

Plan Global para el desarrollo de actuaciones sobre población socialmente vulnerable con perspectiva comunitaria

**Montse de la Fuente Hurtado¹, Pilar Abaurrea Leoz²,
María Lainez Zaragüeta³, Maika Blasco Pérez⁴, Santiago Urmeneta Aguilar⁵,
Xabier Les Lacosta⁶, Gloria Elgorriaga Aranaz⁷,
María Jesús Arellano Ayala⁸**

1. Sección de Atención Sociosanitaria. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
2. Unidad de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
3. Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
4. Gerencia del Área de Salud de Estella. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Estella.
5. Gerencia del Área de Salud de Tudela. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Tudela.
6. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Unidad de Trabajo Social Sanitario. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
7. Gerencia de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
8. Sección Sociosanitaria. Departamento de Derechos Sociales. Gobierno de Navarra.

Correspondencia: Montse de la Fuente Hurtado [mdelafhu@navarra.es]

Resumen

La enorme crisis sanitaria y social que ha provocado la COVID-19 ha requerido la activación de diferentes propuestas de actuación para los y las profesionales de diferentes disciplinas, entre ellas, el Trabajo Social de diferentes ámbitos y niveles asistenciales de los sistemas públicos de protección tanto sanitarios como sociales, en un escenario rápidamente cambiante y de gran incertidumbre.

Desde un enfoque de atención sanitaria integral de inmediato se comprende que existen amenazas para la población más frágil y vulnerable que, por un lado, no dispone de herramientas suficientes para responder adecuadamente a la situación emergente y por otro, corre el riesgo de sufrir deterioro conforme se alargue la situación¹.

El Plan Global para el desarrollo de actuaciones sociosanitarias y comunitarias frente a la COVID-19 en Navarra, liderado por Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) ha contado con tres etapas de desarrollo claramente diferenciadas, con objetivos que han ido variando a lo largo del tiempo, tratando además de incorporar en sus actuaciones las lecciones aprendidas en etapas anteriores. Se ha conseguido contactar por parte de Atención Primaria (AP) con el 89% de personas preidentificadas como potencialmente vulnerables durante el estado de alarma. Se han realizado un total de 9 actuaciones específicas ante brotes localizados con alta vulnerabilidad social y en el 51% de Zonas Básicas se han constituido o reimpulsado Equipos Operativos para la gestión sociosanitaria de casos y Mesas de Trabajo Comunitario.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios, acostumbrados a implementar planes, programas y acciones fundamentadas en sólidas evidencias científicas, han tenido que reinventarse para tratar de gestionar lo más eficaz y eficientemente una pandemia mundial sin precedentes que casi diariamente cambiaba el escenario sobre el que actuar. Siendo conscientes de que toda crisis, incluida esta, acentúa las desigualdades sociales y sus consecuencias, se hizo necesario desarrollar una serie de acciones que trataran de mitigar en lo posible sus efectos sobre la salud y bienestar de la población. Inicialmente se trató de reaccionar ante los requerimientos que diariamente iban surgiendo y posteriormente se fueron incorporando los aprendizajes adquiridos desde un enfoque más anticipatorio, evolucionando desde intervenciones individuales a poblacionales, para retornar al final del Plan a lo que nunca debió situarse en un segundo plano, el trabajo comunitario.

Con el objetivo de describir de manera sencilla las tres etapas de desarrollo del Plan Global mediante una estructura similar que facilite la comprensión al lector/a, se describen a continuación los objetivos, acciones y una aproximación a los resultados de cada una de las tres fases.

PRIMERA ETAPA

Con un alcance temporal desde marzo de 2020 a julio de 2020, coincidiendo con la primera ola de la pandemia, marcada sobre todo por la gestión de una situación sin precedentes conocidos y la instauración del estado de alarma (15 marzo – 21 de junio) que rompe con las dinámicas de los sistemas de provisión de cuidados tradicionales de forma abrupta. En esta etapa predominaron las acciones comunitarias de iniciativa y desarrollo local, por encima de las activaciones de las administraciones públicas. A nivel de Gobierno de Navarra se desarrolló una propuesta inicial de trabajo conjunto sociosanitario.

Objetivo

Garantizar la cobertura de necesidades generadas por el confinamiento de la población general, sobre todo durante el estado de alarma.

Acción desarrollada 1

Envío a cada profesional de Trabajo Social Sanitario de un listado de pacientes potencialmente vulnerables (según parámetros registrados previamente en Historia Clínica Electrónica) para contacto proactivo y posterior

establecimiento de un procedimiento de coordinación entre los sistemas de protección sanitario y social.

En este contexto, el personal de Trabajo Social de los sistemas sanitario y social atendió prioritariamente las situaciones de especial vulnerabilidad, realizando un esfuerzo permanente de actualización en consonancia estricta con las instrucciones del resto de la organización sanitaria.

Procedimiento en Atención Primaria (sanitaria y social) y Salud Mental

1. *Detección precoz e identificación de personas en posible riesgo social.*
A cada profesional de Trabajo Social (TS) Sanitario de los equipos de Atención Primaria de Salud (EAP) y Centros de Salud Mental (SM) se proporcionaron listados orientativos de las personas cuya historia clínica electrónica de atención primaria (ATENEA) o especializada (HCI) contuviera los códigos que se pueden observar en las dos primeras columnas de la tabla 1, o que habían sido atendidas en algunos de los programas de AP Social.

Uno de los objetivos prioritarios de SM era garantizar la continuidad del tratamiento en la red asistencial, por lo que se priorizó la atención presencial a casos de mayor gravedad y atención a personas vulnerables. TS en coordinación con los EAP contactaron telefónicamente con las personas de los listados mencionados, completando este listado con personas diagnosticadas de trastorno mental grave, personas del panel de control de esquizofrenia, las personas que acudían a recursos sociosanitarios (ocupacionales/laborales, centros de rehabilitación psicosocial, equipos de incorporación social, actividades de ocio de ANASAPS). Algunos de estos recursos que cerraron en esta primera etapa eran un apoyo fundamental para la permanencia en la comunidad de muchas personas atendidas, y apoyaban también a las familias y personas cuidadoras en situaciones de sobrecarga por los cuidados y convivencia. Estos recursos también realizaban seguimiento telefónico de personas usuarias, por lo que desde los Centros de SM se mantuvieron coordinaciones con ellos durante las siguientes etapas. En estas acciones se incluyó la atención telefónica de familiares y personas cuidadoras que ya participaban en el proceso de atención.

2. Compartir información entre ámbitos sanitario y social

3. Distribución de la población detectada, con criterios que determina cada Zona Básica (ZB).

4. Acordar un plan de acción:

- Establecimiento de contacto telefónico. Presentación del/la profesional con nombre, apellidos e institución a la que pertenece.
- Recogida de información con la persona contactada, identificando prioritariamente si tiene apoyo para cubrir las necesidades básicas.

- Acordar un plan de actuación con la persona, con los siguientes elementos clave:
 - Gestionar la incertidumbre, aclarando posibles informaciones erróneas, evitando alarmismos, pero huyendo de banalizaciones.
 - Propiciar la coordinación tanto interna (en la propia organización sanitaria) como externa (con otros recursos y dispositivos de la red social).
 - Empoderar a las familias y facilitar al máximo su autoorganización.
 - En caso de personas que vivan solas y sin soporte sociofamiliar, previa autorización de las mismas, contactar con la plataforma web: www.navarramasvoluntaria.es, que gestiona las redes de “Navarra +Voluntaria”.

Tabla 1. Códigos de HCE y programas de Servicios Sociales para preidentificación de posibles situaciones de riesgo social

Preidentificación de personas en posible situación de riesgo social		
A través de códigos historia clínica electrónica		A través de listados por programas en Atención Primaria social
Atención Primaria sanitaria	Centros de Salud Mental	
Aislamiento social/Soporte Social Deficitario/Problema por soledad/ Vivir sola	Alteración del comportamiento que implica riesgo y/o impide la convivencia	Personas atendidas por los Servicios de Atención a Domicilio
Vivir sola, factor de riesgo	Con personas sin parentesco	Casos de intervención con menores y familias (también las atendidas por los Equipos de Infancia y Adolescencia)
Sola y no acepta supervisión	Sola y no acepta supervisión	Personas derivadas a los Equipos de Incorporación Social a través de la vivienda
Sola y sin familiares directos u otras personas comprometidas con el cuidado	Sola y sin familiares directos u otras personas comprometidas con el cuidado	Mujeres víctimas de violencia de género (incluidas las atendidas por los Equipos de Atención Integral a la Violencia)
Con familiares que presentan una dependencia o limitación funcional y/o social	Con familiares que presentan una dependencia o limitación funcional y/o social	Personas en procesos de incorporación social (también las atendidas por los Equipos de Incorporación Sociolaboral)
Con familiares de edad avanzada	Con familiares de edad avanzada	Personas beneficiarias de banco de alimentos
No mantiene relación alguna y carece de red informal	No mantiene relación alguna y carece de red informal	Personas en alojamientos excluyentes
Presunción de desprotección / negligencia / maltrato	Presunción de desprotección / negligencia / maltrato	Personas receptoras de ayudas: Renta Garantizada, Emergencia, Extraordinaria...
Desestructuración grave que afecta al cuidado	Desestructuración grave que afecta al cuidado	

Procedimiento en atención hospitalaria

En las unidades de TS hospitalario se atendió de manera proactiva y también a demanda ante la necesidad de planificar las altas hospitalarias con la mayor premura posible con el fin de garantizar la atención en las necesidades sociales de la población.

Se estableció la realización proactiva de un cribado social de detección de todas las personas ingresadas con COVID-19, entre 24 y 72 horas después del ingreso, para realizar una valoración socio-familiar, preferentemente vía telefónica, con la finalidad de planificar el alta hospitalaria tratando de garantizar que la persona ingresada pudiera disponer de la cobertura de sus necesidades para cuando fuera susceptible de ser dada de alta del hospital.

