

El treball social sanitari en les societats del segle XXI. Mitjans de comunicació

Dolors Colom Masfret
Julio Villalobos Hidalgo

PID_00208323

Índex

Introducció	5
1. Les organitzacions sanitàries del futur	7
1.1. Tendències socials, polítiques i econòmiques principals que condicionaran els canvis en el sistema sanitari	7
1.2. La reforma postburocràtica	16
2. El treball social sanitari del futur	18
3. Dimensions per a definir els reptes bàsics del treball social sanitari	23
4. El treball social sanitari en la societat de les tecnologies de la informació i la comunicació. El futur i el desenvolupament de competències	25
5. Els reptes generals en el treball social sanitari del futur	30
6. Els treballadors socials sanitaris del futur i els pilars de l'acció professional	36
7. Línies estratègiques bàsiques per a assolir els reptes i establir les bases del treball social sanitari del futur	40
8. La innovació en el treball social sanitari	44
9. La premsa i els mitjans de comunicació	45
Bibliografia	47

Introducció

El plantejament sobre el futur del treball social sanitari d'aquest mòdul es basa en informació actual, prenent el present com la plataforma de projecció. Seria un plantejament erroni projectar aquest últim mòdul com una declaració d'intencions o formulació de bons desitjos. Ens fonamentarem sobretot en els factors, recordant la màxima d'Amy Gordon Hamilton, segons la qual el nostre treball es basa en els factors perquè aquests són faedors. Els fets hi són, només els podem analitzar; tanmateix, en els factors trobem tots els camins estratègics per a aconseguir una finalitat.

Quan busquem informació general sobre indicadors de treball social sanitari, ens trobem amb una falta d'informació, amb la qual cosa es podria aplicar la màxima que l'absència de comunicació és una manera de comunicar-se. En aquest cas diríem que l'absència d'informació ens dóna informació.

El text es divideix en dues parts. En la primera es presenta una visió general sobre el medi –el sistema sanitari– i com seran les organitzacions sanitàries i els establiments del futur, això sí, a partir de dades objectives del present.

En la segona part es presenten escenaris futurs d'intervenció des del treball social sanitari d'acord amb aquest sistema sanitari descrit i d'acord amb la nova formació especialitzada, com és l'exemple d'aquest postgrau.

Hem de pensar el futur dins d'una dinàmica constant entre l'acció, la intervenció i l'avaluació dels assoliments, considerant els nous reptes que la mateixa dinàmica social ens dibuixa en l'horitzó.

1. Les organitzacions sanitàries del futur

1.1. Tendències socials, polítiques i econòmiques principals que condicionaran els canvis en el sistema sanitari

Els canvis que han anat modelant les nostres organitzacions sanitàries i els que sens dubte es produiran en el futur són conseqüència dels canvis en l'atenció a la salut i el paper que s'atribueix a les organitzacions que realitzen aquestes funcions, que al seu torn és conseqüència dels canvis en l'entorn social com a producte dels canvis del model de societat.

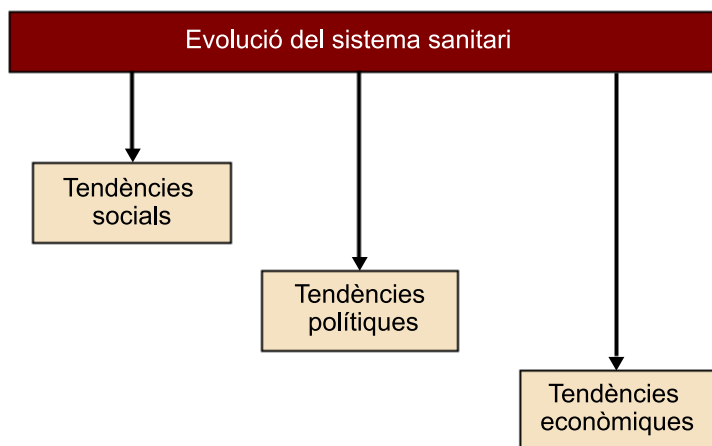
Malgrat aquest fet evident i que s'ha produït des del principi de la humanitat, tenim una dificultat especial per a preveure el futur de les nostres organitzacions i les estructures físiques i humanes sobre les quals s'ha de desenvolupar. Sembla impossible creure que Thomas Edison el 1880 no pensés en el valor comercial del fonògraf; que Lord Kelvin el 1895 afirmés que "la ràdio no tenia valor, que els raigs X eren una farsa i que les màquines més pesants que l'aire mai no podrien volar"; que Harry Warner, president de la Warner Brother Pictures, el 1927 menyspreés el valor futur de les pel·lícules sonores, o que Ken Olsen, president de la Digital Equipment Corporation, el 1977 no cregués en el futur dels ordinadors personals.

Avui dia es fan esforços considerables per intentar preveure com seran les organitzacions del futur, i el sistema sanitari no n'és cap excepció.

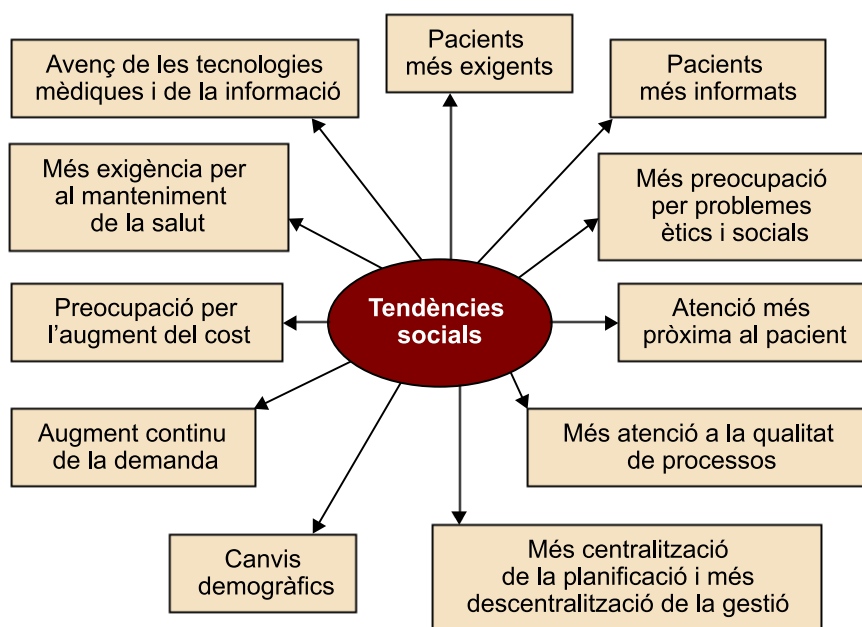
Utilitzant com a guia les Recomanacions del Comitè Permanent dels Hospitals de la Unió Europea, estudiarem les tendències socials, polítiques, econòmiques i internes organitzatives que pensem que condicionaran aquests canvis i, molt especialment, les repercussions que tindran aquests tendències en les persones que constitueixen les nostres organitzacions en la doble magnitud de persones i de professionals, que és realment el que ens interessa.

Referència bibliogràfica

Comitè Permanent dels Hospitals de la Unió Europea (1998, juliol). *Recomanacions*. Coïmbra.



Les tendències socials més importants que condicionaran els canvis en el sistema sanitari són les següents:



- **Els pacients cada vegada seran més exigents sobre els seus deures i drets en relació amb l'atenció a la salut.** Afortunadament, la qualitat de vida i la cultura han fet evolucionar els pacients cap a usuaris, i possiblement en el futur cap a clients amb una consciència clara dels drets que tenen. Aquests drets impliquen la participació en les decisions terapèutiques, que han de ser assumides conjuntament. Aquesta coparticipació ha de comportar un canvi de cultura en els nostres professionals habituats a prendre decisions unilaterals, basada en l'asimetria de la informació i sense comptar amb el pacient i les seves famílies. El grau d'informació més alt dels pacients per mitjà de la tecnologia de la informació, especialment Internet, repercutirà en aquesta exigència dels pacients. Els pacients estaran més ben formats i seran més exigents pel que fa als seus drets; no es conformaran amb una opinió superficial, sinó que exigiran una informació competent i una segona opinió per contrastar-la amb la primera.

- **Augmentaran les preocupacions pels problemes ètics i socials.** Els sistemes europeus, tant en els països que tenen un sistema nacional de salut com en els que tenen un sistema d'assegurances socials, mantenen una equitat i una accessibilitat a l'atenció sanitària raonables, situació que no es produeix en altres països on l'equitat i l'accessibilitat depenen de la capacitat adquisitiva dels ciutadans, i que afecta negativament les classes més desfavorides de la societat.

Les noves tecnologies van per davant de la legislació i fins i tot de les normes morals reglades, per la qual cosa ens enfrontem, tant des del punt de vista personal com col·lectiu, a dilemes ètics com l'eutanàsia, l'enginyeria genètica, l'eficiència social, etc., que accentuaran els dilemes ètics entre els conceptes hipocràtics de la medicina i els interessos de vegades no convergents amb els professionals, les empreses, les organitzacions i el mateix Estat.

- **L'atenció sanitària esdevindrà més propera a l'entorn del pacient.** Fins fa uns quants anys el sistema sanitari es basava en l'assistència a la malaltia, que es duia a terme sobretot als hospitals amb internament, que acaparava un alt percentatge del pressupost sanitari, o en l'atenció primària, que era un àmbit amb poca capacitat resolutiva i de simple derivació dels pacients cap als hospitals.

La nova orientació cap a l'atenció de la salut condiona un canvi transcendent en la manera de realitzar la producció dels serveis sanitaris i, per tant, les estructures en què es duen a terme i especialment la tipologia i la formació dels professionals necessaris per a atendre altres àmbits d'atenció, que apropin l'atenció a la salut en l'entorn natural del pacient, cosa que sens dubte millorarà el seu confort i l'eficiència dels recursos utilitzats. Les noves tecnologies possibilitaran l'extensió de l'atenció fins als domicilis dels usuaris i permetran en un grau d'autocura més elevat.

- **Es prestarà més atenció a la qualitat dels processos.** S'incidirà més en el que fem i com ho fem. La gestió i la medicina de l'evidència s'imposaran com una norma de treball per a fer amb qualitat el que fem, i fer només el que l'evidència i la sostenibilitat econòmica ens dictin fer. Això passa per fer convergir els interessos dels professionals amb els interessos del sistema d'atenció a la salut, que al seu torn han de convergir amb els del sistema sanitari dictats pel finançador o assegurador d'aquest.

- **Hi haurà més descentralització de la gestió i més centralització de les decisions de planificació.** A mesura que el finançador o assegurador tingui més legitimitat i més capacitat de planificar, tindrà més capacitat de descentralitzar els processos de producció dels serveis sanitaris. D'aquest fet es deriva la necessitat d'equips de direcció i professionals més preparats en l'àmbit central i també perifèric.

Hi ha unanimitat entre els experts sobre la necessitat de descentralitzar la gestió i donar més autonomia als professionals. Aquest procés s'ha de produir de manera paral·lela a l'oportunitat de participació i motivació

d'aquests professionals. La separació del finançament i la compra de la provisió dels serveis sanitaris és una condició indispensable perquè es produeixi l'autogestió des d'un mercat de competència vigilada.

- **Hi haurà més preocupació per l'augment dels costos de la sanitat.**

L'increment dels costos sanitaris, molt per sobre de l'augment de la riquesa dels països, és un problema que preocupa molt, i respecte al qual s'han pres mesures de contenció. Els nostres professionals han de ser conscients que ells són els qui indueixen una part important del cost sanitari i que una formació adequada per la seva banda pot optimitzar la situació, com també l'educació del pacient, que ha de racionalitzar l'ús que fa de les prestacions del sistema sanitari i ser conscient que en el futur és probable que hagi de pagar una part dels serveis, especialment els que no són purament sanitaris, com l'hostaleria hospitalària, la medicació, etc.

Aquesta situació s'ha posat de manifest en el context de la greu crisi econòmica que afecta tots els països del nostre entorn i especialment Espanya. Aquesta necessitat d'ajust afecta sobretot el finançament del sistema sanitari, amb mesures de contenció que comporten reduccions de sou dels professionals, la disminució de les prestacions i copagaments en algunes prestacions sanitàries.

- **Canvis demogràfics de la població.** L'augment de l'esperança de vida, la disminució de la natalitat i els moviments migratoris (immigrants i turistes) són factors que cal tenir en compte per a definir el futur del sistema sanitari.

L'esperança de vida gairebé s'ha doblat en els últims cent cinquanta anys, amb una població creixent de persones més grans de seixanta-cinc anys, però associades a patologies cròniques i a moltes intervencions que avui permet la tecnologia i que fins fa uns quants anys eren impossibles de realitzar (pròtesis articulars, pròtesis intraoculars, cirurgia cardíaca, etc.).

