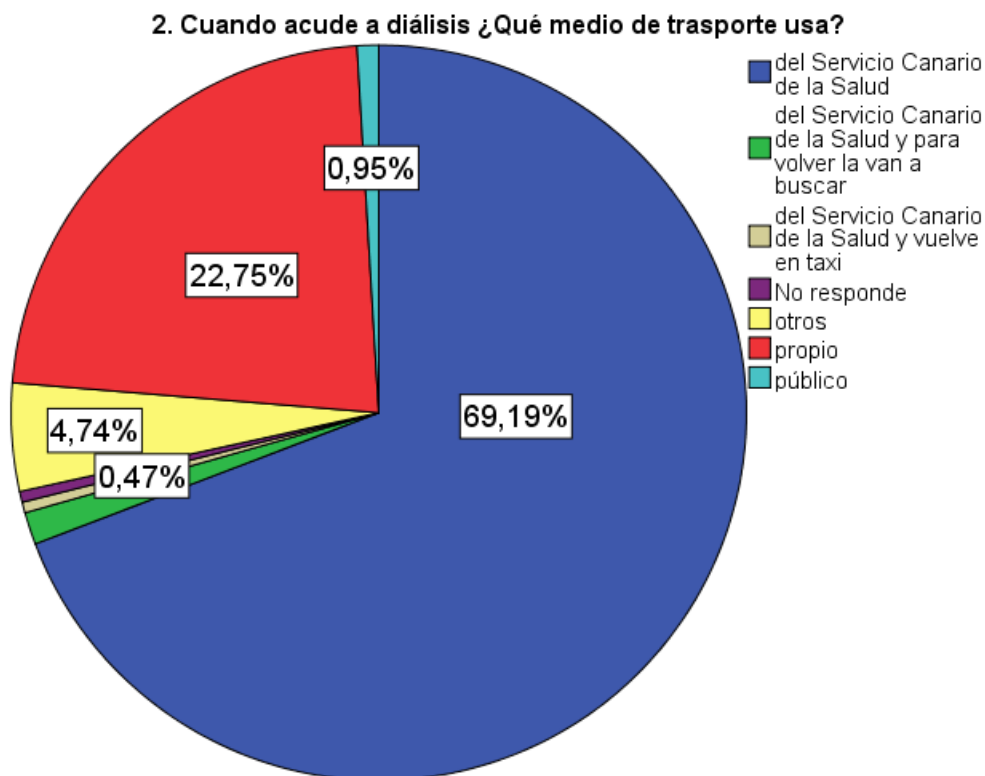
GRÁFICA 5: Representación de la variable Número de horas que invierte en el tratamiento



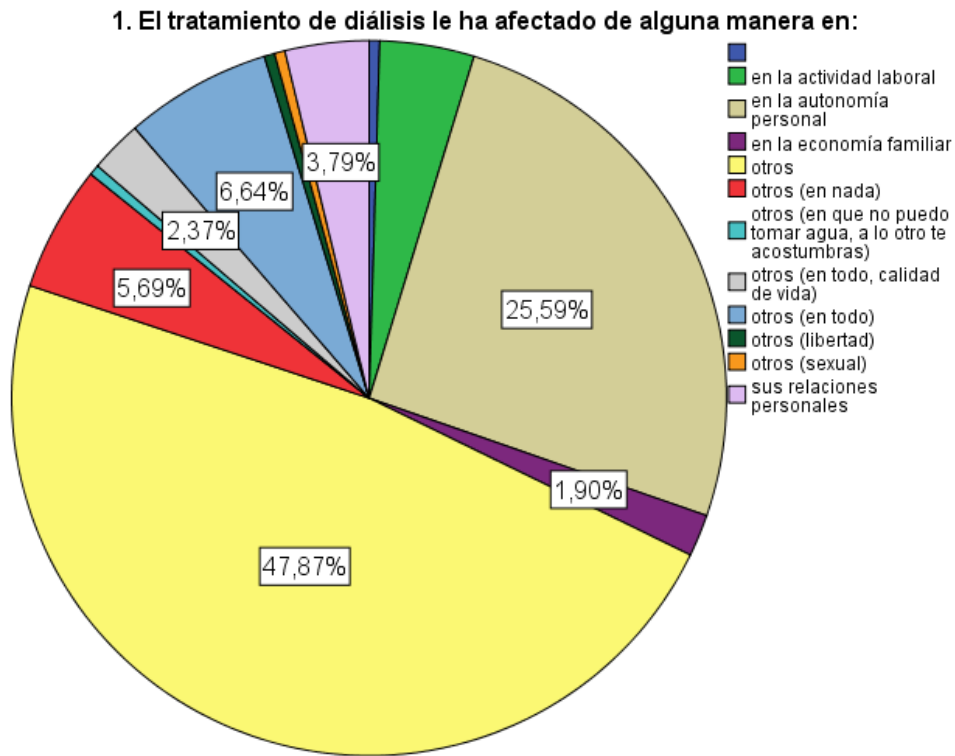
Con respecto al medio de transporte utilizado también se observa en la gráfica 6 que utilizan el transporte del Servicio Canario de la Salud, este podría ser uno de los motivos por el cual numerosos pacientes pierden muchas horas en el traslado hasta su unidad de diálisis. El segundo medio de transporte más utilizado es el vehículo propio con un 22,75%, resulta curioso, ya que muchos pacientes se sienten cansados después de recibir el tratamiento y aun así prefieren conducir hasta su domicilio ahorrándose horas de espera al no tener que utilizar las ambulancias del Servicio Canario de la Salud. Un mínimo porcentaje utilizan otros medios de transporte, “caminando o llevados y traídos por familiares”.