Paralelamente, de cara a valorar un posible aislamiento domiciliario se atendieron criterios de derivación urgente a trabajo social desde las unidades de hospitalización a través de los profesionales sanitarios que detectarían: personas sin hogar o personas y/o familias en exclusión social, turista en tránsito, convivencia en pisos compartidos, mujeres con sospecha de ser víctimas de violencia de género, mujeres gestantes, cuidador/a exclusivo/a de personas con necesidades de cuidados, personas dependientes con necesidades de soporte, menores con dificultades, personas beneficiarias del Servicio de Atención a Domicilio municipal y otras situaciones de especial vulnerabilidad de domicilios con menores a cargo, situaciones de necesidad de soporte emocional derivadas de las condiciones de aislamiento y localización de familiares/entorno.

Acción desarrollada 2

Establecimiento de un cribado social ante la indicación de aislamientos domiciliarios para garantizar que las personas con SARS-CoV-2 positivo, o pendiente de resultado, o con aislamiento preventivo por contacto, pudieran disponer de la cobertura de necesidades básicas durante el aislamiento domiciliario (Figs. 1,2). Se propuso identificar los factores de riesgo por parte de los profesionales sanitarios de los centros de AP (coherente con lo que recogía el protocolo de manejo en AP)¹ y hospitales con un cribado social^{4,5,6} mediante un documento con estas dos acciones que fue difundido a toda la organización sanitaria el 20 de marzo de 2020, y se fue completando y actualizando en función de la evolución de las fases de la emergencia sanitaria.

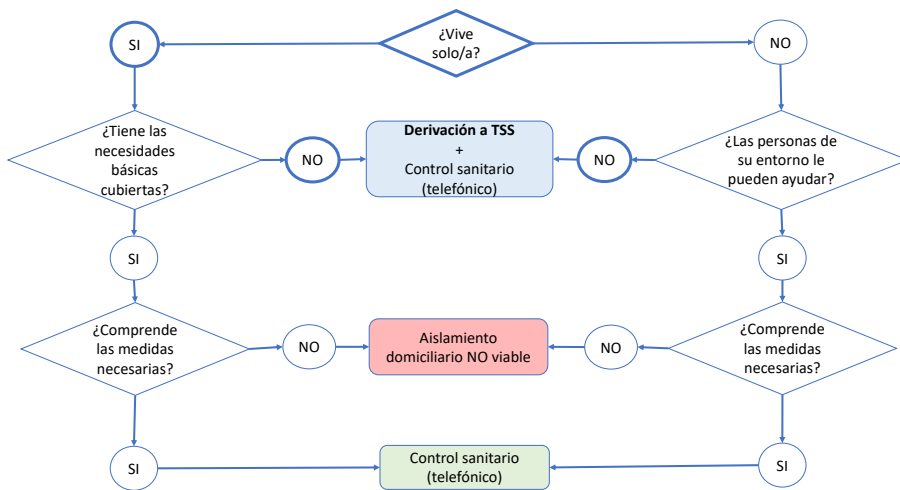


Figura 1. Algoritmo para cribado social ante aislamientos.

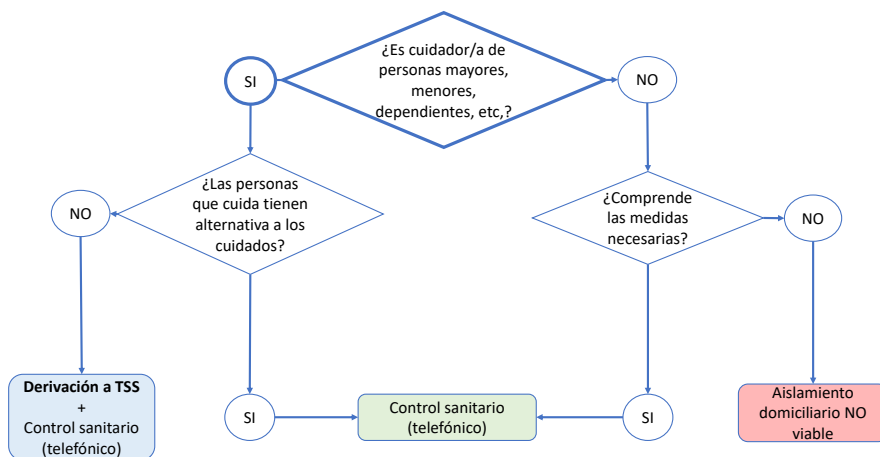


Figura 2. Algoritmo para cribado social ante cuarentenas.

Acción desarrollada 3

Actualización permanente de recursos generados para la atención específica en la pandemia a personas sin COVID-19 (Fig. 3) y con COVID-19 (Fig. 4), así como otros recursos disponibles (Fig. 5) y protocolos de coordinación sociosanitaria.

NUEVOS RECURSOS PARA PERSONAS SIN COVID		
	PAMPLONA: Albergue temporal Jesús y María, Pensiones (Eslavas, Leyre), Apartamentos Olga, Residencia temporal M ^a Auxiliadora y Chalet Paderborn	RESTO DE MUNICIPIOS: Pisos y Residencia Lagun-Etxea
Departamento Responsable	Servicios Sociales del Ayuntamiento de Pamplona y Acción Comunitaria	Dirección General de Políticas Migratorias y Vivienda
Referente/s	Txus Labarga, Laura Vélez, Alicia Cordero y Garbiñe Bueno	Virginia Eraso
Perfil usuario	Personas en situación de alta exclusión, o que por distintos motivos se quedan sin vivienda. Se tratará de adecuar el perfil en función de su situación personal y familiar	Personas y familias con problemática de vivienda derivada del Estado de Alarma
Vía de acceso	jlabarga@pamplona.es 608766927 y Urgencias: 690653568 Prioritariamente desde Unidades Barrio	migraciones.acojida@navarra.es 848421519
Información relacionada	Enlace a la ficha de derivación al Albergue temporal	Info completa Compromiso vivienda Reglamento vivienda Solicitud vivienda

Figura 3. Actualización recursos para personas sin COVID a 14 de abril 2020.

Este breve resumen trata de complementar el documento [Actuación Sociosanitaria ante el COVID 19](#) de fecha 20 de marzo de 2020.

NUEVOS RECURSOS PARA PERSONAS CON COVID						
	Bed 4 YOU TUDELA	FUERTE PRINCIPE	ESCLAVAS (BURLADA)	IRUÑA PARK PAMPLONA	FELIX GARRIDO	BALNEARIO DE FITERO
Departamento Responsable	Salud	Derechos Sociales	Salud	Salud	Derechos Sociales	Derechos Sociales
Referente/Dtra.	César Milagro	Patricia Rández	Conchi Gurbindo	María Ruiz	Gema Urralburu	Olga Cuairán
Perfil usuario/a	Personas autónomas que han precisado ingreso hospitalario con necesidad al alta de aislamiento domiciliario por COVID+ y con dificultades para realizarlo en sus propios domicilios	Personas autónomas en situación de riesgo o exclusión, con necesidad de aislamiento por COVID + y sin vivienda	Personas autónomas que han precisado ingreso hospitalario, y excepcionalmente provenientes de domicilio, con necesidad de aislamiento domiciliario por COVID+ y con dificultades para realizarlo en sus propios domicilios	Personas autónomas con necesidad de aislamiento por COVID + y soporte sanitario por parte de Hospitalización a domicilio	Personas en residencia, autónomas, con necesidad de aislamiento por COVID+ y dificultades para realizarlo en su propio centro. También se atienden altas hospitalarias y/o ingresos desde Atención Primaria	
Estado	Abierto 2 de abril	Abierto 6 de Abril	Abierto 3 de Abril	Abierto 30 de marzo	Abierto 29 de marzo	Abierto 6 Abril
Vía de acceso	TRABAJO SOCIAL SANITARIO	TRABAJO SOCIAL SANITARIO	TRABAJO SOCIAL SANITARIO	RED HOSPITALARIA	Circuito interno en ANADP para valoración individualizada	
Información relacionada	Info completa	crsfuertepincipe@navarra.es Info completa	esclavas.covid@navarra.es Info completa hospitales Info completa AP salud.		seccion.servicios.mayores@navarra.es	

Figura 4. Actualización recursos para personas con COVID a 14 de abril 2020.

Además:

- ✓ Menores: [Procedimiento con menores ante situación positiva de sus progenitores con COVID desde TS de Atención Primaria de Salud](#)
[Procedimiento con menores ante situación positiva de sus progenitores por COVID-19 Derechos Sociales](#)
- ✓ Situaciones de urgencia ante altas hospitalarias de personas mayores: [Procedimiento valoración residencial al alta hospitalaria](#)
- ✓ Ampliación de plazas en el albergue municipal de Tudela
- ✓ Hoteles de descanso o aislamiento de profesionales que no pueden realizar el aislamiento en su domicilio:
 - Desde la red corporativa: <https://gcsalud.admon-cfnavarra.es>
 - Desde fuera de la red: <https://gcextsalud.navarra.es> (Precisa acreditación de identidad digital)
- ✓ Coordinación entidades voluntarias: <https://www.navarramasvoluntaria.es/>
- ✓ Apoyo emocional:
 - Para profesionales: <https://gcsalud.admon-cfnavarra.es/Salud02/SaludMental/InformacionAProfesionales/ApoyoEmocional%20Covid19/default.aspx>
 - Para familiares de personas en centros residenciales: 948206441, atendido por Cruz Roja
 - Para población general: 848420090, atendido por el Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes del Colegio de Psicología de Navarra
- ✓ Información oficial sobre el Coronavirus del Gobierno de Navarra, WhatsApp al en 628024653 escribiendo ALTA y el idioma o idiomas elegidos (CASTELLANO, ÁRABE, CHINO, INGLÉS, FRANCÉS, BÚLGARO Y RUMANO)
- ✓ En cuanto a la intervención psicosocial, se propone como material de referencia la [Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus](#) de OSALDE, Osasun Eskubidearen Aldeko Elkarte – Asociación por el Derecho a la Salud

Montse de la Fuente
Jefa de la Sección de Atención Sociosanitaria
Sª Efectividad y Seguridad Asistencial SNS-O



14 de Abril de 2020

Figura 5. Actualización otros recursos disponibles a 14 de abril de 2020.