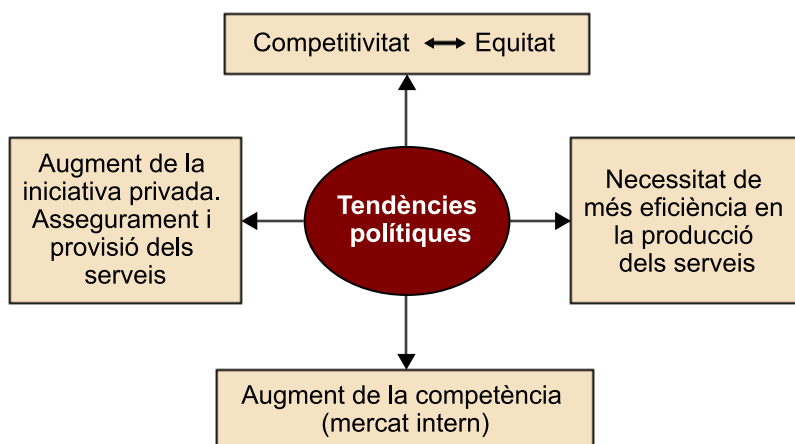
Per a poder realitzar adequadament tots aquests processos, es necessiten espais i estructures importants, i, d'altra banda, augmenta considerablement el cost del sistema per a atendre uns pacients que fins fa uns quants anys no existien, ja que havien mort o vivien amb aquestes patologies.

La disminució de la natalitat, una variable important a l'hora de planificar, pot ser conjuntural, però cal tenir-la en compte. De la mateixa manera que a Europa s'ha produït una disminució dràstica de la natalitat, en els propers anys pot augmentar, com de fet ja succeeix en alguns països de la Comunitat Econòmica Europea, tant per l'augment intern de la taxa de natalitat com per la contribució de la població immigrant amb índexs de natalitat molt superiors a la dels països europeus.

El gran augment de la immigració a Espanya no solament afecta la taxa de natalitat, sinó també l'increment de les persones que s'han d'atendre, ja que aquest col·lectiu genera més atenció tant quantitativa com qualitativa perquè manifesten un seguit de patologies fins ara poc freqüents en el nostre entorn.

- **Hi haurà un impacte més gran dels estils de vida en els serveis que ha de prestar el sistema sanitari.** Fa uns quants anys les malalties infeccioses eren les patologies dominants, però han anat disminuint alhora que han augmentat les patologies cròniques.
Els nous estils de vida condicionen l'aparició de noves patologies infeccioses, especialment la sida, però també altres patologies que són conseqüència dels estils de vida, com ara el consum de drogues, l'estrès, les malalties de la malnutrició, les malalties degudes a la pol·lució i a la contaminació, l'augment de la iatrogènia, l'augment de l'obesitat, etc.
- **Hi haurà un augment continu de la demanda de serveis sanitaris.** Ja hem comentat abans que la demanda de serveis sanitaris és imparable i això es produeix per les expectatives dels usuaris i els professionals de la sanitat, l'evolució tecnològica que possibilita canvis reals en l'atenció de determinades patologies i en d'altres que són menys identificables però de les quals la mateixa pressió dels usuaris, dels professionals i de les cases comercials sobre aquest tema n'ha generat la demanda corresponent.

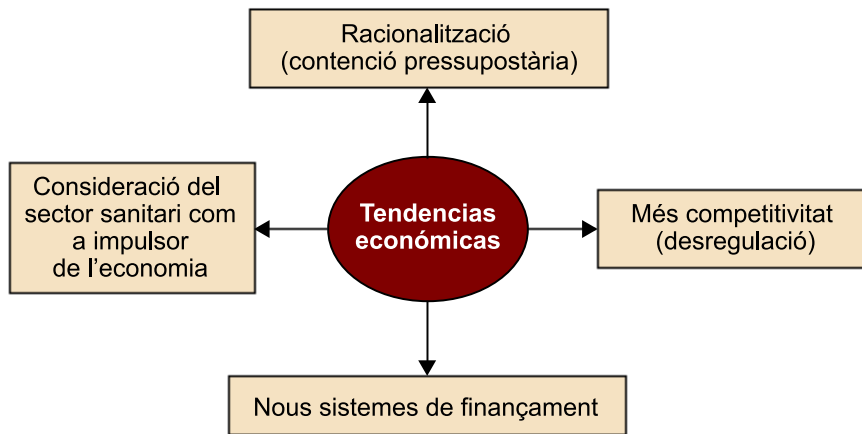
Les tendències polítiques més importants que condicionaran els canvis en el sistema sanitari són les següents:



- **La confrontació entre les idees de competitivitat i equitat.** Hi haurà un acostament entre els objectius dels sistemes europeus, tendents a mantenir la societat del benestar i dels sistemes liberals més proclius a la responsabilitat personal del finançament de la salut. Els primers mantindran el principi d'equitat i accessibilitat, i es mouran cap a un grau més alt d'eficiència en la producció dels serveis amb vista a la sostenibilitat, mentre que els segons necessàriament s'hauran d'acomodar a la cobertura d'una major part de la població per pressions polítiques, com ha estat la intenció de molts països que no tenen una protecció estatal de la salut. Actualment ja s'està produint aquesta evolució. El nostre entorn europeu, cap a un augment de la participació dels usuaris en la sostenibilitat del sistema sanitari, i els Estats Units, amb les propostes de l'Administració del president Obama cap a un grau d'universalització més alt de la protecció de la salut.

- **La introducció de nous sistemes de finançament i d'assegurament amb incentius a la racionalització de l'eficiència.** Cal avançar cap a canvis organitzatius que possibilitin un finançament que introdueixi el pressupost com una veritable eina de gestió. El finançament dels hospitals era, i és encara, majoritàriament estructural i històric, sense mecanismes positius d'estímuls a l'eficiència, i de vegades amb estímuls que, paradoxalment, podrien arribar a ser negatius. S'han anat desenvolupant sistemes basats en unitats relatives de valor (UBA, UPA, etc.) i, posteriorment, agrupacions de processos d'isoconsum del tipus dels grups relacionats per diagnòstics (GRD) o *patient management categories* (PMC) per a poder quantificar i qualificar la producció dels serveis sanitaris hospitalaris. Igualment, s'han desenvolupat altres índexs per a avaluar la producció dels processos ambulatoris i de les urgències.
- **Introducció del "mercat" per a augmentar la competència.** Les lleis pures del mercat no són aplicables a un bé com la salut que ha de ser protegit per l'Estat, per la qual cosa sempre hi haurà d'haver una tutela sobre la salut per a evitar biaixos no desitjables (seleccions adverses, discriminació econòmica, etc.). Perquè hi hagi un "cert mercat", caldrà que existeixi una separació clara entre els proveïdors i els compradors dels serveis. Cada comprador (assegurador) hauria de tenir la llibertat per a comprar als proveïdors que li facin una oferta més bona, amb la possibilitat consegüent de tancar els serveis i fins i tot els hospitals que no tinguin una clientela que els triï.
- **Augment de la iniciativa privada.** Hem d'esperar, com de fet ja passa, més participació i col·laboració entre la iniciativa privada i el sector públic, tant pel que fa a l'assegurament com a la provisió dels serveis sanitaris, amb vista a aprofitar tots els recursos que hi ha en el nostre país. Aquesta col·laboració s'hauria d'entendre com una col·laboració integral i no complementària, utilitzada sovint pel finançador públic en els moments d'augment de les llistes d'espera o de falta de finançament, per a la construcció dels nous hospitals. Des de ja fa uns quants anys, i amb l'objectiu de millorar l'eficiència de la gestió dels hospitals obviant la rigidesa del dret administratiu, diverses comunitats autònomes han optat per models de col·laboració publicoprivats, en què, per mitjà de concessions administratives, les empreses adjudicatàries es responsabilitzen de l'atenció integral de la salut dels ciutadans de l'àrea adjudicada mitjançant un pagament *per capita*.

Les tendències econòmiques més importants que condicionaran els canvis en el sistema sanitari són les següents:



- **Més racionalització.** Aquesta tendència va no solament en la direcció de fixar una cartera de serveis que es compromet a assegurar el finançador per mitjà dels proveïdors, sinó que també hauria d'anar acompanyada d'una conscienciació dels professionals i els usuaris, sobre els quals es pot fer una oferta amb el percentatge del producte interior brut (PIB) que cada país dedica a la sanitat. Aquesta quantitat ha de ser distribuïda en els serveis que demostrin eficiència, independentment de les modes o de les vel·leïtats dels polítics i els professionals.
- **Més competitivitat.** S'anirà produint una desregulació dels sistemes, que promourà la modulació del mercat intern, però permetrà la transferència de risc del comprador al proveïdor i, d'aquesta manera, la motivació de les institucions i dels professionals més eficients.
La disponibilitat econòmica més alta dels usuaris i la rigidesa de les normatives públiques condicionen l'aparició tant de nous models de gestió de les organitzacions sanitàries públiques en forma de concessions administratives, com a models *public private partnership*, (PPP), com d'una expansió clara dels grups privats de provisió de serveis sanitaris. Aquesta potencialitat hauria de ser aprofitada pels finançadors públics per a assegurar els serveis sanitaris per part dels proveïdors que els puguin oferir amb la màxima qualitat al mínim cost, independentment que siguin públics o privats.
- **Apareixeran, sens dubte, noves formes d'atenció i noves formes d'hospitalització que estimularan l'eficiència.** Es tendirà a hospitalitzar els pacients tan poc com sigui possible, i dins dels hospitals hi haurà una graduació dels pacients segons les cures que necessitin (cirurgia ambulatoria, hospitals de dia, hospitalització domiciliària, etc.). Les noves tecnologies possibilitaran processos i formes organitzatives difícils de concebre actualment, per la qual cosa caldrà fer un esforç de creativitat important per a preveure aquests canvis amb l'antelació adient. Aquests conceptes són més funcionals que no pas estructurals, perquè fins i tot en un mateix edifici poden coexistir diferents estructures.
- **Més atenció sobre el sistema sanitari com a generador de la riquesa i inversions i no solament com a generador de la despesa.** El sector sani-

Exemple de desregulació dels sistemes

Un exemple clar d'aquesta tendència són els nous models per a construir i gestionar els hospitals, iniciat per la comunitat autònoma de València, amb l'anomenat *model Alzira*, implantat ja en altres comunitats.

tari, que a Espanya genera al voltant del 7,5% del PIB, i que dona feina al 7% dels treballadors del país, s'ha de tenir en consideració com a font de riquesa i inversions i no solament com a generador d'una despesa incontenible, com succeïa fins ara. La major part dels nostres hospitals representen les empreses més grans de la comunitat on es troben, i, a més de generar una gran quantitat de llocs de treball d'alta qualificació, molt estables i ben retribuïts, també condicionen l'existència al seu voltant d'indústries, comerços, etc.

Totes aquestes consideracions ens porten a unes organitzacions sanitàries:

- Més delimitades per a l'atenció diferenciada de pacients hiperaguts, subaguts i crònics.
- Amb una estada mitjana inferior en els hospitals, si bé aquesta disminució tindrà un límit, ja que, com que molts processos actuals es duen a terme de manera ambulatoria, els que requereixin hospitalització seran els més complexos, per la qual cosa l'estada mitjana tendirà a estabilitzar-se.
- Amb una disminució del nombre d'hospitals d'aguts i un augment dels hospitals de subaguts i crònics.
- Amb una concentració d'alta tecnologia en hospitals terciaris i un increment de llits altament dotats en aquests hospitals (els llits equivalents als llits de vigilància intensiva actuals poden arribar a ser d'un 20% a un 25%).
- Amb una utilització més gran de l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema, i més capacitat resolutiva i integració en l'atenció especialitzada i sociosanitària.
- Amb una concepció integral de la persona, en l'aspecte biopsicosocial, que ha de condicionar la forma d'atenció.
- Amb un personal sanitari i especialment de metges als quals en el futur es requeriran competències molt més complexes que les purament tècniques que actualment s'ensenyen a les facultats, per la qual cosa hem de preparar-los i preparar-nos per a aquest futur que ja tenim a prop. En els programes de formació dels professionals sanitaris, hi hauran d'aparèixer la comunicació i la gestió com a parts integrants.

Perquè aquests canvis es produeixin, hi haurà d'haver simultàniament una eclosió de la cultura de la salut pública; és a dir, un augment dels programes de promoció i educació per a la salut, una cultura de les autocures i la desmedicinalització, o el desenvolupament d'indicadors i polítiques d'atenció a la salut.

Així mateix, caldrà desenvolupar una xarxa d'hospitals i residències que atenguin pacients crònics i socials actualment insuficients en molts països, en què Espanya no és l'excepció.

Aquestes dues mesures passen necessàriament per un transvasament econòmic en els pressupostos de sanitat de l'atenció aguda, bàsicament intrahospitalària, a l'atenció primària i a l'atenció d'estructures cròniques i socials, cosa que ha alentit, si no impossibilitat, aquesta reforma pendent.

En relació amb els recursos humans, hi hauria d'haver més especialització quant a la incorporació de nous professionals i dels metges i les infermeres actuals dels hospitals terciaris, però també hi haurà d'haver una gran demanda de metges generals per a poder atendre la majoria dels usuaris, que no haurien d'arribar a l'hospital sinó ser tractats en les organitzacions d'atenció primària (metges de família). A més dels professionals clínics, hi haurà d'haver una eclosió d'altres professionals que permeti abastar els aspectes no exclusivament clínics dels usuaris. En aquest sentit, caldria tenir molt en compte el pacient en la seva globalitat biopsicosocial, per la qual cosa la incorporació de professionals que atenguin aquests aspectes com a treballadors socials sanitaris, psicòlegs, entre d'altres, serà imprescindible.