En relación al aspecto psicosocial se puede destacar en la gráfica 7, el hecho de que hombres y mujeres coincidan en que el tratamiento de diálisis les ha afectado sobre todo en “la libertad (0,5%), en lo sexual (0,5%), en todo (6,6%), en todo y en la calidad de vida (2,4%)”, estas respuestas se unen al ítem otros que cuenta con un 47,9% de respuestas. Por otro lado también declaran verse afectados en la pérdida de autonomía personal un 25,6%.

GRÁFICA 6: Representación de la variable del medio de transporte utilizado

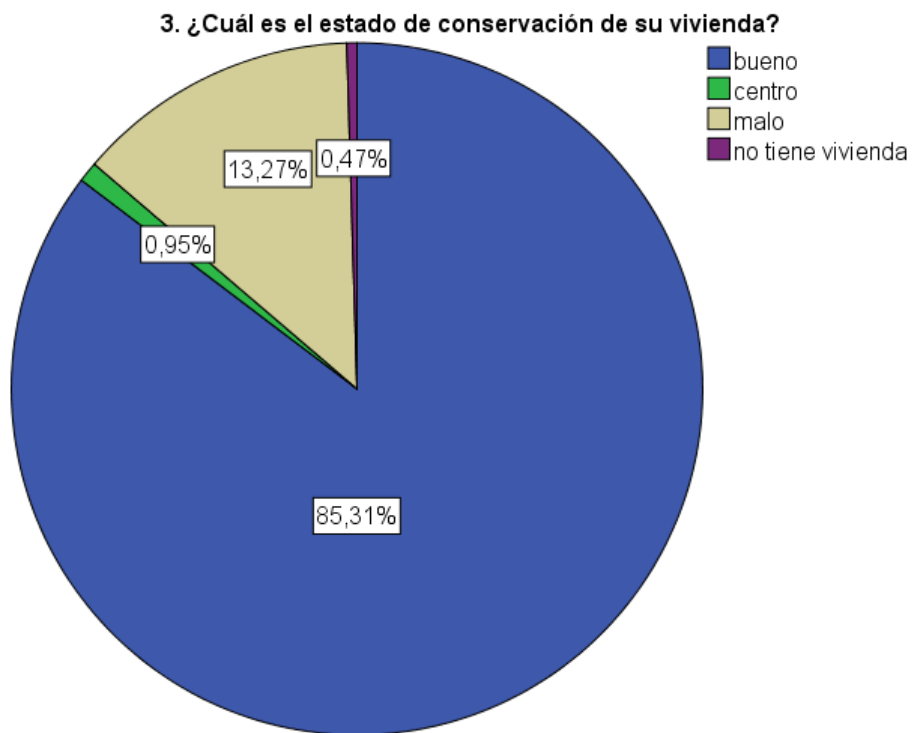


GRÁFICA 7: Representación de cómo el tratamiento ha afectado a su vida

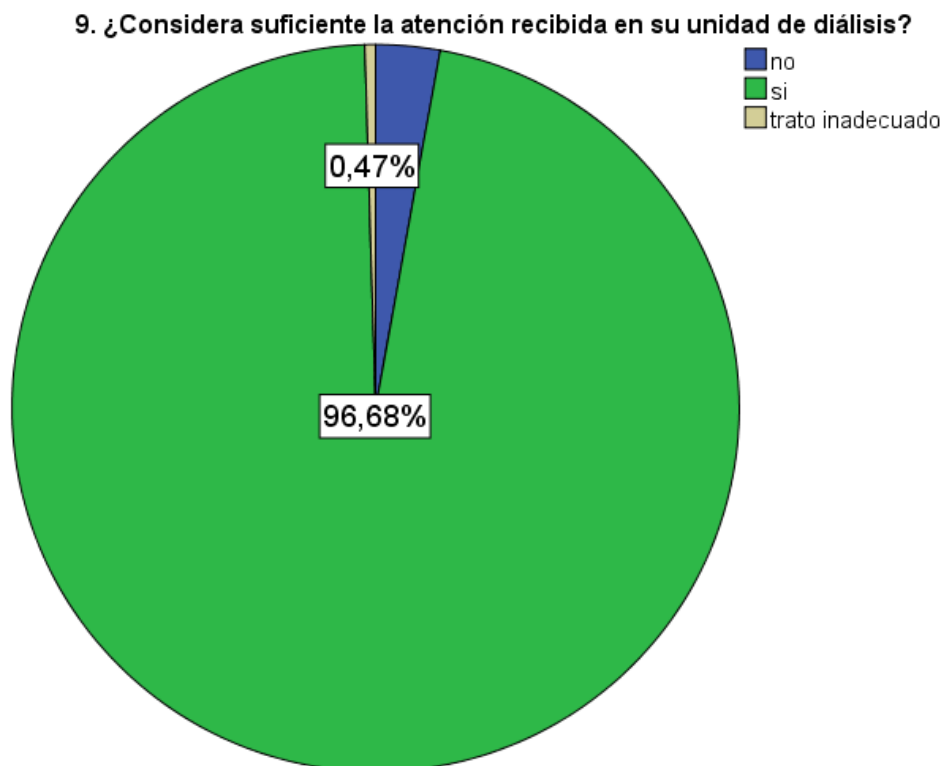


Si hacemos referencia al estado de conservación de sus viviendas, tal como vemos en la gráfica 8, un 13,3%, consideran que el estado de conservación de su vivienda es malo, ya sea porque tienen “grietas, humedades o porque no están suficientemente adaptadas a sus necesidades”. Este dato es relevante ya que deja entre ver las condiciones en las que viven. Por último comentar que un elevado porcentaje considera suficiente la atención recibida en su unidad de diálisis, tal como queda representado en la gráfica 9, a pesar de que en las sugerencias se recogen que un 0,5% han expuesto la necesidad de un “trato más humano”.

GRÁFICA 8: Representación del estado de conservación de la vivienda.



