

Estudio de investigación. Modelos de atención al daño cerebral en España

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA (INICO) Y
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DAÑO CEREBRAL (FEDACE) (2021)**

Madrid: Federación Española de Daño Cerebral

[<https://bit.ly/3vFtpDg>](https://bit.ly/3vFtpDg)



Demetrio Casado Pérez

[<demetrio.casado@gmail.com>](mailto:demetrio.casado@gmail.com)

Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO). España

El objeto de esta reseña es el informe de una investigación sobre la organización y las prestaciones sanitarias y sociales relativas a la atención al daño cerebral en las comunidades autónomas y en las ciudades autónomas Ceuta y Melilla. El mismo ha sido promovido y realizado por la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE), con la asistencia técnica de un equipo del Instituto Universitario de Integración Comunitaria (INICO) de la Universidad de Salamanca, integrado por el director de aquel, Miguel Ángel Verdugo, y por las profesoras de dicha universidad Alba Aza Hernández y María Fernández Sánchez. La Fundación Gmp aportó la financiación. La investigación fue realizada durante el curso 2019-2020 y tiene como marco el Plan Estratégico para el conjunto del Movimiento Asociativo Daño Cerebral para el periodo 2017-2021.

En el primer capítulo del informe se describe el daño cerebral. Esta patología, que afecta a más de 420.000 personas en España, es causada por agentes externos o por alteraciones del funcionamiento del sistema nervioso central. Las causas principales son los ictus, seguidos de tumores cerebrales y anoxias. Sus secuelas pueden ser físicas, cognitivas, emocionales y conductuales. La gravedad de las mismas depende, no solo de la intensidad de las lesiones, sino también del tiempo de inicio de la respuesta y de la adecuación de las sucesivas intervenciones; también influyen factores psicológicos de los pacientes y sus entornos sociales.

En el segundo subapartado del primer capítulo se ofrece una valoración del conjunto de las respuestas sanitarias y sociales al daño cerebral. No existe un modelo común para todo el país. La cobertura del sistema sanitario es bastante homogénea y de buena calidad en la fase aguda. En la siguiente, que demanda rehabilitación, existen importantes desigualdades. Y son muy graves las carencias de la acción de reinserción social. Además, abundan los fallos de coordinación de la atención prestada por el sistema sanitario público y los servicios sociales.

En las desigualdades territoriales de las respuestas al daño cerebral se basa la opción del estudio por explorar la situación de estas en las distintas entidades territoriales.

Revista Española de Discapacidad,
9(1), pp. 301-303.



En el segundo capítulo del informe se exponen los objetivos y la metodología del estudio. La pretensión del mismo fue conocer y analizar los modelos de atención al daño cerebral existentes en las comunidades autónomas y en Ceuta y Melilla. Los objetivos prácticos de dicho estudio son facilitar el conocimiento y la emulación interterritorial en pro de un modelo común, y la adopción de cambios meliorativos. Por otra parte, se manifiesta la necesidad de una triple coordinación: de los sistemas de protección social, de las administraciones públicas y público-privada.

En cuanto a la metodología, se realizaron entrevistas semiestructuradas para recabar información comparable de los territorios y posibles elementos singulares de los mismos. El esquema de tales entrevistas fue contrastado con el análisis de la atención al daño cerebral en algunas comunidades autónomas con modelos de atención más avanzados.

En la recogida y en la estructuración de la información se tuvieron en cuenta las tres fases de la atención al daño cerebral: aguda, subaguda y crónica. Para las dos primeras, las personas consultadas fueron gestores y clínicos del ámbito sanitario; para la tercera fase, los responsables de servicios sociales y profesionales de asociaciones federadas en FEDACE, supongo.

El tercer capítulo del informe contiene la abundante información acopiada en la investigación. Aquella se presenta estructurada en función de varios factores. En primer lugar, las entidades territoriales, lo que da lugar a 18 amplios apartados (Ceuta y Melilla se integran en uno). En dichos apartados se recoge la información de los recursos prestacionales y de las normas correspondientes a las tres fases ya citadas: aguda, subaguda y crónica. En cada una de ellas, se reseñan las distintas clases de recursos de las citadas unidades territoriales. Me parece imposible hacer un resumen significativo de la amplísima información que se ofrece en este tercer capítulo. En vista de ello, opto por servirme de un recurso que el informe ofrece.

En su anexo A incluyen "fichas resumen del modelo atencional en cada comunidad autónoma" y una más de Ceuta y Melilla. A título de muestra, reseño seguidamente el contenido de la primera ficha del anexo, la de Andalucía:

Fase aguda:

- Unidades de referencia de ictus
- Normativa
- Servicio de teleictus.

Fase subaguda:

- Rehabilitación antes del alta
- Rehabilitación después del alta:
 - Intensiva en régimen ambulatorio:
 - Perfiles de usuarios
 - Profesionales
 - Régimen (interno o ambulatorio)
 - Duración (del tratamiento)
 - Atención a familias
 - Sin información para la no intensiva

Fase crónica:

- Recursos específicos para daño cerebral:
 - Centros de día
 - Centros residenciales
- Recursos no específicos para daño cerebral:
 - Servicios para personas mayores, para personas con trastornos de conducta, promoción de la autonomía personal, ayuda a domicilio, etc.

La ficha concluye con el siguiente resumen:

- Unidad de ictus en todas las provincias.
- Unidad de atención específica al traumatismo craneoencefálico.
- Recursos de atención específicos en la fase crónica.

-
- Pocas posibilidades de rehabilitación en fase subaguda.
 - Rehabilitación ambulatoria muy breve en fase subaguda junto con un excesivo tiempo de espera de la ley de dependencia.

El cuarto capítulo del informe está dedicado a conclusiones y recomendaciones. La primera de aquellas afirma que la gran mayoría de las comunidades autónomas no cuenta con un modelo unificado de atención al daño cerebral que abarque y coordine las intervenciones desde la fase aguda hasta la crónica. En segundo lugar, se constata que la atención para la primera fase del ictus está muy estructurada, en tanto que no ocurre lo mismo para otras patologías en dicha primera fase, ni para el daño cerebral en general durante las fases subaguda y crónica. Se señalan también fallos de coordinación entre la atención sanitaria y la de servicios sociales.

La primera de las recomendaciones responde al último fallo señalado: “continuidad y coordinación asistencial”.

La segunda recomendación postula la asunción, no solo del objetivo de la “curación o supervivencia”, que sí está adoptado en todo el territorio nacional, sino que se generalice también el compromiso con la rehabilitación posible.

En tercer lugar, se recomienda que la atención al daño cerebral se centre tanto en la persona afectada como en su familia, incluso en el ámbito hospitalario.

La cuarta recomendación postula la atención rehabilitadora interdisciplinar y coordinada desde el primer momento.

La siguiente recomendación aconseja itinerarios asistenciales facilitadores de la coordinación y la organización de los recursos que, a la vez, tengan la flexibilidad necesaria para casos excepcionales.

La sexta recomendación propone que se adopten criterios específicos para la atención al daño cerebral, además de los que existen para la fase aguda, en las siguientes.

La última recomendación propone que, para lograr la igualdad territorial de derechos, se establezca mediante normativa estatal la garantía de mínimos de atención en todo el territorio nacional.