Resultados de esta etapa

Para la evaluación se optó por analizar una serie de variables extraídas directamente de las bases de datos sanitarias (gracias al Servicio de Evaluación y Difusión de Resultados en Salud de SNS-O) y por la realización de una encuesta de recogida de información (del 18 al 25 de junio de 2020) dirigida a las personas profesionales de TS destinatarias iniciales de la propuesta: AP social y sanitaria, centros y dispositivos de la red de SM y centros hospitalarios. Para la difusión de la encuesta de evaluación se empleó un formato digital a través de un cuestionario de *Google Forms* para facilitar al máximo su cumplimentación. Además, se recogieron otro tipo de aportaciones a través de teléfono y email.

- El porcentaje de actuación proactiva según datos obtenidos desde las agendas de profesionales fue muy positivo. En el caso de AP sanitaria, a lo largo de los meses de abril y mayo de 2020 el 89% de las personas preidentificadas como potencialmente en situación de vulnerabilidad en los listados remitidos a cada profesional ha tenido contacto con algún profesional del EAP. En el caso de la red de SM, donde se detectaron dificultades por no estar debidamente actualizados los listados, el porcentaje de contacto con el sistema ha sido del 27%. Cabe destacar que el 9,3% de ellos ha tenido citas con al menos

dos perfiles profesionales diferentes (psiquiatría, psicología, enfermería, o trabajo social), el 7,3% con tres profesionales diferentes, y el 1% con todos ellos.

- La actuación proactiva a través de listados facilitados por la organización resultó de utilidad para la mayoría de encuestados, tanto desde un punto de vista profesional (66%) como según el *feedback* recibido por las personas atendidas (62%).
- Se confirma que el perfil de persona atendida por el Servicio de Atención a Domicilio (SAD) es el que ha generado mayor nivel de coordinación a nivel de Zona Básica de Salud, seguido de las personas que residen solas o con otras personas en situación vulnerable. Existe una disonancia entre la percepción de los profesionales de los EAP y los de los Servicios Sociales de Base (SSB) en relación con la comunicación de los casos COVID-19 positivo confirmados atendidos por los SAD. Algunos SSB afirman no haber recibido esta importante información.
- El cribado se consideró útil o muy útil para el 64% de los y las profesionales encuestados.
- En cuanto a las intervenciones más frecuentes, casi la totalidad de los y las encuestados y encuestadas aluden al apoyo psicosocial (escucha activa, contención emocional, concienciación, acompañamiento), seguido de la información-orientación ante trámites o recursos y la coordinación tanto externa como interna.
- Se consultó también sobre la utilidad de los recursos generados (redes comunitarias, recursos habitacionales para personas sin COVID-19, recursos habitacionales para personas **COVID-19 positivo**, recursos de apoyo psicológico, hoteles para profesionales, información oficial en varios idiomas) con las siguientes percepciones (Fig. 6):

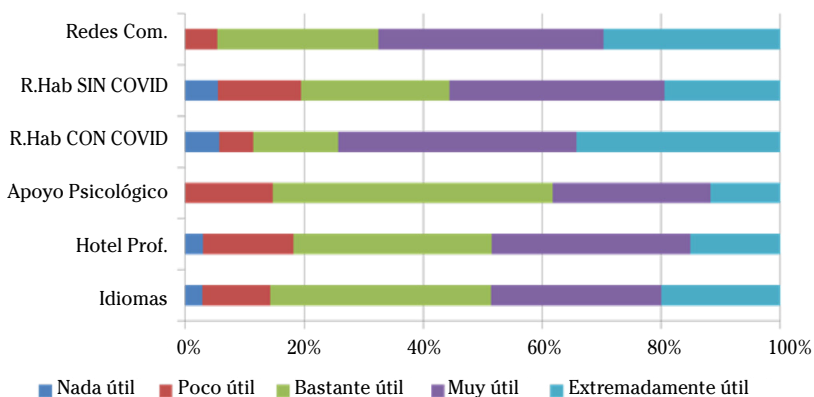


Figura 6. Resultados encuesta en relación con utilidad recursos generados en pandemia.

Principales reflexiones de esta etapa

- Fue imprescindible para que todos y todas los y las profesionales pudieran desempeñar su importante labor conocer los canales de información oficial y los recursos comunitarios tradicionales y emergentes.
- La generación de listados para la actuación proactiva ha sido posible gracias al trabajo previo de unificación de los sistemas de registro social y las posibilidades que ello ofrece de codificación y explotación. Es importante igualmente mantener lo más actualizada posible esta información.
- En ocasiones la presión asistencial ha mermado la actuación proactiva.
- La actuación integral a través de los equipos interdisciplinares aporta un gran valor al sistema y a las personas atendidas.
- Se debe seguir trabajando conjuntamente para ofrecer soluciones integrales e integradas a las problemáticas más prevalentes, como son la atención a miembros vulnerables, complementando y apoyando la labor de las familias en esta imprescindible función.
- La atención psicosocial ha tenido un lugar destacado en las intervenciones realizadas, muy por encima de otras actuaciones como la gestión o la tramitación.
- A la hora de dar respuesta a las problemáticas detectadas, el surgimiento de redes vecinales de solidaridad comunitaria e iniciativas de apoyo mutuo ha sido casi tan importante como la activación de recursos habitacionales generados por las administraciones públicas para la atención a las personas COVID-19 positivo.

Como conclusión, se ha logrado el objetivo de actuar proactiva y precozmente con un alto porcentaje de población vulnerable, coordinando esfuerzos interdepartamentales.

SEGUNDA ETAPA

Coincidiendo temporalmente con la segunda ola de la pandemia, desde septiembre de 2020 hasta diciembre de 2020, marcada principalmente por las restricciones a la movilidad, el uso de mascarilla obligatoria en todos los espacios y para todas las personas y la necesidad de realizar aislamientos domiciliarios estrictos de personas positivas y/o cuarentenas en el caso de contactos estrechos.

Esta es la etapa de mayor generación de actuaciones dentro del plan. El surgimiento de diferentes tipos de necesidades vinculadas a la gestión de

la pandemia en numerosos puntos del territorio hizo necesario ordenar y dar coherencia a las diversas acciones que de manera aislada e inconexa se iban implementado. Todo ello además para transitar desde un planteamiento reactivo a las necesidades que iban surgiendo a uno más preventivo que permitiera cierta anticipación o al menos incorporación sistemática del conocimiento adquirido.

En esta etapa del plan se comienzan a obtener datos reales que apoyan la ya conocida teoría que preconiza la influencia que los determinantes sociales tienen sobre la salud de la población. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones de los entornos en los que las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan, practican su religión y envejecen, que afectan a una amplia gama de resultados y riesgos para la salud, el funcionamiento y la calidad de vida². Los determinantes sociales de la salud pueden crear desigualdades sanitarias dentro de la sociedad, y pueden afectar al bienestar, a los resultados sanitarios, a la prevalencia de enfermedades y a la mortalidad³. De ello se deduce que los recursos que mejoran la calidad de vida, como la disponibilidad de una vivienda segura y asequible, el acceso a la educación, la seguridad social, y la disponibilidad de alimentos saludables, entre otros, pueden tener una influencia significativa en los resultados de salud de la población². Las crisis, incluidas las pandemias como la COVID-19, tienen la capacidad de acentuar las desigualdades sociales y sanitarias, especialmente las que pasarían desapercibidas u ocultas antes de la pandemia³. A este respecto, una revisión obtuvo que los grupos de población vulnerables, en particular los que pertenecen a una minoría racial y aquellos con ingresos bajos, son más susceptibles y se han visto afectados en mayor medida por la COVID-19, incluyendo un mayor riesgo de mortalidad³. A su vez, las desigualdades de género y la violencia contra las mujeres se han visto exacerbadas por la pandemia, conduciendo a una disminución del bienestar particularmente entre las mujeres. Por otra parte, la COVID-19 ha acrecentado el impacto de los determinantes sociales de la salud a través de la pérdida de empleo/ingresos, la falta de acceso a la atención sanitaria, la inestabilidad de la vivienda, la falta de hogar y las dificultades de desplazamiento³.

Algunos de los datos que iban viendo la luz, directamente extraídos de la Base Anonimizada de Resultados en salud de Navarra (BARDENA) gestionada por el SNS-O, y que abarca prácticamente a la totalidad de la población navarra (en torno al 97%), y gracias a los análisis de los mismos realizados por NavarraBiomed, apoyaban más si cabe la necesidad de trazar un plan multiacción para tratar de mitigar los efectos de los principales factores de desigualdad social.

En la figura 7 se puede observar como una persona con condición de migrante (ajustada por el resto de variables: obesidad, sexo, ingresos bajos y edad) tiene una mayor probabilidad de contagiarse de COVID-19 que una persona que no es migrante (mayor *odds ratio* de la variable “migrante”).

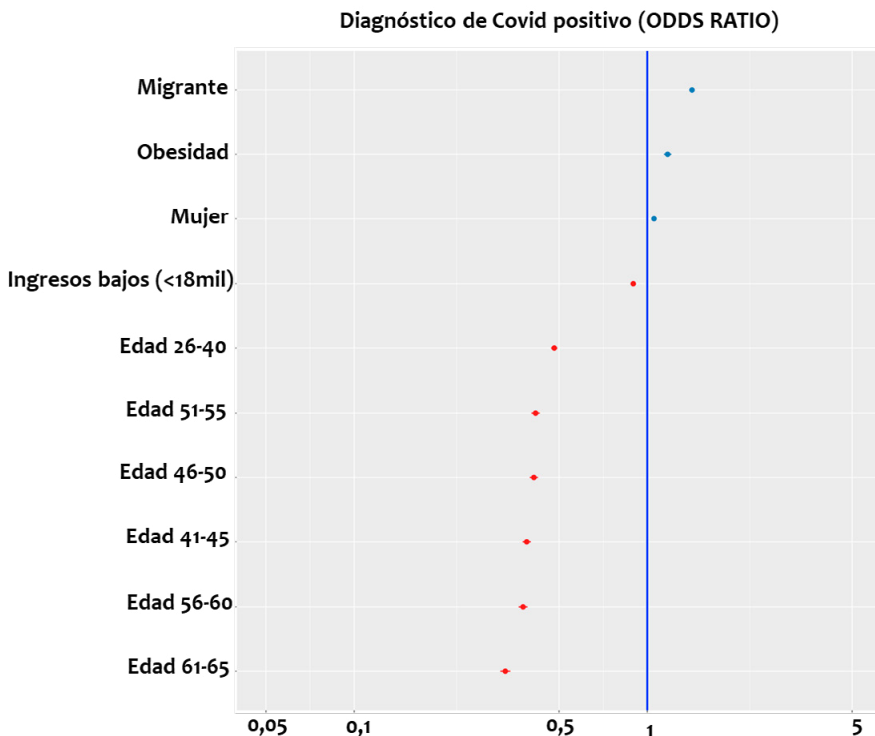


Figura 7. Odds ratio de contagio de COVID-19 según tramos de edad, ingresos bajos, sexo, obesidad y condición de migrante. Eje horizontal: *odds ratio*; eje vertical: variables en el modelo de regresión logística múltiple.