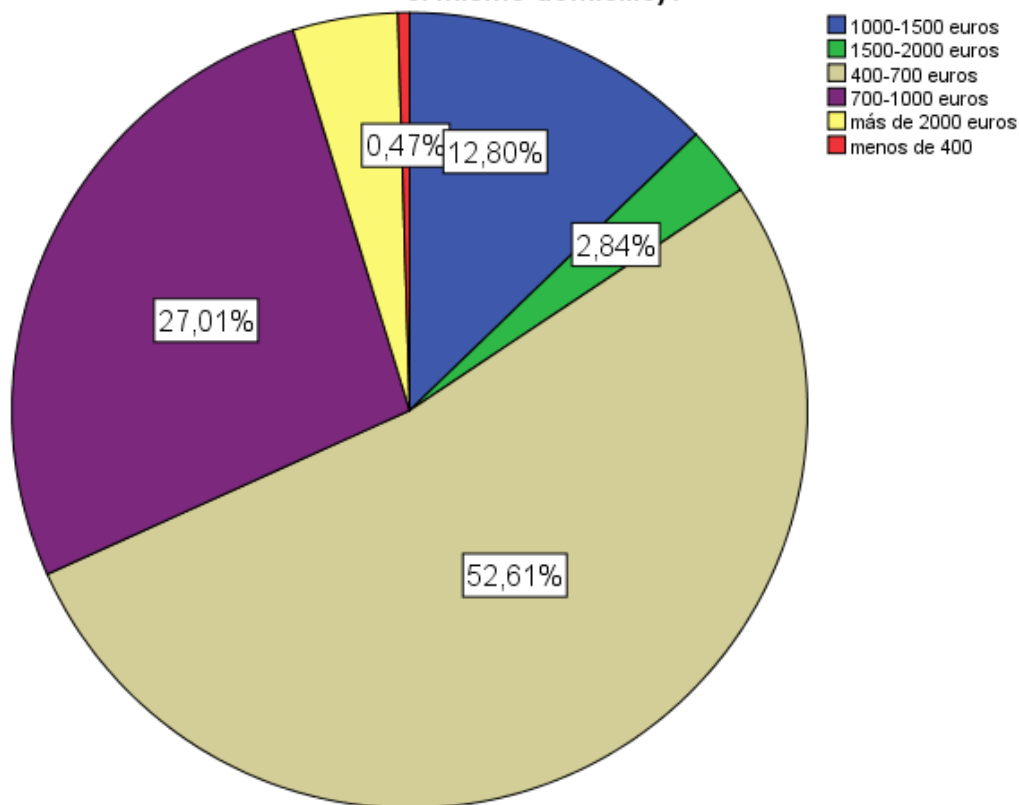
GRÁFICA 9: Representación de la variable sobre la atención recibida en la unidad de diálisis.



Tal como podemos apreciar en la gráfica 12, el copago farmacéutico ha afectado al 0,9% de los pacientes ya que estos declaran que no se toman la medicación (todas o ninguna) porque no las puede comprar (pagar), sin embargo la mayoría de entrevistados afirman disponer de los recursos económicos necesarios para adquirir la medicación, datos reflejados en la gráfica 11, siendo un 16,1% los pacientes que no disponen de tales recursos. Y otro 16,1% que disponen de ellos a veces. Si atendemos a la cuantía mensual de los ingresos de la unidad familiar, encontramos a un 52,6% de pacientes con ingresos comprendidos entre los 400 y 700 euros, dato reflejado en la gráfica 10.

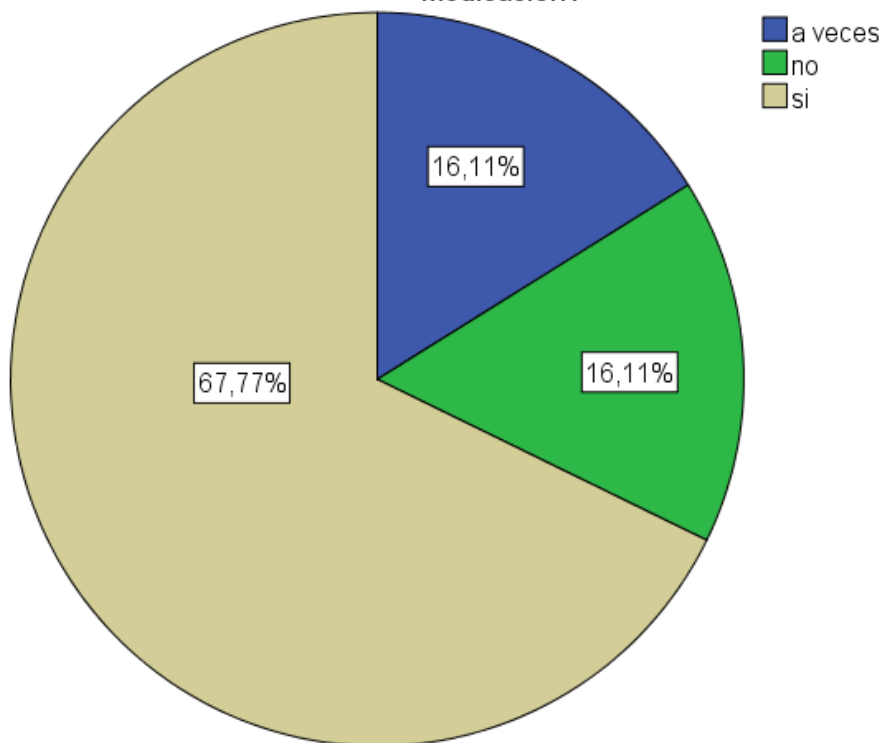
GRÁFICA 10. Representación de la cuantía mensual de los ingresos de la unidad familiar.