En qualsevol cas, es requerirà més competència professional, amb una formació contínua i actualitzada per a seguir en el lloc de treball. Aquesta mateixa llibertat exigirà més flexibilitat, més mobilitat i l'assumpció de riscos per part dels professionals, que s'haurien de compensar amb una diferenciació tant professional com econòmica (carrera professional real) en funció de l'aportació de cada professional als objectius de l'organització.

Des del punt de vista organitzatiu, l'hospital perdrà la seva estructura primitiva burocràtica i esdevindrà una estructura matricial on es gestionaran pacients als quals hi ha associats processos de salut o malaltia que hem de resoldre.

Aquesta organització requereix l'estructuració en unitats clíniques de gestió més o menys complexes, a les quals els serveis centrals els aportaran valor afegit quan el responsable del procés ho sol·liciti.

Aquesta estructuració permet optimitzar la cultura de llibertat i risc dels professionals de la sanitat amb la planificació necessària que requereix la complexitat de les organitzacions sanitàries.

El pas de la societat industrial a la societat de la informació actual i a la societat futura del coneixement condicionarà aquest coneixement com l'instrument estratègic de les nostres organitzacions. Aquest fet condicionarà així mateix la vida de l'organització i l'estructuració dels seus recursos humans:

- Hi haurà una gran flexibilitat en l'ús del temps i l'espai, amb les repercussions consegüents en la flexibilitat dels horaris i la possibilitat de dur a terme tasques comunes sense ser-hi físicament present.
- El benestar no estarà basat a posseir coses com ara, sinó a disposar dels serveis que aquestes coses ens proporcionen. Això potenciarà la subcontractació de tota classe de serveis i la necessitat d'un control centralitzat superior d'aquests serveis.
- De la contractació per temps, una variable fonamental actualment, es passarà a la contractació per resultats, realitzats en general per treballadors autònoms, i autocontrolats per l'excel·lència dels seus resultats.
- La capacitat de dominar tècniques genèriques i flexibles generarà "ocupabilitat", una característica fonamental per a mantenir-se en el mercat de treball, en què el lloc vitalici amb domini d'una sola habilitat passarà a la història.

Per tant, hem de preparar les nostres organitzacions sanitàries per a aquest futur que, ens agradi o no, ja el tenim aquí.

1.2. La reforma postburocràtica

La modificació de les nostres organitzacions no és aliena al corrent de reforma de les empreses "normals", les quals han reflexionat ja sobre el seu futur.

Les característiques principals d'aquesta reforma són les següents:

1) Vertebració del sistema

- Enfortir la direcció estratègica centralitzada.
 - Enfortir l'autonomia dels ens gestors.
 - Les empreses establiran xarxes de cooperació horitzontal i vertical.
 - Cada empresa oferirà només els serveis o productes en què siguin excel·lents (*core business*).
 - Les empreses públiques duran a terme el control legal dels processos i buscaran el suport en empreses privades per a la prestació dels serveis.
- Simplificar estructures i procediments. Les estructures jeràrquiques quedaran substituïdes per la col·laboració, el treball en equip i l'assumpció conjunta de responsabilitats.
 - Aplanar les organitzacions.
 - Eliminar controls formals.
 - Eliminar procediments que no aportin valor afegit a l'organització.
 - Delimitar clarament les responsabilitats polítiques i de gestió.

En aquest àmbit, serà tasca dels polítics:

- Elaborar estratègies.
- Assignar recursos.

I els gestors hauran de fer el següent:

1) Dur a terme els objectius definits pels polítics.

2) Orientar-se als resultats; és a dir, orientar l'empresa cap a la millora dels resultats més que al compliment dels pressupostos.

3) Introduir mecanismes de competència en la producció dels serveis públics:

- Separar el finançament, la compra i la provisió.
- Situar la compra i la provisió en òrgans professionals especialitzats.
- Implementar noves polítiques de recursos humans:
 - Flexibilitzar: contractació i mobilitat.
 - Incentivar en funció del rendiment.
 - Descentralitzar la gestió.
 - Orientar-se cap al servei i no cap al producte.

Les organitzacions basades en el coneixement requereixen una política de formació i motivació permanent:

- L'única cosa permanent és el canvi.
- Hem de preparar les nostres organitzacions per al futur.
- Les organitzacions excel·lents del futur són quasi antitètiques a les organitzacions sanitàries que tenim actualment.
- Les organitzacions sanitàries públiques del futur, si volen sobreviure, hauran de ser organitzacions excel·lents i competitives.
- La nostra fortalesa s'ha de basar en la gestió del coneixement, que serà el bé més cotitzat del mercat.

2. El treball social sanitari del futur

El treball social sanitari del futur té les arrels en el present. I, segons com es vagi desenvolupant, articulant i nodrint aquest present, segons com els treballadors socials sanitaris assumim les nostres funcions i responsabilitats, tindrem un futur o un altre. Ara bé, quan parlem del futur del treball social sanitari no fem futurisme, ni ens quedem asseguts deixant en mans de l'atzar el que succeirà –en el desenvolupament de les professions l'atzar és una part molt petita–; tot al contrari, estem projectant la professió i els professionals a partir d'uns objectius i unes accions ordenades que permetran assolir-los de la manera més semblant possible a com es van projectar. No estem desafiant l'avenir de cadascú, sinó que planifiquem el desenvolupament d'una professió a partir del desenvolupament i la capacitat dels seus professionals. Estem construint una nova realitat basada en el mètode científic.

Concretarem això anterior en un exemple molt proper que afecta a totes i tots els que som aquí. Aquest màster universitari de treball social sanitari és una evidència de com es gesta el futur d'una professió i dels seus professionals. Un futur que no és una elucubració, ni una ocurrència, sinó que segueix una línia d'acord amb la resta de professions i professionals amb els quals els treballadors socials sanitaris treballem. Aquest màster universitari de treball social sanitari és el desenvolupament natural del postgrau de treball social sanitari que es va engregar en el curs 2009-2010 i que sorgia d'una realitat professional que estava marcada per la falta de formació universitària específica i per un clam creixent de la importància de disposar d'aquesta formació. Una realitat que marcava una pèrdua progressiva de presència en els òrgans de decisió del sistema sanitari sobretot després de l'aprovació de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut i la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

Aquestes dues lleis, especialment, van significar un gir per al treball social sanitari, van marcar un abans i un després. D'una banda la primera establia unes funcions de tots els professionals sanitaris; la segona, a més a més, assenyalava els requisits perquè una professió sigui considerada sanitària. Així, per llei, el treball social sanitari quedava fora d'aquest reconeixement. En la Intercol·legial de sanitat celebrada el 8 de març de 2008 en el Consell General de Treball Social, vaig presentar una comunicació basada en la revisió de totes les lleis de les diferents comunitats autònomes i els requisits perquè una professió fos considerada sanitària. El Consell General de Treball Social no va atendre els suggeriments, així que va ser necessari buscar suports en altres àmbits.

En els Estudis de Ciències de la Salut de la UOC, el doctor Josep Estaban i el doctor Julio Villalobos van escoltar la proposta de crear un primer postgrau de treball social sanitari. L'acolliment va ser molt satisfactori i des d'aleshores cada any s'ha pogut dur a terme una edició de postgrau. El camí s'ha continuat fent i som aquí. Aquest present en què ens trobem, que anys enrere era el futur, és el resultat de l'esforç de molts professionals, però, sobretot, d'una estratègia de desenvolupament i planificació d'una nova realitat per al treball social sanitari. Un altre camí era parlar i debatre sobre això. Tanmateix, les dues lleis esmentades no deixaven lloc a cap dubte. Per tant, és important que en aquest mòdul compreguem una cosa elemental: l'acció ha d'acompanyar els objectius i aquests s'han de basar en la realitat canviant que obliga a canviar els qui en formen part.

El futur d'una professió es construeix i el construeixen els seus professionals, que amb la seva pràctica, estudi i recerca tracen camins d'evolució. Les noves pràctiques es fonamenten en les anteriors i són avalades per evidències i resultats.

Fa quatre anys, quan preparava aquesta part del mòdul vaig escriure textualment: "a més de l'acció professional, de la recerca aplicada i sempre acceptant la possible necessitat de reorganització del coneixement, hem de ser conscients que el futur professional en gran part el planifiquem nosaltres. Aquest postgrau i la gairebé segura extensió d'aquest a màster, amb un títol reconegut dins l'espai europeu, és un exemple de com es construeix el futur amb elements del present. Un present que, al seu torn, encara que sigui un tòpic, emergeix del passat, tant en els aspectes positius com en els negatius". L'objectiu ha estat sempre clar i aquest màster universitari no és el final, sinó el principi d'una nova etapa per a la professió. És un mapa de carreteres que cada professional haurà de recórrer per si mateix. El col·lectiu, l'entorn, està disponible, però el camí és individual.

Que el treball social sanitari sigui reconegut com a professió sanitària –si bé el postgrau o el màster afegeix un valor qualitatiu i tangible a l'aspiració– dependrà, a més, de la pràctica diària repensada i reorganitzada perquè, com a col·lectiu professional, mostrem aquest factor diferencial que representa el treball social sanitari. Aquesta realitat és el que permetrà concloure aquesta aspiració d'una manera socialment útil. No hem d'oblidar mai que la nostra professió existeix perquè hi ha persones amb dificultats o amb probabilitats de tenir-ne i perquè aquestes persones necessiten ajuda professional en un moment determinat de la seva vida, una ajuda professional que es basa en un diagnòstic social sanitari. Aquesta ajuda professional segueix uns criteris, uns principis i uns valors que no són innats sinó que el professional els aprèn.

El nostre futur com a treballadors socials sanitaris està lligat al futur del sistema sanitari, del qual no podem oblidar que formem part, i en el qual desenvolupem funcions estratègiques clau, assumint, alhora, responsabilitats amb

la ciutadania, amb la mateixa institució sanitària i amb les autoritats. Aquest vincle, no obstant això, és un vincle actiu en el qual participem i que exercim amb responsabilitat.

Hem de transformar el treball social sanitari en una disciplina capdavantera atès el paper fonamental que desenvolupa en el moll de l'os de la societat quan algun dels seus membres es posa malalt. La malaltia trenca els fonaments bàsics de l'autonomia de les persones i les aparta de manera temporal o indefinida, parcial o total, del seu projecte vital. Això es repeteix al llarg del temps i res no fa pensar que no continui passant. La irrupció de la malaltia en la vida de les persones obre sempre un parèntesi, més o menys llarg, en els seus projectes. Per tant, el treball social sanitari del futur continuarà intervenint en aquest terreny de la fragilitat i la vulnerabilitat humana, però ho farà d'acord amb el coneixement adquirit i generat, i mitjançant les tècniques més adequades. Els treballadors socials sanitaris som els únics professionals que, tradicionalment, integrem la informació sanitària i la psicosocial, i integrem i contextualitzem la informació social de la persona. Com va dir Mary E. Richmond recordant el doctor Cabot, en relació amb aquest tema: "no com una suma de disciplines sinó com la seva unió química". Aquesta unió "química" d'elements sanitaris i socials, aquesta informació integral contextualitzada i enclavada en un entorn determinat, permet elaborar anàlisis en totes les direccions i en tots els àmbits, tenint en compte, després, un gran nombre d'escenaris que sorgeixen de la realitat estudiada i no de la imaginació o de l'anècdota. Uns escenaris que el pas del temps va modificant perquè la mateixa realitat canvia. El Servei de Treball Social Sanitari del futur, per tant, seguirà atentament aquesta evolució dels principals indicadors, per la qual cosa és un pilar important i estratègic per a la gerència, que necessita informació bàsica i veraç perquè les seves negociacions anuals i de defensa de pressupostos resulti eficaç. La professionalitat implica lideratge, innovació, noves propostes, desenvolupament, i no una simple execució de tasques programades. El treball social sanitari gestiona realitats de les persones malaltes i de les famílies d'aquestes, però assumint un principi bàsic: les persones –les persones malaltes o les famílies– sempre participen activament en aquesta gestió.

És freqüent escoltar reflexions sobre el futur com si realment fos una cosa que ve de fora i de molt lluny, com si estigués en camí. El futur, si més no en les professions, certament està "per venir", però també és veritat que és gairebé "aquí", molt a prop, i la informació que obtenim cada dia, tant des de la gestió del servei com des de la gestió dels casos, en certa manera ens permet predir-lo. Cal evitar la confusió del terme *predir* amb el terme *predeterminar*. En l'àmbit social sanitari res no es pot predeterminar *a priori*, però sí que, a partir de l'estudi del que es va donant, podem predir el conjunt de probabilitats pel que fa a l'evolució de determinades variables.