En la figura 8 se observa el lógico gradiente de edad para la probabilidad de hospitalización por COVID-19 (a menor grupo de edad, menor probabilidad de ingresar en un hospital debido a la gravedad de la COVID-19). La siguiente variable que aporta mayor probabilidad de ingreso es la condición de migrante, incluso por encima de la obesidad.

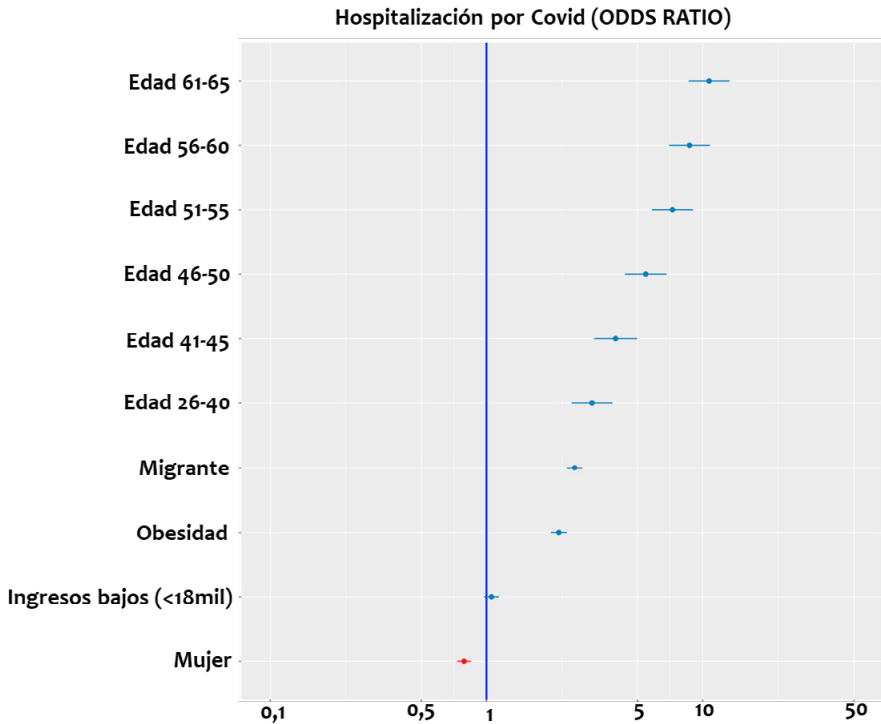


Figura 8. Odds ratio de hospitalización por COVID-19 según tramos de edad, ingresos bajos, sexo, obesidad y condición de migrante. Eje horizontal: odds ratio; eje vertical: variables en el modelo de regresión logística múltiple.

Objetivo

El objetivo de esta segunda etapa fue controlar los brotes epidémicos, asegurando la detección y aislamiento adecuado de los casos y sus contactos estrechos, incidiendo sobre los determinantes sociales que impiden o dificultan la realización adecuada de los aislamientos y cuarentenas, desde un enfoque preventivo y comunitario.

Conscientes de la multicausalidad de los brotes, se estableció un plan de trabajo global, que incidiera en los determinantes sociales que dificultan o impiden la adecuada realización de los aislamientos y cuarentenas⁷⁻⁹ como por ejemplo las situaciones de hacinamiento domiciliario, la carencia de red social de apoyo para realización de compras, la necesidad de terceras personas para la realización de actividades básicas de la vida diaria, la no comprensión de normas y recomendaciones, etc. De igual manera, el plan se fundamenta en la necesidad de aportar apoyos y respuestas so-

ciosanitarias integrales a las necesidades de la población generadas por la emergencia sanitaria, con especial atención a los más vulnerables, desde un enfoque preventivo y de intervención comunitaria^{10,11}. Las actuaciones se estructuran entorno a tres ejes de actuación: la mejora de circuitos, las actuaciones ante brotes y la coordinación-promoción sociosanitaria.

Agentes implicados

- SNS-O: Servicios Centrales, Gerencia de Atención Primaria, Gerencia de Salud Mental, Gerencia de Áreas de Salud integradas de Estella y Tudela
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN)
- Departamento de Derechos Sociales: Sección Sociosanitaria, y Sección de Atención Primaria y Comunitaria
- Servicios Sociales de Base (Entidades Locales)
- Entidades del Tercer Sector

El Plan cuenta con una figura de coordinación global a través de la Jefatura de Sección de Atención Sociosanitaria del SNS-O y con un Grupo Motor, formado por la técnica de TS del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica de la Gerencia de Atención Primaria (GAP), la jefa de la Unidad de Cuidados y Atención Sociosanitaria de la GAP, el coordinador de TS del Área de Salud Integrada de Tudela, la coordinadora de TS del Área de Salud Integrada de Estella y la propia jefa de Sección de Atención Sociosanitaria de SNS-O.

Alcance geográfico

Toda Navarra. Para el desarrollo del plan se toma como referencia territorial la demarcación de las Áreas de Servicios Sociales: Pamplona y Comarca (se divide en dos), Tudela, Estella, Tafalla, Noroeste y Noreste.

Acción desarrollada 1: Mejora de circuitos

En este primer eje se contemplaron varios objetivos en relación a la mejora de circuitos:

- 1) *Introducir un cribado social en la gestión de los contactos para la detección precoz de indicadores de riesgo y garantizar la continuidad de la atención de TS.*

En las labores del equipo de gestión de contactos (rastreo) es necesario considerar los condicionantes sociales que dificultan que las personas reali-

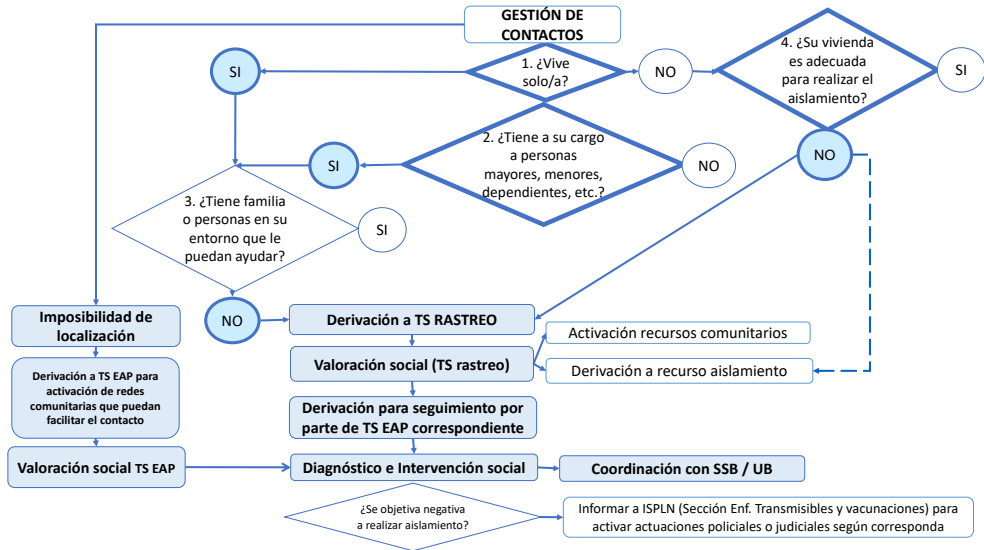


Figura 9. Flujograma de actuación para la detección del riesgo social desde el rastreo.

cen el adecuado aislamiento y cumplimiento de las indicaciones sanitarias. Se incorporan al procedimiento general unas preguntas clave que ayuden a identificar estas dificultades (Fig. 9). Se trata, además, de garantizar la continuidad de la atención a través de la coordinación con TS de los equipos de AP.

Prioridad y proactividad en la valoración social de los casos COVID-19 positivo de cada ZBS.

Los EAP, a través de las Unidades Básicas de Atención (UBA) disponían diariamente de listados, a través de la herramienta *Tableau*, de pacientes con resultado de PCR o antígeno positivo para facilitar su labor de seguimiento.

El TS de AP realiza la valoración social de aquellas personas vulnerables y con dificultades para seguir las orientaciones sanitarias y de aislamiento, registrando su intervención de manera sistemática en ATENEA.

La intervención se inicia bien a través de la derivación del resto del equipo sanitario ante la detección de indicadores de riesgo social, o bien de manera proactiva a través los listados de *Tableau* (Fig. 10).

Esta herramienta tecnológica ha sido clave para la priorización de la actuación proactiva profesional ya que ante el elevado número de casos positivos diarios a los que cada EAP debía hacer seguimiento, la posibilidad de priorizar la actuación social en personas potencialmente más vulnerables ha sido crítica.



Figura 10. Flujograma inicio intervención social desde Atención Primaria.