4. ¿Cuantía mensual de los ingresos de la unidad familiar (aquellos que viven en el mismo domicilio)?

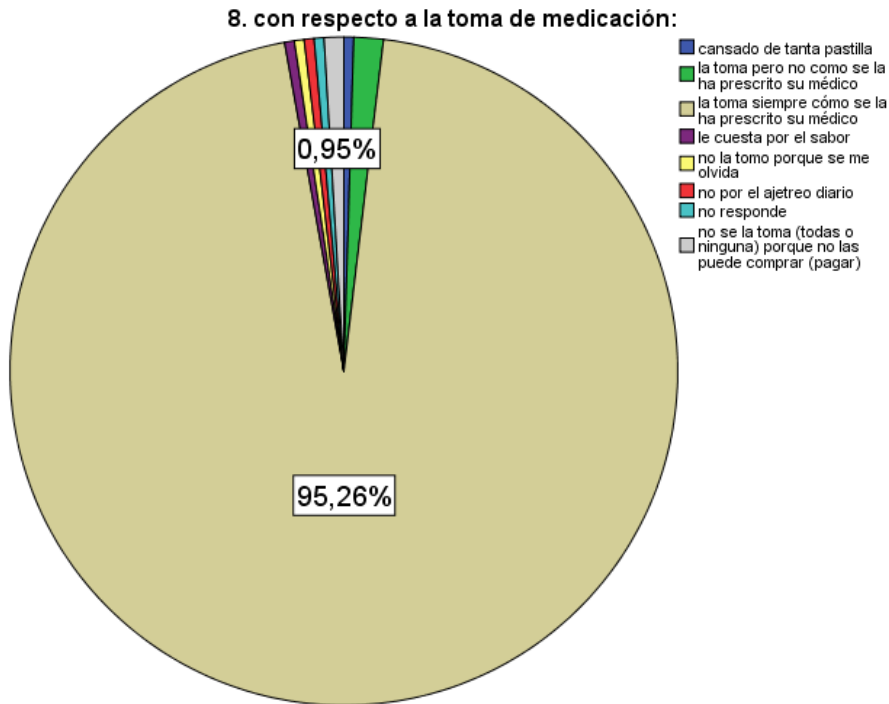


GRÁFICA 11. Representación de la variable sobre los recursos económicos necesarios para adquirir la medicación.

7. ¿Dispone de los recursos económicos necesarios para adquirir su medicación?

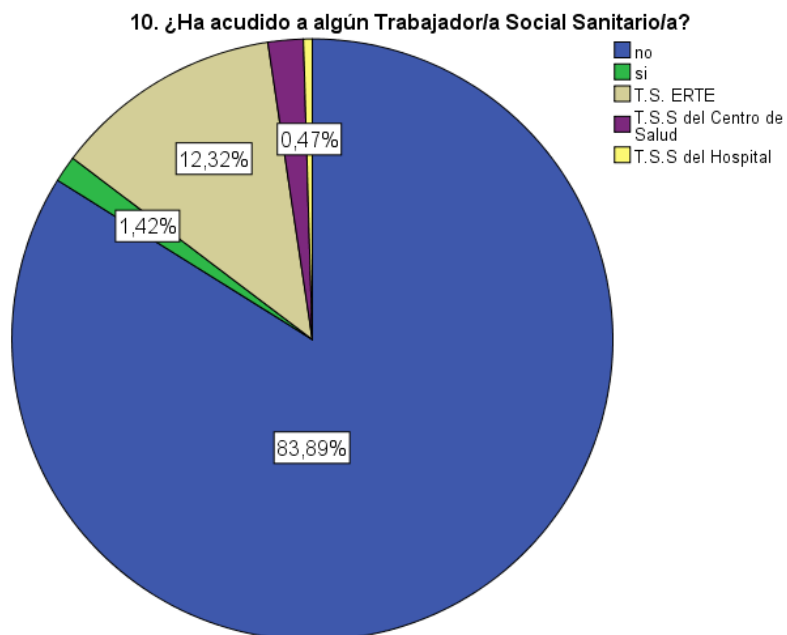


GRÁFICA 12. Representación de la variable toma de medicación.