Assenyalem dues maneres d'aproximar-nos al discurs del que pot ser el treball social sanitari del futur:

- Una, que descartem d'entrada perquè té poc fonament, parteix de la pura especulació marcada pel desig i l'elucubració, una "pluja d'idees (*brainstorming*) terapèutica". Es tractaria d'anar repetint el que s'ha de fer, amb una eloqüència més o menys afortunada, però sense moure ni un dit per començar a construir alguna cosa que se sostingui. No ens correspon com a professionals, si més no als que participem, en el rol que correspongui, com a professorat o alumnat en aquesta primera baula de canvi, la formació acadèmica universitària. La resposta del professional ha de ser professional i, com a tal, sempre ha d'anar més enllà de la resposta del ciutadà, que pot quedar atrapada o mediatitzada per les emocions.
- Una altra, amb la qual ens quedem, és aplicar la mateixa teoria del diagnòstic social institucional. D'una banda tenim uns fets tangibles de caràcter divers (demandes d'ajuda, persones que compleixen criteris de risc, utilització de serveis externs, persones desateses, variació de la demografia, cultura organitzacional, etc.) en la informació interna dels nostres serveis. D'altra banda ens basem en els factors (estructures familiars, noves economies, noves polítiques, tendències epidemiològiques i de noves demandes, etc.). Amb aquesta informació interpretarem el nostre present i determinarem els camins que cal fer per anar evolucionant segons els principis del treball social sanitari (la generació de benestar per a les persones malaltes i les seves famílies a partir d'elles mateixes, la promoció de programes de suport per a generar autonomia social, etc.), però adequant-nos a les noves necessitats (les que genera el mateix desenvolupament social en les diferents societats). Noves necessitats que passen per la generació de coneixement.

Les preguntes obligades que hauríem de fer-nos són les següents: En què hem modificat la nostra intervenció professional aquests darrers anys? Quin ha estat el nostre itinerari com a treballadors socials sanitaris? Quins elements nous hem incorporat a la nostra pràctica diària, a la nostra gestió si som caps de servei? Quines eines de treball hem desenvolupat per a ser més eficaços i eficients? Quins han estat els nostres resultats en matèria de benestar? Si continuem fent el mateix de sempre, si repetim una vegada i una altra el mateix discurs, estem davant un signe evident d'estancament intel·lectual i professional. No és aquest el camí que porta al futur esperable i, cal insistir-hi, socialment útil. Una de les funcions dels professionals sanitaris és la recerca i, a partir d'aquesta base, proposarem els canvis necessaris per a pal·liar des de les institucions les dificultats i els problemes de les persones malaltes; proposarem programes de prevenció, educació i intervenció sanitària.

Obrim un breu parèntesi per aclarir conceptes inclosos en el mateix significat de futur, centrant-nos en el treball social sanitari i en l'aplicació d'aquest. Què implica la idea de futur prenent elements de continuïtat? Podem dir que un progrés sostenible i sostingut pels fets analitzats des de la perspectiva que ens correspon, la del treball social sanitari.

	Definició segons el <i>Diccionario de la Real Academia Española, DRAE</i> (d'utilització per la població general)	Adaptació al treball social sanitari (d'utilització pels treballadors socials)
Evolució	<ul style="list-style-type: none"> • Procés de canvi mitjançant el qual es passa d'un estat de coses a un altre d'una manera gradual (s'oposa a <i>revolució</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Procés de canvi social pel qual es passa d'unes realitats a unes altres, cosa que porta d'uns paradigmes a uns altres, i els condiona a la pròpia intervenció (noves teories i organització) des del treball social sanitari. Pot ser positiva o negativa.
Globalització	<ul style="list-style-type: none"> • Tendència dels mercats i de les empreses a estendre's, de manera que s'assoleix una dimensió mundial que sobrepassa les fronteres nacionals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendència dels serveis i dels establiments a estendre's més enllà dels límits dels establiments on es troben, plantejant per exemple estudis multicèntrics, formant bases de dades cegues o aplicant tècniques de <i>benchmarking</i>, entre d'altres, que permetin igualar procediments i comparar beneficis en matèria de benestar social.
Globalitzar	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar (un problema, una sèrie d'informacions, etc.) en conjunt, sense especificar-ne les parts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar (un problema social sanitari, una sèrie d'informacions, etc.) en conjunt, sense especificar-ne les parts.
Planificació	<ul style="list-style-type: none"> • Pla general organitzat de manera metòdica i sovint d'una gran amplitud per a obtenir un objectiu determinat, com ara el desenvolupament harmònic d'una ciutat, el desenvolupament econòmic, la recerca científica o el funcionament d'una indústria, entre d'altres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pla general des del treball social sanitari organitzat de manera metòdica i sovint d'una gran amplitud per a obtenir un objectiu determinat, com ara l'adequació constant dels mitjans de suport al tractament social sanitari a les necessitats de la ciutadania o la generació de coneixement per a assolir un més gran benestar social per a les persones malaltes ateses en el sistema sanitari, incloent-hi el moment de l'alta sanitària.
Repte	<ul style="list-style-type: none"> • Objectiu difícil que esdevé un estímulo i un desafiament per a qui se'l proposa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectiu difícil, però possible, que millorarà, tant objectivament com subjectivament, el benestar de les persones malaltes ateses en el sistema sanitari.
Tendència	<ul style="list-style-type: none"> • Propensió o inclinació en les persones i en les coses cap a unes finalitats determinades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propensió o inclinació en les persones malaltes, en les famílies d'aquestes i en les estructures de serveis cap a unes necessitats determinades.

Glossari breu de termes adaptats al treball social sanitari.

En la primera columna hi ha la denominació del concepte; en la segona, la definició del concepte segons el DRAE, i en la tercera, una adequació al treball social sanitari.

3. Dimensions per a definir els reptes bàsics del treball social sanitari

Genèricament, considerarem cinc dimensions bàsiques de la intervenció des del treball social sanitari. Són les següents:

- Les persones. Els malalts, les seves famílies i els professionals.
 - La població. De risc o susceptible de ser atesa.
 - Els professionals. Especialitzats en diagnòstics mèdics.
 - Les autoritats polítiques.

- L'entorn i el medi ambient.
 - L'entorn familiar i l'espai on les persones desenvolupen la seva vida.
 - Ciutats i espais saludables.
 - Empreses "intel·ligents" i humanitzades.

- Les estructures i institucions.
 - Els sistemes d'informació.
 - Els circuits administratius i els sistemes de valoració.
 - Els sistemes d'avaluació i recerca.
 - La formació continuada i la generació de coneixement.

- Les polítiques sanitàries i socials.
 - Els partits polítics. Programes electorals i filosofies bàsiques de la seva estructura doctrinal.
 - El Govern. Accions desenvolupades pel Govern per a incrementar el benestar de les persones malaltes.

- Les tecnologies de la informació i la comunicació i les xarxes socials a Internet.
 - La robòtica al servei de les persones.
 - Les xarxes socials tecnològiques amb finalitats de suports diversos.

Des del treball social sanitari podem i hem d'influir en les cinc dimensions, ja que les persones que atenem, les seves famílies i les seves xarxes socials comunitàries es veuen afectades per unes estructures internes pròpies (la personalitat, el caràcter, les capacitats i les habilitats enfront de la malaltia), per l'entorn i el medi ambient (l'habitatge, el treball, els espais lúdics, etc.), per les estructures socials (les institucions, les organitzacions, les associacions i les entitats), per les polítiques sanitàries i socials (com s'afronten les situacions de desemparament, de necessitat o de pèrdua d'autonomia social) i, finalment, per les tecnologies de la informació (ús, vincles que s'hi estableixen amb altres persones o confiança que els generen).

En cadascuna hem de veure la influència positiva que el treball social sanitari pot exercir a partir dels seus propis fonaments i coneixements.

4. El treball social sanitari en la societat de les tecnologies de la informació i la comunicació. El futur i el desenvolupament de competències

Encara que ens situem en el futur, no podem ni hem d'oblidar el passat: l'origen de la professió, per què va néixer i com va sorgir.

En aquest origen convergeixen els principis filosòfics i diferenciadors –i alhora identificadors– de la professió i, per tant, allò que els professionals han de satisfer en el seu exercici. Com sabem que el professional que ens atén és un treballador social sanitari? Com l'identifiquem? El diagnòstic social sanitari continuarà essent l'element identificador per excel·lència i sobre aquest hem d'assenyalar que no el podem confondre amb una descripció o llista de problemes que, de passada, direm que està a l'abast de tots els professionals el fet de veure'ls. Dedicarem un mòdul al diagnòstic social sanitari i aprofundirem sobre això, però aquest punt (no confondre el diagnòstic social sanitari amb una llista de problemes) és essencial per a evitar, entre altres coses, l'intrusisme. Un altre element identificador del treball social sanitari és que les persones implicades sempre són part activa de tot el servei que es presti. Quan un professional deixa de banda la persona i es limita a emplenar uns formularis i a acreditar que aquesta compleix els requisits i els barems establerts, això no es pot considerar treball social sanitari.

El treball social sanitari, a escala petita, atén i continuarà atenent persones afectades de malalties que els trenquen la continuïtat vital, els donarà suport mitjançant serveis que els permetin superar, en gran part per si mateixes, les dificultats. A escala més gran, continuarem proposant noves formes d'atenció i noves estructures de suport i continuarem essent crítics amb l'eficàcia i l'eficiència dels serveis i els programes de suport. Continuarem proposant solucions i assenyalant dèficits. I continuarem treballant per a les persones, però amb les persones.

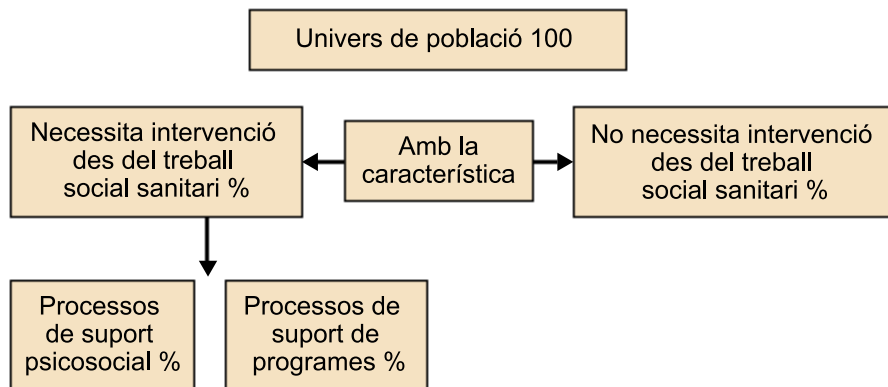
El treball social sanitari del futur, no obstant això, haurà de ser més eficaç i eficient en el paper d'agent social de canvi. Aquesta eficàcia i eficiència s'hauràn de provar a partir de metodologies d'anàlisi longitudinal en què, aplicant els mateixos procediments, protocols i mètodes, es palesen les tendències. En el mòdul de models de gestió hem vist com va evolucionar la demanda de suport en una comunitat concreta al llarg de cinc anys. L'anàlisi de les tendències és una eina de suport important a la gestió del servei i per tant, com es diu, a la gestió gerencial i política. Com assenyala i desenvolupa Henrik Vejlgard en el llibre *Anatomía de una tendencia*: "detrás de cada tendencia hay patrones previsibles", en què deixa clar que no es tracta d'un exercici d'intuïció sinó d'anàlisi i observació. Per a això, les tecnologies de la informació i la comunicació seran unes eines essencials que contribuiran d'una manera directa a

Referència bibliogràfica

H. Vejlgard (2008). *Anatomía de una tendencia. Una mirada fascinante a los patrones de su origen*. Mèxic: McGraw-Hill Interamericana.

aquesta eficàcia organitzativa, tot i que l'eficiència continuarà estant a les nostres mans. Les tecnologies permeten tractar grans volums d'informació a més d'obtenir indicadors en temps real. La informació veraç i representativa sobre la qual treballarem serà la base de la planificació i la promoció de serveis i programes d'acord amb les funcions bàsiques de tots els professionals sanitaris, que hem esmentat abans. És important assumir que no podem planificar un servei únicament amb la informació disponible si la nostra intervenció es produeix exclusivament a demanda. La intervenció a demanda deixa fora totes les persones que, amb les mateixes característiques, no tenen la iniciativa de demanar ajuda. Per això, en el futur, la intervenció a demanda s'haurà de limitar a emergències, a acolliments i a circumstàncies puntuals. No obstant això, per a la resta de la població haurem dissenyat programes, procediments i protocols d'intervenció sistemàtica a partir de criteris de risc.

Així, de l'univers de població atesa en els nostres serveis, diferenciarem les persones que compleixen la característica acreditada com de risc, i entre aquestes, les que no poden afrontar la seva nova realitat en solitari de les que sí que ho poden fer. Tots dos grups presenten la característica o fet diferencial, però la resiliència marca diferències en les necessitats d'intervenció des del treball social sanitari. A continuació presentem un esquema simple d'anàlisi, però que pot ser una petita guia d'organització d'un sistema d'informació per a poder tenir la fotografia del moment i l'evolució de la tendència.