A través del botón “trabajo social” del *Tableau* de “pacientes no ingresados”, ha sido posible acceder a información de los siguientes grupos de población potencialmente vulnerable (Fig. 11):

- Usuarios de SAD municipal
- Convivientes en la misma vivienda igual o superior a 5
- Copago farmacéutico TSI 001 (sin aportación). Se usó este código como aproximación a situación de vulnerabilidad económica.
- Nacionalidad de origen no española
- Hogar unipersonal en personas mayores de 80 años
- Situación de dependencia reconocida
- Cobertura sanitaria específica (incluye los siguientes grupos asistenciales: víctimas de trata, solicitantes de protección internacional, asistencia extranjeros residentes no autorizados, convenio especial asistencia sanitaria, menores tutelados por la administración, menores de 18 años extranjeros Real Decreto Ley 16/12, asistencia sanitaria Comunidad Foral)

Esta innovación tecnológica ha sido posible gracias al enorme avance que se ha producido en cuanto a sistemas de información sanitaria se refiere, permitiendo incorporar factores sociales hasta entonces escasamente considerados importantes en las actuaciones. Este desarrollo ha permitido además ir contando con datos agregados según los criterios de vulnerabilidad definidos para un mejor y más completo conocimiento de la población afectada sobre los que poder ir planificando otras acciones dentro del Plan Global. En este sentido se ha podido constatar que el 24,34% de los casos COVID-19 positivo convivían en unidades familiares de 5 o más personas, el 13,95% son personas que están exentas del copago farmacéutico debido a sus bajos ingresos, y que el 27,59% son personas mayores de 80 años que vivían solas. Mención especial merece el dato de personas de origen extranjero afectadas por COVID-19. Mientras que la representación en Navarra de este grupo poblacional se sitúa en torno al 16% según datos del Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de población de origen extranjero afectada por COVID-19 ha sido del 23%, siete puntos porcentuales por encima.

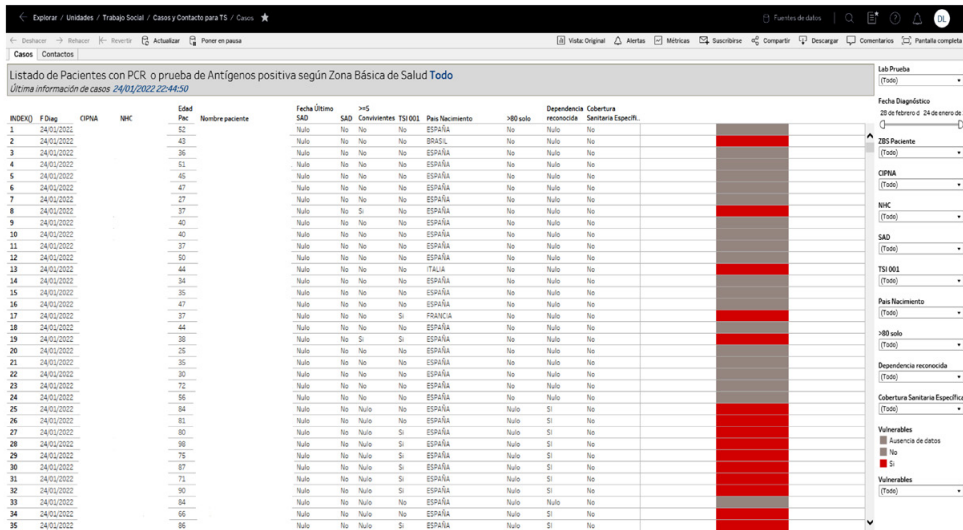


Figura 11. Ejemplo de Tableau de casos positivos en zonas básicas de salud potencialmente vulnerables socialmente.

También ha sido posible mostrar estos datos según su distribución territorial por tasas, lo que ha permitido focalizar los esfuerzos realizados en la línea de actuación de prevención-promoción en unas determinadas ZBS (Fig. 12).

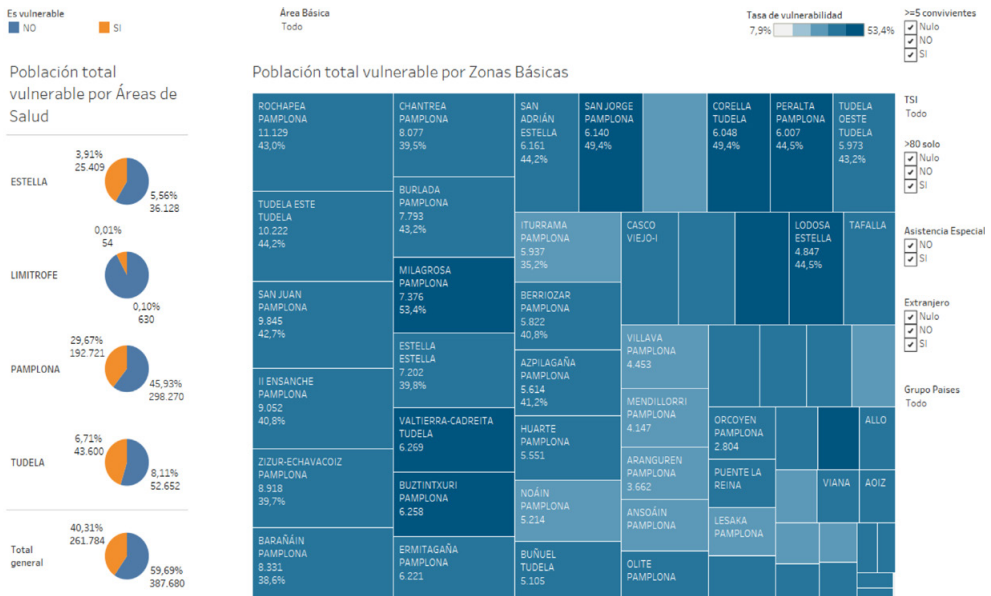


Figura 12. Ejemplo de Tableau de distribución de población con vulnerabilidad social por zonas básicas de salud.

2) Conectar circuito de apoyo social con acciones administrativas

Se generó este circuito de actuación ante la existencia de situaciones en las que existiera una objetiva negativa de la persona a realizar adecuadamente el aislamiento o cuarentena indicada, tras la oportuna intervención integral del EAP. Estos casos se notificaron a la Sección de Enfermedades Transmisibles y Vacunaciones del ISPLN, según modelo acordado, quienes valoraban la activación del procedimiento de aislamiento forzoso (Fig. 13).

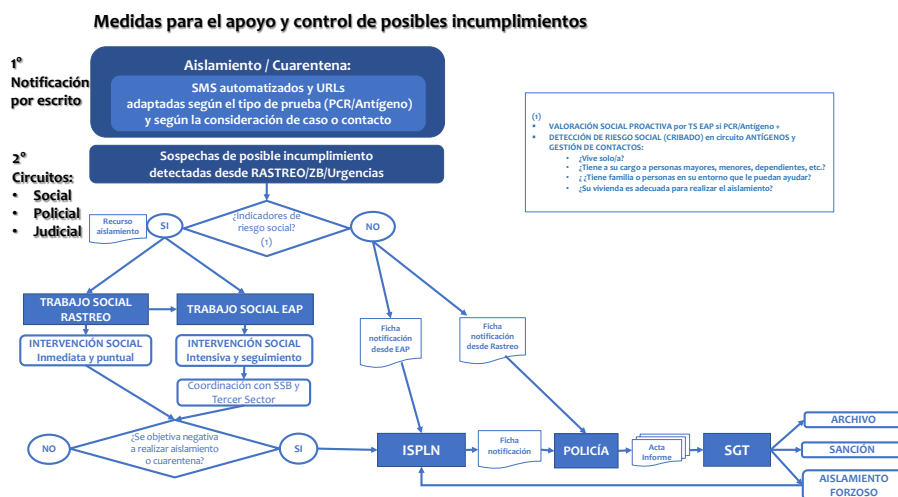


Figura 13. Circuito para manejo de incumplimientos

3) Criterios para realización de visitas domiciliarias

Dada la importancia de esta actuación y considerando la variabilidad existente en cada ZBS se concretaron los siguientes criterios para realización de visitas a domicilio por parte de TS:

- Imposibilidad de contacto telefónico tras derivación por parte del equipo de rastreo para seguimiento social, tras tres intentos y tras coordinación con el SSB correspondiente al domicilio.
- Cuando, tratándose de un caso conocido previamente por el EAP o el SSB, existan dudas fundadas de la realización adecuada del aislamiento y la persona conviva con personas vulnerables o necesitadas de protección (menores, personas dependientes, personas con la necesidad de apoyos para el ejercicio de su capacidad jurídica, etc.)
- Antecedentes o sospecha de violencia de género, o malos tratos en adultos o infancia.

- A petición de la UBA y junto a ella, para valoración social en el marco de una actuación integral, en aquellos casos en que la situación lo requiera.

4) Actuación con los Servicios de Ayuda a Domicilio municipales

Se consideró prioritario elaborar un circuito de coordinación entre Atención Primaria de SNS-O y los SSB en relación con las personas usuarias de los SAD municipales dadas sus especiales características de vulnerabilidad (habitualmente necesidad de terceras personas para la realización de Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales) y para que las trabajadoras de estos servicios pudieran seguir desempeñando su importante labor en las condiciones más seguras posibles¹² (Fig. 14).

Para ello el primer paso fue tratar de identificar adecuadamente de usuarios SAD en Historia Clínica y *Tableau*:

- Cada SSB facilitó un listado de sus usuarios de SAD al TS del EAP quien procedía a registrar esta importante información en la Historia Clínica, ATENEA, protocolo de historia social sanitaria, posibilitando que apareciera “Usuario SAD” en el listado de pacientes PCR+ (*Tableau* COVID). Además, se acordó anotar un Flash Sanitario para conocimiento del resto de integrantes del EAP. Resultó de suma importancia mantener permanentemente actualizada esta información.
- La detección de posibles casos positivos o contactos estrechos usuarios de SAD se realizó de forma proactiva diariamente a través de los listados de TABLEAU, botón “Trabajo Social”, en cuyo caso se establecía contacto con el SSB correspondiente, previa conformidad de la persona atendida, para su conocimiento y actuación oportuna.