Según los resultados de la gráfica 13, podemos apreciar que un 83,9% de los pacientes no ha acudido a ningún Trabajador Social Sanitario y si lo ha hecho ha sido principalmente a los Trabajadores Sociales de la Asociación de Enfermos Renales de Tenerife (ERTE).

GRÁFICA 13. Representación según las consultas a algún Trabajador Social Sanitario.



6. DISCUSIÓN.

De los 211 pacientes dializados en la isla de Tenerife, el porcentaje mayoritario, que podríamos definir como perfil tipo, lo representan los hombres casados con una media de edad de 64 años. Son jubilados y su nivel de estudios se limita a leer y escribir. La cuantía mensual de los ingresos de la unidad familiar (una media de 2,7 miembros), oscila entre los 400 y 700 euros. Hablamos de personas que acuden a realizarse el tratamiento de diálisis tres días en semana una media de 6,45 horas por día, limitando claramente sus acciones, participación social y autonomía. El medio de transporte que utilizan es el del Servicio Canario de la Salud, seguidos por aquellos que usan su propio coche ahorrándose las horas de espera hasta llegar a su domicilio. Un 25,6% de los entrevistados afirma que el tratamiento les ha afectado en la autonomía personal así como en “la libertad (0,5%), en lo sexual (0,5%), en todo (6,6%), en todo y en la calidad de vida (2,4%). El estado de conservación de sus viviendas es bueno y disponen de los recursos económicos necesarios para adquirir su medicación, aunque un pequeño porcentaje no se la toma (todas o ninguna) porque no las puede comprar (pagar), este último dato, podría estar ligado a la situación económica actual.

La mayoría considera suficiente la atención recibida en su unidad de diálisis. Un 12,3% ha acudido a algún Trabajador/a Social Sanitario/a.

Todo estudio tiene que tener una finalidad, sin ella no tendría sentido realizar ninguna actividad. La finalidad principal del estudio realizado es la de conocer las características socio demográficas de las personas que se están hemodializando, sus factores de riesgo social, así como saber el grado de influencia en el bienestar de los pacientes con la entrada en vigor de las medidas de reducción implantadas por el Gobierno.

Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios no están claras ni quedan suficientemente reflejadas a través de los pacientes. Sólo un 12,3% de los pacientes ha acudido a algún Trabajador Social, en estos casos de ERTE (Asociación de Enfermos Renales de Tenerife). Este hecho, podría explicarse debido al papel visible que lleva a cabo tal asociación en la lucha por prevenir y sensibilizar sobre la enfermedad renal, ya sea a través de visitas a los pacientes, por medio de campañas de sensibilización, etc.

En base a los datos arrojados del estudio se podría planificar un Plan de mejora para aumentar el bienestar psicosocial de los pacientes, en el cual se tenga en cuenta visitas periódicas de psicólogos y trabajadores sociales a las unidades de diálisis, con la intención de cubrir las demandas de los enfermos, sobretodo de aquellos que se encuentran en mayor desventaja social por su reducida movilidad. Además se podrían aumentar el número de enfermeras en algunas unidades para que los pacientes estén mejor atendidos. Por otro lado, se pueden llevar a cabo muchas sugerencias recogidas por los pacientes como: “poner mantas en los turnos de tarde”, “cambiar los canales de la T.V” o pedirle al “personal médico que a lo hora de informar al enfermo sobre su situación médica, lo haga con un lenguaje menos técnico”; estos cambios se podrían ejecutar sin coste alguno y ayudarían en la mejora del bienestar del paciente. También habría que tener en cuenta otros factores que sí conllevan una partida presupuestaria como el cambio de sillones por camas en las unidades de diálisis o la inclusión de ventiladores.

Con respecto al transporte y al copago farmacéutico no se puede elaborar un plan de mejora a partir de los datos obtenidos, ya que para ello sería necesario un estudio y análisis más exhaustivo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y salud mental, (2013). “*La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*”. Recuperado de http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf

Colom, D. (2008). *EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO Atención primaria y atención especializada Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.