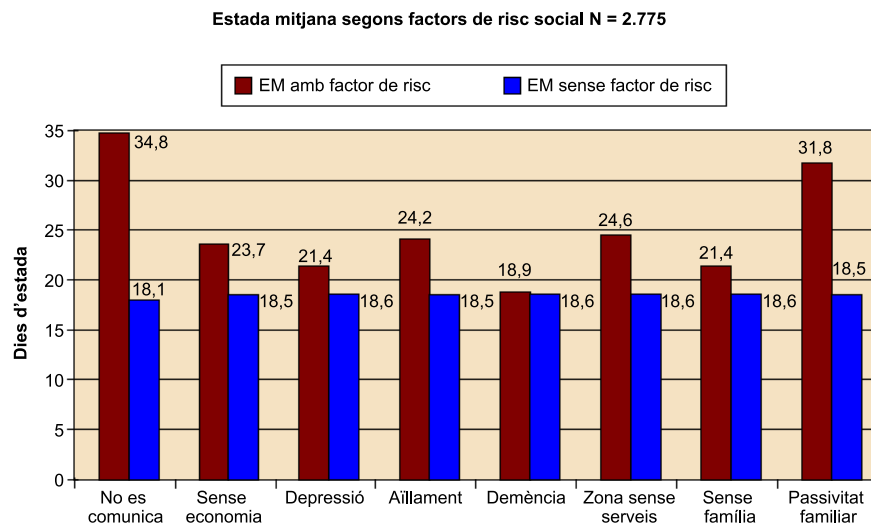
Esquema de la presentació dels indicadors del procés

Aquest petit esquema, de moment inexistent en els serveis de treball social sanitari del país, ens permetrà relativitzar sobre els processos de treball social sanitari i la probabilitat de prestació de cadascun quan es presenta una característica o una altra, o un criteri o un altre, sense oblidar que tot això quedarà recollit en el diagnòstic social sanitari. I això sempre ajustat a la realitat de la nostra àrea d'intervenció, la nostra àrea sanitària. L'homogeneïtzació dels instruments i dels mètodes de treball de tots els professionals d'una àrea o regió permetrà agrupar informació de diferents establiments i comparar poblacions entre si.

La gràfica següent mostra una informació d'interès per a la gestió de la gerència: l'anàlisi del temps d'hospitalització de les persones que presenten alguna característica de risc enfront de les que no la presenten. Tota la població de mostra va ser atesa d'acord amb el

procediment del programa de la planificació de l'alta (també tindrem un mòdul específic dedicat a això).

Hem de veure aquesta gràfica com un exemple aïllat, els resultats de la qual no són extrapolables; tanmateix, per a l'hospital on es va realitzar la recerca el 1997 va representar una informació de gran ajuda a la gerència que, després d'un procés de fusió hospitalària, va continuar contribuint al protocol de planificació de l'alta hospitalària i a la intervenció sistemàtica del Servei de Treball Social Sanitari, enfront d'algunes veus de professionals mèdics i d'infermeria del nou hospital que "no entenien" el fet que no fossin ells els que sol·licitaven la intervenció dels treballadors socials sanitaris.



Exemple de "manifestació del problema" referit a l'estada mitjana

El treball social sanitari en el futur haurà de considerar, en tots els casos, tots dos grups units per la característica de risc provat, i interpretar aquestes diferències: les diverses maneres com es comporten les agrupacions de persones que comparteixen un fet rellevant, una malaltia, un problema social, etc. Pot semblar estrany presentar un exemple de l'any 1997 com a mostra de futur, però mentre aquestes pràctiques d'avaluació no es generalitzin, continuaran essent un objectiu per assolir i una funció del treball social sanitari del futur, i l'any en què es va dur a terme l'experiència serà el menys important, de manera que continuarà essent una bona argumentació per a replantejar i actualitzar els sistemes d'informació habituals.

Perquè això sigui possible començarem a identificar aquestes realitats avui en el nostre espai de treball. Les compartirem amb els altres serveis en què segueixin les mateixes metodologies.

El primer pas és necessari en el nostre present més immediat i més reduït per a establir, longitudinalment, indicadors de demanda, de necessitat, de suport, etc. i així poder continuar fent passos. Com que la intervenció s'esdevé, o s'esdevindrà, per procediments o protocols, els indicadors no seran aleatoris ni discrecionals, sinó que seran representatius del nostre medi i de la població que atenem; per això serviran de justificació per a determinades propostes que hauran reduït els biaixos del terreny general. El treball social sanitari del futur haurà de deixar de banda l'aspecte exclusivament narratiu i ideològic i prendre sobretot l'empirisme com a font d'acció. Quan parlem de treball social sanitari del futur ens referim a una atenció ordenada, estructurada d'acord amb un

procediment i uns protocols, d'acord amb teories provades i d'acord amb uns principis i valors, però sobretot d'acord amb la legalitat vigent i amb les línies estratègiques assenyalades pels organismes i les entitats rectores; hem vist que segueix procediments definits les fases dels quals són validades des dels punts de vista estadístic i funcional. Aquest ordre no s'ha de confondre amb una estructura mecanicista: en el treball social sanitari combinem mètodes científics amb la vida de les persones; per tant, el que "en gran part" és imprevisible individualment és previsible dins el col·lectiu de què es tracti.

Com hem vist, però, mai no anem en contra de l'humà, "bo" i "benèfic" per a les persones. És l'art que deriva de la nostra disciplina i queda a les nostres mans continuar mantenint-lo viu dins un entorn científic. Si burocratitzem la nostra intervenció, començarem a despersonalitzar-la i a treure-li competències. Qualsevol persona pot completar una escala o pot aplicar un indicador, però no qualsevol persona pot ajudar professionalment una altra persona i la seva família amb problemes. Si continuem burocratitzant la nostra acció, a la llarga qualsevol buròcrata ens podrà suplir.

Davant les accions que duquem a terme, hem de ser capaços de contestar-nos les preguntes següents: per què aquest pas i no un altre?, per què aquest programa i no un altre?, per què aquesta intervenció ara i no més endavant o abans?, etc. Ens hem de plantejar aquestes preguntes i han de formar part dels controls de qualitat de les nostres intervencions.

Introduïm, a més, un nou element per al futur: diferenciarem el que és un problema susceptible de ser atès des del treball social sanitari, tant si és des de la direcció de servei com des de la mateixa assistència, de la manera com es manifesta aquest problema en els casos socials sanitaris i en l'entorn, en el sistema sanitari, en l'establiment on exercim.

Precisem-ho. Un *problema* segons el DRAE és "una dificultat, un conjunt de circumstàncies que impedeixen la consecució d'una finalitat o un objectiu". La manifestació d'un problema s'esdevé a partir de símptomes, de conductes, d'indicadors, de demandes, etc.

Exemple

Un problema de saturació dels serveis socials es manifesta (cal efectuar el càlcul corresponent en cada establiment) amb una mala utilització de l'hospital que, per falta de drenatge, es pot veure obligat a anul·lar algunes altes, cosa que augmenta l'estada hospitalària. En la gràfica anterior sobre el temps d'hospitalització tenim un exemple de manifestació d'un problema de serveis de suport per a aquesta població que presenta aquesta característica i està ingressada en un hospital. Això seria un exemple simple d'intervenció des de la direcció del Servei de Treball Social Sanitari, ja que aquestes dades es troben en el seu sistema d'informació.

Un altre exemple, aquest en l'àmbit assistencial, seria un cas social sanitari en què la mala relació (discussions, agressions verbals o abusos econòmics per part del fill) entre el pare i el fill porta al fet que el pare no segueixi les indicacions terapèutiques, no segueixi la medicació, es negui a viure, es trobi en un estat depressiu i, per tant, posi en risc la seva vida.

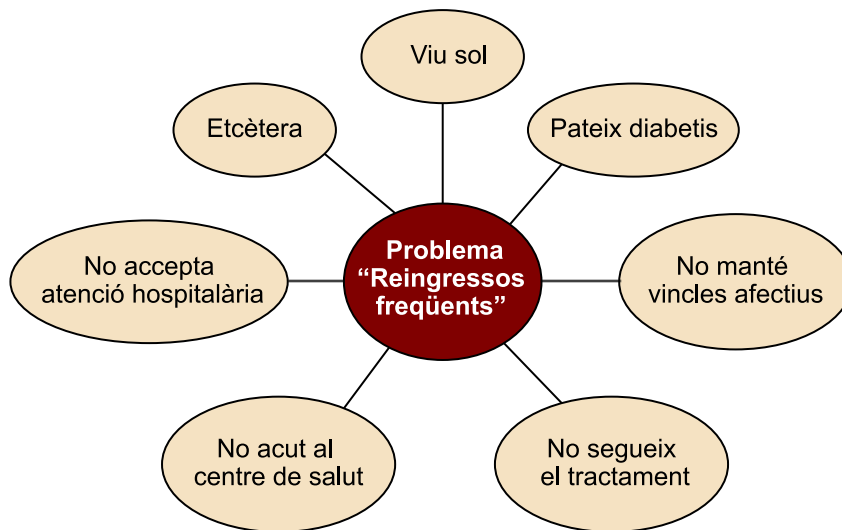
Normalment ens enfrontem a la manifestació del problema i esbrinar quin és aquest problema forma part de la primera recerca del cas.

Així anirem identificant problemes i les manifestacions d'aquests que, després del diagnòstic social sanitari previ, acompanyarem de les intervencions que s'hagin provat com les més eficients i eficaces.

Si pensem en termes generals, l'operativa d'atenció des del treball social sanitari s'activa a partir de la manifestació del problema o de la prevenció d'aquest. Aquesta expressió de desajust, tant si és real com probable, permet inicialment al treballador social sanitari endinsar-se en la realitat del nucli d'intervenció, la persona i la família, sempre seguint el procediment més adequat o el protocol, si està definit. El primer pas porta el treballador social sanitari a investigar sobre la manifestació del problema.

Reingressos freqüents

Si la recerca és correcta, se sabrà definir i diagnosticar el problema, i els elements que el caracteritzen, i amb això es desenvoluparà un bon pla de treball gairebé sempre d'intervenció múltiple.



Esquema d'estudi de la "manifestació del problema" i les possibles causes d'aquest

La figura anterior és un exemple que permet veure els secrets que hi ha amagats en la manifestació del problema. Si ens limitem a compensar la malaltia i a donar d'alta novament la persona una vegada recuperada, l'estem atenent, però maquillem la manifestació del problema, i no treballem per resoldre o minorar els problemes que porten la persona a aquesta situació de "reingressos freqüents".

5. Els reptes generals en el treball social sanitari del futur

Reflexionem ara sobre els reptes a què ens enfrontem en el futur immediat i més a llarg termini:

- **Repte 1. De la intervenció a demanda a la intervenció sistemàtica segons criteris de risc.** La intervenció a demanda (reactiva) ha de canviar per la intervenció per programes definits per factors de risc (proactiva). La generació constant de coneixement ens permetrà avançar-nos i, per tant, la intervenció proactiva (sistemàtica) anirà substituint la intervenció reactiva (quan s'observa el problema). En qualsevol cas, la intervenció a demanda s'ha de veure com una manera obsoleta d'intervenir; al contrari de la intervenció sistemàtica, en què davant la presència de determinats diagnòstics mèdics o criteris de risc intervindrem sense necessitat de demanda. La intervenció a demanda és una manera d'exclusió, atès que deixem en mans de les persones la seva consciència de problema: la que no demanda no rep atenció. Des del treball social sanitari sabem que sovint un dels problemes amb què ens enfrontem és l'absència de consciència de la presència de problemes per part de la persona o la seva família. Això dóna pas al segon repte.

- **Repte 2. L'elaboració del diagnòstic social sanitari.** Després de l'atenció del símptoma o manifestació del problema, hem de continuar estudiant el cas per establir el diagnòstic social sanitari i poder elaborar un pla de treball els passos del qual vagin resolent els problemes sempre amb la participació activa de les persones implicades.

La satisfacció de demandes, sense cap estudi previ, no requereix cap professional especialitzat, sinó tan sols algú que conegui els passos burocràtics per a satisfer-les. Des del treball social sanitari escoltem la demanda, ja que sabem que hi trobem la porta d'entrada al cas social sanitari, a més de trobar com creuen les persones que es poden solucionar les seves dificultats; estudiem el cas social sanitari i el diagnostiquem, de manera que en determinem les circumstàncies i el suport, i els serveis que millor i més aviat poden retornar l'autonomia a la persona i a la família d'aquesta. Dissenyem el pla de treball i el camí de la recuperació perquè tant la persona com la seva família puguin assolir més benestar, tot i que és un procés llarg, i la complexitat progressiva de la societat actual sol congrega en cada cas social diferents equips que es veuen obligats, pel bé de les persones, a coordinar-se o com a mínim establir un protocol de derivació per evitar que la persona pugui quedar desatessa o mal atesa. Això ens obliga a definir les pautes de coordinació i derivació. Recordem en aquest punt, tal com explicava Gordon Hamilton¹ la coordinació:

⁽¹⁾A. Gordon Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pàg. 130-131). Nova York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

"Quan l'agència A acaba el tractament i transfereix el cas a l'agència B no es pot dir que es tracti d'un cas coordinat. En el millor dels casos és més adequat explicar al client les facilitats comunitàries perquè sigui ell qui apel·li directament a l'agència B. De fet, si l'agència A «prescriu» per a l'agència B, aquest «tàndem» de relació mai no funciona bé. Transferir un cas pròpiament significa fer-ho amb el consentiment del client si està indicat entre els treballadors socials el fet de compartir el diagnòstic i el tractament aplicat fins avui. Un cas coordinat significa que el pla de tractament està guiat alhora per dues agències o més, o per dos treballadors socials o més, i discutit des del principi."

Així doncs, diferenciarem la coordinació seguint la teoria de Hamilton de qualsevol altra forma de relació professional i de la mateixa de derivació; evidentment, cada cas requerirà una tècnica o una altra. I aquí se'ns configura el tercer repte.

- **Repte 3. La continuïtat assistencial.** La intervenció de diferents equips, dels mateixos àmbits o d'àmbits diferents, ha de garantir la continuïtat assistencial sense interrupcions ni trencaments de la cadena d'atenció. Seguint dins el mateix exemple, es poden produir dues circumstàncies:
 - Que la persona rebi el suport i el servei prescrit quan ho necessita sense haver d'esperar.
 - Que el servei que necessita la persona estigui col·lapsat i aleshores sigui substituït per algun altre suport que, malgrat que no és l'indicat, resol parcialment la necessitat.

Aquesta situació ens porta al quart repte.

- **Repte 4. L'optimització dels recursos.** La garantia de l'ús adequat dels recursos públics i privats coneixent l'adequació entre el recurs utilitzat i el que es necessita. La distància que hi sol haver entre les dues línies resultants –recursos necessaris i recursos utilitzats dins dels serveis prestats– s'ha de reduir progressivament, i l'objectiu és que desaparegui. Això significarà que s'estan donant la respostes adequades amb els mitjans més adients. La suplantació d'uns recursos per uns altres, i d'uns serveis per uns altres –els que serien òptims pels que hi ha disponibles en un moment determinat– genera desequilibris d'utilització i de rendiment social, però sobretot financers perquè les càrregues reals de treball es veuen alterades per les previstes o programades. La inadequació genera costos d'ineficàcia i ineficiència, ja que, tant si la persona necessita un servei complex o no gaire, la relació entre cost i efectivitat es veu truncada per la mala utilització, o perquè se li exigeix més o perquè prestant més, requereix menys. Hem de conèixer la magnitud real d'aquesta situació de desajust, com també el que implica per a les persones i per a l'economia del sistema de benestar. Així arribem al cinquè repte.
- **Repte 5. Les tecnologies de la informació i la comunicació al servei de l'eficàcia i l'eficiència.** La utilització d'un sistema d'informació que

permeti conèixer en temps real i per períodes els desequilibris entre les necessitats diagnòstiques i l'ús de serveis i programes, tant per excés com per defecte. Aquesta informació és molt valuosa per a planificar serveis i programes futurs, ja que permet adequar els recursos a les necessitats de la població d'un territori o d'una zona determinada.

La delimitació territorial marca uns perfils de població que diferencien uns territoris dels altres. Aquest equilibri permetrà que es produeixi el gran repte del segle XXI, la sostenibilitat dels sistemes de benestar. I això ens porta al sisè repte.

- **Repte 6. La sostenibilitat.** Els recursos socials, sanitaris i sociosanitaris –públics o privats– són finits, rivals entre si i, per tant, cal fer-ne un ús just. Diem que la major part dels recursos són rivals perquè si els utilitza una persona no els pot fer servir una altra. Per això, els treballadors socials sanitaris hem de vetllar perquè emprin els recursos les persones que els necessiten no solament en l'àmbit sanitari sinó també en l'àmbit social. L'àmbit social sempre condiciona l'àmbit sanitari quan la persona és al domicili. Cal recordar que és diferent el recurs utilitzat que el servei prestat, del qual el recurs serà una part o una eina.

Però, d'una manera paral·lela, també estudiarem què succeeix amb les persones que necessiten els recursos i no els poden utilitzar. Necessitem professionals del treball social sanitari que estudiïn amb metodologies adequades les necessitats reals de les persones malaltes i les seves famílies, i evitin la utilització de recursos a partir de necessitats potencials i esquemes purament administratius o esbiaixats per una visió reduccionista. El treball social sanitari, per mitjà dels professionals corresponents, és un promotor excel·lent de la sostenibilitat del sistema sense que el client se senti abandonat o insuficientment atès (aquest sentiment es refereix a la qualitat percebuda). Amb aquest repte arribem al repte següent, el setè.

- **Repte 7. La responsabilitat social en l'ús adequat dels serveis.** L'educació de les persones en l'ús adequat dels recursos és un altre factor clau per a afrontar el futur des del treball social sanitari. El nostre objectiu és que les persones puguin gestionar la seva salut i necessitin el mínim del sistema sanitari, com a sinònim que han guanyat autonomia. En el treball social sanitari, la funció educativa va ser assignada pel doctor Cabot, i en la majoria de textos que va escriure es refereix clarament a aquest aspecte essencial del treball social sanitari. L'educació des de la interdisciplinarietat es promou simultàniament a la prestació de la mateixa atenció. El consum de recursos externs ha de quedar plenament justificat i les persones que els consumeixin han de ser conscients que això, la utilització d'aquests recursos, és possible gràcies a una bona gestió, a la bona gestió del sistema de benestar social.

Peter Druker² el 1993 escrivia el següent:

"Salvo que aprendamos a aumentar la productividad de los trabajadores del saber y de los servicios, y lo hagamos rápido, los países desarrollados se enfrentarán al estancamiento económico y a una grave tensión social. [...]"

⁽²⁾P. F. Druker (1993). *La sociedad poscapitalista* (pàg. 90). Barcelona: Apóstrofe.

Un gran número de trabajadores de los servicios realizan tareas que exigen una especialización baja y un nivel de educación relativamente pequeño; si una economía cuya productividad es baja procura pagarles un salario considerablemente por encima de sus resultados, la inflación erosionará inevitablemente los ingresos reales de todos".

De la mà de Druker anem directament al repte vuitè.

- **Repte 8. La generació de benestar.** La producció de benestar serà mesurable per a les institucions, però, a més a més, el ciutadà ho ha de percebre com una cosa que el beneficia no solament a ell sinó també a la resta de la ciutadania en general. Aquesta percepció també s'ha de mesurar.

Tots els punts anteriors es resumeixen en un concepte: *qualitat total*³. Per a Deming, un dels pares de la qualitat total, aquesta requereix les tres condicions següents:

- La satisfacció dels clients. Preguntant-los a ells.
- La motivació dels professionals. Aplicant eines de mesurament subjectiu i objectiu.
- El cost mínim. Gestionant i aplicant instruments de suport.

Autors de prestigi reconegut han estudiat el concepte de *qualitat* i la pràctica corresponent. Entre aquests autors trobem els següents:

- Joseph M. Juren (1904-2008). Igual que Deming, és considerat pare i fundador del concepte de *qualitat total*.
- Avedis Donabedian (1919-2000).
- Bill Creech (1927-2003).
- Kaoru Ishikawa (1915-1989).
- Armand V. Feigenbaum (1922).
- Philip Crosby (1926-2001).
- H. James Harrington (1929-).

Així arribem al repte nou.

- **Repte 9. La prestació de serveis de qualitat percebuda i objectiva.** Els primers passos del concepte de *qualitat* es van produir en el món industrial japonès després que la indústria nord-americana rebutgés aquestes teories.

Per Deming⁴: "Tots els processos són susceptibles de pèrdua de la qualitat per mor de la variació: si es gestionen els nivells de la variació, és possible reduir-los i augmentar la qualitat".

Juren⁵, promotor de la gestió de la qualitat total en l'empresa, veia "la gestió de la qualitat com una metodologia per a gestionar els costos evitables i inevitables de la qualitat i proporcionar així un patró per a mesurar el cost d'un programa de qualitat".

La gran diferència, no obstant això, entre el sector industrial comercial i el sector sanitari i de serveis personals és que, mentre que en el primer el consumidor adquireix un producte elaborat, acabat, que veu, que prova i decideix si l'adquireix o no, i el pot canviar per un altre, en el segon, el client (ja no escau parlar de *consumidor*) viu en primera persona l'elaboració

⁽³⁾M. Walton (1990). *The Deming management method* G. P. Putnam's. Nova York: Sonidos.

⁽⁴⁾C. Kennedy (1994). *Guide to the management gurus*. Edició especial per a *Actualidad Económica* (tom I).

⁽⁵⁾C. Kennedy (1994). *Guide to the management gurus*. Edició especial per a *Actualidad Económica* (tom II).

i la prestació del producte (en aquest cas, servei) que rep de cada professional. El client és la part principal d'aquesta elaboració del servei, de les gestions i de les informacions que es generen. És testimoni, en temps real, de com els professionals, centrats en el treball social sanitari, encaixen el conjunt d'accions que constitueixen el procés social sanitari.

La garantia de la qualitat total dins els serveis de treball social sanitari s'ha de basar en estàndards definits en els tres àmbits esmentats en el punt anterior.

Hem de ser capaços de mesurar els tres àmbits, ja que, en cas contrari, no podrem parlar de prestació de serveis de qualitat. El principi de cost i eficàcia ha de ser present en totes les decisions que prenguem com a professionals.

Hem de desenvolupar una mentalitat científica perquè serveixi de bastida al nostre desenvolupament com a professionals i com a professió en general. Howard Gardner, en el llibre *Las cinco mentes del futuro* proposa el següent:

- La ment disciplinada.
- La ment sintètica.
- La ment creativa.
- La ment respectuosa.
- La ment ètica.

Referència bibliogràfica

H. Gardner (2008). *Las cinco mentes del futuro*. Barcelona. Paidós.

El procés sanitari, com també el procés social sanitari, es caracteritzen entre altres aspectes per la irreversibilitat o perquè és molt difícil de reorientar. Si es produeixen determinats errors, desfer-los és complicat, per no dir impossible, cosa que obliga a reiniciar un altre procés reparador i s'incrementen els costos.

En termes generals hem de respondre a les preguntes següents: com sap la persona si l'activitat professional és adequada o no per a la necessitat que té?, té coneixements el client que li permetin avaluar el servei que rep?, sap si el professional en qüestió realitza tot el que pertoca, o si, per contra, està cometent algun error?

En general, les persones no poden fer aquesta valoració més enllà del que la seva percepció o sensació els permet. Tanmateix, aquesta sensació és determinant, en gran part, per a una bona evolució. Els clients gairebé mai no tenen els coneixements científics necessaris per a valorar científicament les accions, però sí que valoren com els atensem, com els expliquem i com els orientem.

En aquest sentit, convé recordar Akerlof, Spence i Stiglitz, guanyadors del premi Nobel d'economia el 2001 pels estudis que van dur a terme sobre els mercats d'informació asimètrica, que expliquen de la manera següent:

"Aquéllos en los que los distintos agentes que actúan sobre un mismo mercado manejan niveles diferentes de información que marcan sus decisiones".

A. G. Destinobles (2001). "«Los mercados con información asimétrica», tema tratado por los Premio Nobel de Economía 2001". *Revista de la Facultad de Economía-BUAP* (any VII, núm. 19, pàg. 173-175).

En el sistema sanitari, molt sovint, la relació entre els professionals sanitaris, incloent-hi els treballadors socials sanitaris, i els clients s'esdevé amb aquesta asimetria; la limitació dels coneixements de treball social sanitari, de medicina, d'infermeria, etc. genera esquemes que responen a la definició donada d'*informació asimètrica*.

Aleshores, cal preguntar-se novament què pot avaluar realment la persona i la seva família respecte a la qualitat del servei rebut en el servei de treball social sanitari?, i com es gestiona aquesta asimetria que pot generar malestar amb el servei rebut?

Exemple

- Quant de temps pot esperar una persona per rebre la primera visita de treball social sanitari?
- Quina alternativa hi ha quan el procés social es veu fragmentat per falta del suport requerit?
- Quin sistema de priorització d'ajudes s'estableix?
- Quins són els paràmetres de coordinació o derivació?
- Quan ha de contactar el servei intervinent amb el servei receptor?
- Què implica per a les persones, en salut, en temps, en desajustos psicosocials i en problemes laborals el temps que difereix entre el reconeixement de la necessitat d'ajuda i la gestió d'aquesta, amb l'obtenció d'aquesta ajuda?
- Com dificulta la falta d'aquesta ajuda tangible el nostre tractament social de cas? Etcètera

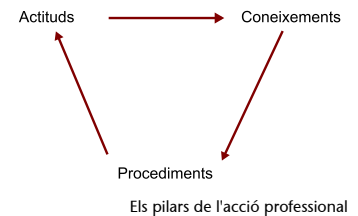
Per tant, la introducció de la filosofia de la qualitat en el servei de treball social implica diferenciar un servei de "qualitat" d'un altre de "no qualitat". Quins indicadors són considerats bàsics de qualitat sobre els quals s'inicien les comparacions progressives que assenyalaran les tendències?

Tot això requereix tenir identificades les activitats, les gestions, les tècniques, les fonts d'informació, etc. que integren els principals processos socials sanitaris. I una cosa ben diferent serà diferenciar el pes d'aquests processos en els diversos casos socials sanitaris prenent com a element diferenciador la variable "complexitat".

6. Els treballadors socials sanitaris del futur i els pilars de l'acció professional

Ja hem assenyalat els tres pilars clàssics sobre els quals es fonamenta tota intervenció professional:

- **Les actituds.** Exemplifiquen la manera com atenen els treballadors socials sanitaris les persones malaltes i les seves famílies, com es relacionen amb els altres professionals, com es comuniquen, com s'enfronten als fets, com conceben la seva funció d'ajuda, com l'assumeixen en la pràctica diària i com es responsabilitzen de la seva funció d'agents de canvi.
- **Els coneixements.** Són el corpus teòric de la disciplina que sustenta les teories i els principis en què ens basem. Les teories ens permeten la conversió en professionals que combinen els coneixements amb la pràctica i, alhora, mitjançant el mètode científic, generen nou coneixement.
- **Els procediments.** Són la base científica i seqüencial sobre la qual se sustenta l'activitat per a aconseguir una finalitat. Els procediments de treball social sanitari, en el centre de gravetat, inclouen el diagnòstic social sanitari i d'aquest es desprenen els processos (tipus de suport) que arriben a les persones en forma de serveis i suports. Quan aquests procediments queden subscrits a una realitat molt concreta parlem de *protocols*.



Quins són els nous reptes dels treballadors socials sanitaris respecte a cadascun dels pilars descrits?

- **Nous reptes en el pilar de les actituds**
 - La prudència és un valor del servei. En l'aspecte social hem d'evitar precipitar-nos en la presa de determinades decisions sense haver-ne valorat abans la pertinència i les conseqüències directes.
 - Hem de buscar els punts forts, els aspectes positius, les sortides a les dificultats, gestionar les oportunitats. Cal deixar enrere la queixa per la queixa, que tan present és en els fòrums professionals.
 - Hem d'assumir d'una manera responsable els diagnòstics socials sanitaris que emetem i defensar el nostre pla de treball des dels punts de vista racional, lògic i humà. Sabrem el perquè de tot això.
 - Hem de mantenir viva la capacitat d'observar i estudiar i investigar les nostres bases de dades. Les hipòtesis s'han de confirmar.

- Hem d'evitar analitzar informació sense rellevància ni representativitat, cosa que porta a errors d'interpretació i falses propostes que, a la llarga, faciliten la pèrdua de credibilitat.
 - Hem de deixar de banda els discursos eloqüents per a impressionar, però buits de contingut. El treball social sanitari és, sobretot, acció.
 - Hem de treballar per la credibilitat del servei; si complim la nostra paraula generarem confiança en la població.
 - Hem de mantenir la consciència que som professionals i, per tant, en les nostres intervencions apliquem teories, tècniques i mètodes.
 - Hem de garantir la claredat i la transparència de les intervencions, i hem de poder acreditar que era el millor per a la persona i el seu entorn.
 - Hem d'aplicar l'estratègia per a assolir els objectius que ens marquem i sabrem mesurar el percentatge dels assoliments.
 - Hem d'evitar caure en el tòpic que, com que tot funciona malament, res no val la pena i no cal esforçar-s'hi. La nostra responsabilitat és precisament obrir camins.
 - Hem de prendre consciència que cada decisió professional té una infinitat de conseqüències psicosocials i socioeconòmiques tant per a la persona com per al nucli familiar o la xarxa social en què es troba, però també sobre els recursos del sistema de benestar.
 - Hem d'exigir l'eficiència del sistema; denunciar si cal, i aportar elements que avalin i provin objectivament les nostres propostes.
 - Hem de promoure l'autoavaluació professional per a millorar les pràctiques.
 - Hem d'evitar la por a innovar i a acceptar coses noves.
- **Nous reptes en el pilar dels coneixements**
 - Especialitats dins de l'especialització.
 - L'acció i la intervenció es basen en el coneixement i en deriven, de manera que el retroalimenten.
 - L'aprenentatge de noves metodologies i l'adequació d'aquestes a les diferències que estableixen, en l'àmbit psicosocial, els diferents diagnòstics mèdics.

- El desenvolupament d'habilitats de càlcul per a combinar l'aspecte qualitatiu amb el quantitatiu.
 - La creació d'espais de debat a manera de sessions clíniques per a avaluar els casos atesos des del treball social sanitari i avaluar els plans de treball dissenyats.
 - L'aprenentatge de tècniques d'estadística aplicades a les ciències de la salut i els establiments sanitaris.
 - La inclusió activa de la recerca en treball social sanitari com una funció pròpia.
 - El desenvolupament de tècniques diagnòstiques per a complementar el diagnòstic social sanitari.
 - L'avaluació periòdica de diagnòstics socials sanitaris i diagnòstics socials institucionals per a projectar programes de futur.
 - D'altres.
- **Nous reptes en el pilar dels procediments**
 - Hem d'aprofundir en l'estudi i l'aplicació dels procediments i dels protocols (procediments aplicats a una situació o circumstància determinada), cosa que facilitarà l'avaluació i els controls de qualitat en treball social sanitari.
 - Hem de diferenciar entre la funció assistencial i la funció gestora. Quan el servei de treball social sanitari compti amb tres professionals o més, un d'ells haurà d'assumir la funció de gestió amb una dedicació exclusiva.
 - Hem d'incorporar les tecnologies de la informació i la comunicació en l'activitat diària com una eina de suport habitual a l'activitat professional i com un element de comunicació amb els clients.
 - Hem de fonamentar els plans de treball i la realització de propostes en els diagnòstics socials sanitaris individuals i els diagnòstics de situació emesos.
 - Hem d'avaluar periòdicament els beneficis socials obtinguts amb la nostra activitat en cada àrea i contrastar les noves teories amb la informació i recerques pròpies.
 - Hem d'estar en disposició de presentar els resultats i els beneficis socials a partir de realitats empíriques que transcendeixin la simple descripció

Referència bibliogràfica

H. Rehr (1979). *Professional Accountability for Social Work Practice*. Nova York: Prodist.

sociològica per oferir la interpretació des del treball social sanitari i, alhora, proposar accions concretes de millora.

- Hem de disposar d'un servei centralitzat jeràrquicament i descentralitzat funcionalment, i aplicar a tots els membres del servei els mateixos instruments i mètodes.
- Hem d'actualitzar les estratègies de promoció del servei mitjançant la creació de literatura científica, participant activament en mitjans de comunicació, etc.
- En l'atenció interdisciplinària, el diagnòstic social sanitari ha de tenir el mateix pes que els diagnòstics dels altres professionals –metges, infermeria, etc.–, però això s'ha d'obtenir seguint el mètode científic i la mateixa teoria del diagnòstic social sanitari.
- Hem d'evitar encallar-nos amb activitats inútils que si bé en un altre temps estaven justificades avui ja no. També hem d'evitar carregar els clients amb gestions innecessàries, llevat que ho justifiqui alguna estratègia en el pla de treball; per exemple, per a valorar el veritable interès a resoldre el que plantegen com les seves dificultats.
- Hem de buscar l'eficiència en les intervencions que realitzem i procurar que les persones ateses així ho corroborin. Els hem de preguntar què pensen de la nostra intervenció.
- Hem de simplificar al màxim els circuits.

7. Línies estratègiques bàsiques per a assolir els reptes i establir les bases del treball social sanitari del futur

La definició de les línies estratègiques és un exercici de planificació complex que busca facilitar el treball posterior de disseny i desenvolupament de les accions que cal dur a terme, en quins àmbits i qui n'és el responsable. Les línies estratègiques són una eina de treball que mantenim oberta perquè amb el temps les anirem modificant. Si acceptem que la societat és un sistema obert i dinàmic, la flexibilitat i l'adaptabilitat en els serveis i en la seva organització són una condició indispensable. Si bé cada organització ha de partir de la seva realitat, en termes generals hem de delimitar el futur a partir de les línies següents:

- **Persones i familiars o xarxa social**

- **La identificació.** Hem de definir els criteris de risc social per a identificar la població susceptible de necessitar ajuda professional. Cal dur a terme un primer cribratge (*screening*) sistemàtic per a diferenciar la població que presenta la característica de la que no i un segon cribratge, també sistemàtic, per a diferenciar, dins de la població que presenta la característica de risc, les persones que presenten dificultats socials i necessiten ajuda des del treball social sanitari, de les que no.
- **L'assistència.** Hem de realitzar l'atenció necessària en cada cas seguint els procediments i els protocols definits.
- **L'optimització del temps personal.** Hem d'evitar les persones, les famílies d'aquestes i els desplaçaments innecessaris, llevat que formin part del pla de treball. Hem de ser puntuals amb les hores de visita i atenció. Ens hem d'adaptar a les necessitats horàries de cada persona, entre d'altres aspectes.
- **La seguretat.** En la nostra intervenció hem de transmetre seguretat amb l'atenció que estem prestant a la persona i a la seva família.
- **La confidencialitat.** Hem de preservar la confidencialitat de la informació de les persones i les famílies ateses. Hem de custodiar la documentació en paper i en format electrònic. Hem de seguir les indicacions de la persona malalta sobre aquest tema.
- **La informació i la comunicació.** Hem d'informar les persones malaltes i les seves famílies sempre de tot el procés de tractament social sa-

nitari que seguirem i, si és possible, hem d'oferir diferents alternatives. També hem de promoure la comunicació.

- **El confort.** Els despatxos han de ser silenciosos, amb una bona senyalització i un ambient agradable, i han d'estar degudament insonoritzats.
- D'altres.
- **Organització, procediments i processos**
 - **L'eficàcia.** Per a evitar les tasques repetitives podem aprofitar els avantatges de les tecnologies, que ens permetran eliminar la burocràcia i les activitats innecessàries.
 - **L'eficiència.** Hem de ser un recurs clau en tot el procés d'ajuda i promoure les persones com a primer recurs de si mateixes.
 - **La coordinació.** Hem d'establir circuits de coordinació des del principi de l'atenció al cas social sanitari.
 - **La derivació.** Hem d'establir circuits de derivació quan no hi ha hagut coordinació; en aquest cas, quan la persona canviï de servei per alta.
 - **La citació.** Hem de tenir en compte les circumstàncies de les persones amb la finalitat de respectar al màxim la seva rutina i costums habituals. Podem pensar en un sistema d'agenda a Internet perquè les persones puguin escollir el dia de la citació com qui compra un bitllet d'avió o de tren, i fins i tot pugui triar el seient.
 - **El catàleg de serveis.** Hem de definir totes les prestacions que facilitem en el servei de treball social sanitari.
 - **La cartera de serveis.** Hem de definir els procediments i les tècniques que apliquem per a dur a terme les prestacions del catàleg.
 - **El pla de comunicació.** Hem de definir un pla de comunicació per a transmetre la informació comunicable, l'engegada de noves prestacions, els resultats de recerques, etc.
 - D'altres
- **Motivació i incentivació professional**
 - **La satisfacció professional.** Hem de buscar espais de formació i supervisió per a millorar les relacions internes, i per a reconèixer la dedicació, la responsabilitat en les seves assistències, la implicació, etc. dels treballadors socials sanitaris.

- **La flexibilitat.** Hem de dissenyar una organització flexible que tingui en compte les expectatives de creixement dels treballadors socials sanitaris. Hem d'evitar les rigideses que trenquen llaços entre les persones i els professionals.
 - **La retroalimentació.** Els treballadors socials sanitaris han de rebre informació periòdica dels serveis centrals sobre indicadors de l'activitat que duen a terme.
 - D'altres.
- **Formació continuada**
 - **Un servei que ensenya i aprèn.** Els treballadors socials sanitaris hem de generar coneixements que compartirem i avaluarem aplicant mètodes d'anàlisis comparatives. Així mateix, hem d'aportar les nostres experiències i mètodes als estudiants en pràctiques, publicar-les i exposar-les a l'opinió professional perquè les consideri.
 - **L'accessibilitat.** Hem de garantir a tots els professionals l'oportunitat de formar-se per mitjà de l'accés a cursos, seminaris i postgraus, i també mitjançant l'adquisició de materials de contingut professional.
 - **La formació especialitzada.** Si es dóna el cas que el servei de treball social sanitari implanta nous mètodes de treball, ha de garantir la formació necessària als seus professionals per a poder-los aplicar d'una manera adequada.
 - D'altres.
- **Comunicació interna i externa**
 - **El pla de comunicació.** Hem d'establir un sistema intern i extern de comunicació, àgil i ràpid, perquè tots els professionals de l'establiment rebin les informacions a temps i puguin iniciar retroalimentació (*feedback*).
 - **La relació amb els mitjans de comunicació.** Hem de col·laborar amb els mitjans de comunicació audiovisuals i escrits per a divulgar les cerques i qüestions d'interès social i així millorar el benestar de la població i prevenir situacions negatives.
 - **La informació gràfica.** Hem de dissenyar díptics, tríptics o butlletins que serveixin per a apropar el servei de treball social sanitari a les persones.
 - **La pàgina web.** El nostre servei ha de disposar d'una pàgina web a la qual puguin accedir altres professionals i les mateixes persones que

atenem. Els continguts han de ser professionals i cal evitar publicitats que puguin desacreditar les nostres recomanacions.

– D'altres.

- **Relació amb altres serveis i entitats**

- **La relació amb altres serveis de l'àrea.** Hem de procurar establir relacions periòdiques amb els serveis de referència per a establir relació que permetin compartir coneixements i que, alhora, fruit d'aquesta relació, es beneficiïn les persones que atenem.

- **Les sessions conjuntes.** Hem d'establir un calendari de sessions entre els professionals del servei i d'altres serveis de la zona per a avaluar casos en què s'hagi intervingut des de diferents equips.

- **L'avaluació de les relacions.** Hem d'avaluar la relació amb els altres serveis i professionals tant des del punt de vista de beneficis i creixement com, si s'escau, de pèrdua de temps.

- D'altres.

- **Ecologia del servei**

- **Un servei ecològic.** Els professionals hem d'evitar malgastar els recursos estructurals i fungibles, com ara la llum, el paper, la tinta, etc.

- **El reciclatge.** Hem de contribuir al reciclatge dels materials reciclables.

- **L'educació ecològica.** Hem de promoure l'educació ecològica tant dels professionals com, si escau, de les persones que atenem i de les famílies d'aquestes en els seus hàbits.

- **Economia personal.** Hem de gestionar la nostra pròpia energia i recursos personals.

- D'altres.

Desenvoluparem cada línia bàsica en els cinc apartats següents:

- Enunciat del punt i la definició.
- Descripció del problema a què respon.
- Solucions suggerides per a pal·liar el problema.
- Productes o resultats finals esperats amb l'actuació.
- Cronologia.

En els punts en què sigui possible hem d'establir els indicadors per a veure i avaluar la tendència i l'evolució.

8. La innovació en el treball social sanitari

Com s'ha d'entendre la innovació? La innovació és un concepte que integra moltes particularitats i, com es veurà, està estretament relacionat amb el concepte de *management*. Vegem com explicava Peter Drucker la innovació:

"Las instituciones, políticas, mercados, productos, tecnologías, servicios, procesos, también las teorías y los valores, todos los productos de las mentes humanas y de las manos humanas envejecen, se vuelven rígidos, obsoletos, se convierten en «tristezas»⁶.

"La innovación y el empresario innovador se necesitan en la sociedad tanto como en la economía; en las instituciones de servicios públicos tanto como en los negocios. Precisamente porque la innovación y el empresariado innovador no son «raíz y tallo» sino «un paso por vez», un producto aquí, una norma allá, un servicio público más allá, porque no son planificados sino enfocados en esa oportunidad y en aquella necesidad; porque se hacen como pruebas y desaparecerán si no producen los resultados esperados y necesarios; porque, en otras palabras, son pragmáticos más que dogmáticos, y modestos en lugar de grandiosos."

P. F. Drucker (1986). *La innovación y el empresario innovador. La práctica y los principios* (pàg. 291-305). Barcelona: Edhasa.

⁶La paraula *tristezas* es posa entre cometes en al·lusió al vers de Goethe citat per Drucker al principi de l'epíleg, que diu així: "El raonable es converteix en absurd, les alegries en tristeses".

La innovació és una manera d'"observar", d'"estudiar", d'"analitzar", de "diagnosticar". Una manera de "proposar i desenvolupar fórmules diferents i atrevides", però que resulten útils. Per a alguns poden semblar arriscades, però la innovació és, certament, assumir certs riscos. La innovació és tot el contrari que l'autocomplaença i el conservadorisme, assumint que ens podem sentir satisfets amb el treball realitzat i que hem de poder defensar un estil particular d'atenció que es continua demostrant com a vàlid.

Hem de ser conscients de la temporalitat dels programes, de les fórmules i de les estadístiques. Aquesta temporalitat ens porta com a professionals a proposar, a prevenir, a innovar i a aconseguir accions útils per a la ciutadania.

La innovació en el treball social sanitari ens submergeix en l'aspecte desconcertant de la vida de les persones, però també de les institucions en les quals ens trobem i exercim. El treball social sanitari penetra en la vida mateixa de les persones per una porta particular, la de la malaltia, més o menys greu, que necessita un tractament mèdic i atencions d'infermeria. Per tant, seguint el nostre principi d'autodeterminació de la persona, ens nodrim de com s'enfronten les persones a la seva realitat i com intervenim perquè aquesta, la seva realitat, sigui un fet.

Això ens permet plantejar procediments innovadors, experimentar-los per mitjà de proves pilot i divulgar-los quan els seus resultats comporten avenços clars en la intervenció i la prestació d'ajuda.

9. La premsa i els mitjans de comunicació

"Sin rodeos: las clases dirigentes españolas están entre las que peor comunican de Europa. Empresarios políticos, banqueros e incluso profesores tienen dificultades evidentes para hacer llegar su mensaje con claridad. Con un agravante peligroso: encima no lo saben y algunos hasta creen lo contrario. [...] hablar mucho o peor aún, hablar demasiado, puede diluir el mensaje, disminuir la relevancia de lo esencial y a transmitir."

M. Campo Vidal (2008). *¿Por qué los españoles comunicamos tan mal?*. Barcelona: Plaza & Janés

Amb aquestes paraules, amb aquest títol que el mateix autor reconeix com a provocador, Campo Vidal posa el dit a la nafra d'una de les dimensions del treball social sanitari: la comunicació, la participació de resultats, l'aportació de gràfiques que acompanyin els arguments que es van creant amb el pas del temps. La mala comunicació, o insuficient, és un dels *handicaps* dels treballadors socials sanitaris que, en molts casos, donen respostes que no contesten la pregunta i només l'envolten. I la falta de valors quantitius i representatius, juntament amb l'exces de retòrica, sovint deixa les propostes en un calaix de sastre.

No obstant això, es tracta d'un àmbit clau en què els treballadors socials sanitaris tenim –i hem de buscar– grans aliats. No obstant això, no podem obviar els riscos als quals ens exposem si no delimitem el missatge i preservem l'espectacularitat. En aquest breu espai ens centrarem en els beneficis que pot comportar crear aliances amb els principals mitjans locals i també amb els de difusió més àmplia com els regionals o estatals. El camp en què es desenvolupa el treball social sanitari no és un fòrum teatral, ni busca el passatemps. Però la competència actual entre els mitjans per a oferir primícies i fer pujar l'audiència està portant, en alguns casos, al fet que alguns d'aquests mitjans es nodreixin de persones amb problemes. Sovint, aquestes mateixes persones són les que airegen els seus problemes sense cap tipus de pudor i, alhora, n'obtenen un ingrés extra i, el que és més preocupant, una resposta ràpida per part de les administracions responsables que, per a evitar l'escàndol mediàtic, satisfan sense miraments les demandes. On és el punt neutre? Falta molt debat sobre aquest tema, per la qual cosa seria una frivolidat pretendre establir des d'aquí "el que ha de ser". La llibertat d'expressió és un dels drets fonamentals de totes les persones.

Però, dit això, els professionals del periodisme gairebé sempre responen que ells només són intermediaris entre el fet, la notícia i la transmissió d'aquesta. No creen la notícia, la recullen, l'expliquen i ni tan sols la prejudgen.

Juan Ramón Muñoz-Torres parla de "termes afortunats en el llenguatge col·loquial" i posa com a exemple: *informació*, *interès*, *cultura*, termes que per l'ús freqüent que se'n fa es van desdibuixant del significat que tenen.

"Es sabido que el conocimiento científico y su transmisión exige un uso del lenguaje lo más riguroso, unívoco e intersubjetivo que sea posible. No basta con tener una noción más o menos intuitiva de las palabras que se usan, sino que es preciso restringir al máximo su significado, procurando desterrar su ambigüedad adquirida, con el fin de intentar conseguir la imprescindible homología."

J. R. Muñoz-Torres (2002). *Por qué interesan las noticias* (pàg. 31). Barcelona: Herder.

En la nostra col·laboració amb els mitjans, i sempre que sigui possible, hem de buscar el suport de professionals del periodisme que siguin rigorosos i no oportunistes de la desgràcia o les dificultats socials. Els mitjans poden ser una via de denúncia, ja que per mitjà d'aquests s'arriba a moltes persones alhora. Però, sens dubte, cal calibrar els termes en què s'emet el missatge no respecte a la censura sinó a la precisió del missatge que es vol donar. Alguns autors parlen de la responsabilitat didàctica.

"Por ello es necesario concienciar a los periodistas de su enorme responsabilidad didáctica. Han de procurar por todos los medios expresarse con corrección y en un lenguaje neutro que facilite la comprensión de los textos y el buen uso de la lengua."

M. Andrés Bonvín (2005). *Medios de comunicación, historia, lenguaje y características* (pàg. 28-30). Barcelona: Octaedro.

Un dels autors clàssics imprescindible en els cursos de periodisme és Marshall McLuhan, estudiós dels mitjans de comunicació i pare de dues expressions que s'han fet conegudes: "l'aldea global" i "el mitjà és el missatge". Pensem detingudament en l'expressió *mitjans de comunicació*.

"Es revelador el ejemplo de la luz eléctrica. La luz eléctrica es información pura. Es un medio sin mensaje, por decirlo así, a menos que se emplee para difundir un anuncio verbal o un nombre. Este hecho, característico de todos los medios, implica que el «contenido» de todo medio es otro medio. El contenido de la escritura es el discurso, del mismo modo que el de la imprenta es la palabra escrita, y la imprenta lo es del telégrafo. Si alguien preguntara ¿cuál es el contenido del discurso? Habría que contestarle que es un verdadero proceso de pensamiento que, en sí, es no verbal. Un cuadro abstracto representa una manifestación directa de procesos del pensamiento creativo tal y como podrían aparecer en un diseño por ordenador. No obstante, lo que estamos considerando aquí son las consecuencias mentales de los diseños o esquemas en cuanto amplifiquen o aceleren los procesos existentes. Porque el mensaje de cualquier medio o tecnología es el cambio de escala, ritmo o patrones que introducen en los asuntos humanos."

M. McLuhan (2009). *Comprender los medios de comunicación* (pàg. 31-32). Barcelona: Paidós.

El text anterior és important perquè introdueix l'efecte de les tecnologies en la vida humana i els seus nous patrons de comportament. Hem passat d'utilitzar uns mitjans que mantenien un cert equilibri respecte al desenvolupament dels esdeveniments a aplicar tecnologies que acceleren una part del procés comunicatiu, però la part restant del qual, l'acció, segueix el ritme humà de sempre. Els diagnòstics mèdics es poden conèixer abans, però la "digestió" d'aquests per part de les persones continua requerint un cert temps, uns processos psicològics que no atenen a tecnologies sense sentiments ni emocions. Per tant, tenim tot un món per davant, i sens dubte cal explorar-lo àmpliament abans de començar a explotar-lo.

Bibliografia

Les organitzacions sanitàries del futur

Catalunya Empresarial (1995, juny). *Informe*.

Comissió de debats de valors Catalunya demà (2000). *Informe*.

Comitè Permanent d'Hospitals de la Unió Europea (1998, juliol). *Recomanacions*. Coimbra.

Fundación Alternativas (2008, octubre). *Sistema Nacional de Salud 2008: Nueva etapa, nuevos retos*. Madrid.

Hesselbein, F.; Goldsmith, M.; Beckhard, R. (2006). *La organización del futuro*. Barcelona: Deusto.

Jovell, A. J. (2001, març). *El futuro de la profesión médica*. Barcelona: Fundació Biblioteca Joseph Laporte / FUNDSIS.

Jovell A. J. (2007). *Liderazgo afectivo*. Barcelona: Alienta Editorial.

Manchén, F. (2009). *La creatividad y las nuevas tecnologías en las organizaciones modernas*. Madrid: Díaz de Santos.

Moore, G. B.; Rey D. A.; Rollins, J. D. (1996). *La Sanidad en el Tercer Milenio*. Andersen Consulting.

Prahalad, C. K.; Krishnan, M. S. (2008). *The new age of innovation*. Madrid: McGraw-Hill.

The Drucker Foundation (2007). Barcelona: Deusto.

Villalobos, J. (2007). "El futuro de las Organizaciones sanitarias". A: J. Villalobos (ed.). *Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.

El trabajo social sanitario del futuro

Andrés Bonvín, M. (2005). *Medios de comunicación, historia, lenguaje y características* (págs. 28-30). Barcelona. Octaedro.

Drucker, P. F. (1986). *La innovación y el empresario innovador. La práctica y los principios* (pàg. 291-305). Barcelona: Edhasa.

Druker, P. F. (1993). *La sociedad poscapitalista* (pàg. 90). Barcelona: Apóstrofe.

Gardner, H. (2008). *Las cinco mentes del futuro*. Barcelona: Paidós.

Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social case work* (pàg. 130-131). Nova York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Mcluhan, M. (2009). *Comprender los medios de comunicación* (pàg. 31-32). Barcelona: Paidós.

Muñoz-Torres, J. R. (2002). *Por qué interesan las noticias* (pàg. 31). Barcelona: Herder.

Rehr, H. (1979). *Professional Accountability for Social Work Practice*. Nova York: Prodist.

Walton, M. (1990). *The Deming management method G.P. Putnam's*. Nova York: Sonidos.