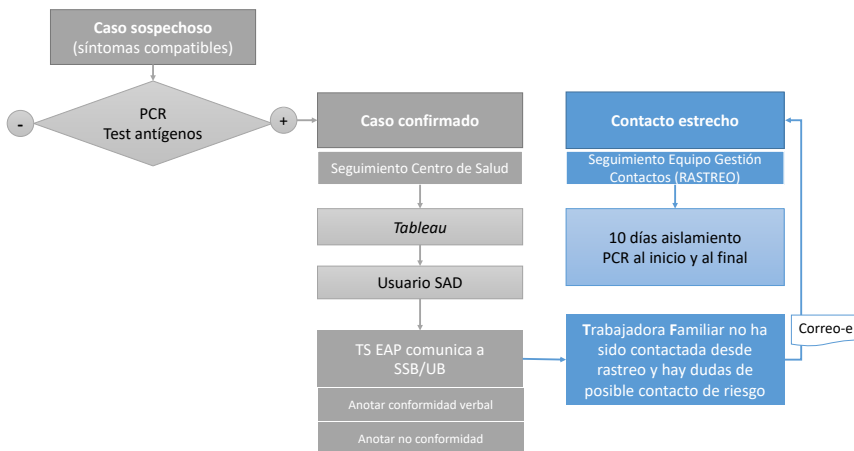


Figura 14. Flujograma de actuación con los Servicios de Ayuda a Domicilio.

Garantizar atención social fuera del horario de atención habitual

Habida cuenta de la importancia de garantizar la intervención también fuera del horario de habitual de atención de los y las profesionales de TS, se habilitó un teléfono y un correo electrónico por parte del Equipo de Gestión de Contactos de 15h. a 22h. de lunes a viernes, y de 8h. a 22h. fines de semana y festivos, con las siguientes funciones:

- Atender las demandas y dudas de los/as sanitarios (urgencias hospitalarias, 112, SUE/SUR...) ante situaciones relacionadas con la COVID-19, en lo que a aspectos sociales se refiere.
- Realizar las valoraciones sociales necesarias ante situaciones relacionadas con la COVID-19 fuera del horario de atención de los profesionales de Trabajo Social de los EAP, Hospitales, o red de Salud Mental.
- Activar recursos de carácter urgente (centros para aislamiento, etc.)
- Si no es posible la resolución inmediata, asegurar la derivación correspondiente garantizando la continuidad con los EAP.

Atención Hospitalaria

En esta segunda etapa, la evidente influencia de los condicionantes sociales en los procesos de salud-enfermedad fue determinante a la hora de plantear las altas hospitalarias. Las dificultades que suponían los contextos de los aislamientos domiciliarios, la comprensión de los mensajes normativos, y el drama de la muerte por enfermedad en situaciones de soledad y de impacto hicieron que la actuación anteriormente iniciada de proactividad en la valoración socio-familiar al ingreso cobrara, si cabe, mayor relevancia.

Las acciones a desarrollar dentro de la hospitalización, desde las unidades de Trabajo Social Sanitario, iban dirigidas a conocer lo antes posible las situaciones de los entornos sociofamiliares y a la mejora del procedimiento o circuitos establecidos, en donde el contexto que primaba era fundamentalmente médico. Por otro lado, fluctuaba la hospitalización de personas que no tenían COVID-19, que iban incrementando la hospitalización y tenían la necesidad también de la valoración del contexto sociofamiliar.

Este circuito mejoró con la herramienta de innovación tecnológica *Tableau* para TS, con la incorporación de profesionales de TS al Equipo de gestión de contactos (rastreo) y con la implementación de recursos socio-sanitarios para la coordinación en las altas hospitalarias cuando la persona no podía volver al domicilio (Fig. 15).

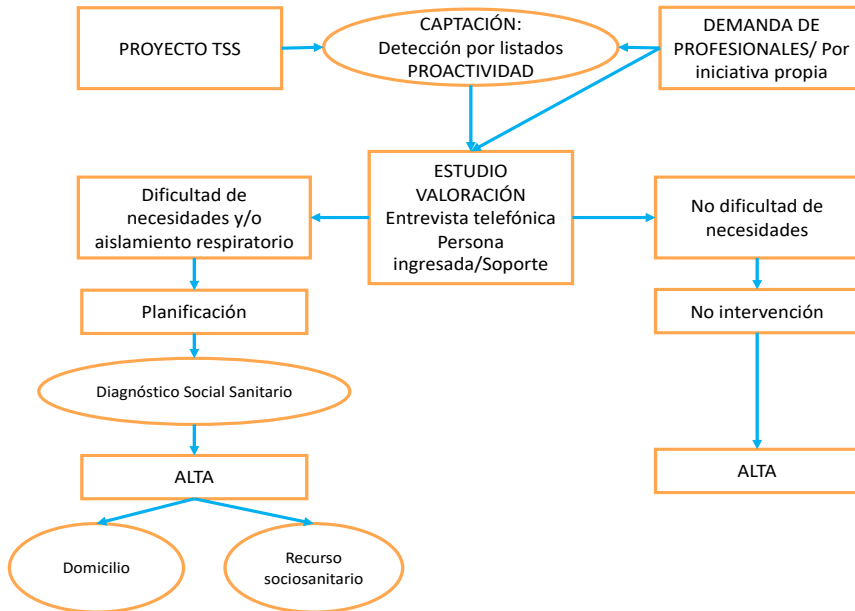


Figura 15. Flujograma de actuación intrahospitalario.

Acción desarrollada 2: Actuaciones ante brotes con alta concentración de indicadores de vulnerabilidad

Ante brotes localizados en los que se detecta alta concentración de indicadores de vulnerabilidad social entre la población afectada (precariedad económica, viviendas no adecuadas, barreras idiomáticas y culturales, etc.) se articularon dos tipos de actuaciones:

- 1) Inmediatas para apoyo a la intervención coordinada sociosanitaria en la ZBS.
 - Se decidió que a partir de un 4% de tasa acumulada semanal por ZBS, y 10 omás casos diarios por ZBS (excluidos los brotes en centros residenciales), desde la GAP en el Área de Pamplona (técnica del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica, y/o Jefatura de Unidad de Cuidados y Atención Sociosanitaria), y desde las respectivas personas coordinadoras de TS en el caso de las Áreas Integradas de Estella y Tudela, se contactará con el personal TS de los EAP implicados para iniciar actuaciones de refuerzo:
 - Estimular la coordinación con SSB.
 - Refuerzo de personal de TS para las valoraciones y seguimientos, según proceda, valorando cargas de trabajo también en re-

lación con las atenciones fuera de la COVID. En este sentido se procedió a la contratación de una profesional de TS para esta labor desde octubre de 2020 hasta 31 de marzo de 2021. El apoyo proporcionado por esta profesional fue sumamente importante ya que permitió valorar en el citado periodo a 1717 personas (1.192 Área de Pamplona, 381 del Área de Tudela y 144 del Área de Estella) con el consiguiente el alcance en cuanto al número de unidades familiares se refiere¹³.

- 2) Urgentes ante brotes localizados de origen laboral o con alta concentración de indicadores de vulnerabilidad social.

Un buen ejemplo de este tipo de actuación es la realizada en una empresa de la ribera el 29 de agosto de 2020. Tras detectarse por parte del ISPLN un número elevado de positivos con posible nexo laboral se solicitó apoyo a la persona coordinadora de TS del área para realizar junto a su equipo una valoración social entre todos los trabajadores de la empresa. La actuación se realizó con carácter de urgencia un sábado por la mañana (obtención del listado de personas positivas, realización de cribado social telefónico y determinación de actuación: finalizada, seguimiento en EAP, derivación urgente a recurso de aislamiento). En esta experiencia concreta se valoraron un total de 113 personas de 19 nacionalidades diferentes, de los que más del 23% vivían con más de 5 personas y el 10% en régimen de subalquiler de habitación, el 5% presentaban dificultades de comunicación a causa del idioma y solo el 5% algún tipo de dificultad para realizar el aislamiento (por problemas relacionados con la vivienda o con ausencia de red de apoyo social para realización de compras, etc.) que requirieron una intervención social más específica para activación de recursos formales de apoyo.

Además, durante los cuatro meses de duración de esta segunda etapa del Plan se realizaron actuaciones focalizadas con visión comunitaria y sociosanitaria en las ZBS de Carcastillo, Tudela, Estella e Iruztzun tras detectarse una alta concentración de indicadores de vulnerabilidad entre la población afectada (precariedad económica, posibles hacinamientos, dificultad idiomática, escasez vínculos sociofamiliares, etc.). Estas actuaciones y las lecciones aprendidas en las mismas se desarrollan con mayor detalle en el capítulo 6.3.

Acción desarrollada 3: Coordinación sociosanitaria y promoción-intervención comunitaria

Coordinación sociosanitaria a nivel de ZBS y promoción-Intervención comunitaria: codiagnóstico y codiseño de actuaciones factibles en el terri-

torio (interconexión de redes ya creadas, lagunas existentes, sensibilización a determinados colectivos, etc.).

Tras las actuaciones implementadas en cuanto a la mejora de circuitos para detección y actuación ante indicadores de riesgo social, y considerando las experiencias realizadas de manera reactiva ante la aparición de brotes (ejes de actuación 1 y 2 de esta fase del Plan) iba siendo cada vez más evidente la necesidad de trabajar no solo de manera reactiva a la situación, sino de ir incorporando un enfoque más preventivo y anticipatorio que permitiera un abordaje primario más efectivo. Todo ello basado en el gran potencial que la Atención Primaria, tanto social como sanitaria, y las redes de apoyo comunitario local poseen en términos de cercanía y conocimiento de la población, canalización de esfuerzos colectivos y para el establecimiento de sinergias entre todos los agentes implicados que favorecen el bienestar de la población. Todo ello se aborda de manera más específica en el capítulo 6.3.

Debido a la gran variabilidad existente entre ZBS en cuanto a trabajo coordinado sociosanitario se refiere, se propusieron actuaciones básicas que estimularan la existencia de un Equipo Operativo para la gestión conjunta de casos, formado por representantes del EAP (TS y personal sanitario) y del SSB, con los objetivos de:

- Identificar conjuntamente población vulnerable.
- Actuar coordinadamente ante la detección de un diagnóstico positivo o contacto estrecho, distribuyéndose tareas y ámbitos de actuación.

Para materializar este eje de actuación (prevención-promoción) se realizaron un total de ocho reuniones de 2 horas de duración, una en cada una de las Áreas, con la participación de un total de 162 agentes clave a nivel de territorio implicados en el desarrollo del Plan (Salud, Servicios Sociales, Tercer Sector), coordinadas por tres profesionales representantes de: SNS-O (responsable de la reunión), ISPLN y Departamento de Derechos Sociales.

Resultados de esta segunda etapa

Sin contar con las actuaciones propias de profesionales de TS del Equipo de Gestión de contactos, durante los meses de impacto de la segunda ola (de julio a diciembre 2020) se ha llegado a valorar la situación social de un total de 5.689 personas (TS de EAP + TS de refuerzo). El porcentaje de valoración social sobre el total de población no ha dejado de crecer, siendo muy notorio este ascenso en el último periodo analizado entre las personas consideradas como potencialmente vulnerables (por

su situación socioeconómica, por las posibles condiciones de hacinamiento, etc.). La distribución porcentual por áreas se puede observar en las figuras 16 (%valoración social proactiva en población COVID-19 positivo y 17 (%valoración social proactiva en población COVID-19 positivo potencialmente vulnerable).

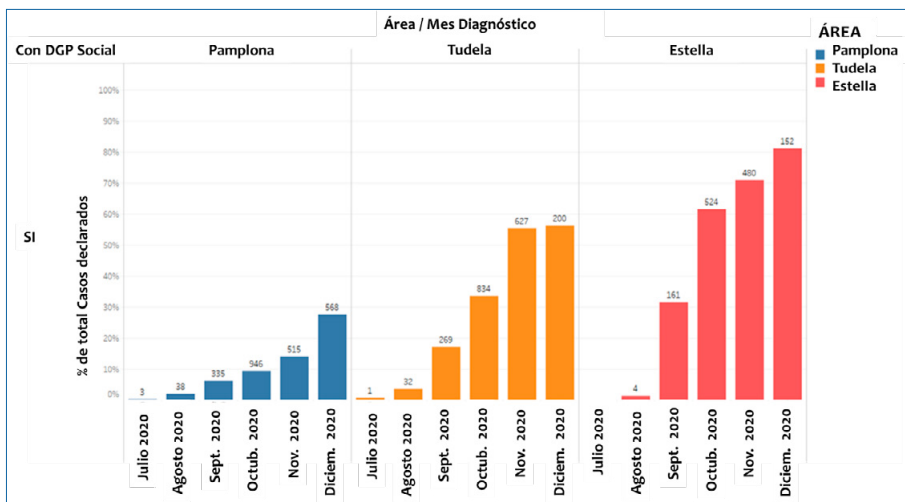


Figura 16. Evolución mensual del porcentaje de casos de COVID-19 con valoración social proactiva.

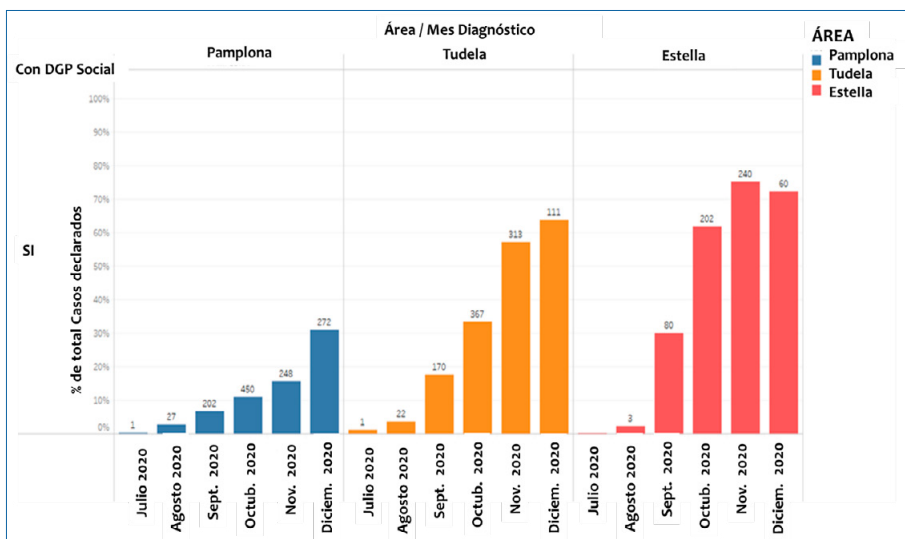


Figura 17. Evolución mensual del porcentaje de casos de COVID-19 potencialmente vulnerables con valoración social proactiva.

A pesar de que el Plan Global no proponía actuaciones específicas por parte de TS para con las personas consideradas contactos estrechos, colateralmente ha habido actuaciones con este colectivo poblacional en un porcentaje considerable (en términos absolutos, 4.472 personas en tres meses), lo cual da idea de la visión sistémica con que trabaja el colectivo de TS (Figs. 18, 19).

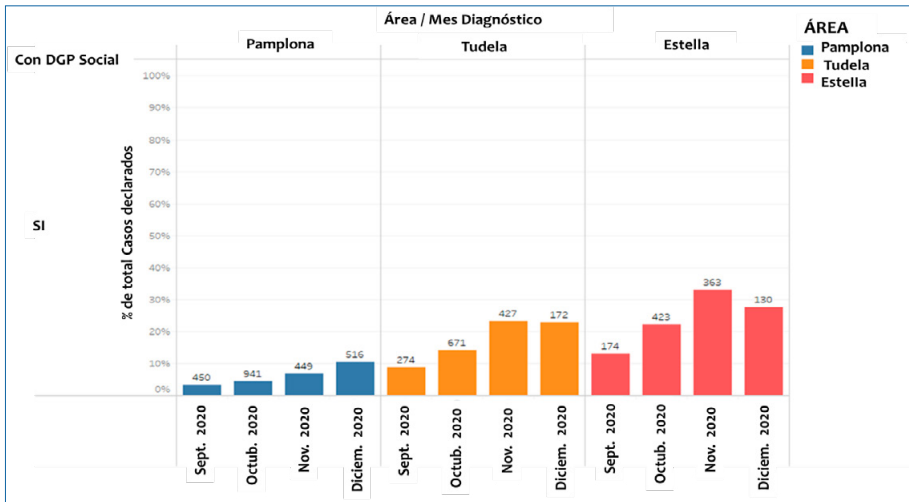


Figura 18. Evolución mensual del porcentaje de actuaciones en contactos estrechos realizadas por Trabajo Social del Equipo de Atención Primaria.

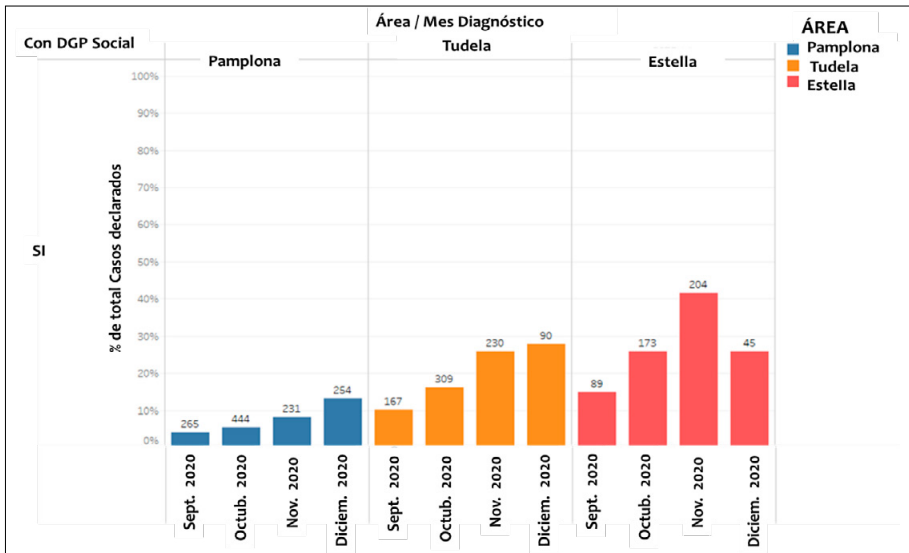


Figura 19. Evolución mensual del porcentaje de actuaciones en contactos estrechos potencialmente vulnerables realizadas por Trabajo Social del Equipo de Atención Primaria.

Queda pendiente profundizar en el análisis evaluativo de las líneas de trabajo relacionadas con la Prevención y la Promoción. Según una encuesta realizada en el ámbito de la Atención Primaria tanto social como sanitaria (elaboración propia, enero 2021), el 51% de las ZBS dicen contar con Mesas de Trabajo Comunitario y el 51% con Equipos Operativos de ZB para la gestión conjunta de casos, en los que, además, según sondeo interno, la mayoría cuenta con la participación de personal sanitario (64%).

Principales reflexiones de esta segunda etapa

- Ha sido fundamental la actitud siempre propositiva y la disposición de todos y todas los y las profesionales implicados en el diseño y ejecución del Plan, destacando a los y las integrantes del grupo motor durante todos los días de la semana y a cualquier hora. En este sentido las nuevas tecnologías han facilitado el contacto más allá del estricto horario laboral (reuniones convocadas sin previo aviso a través del grupo de WhatsApp, reuniones por video llamada, etc.). También ha favorecido la articulación de todas las acciones el contar con una figura de coordinación del Plan con visión integradora y transversal tanto en cuanto a niveles asistenciales se refiere como desde un punto de vista territorial.
- En relación con la TS de refuerzo para las valoraciones proactivas ante brotes localizados ha sido un gran acierto que esta figura fuera de referencia para todo el territorio foral. Esta fórmula ha aportado disponibilidad inmediata y versatilidad, ya que el aumento del número de casos se producía en diferentes puntos del territorio de manera imprevisible y los sistemas de contratación habitual son poco ágiles para resolver este tipo de actuaciones de refuerzo urgente si los/as profesionales se adscriben a cada ZBS.
- Sería necesario hacer un análisis más exhaustivo sobre la utilidad del teléfono de atención social fuera del horario habitual, pero a falta de un estudio más riguroso es justo destacar que la necesidad de su implementación se detectó desde diversos puntos de la estructura organizativa (ISPLN, SUE, 112, hospitales...) habida cuenta de la importancia que la intervención social adquirió en esta segunda ola, poniendo de manifiesto esta necesidad estructural tantas veces manifestada con anterioridad.
- Importancia creciente de los registros, de mantenerlos lo más actualizados posible (imprescindible para el circuito con los SAD, por ejemplo), y del enorme potencial que los sistemas de información tienen como herramientas de ayuda para la actuación profesional (posibilidad de focalizar el trabajo en colectivos más vulnerables, etc.)

- Merece una mención especial en esta segunda etapa lo relativo a la puesta en marcha de Infraestructuras alternativas de alojamiento para facilitar los aislamientos y cuarentenas. Aunque no se generaran dentro del Plan Global no hay duda de que gran parte del éxito en la contención de los brotes asociados a determinantes sociales ha recaído en la disponibilidad de estos recursos. Su gestión presentó dificultades relacionadas con la diferenciación de los perfiles de usuarios de estos recursos (personas con necesidad de terceras personas atendidas en recursos dependientes del Departamento de Derechos Sociales y personas autónomas funcionalmente en recursos de Salud), la contratación de los servicios y la gestión del personal contratado específicamente para atender estos recursos, la imprescindible coordinación entre centros y Departamentos y el escenario totalmente imprevisible y desconocido. Todas estas circunstancias provocaron que coexistieran abiertos en algún momento hasta seis recursos de aislamiento con una ocupación menor al 50%.
- Siendo evidente que los determinantes sociales inciden en los procesos de salud-enfermedad, es necesario considerar estos factores en el diseño de los Planes, Programas y Acciones que se pongan en marcha en el sistema sanitario, no solo para que estos lleguen a toda la población en condiciones de equidad, sino también para que sean más efectivos y eficientes para el conjunto de la ciudadanía.

TERCERA ETAPA

Teniendo en cuenta las lecciones aprendidas durante las dos primeras etapas de desarrollo del Plan Global y considerando el impacto que la pandemia estaba provocando en necesidades sociosanitarias, en esta tercera etapa el plan dio continuidad a la mayor parte de las líneas de trabajo ya iniciadas. Por ejemplo, se realizaron actuaciones inmediatas ante brotes localizados en Murchante, Lerín, San Jorge, Fitero y Fontellas.

Novedades

Se describen a continuación las novedades con respecto a las anteriores etapas:

- En relación con la detección del riesgo social se incluye en el articulado del Plan la evaluación de la actuación que a nivel hospitalario ya se venía realizando en cuanto a valoración social proactiva de personas COVID-19 positivo ingresadas de cara a planificar el alta hospitalaria.

- En relación con las actuaciones inmediatas ante brotes localizados y tratando de profundizar en el enfoque anticipatorio iniciado con anterioridad, se decidió elaborar una Guía de actuación para facilitar acciones comunitarias en esos casos que recogiera las lecciones aprendidas en relación tanto con recomendaciones de no hacer como con buenas prácticas identificadas tras las experiencias previas. Su contenido íntegro forma parte del capítulo 6.3.
- Apoyar el desarrollo de Mesas de trabajo comunitario generadas, priorizando las de mayor concentración de indicadores de vulnerabilidad. Esta acción se llevó a cabo en colaboración estrecha con el Servicio de Promoción del ISPLN y se describe pormenorizadamente en el capítulo 6.3.
- Vacunación. A partir del inicio del proceso de vacunación, lo relativo a grupos en situación de vulnerabilidad cobró gran importancia, por lo que dentro del Plan Global también se incorporaron dos líneas de acción en este ámbito que son descritas en el capítulo 6.2:
 - Identificar, localizar y adaptar el proceso de vacunación a colectivos en situación vulnerable (personas sin hogar, mujeres en situación de prostitución, afectadas por trastorno mental grave, personas ingresadas en comunidades terapéuticas, personas tuteladas por la fundación, etc.)
 - Trabajar para favorecer la vacunación de personas de origen extranjero.

En esta etapa, y en relación con otros efectos provocados por la pandemia que ya empezaban a evidenciarse, merece una mención especial la creación del Grupo de Trabajo Interdepartamental de Bienestar Emocional, desde donde se inician acciones de promoción de salud y apoyo en el impacto que la pandemia estaba generando en la salud emocional y salud mental de la población, prestando especial atención a colectivos más vulnerables. Este grupo, liderado por la Gerencia de Salud Mental de SNS-O, está compuesto por representantes del Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, ISPLN, Gerencia de Atención Primaria, Departamento de Educación, Departamento de Derechos Sociales, Instituto Navarro de Deporte y Juventud, Instituto Navarro para la Igualdad y Dirección General de Políticas Migratorias.

Resultados de esta tercera etapa

Aunque con importante variabilidad entre las áreas de salud, el porcentaje de valoración social proactiva para planificación del alta hospitalaria en casos COVID-19 positivo ha sido muy alto, llegando a alcanzar en momentos concretos casi el 90% de las personas ingresadas con ese diag-



Figura 20. Evolución mensual del porcentaje de casos COVID-19 positivos con valoración social proactiva que fueron ingresados en distintos centros hospitalarios.

nóstico (Fig. 20). Ello ha permitido detectar posibles situaciones de riesgo antes de que las personas retornaran a su medio comunitario (domicilio o centro residencial) aportando seguridad a los circuitos generados bien para seguimiento social y garantía de continuidad en AP, bien para derivación a recursos alternativos para personas COVID-19 positivo con o sin necesidades de cuidados.

Reflexiones de esta tercera etapa

- Paralelamente al mantenimiento de acciones iniciadas en etapas anteriores, se ha ido consiguiendo retomar un enfoque más preventivo y anticipatorio, con visión poblacional y comunitaria.
- Se ha consolidado la necesidad de considerar los factores sociales en el diseño e implementación de las actuaciones que faciliten la gestión de la pandemia.

CONCLUSIONES FINALES

Se puede inferir que el éxito del Plan Global para el desarrollo de actuaciones sociosanitarias y comunitarias ante la COVID-19 en Navarra se ha basado en cuatro puntos críticos que ya eran conocidos por la organización sanitaria y que progresivamente se habían ido incorporando a la misma, pero que con la situación de emergencia generada por la irrupción de la pandemia quedaron desdibujados:

- Considerar la dimensión social de las personas, grupos y comunidades desde el inicio y en todas las fases de la gestión sanitaria (diseño de actuaciones, implementación, ejecución, evaluación), así como en los ciclos de mejora continua.
- Importancia del trabajo en equipo, bajo un liderazgo claro, con referentes significativos en cada ámbito o territorio, con capacidad para llegar a acuerdos y centrar los esfuerzos en la búsqueda de soluciones compartidas.
- La necesidad de transversalizar e integrar las actuaciones entre sistemas de protección con competencias complementarias. Las necesidades y respuestas sociosanitarias no se puede disociar y hacerlo provoca ineficiencias.
- La coherencia y necesaria sinergia entre acciones individuales y comunitarias. El tercer sector y las redes comunitarias son una de las principales fuentes de generación de salud en la población y han mitigado los efectos negativos de esta enorme crisis social y sanitaria por encima del impacto que las administraciones públicas hayan podido tener.

BIBLIOGRAFÍA

1. CARTHEY J, DE LEVAL MR, REASON JT. Institutional resilience in healthcare systems. *BMJ Quality Safety* 2001; 10: 29–32. <https://doi.org/10.1136/qhc.10.1.29>
2. US Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. Social determinants of health. 2020. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health>
3. GREEN H, FERNANDEZ R, MACPHAIL C. The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nurs* 2021; 38(6): 942-52. <https://doi.org/10.1111/phn.12959>
4. Consorcio Sanitario de Barcelona. [Procedimiento de Gestión Social en el ámbito sanitario del COVID-19. Gestión social de las situaciones de aislamiento preventivo en domicilio]. 11/03/2020. https://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/60_actualitat/2020/Procediment-gestio-social-V6.pdf
5. Consejo General del Trabajo Social, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, y Colegio Oficial de Trabajo Social de Galicia. Plan de emergencia de

- Trabajo Social Sanitario. Gestión Social Sanitaria del COVID-19. 17/03/2020. [https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documento%20CGTS%20-%20Plan%20de%20emergencia%20de%20TS%20Sanitario%20\(1\).pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documento%20CGTS%20-%20Plan%20de%20emergencia%20de%20TS%20Sanitario%20(1).pdf)
6. Servicio Andaluz de Salud. Procedimiento de Gestión social en el ámbito sanitario del COVID-19 en el sistema sanitario público de Andalucía. Gestión Social de las situaciones de aislamiento preventivo en domicilio. 18/03/2020. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/18marzo.Procedimiento.gestion.social.COVID19.pdf
 7. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. El Trabajo Social Sanitario ante la desescalada del confinamiento por la COVID-19. La intervención social como parte de la Atención Sanitaria Integral. Decálogo ante la desescalada. Mayo 2020. <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/castellon/files/DECALOGO%20DEESCALADA%20AETSYS%20MAYO%202020.pdf>
 8. Red Navarra de Lucha contra la pobreza y la Exclusión Social. Plan Social para Navarra, no dejemos a nadie atrás. Abril 2020. <https://www.redpobreza.org/wp-content/uploads/2020/05/PLAN-SOCIAL-Navarra.pdf>
 9. Red Navarra de Lucha contra la pobreza y la Exclusión Social. Detección de necesidades en la crisis social. Octubre 2020. <https://www.redpobreza.org/wp-content/uploads/2020/10/Dossier.-Deteccion-de-necesidades-en-la-crisis-social.pdf>
 10. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Manifiesto de la Alianza de Salud Comunitaria. COVID 19: Una respuesta comunitaria para una pandemia social. <https://www.samfyc.es/manifiesto-covid-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social/>
 11. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
 12. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Documento técnico de recomendaciones de actuación desde los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria ante la crisis por covid-19. Versión 2 (18/03/2020). https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Recomendaciones_GESTORES_SAD_COVID-19_Ver_2.pdf
 13. DíEZ LUQUI G. Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica de la Gerencia de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Informes sobre intervención de Trabajo Social de refuerzo en Atención Primaria de Salud de la Comunidad Foral de Navarra.