Colom, D. (2010) *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262815>

Consejo General del Trabajo Social. *Código Deontológico de Trabajo Social*. (2012). Recuperado de <http://www.trabajosocialclm.com/images/colegiados/circulares/circulares2012/circular40/Nuevo%20Codigo%20Deontologico%20Trabajo%20Social%202012.pdf>

Ituarte, A. (2009). *Sentido del Trabajo Social en Salud. XI Congreso Estatal de Trabajo Social*. Zaragoza. Recuperado de http://api.ning.com/files/TTQFNTiLm8Q*LtEyHJtTFdplbI3PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBBYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elsentidodeltrabajosocialensalud09_Amaya_Ituarte_Tellaeche.pdf

LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

National Kidney Foundation. *Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica* (2012). Recuperado de <http://www.fesemi.org/documentos/1356002139/publicaciones/protocolos/consenso-enfermedad-renal-cronica.pdf>

Servicio Canario de Salud. *Rol de la Trabajadora Social en Atención Primaria de la Salud*. (2004). Recuperado de <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=91278956-a2ae-11de-ae50-15aa3b9230b7&idCarpeta=26ef0931-647f-11e2-94c1-27ad239a50d5>

Moreno M^a.C. y Estrada J.M^a (2009). *La donación de órganos competencias del profesional*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33362/1/599303.pdf>

Piaskowski, P. (2012). *Hemodiálisis y diálisis peritoneal*. Recuperado de http://www.theific.org/basic_concepts/spanish/IFIC%20Spanish%20Book%202013_ch19_PRESS.pdf

Organización Nacional de Trasplantes (2014). Recuperado de <http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx>

ANEXO.

ULL



FACTORES DE RIESGO SOCIAL EN LOS PACIENTES RENALES

Sexo:	Edad:	
<input type="checkbox"/> Hombre		
<input type="checkbox"/> Mujer		
Estado civil:		
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
Número de miembros de la unidad familiar:		
Actividad laboral:		
<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Jubilado
Nivel de estudios:		
Isla de residencia:		
Número de horas que transcurren desde que sale de su casa, para realizarse el tratamiento de diálisis, hasta que regresa:		

1. El tratamiento de diálisis le ha afectado de alguna manera en:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sus relaciones personales | <input type="checkbox"/> En la economía familiar | <input type="checkbox"/> En la autonomía personal |
| <input type="checkbox"/> En la actividad laboral | <input type="checkbox"/> Otros | |

2. Cuando acude a diálisis ¿Qué medio de transporte usa?

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propio | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Del Servicio Canario de la Salud | <input type="checkbox"/> Otros |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|

3. ¿Cuál es el estado de conservación de su vivienda?

- | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Malo (grietas, humedades, goteras, escasa ventilación, etc.) | <input type="checkbox"/> En ruina |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|

4. ¿Cuántía mensual de los ingresos de la unidad familiar (aquellos que viven en el mismo domicilio)?

- 400-700 euros 700-1000 euros 1000-1500 euros
 1500-2000 euros Más de 2000 euros

5.- ¿En su casa colabora en las tareas del hogar?

- Sí No A veces

6. ¿Sigue la dieta para pacientes renales que le ha indicado su médico?

- Sí No A veces

7. ¿Dispone de los recursos económicos necesarios para adquirir su medicación?

- Sí No A veces

8. Con respecto a la toma de medicación:

- La tomo siempre cómo se la ha prescrito su médico
 La tomo pero no como se la ha prescrito su médico
 No la tomo porque se me olvida
 No me la toma porque desconfío de algún medicamento
 No se la toma (todas o ninguna) porque no las puede comprar (pagar)

9. ¿Considera suficiente la atención recibida en su unidad de diálisis?

- Sí
 No
 Poco personal
 Esperas largas
 Trato inadecuado

10 ¿Ha acudido a algún Trabajador/a Social Sanitario/a?

En caso de que su respuesta haya sido afirmativa ¿quién le ha resuelto sus necesidades?

- Trabajador/a Social Sanitaria del Centro de Trabajador/a Social del Hospital Trabajador/a Social de ERTE

11. Sugerencias para mejorar o mantener en la atención que recibe como paciente renal del Servicio Canario de Salud: