
Cartera de serveis i catàleg de prestacions del Sistema Nacional de Salut

PID_00258795

Dolors Colom Masfret

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 hores



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Completa la seva formació en l'àmbit del treball social sanitari i en els serveis d'atenció al client amb estades, primer, al Bellevue Hospital Center of New York University, a Nova York, i posteriorment, al Departament de Serveis Socials i al Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. Investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i sociosanitaris, i també en establiments residencials i serveis d'atenció a domicili, a més d'escriptora i sòcia fundadora de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials. Directora i editora de la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*.

Índex

Introducció.....	5
1. Evolució de la normativa referida a la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut al llarg dels últims anys.....	9
2. El catàleg de prestacions i la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut: la inserció del treball social sanitari.....	12
3. Les transferències sanitàries a les comunitats autònomes.....	15
4. Aportacions del treball social sanitari a les prestacions del Sistema Nacional de Salut.....	16
4.1. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació de salut pública	16
4.2. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'atenció primària	18
4.2.1. La intervenció social sanitària en l'atenció primària de salut	18
4.2.2. Línies que s'han de desenvolupar des de l'atenció primària sanitària. La documentació i els sistemes d'informació	19
4.2.3. Sistemàtica de relació-coordinació entre àmbits assistencials	19
4.2.4. Gestió directa de places i recursos de suport	20
4.2.5. El treball social sanitari preventiu en l'àrea de salut	20
4.2.6. El treball social sanitari en les malalties rares	21
4.2.7. El treball social sanitari en l'atenció a persones amb dependència	21
4.2.8. Pla de coordinació sistemàtica entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada	22
4.3. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'atenció especialitzada	23
4.3.1. Treball social sanitari en l'atenció especialitzada: definició	23
4.3.2. Què es pot esperar del treballador social sanitari en l'atenció especialitzada?	24
4.3.3. Unitat de treball social sanitari enfront d'unitat d'atenció al client	27
4.3.4. Intervenció social sanitària en atenció especialitzada ...	27

4.3.5.	Organització de la unitat de treball social sanitari en l'atenció especialitzada	30
4.3.6.	Àrees de l'atenció especialitzada i el treball social sanitari	31
4.3.7.	L'estada hospitalària i la intervenció social en les seves fases	33
4.3.8.	L'atenció especialitzada està canviant dins d'una societat canviant	34
4.4.	Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'atenció d'urgències	37
4.5.	Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació farmacèutica	39
4.6.	Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'ortopròtesi	40
4.7.	Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació dels productes dietètics	41
4.8.	Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació de transport sanitari	41
Resum		42
Bibliografia		43
Annex		45

Introducció

En aquest mòdul ens endinsarem en el gran esquema assistencial del sistema sanitari en el qual es defineixen els serveis i les prestacions, recollits al catàleg, i els procediments i les tècniques terapèutiques mitjançant els quals es presten, recollits a la cartera. També veurem els criteris d'actualització. Part del text es basa en el capítol publicat en el llibre de l'autora, esgotat des de fa anys, *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. La teoría y la práctica*.

Nota

Per a evitar carregar el text amb masculins i femenins encadenats, i amb això dificultar la lectura fluida, s'usarà el masculí gramatical inclús tant per al gènere femení com per al masculí.

Són tres les lleis que regulen aquest nou escenari sorgit a partir de l'any 2002:

- La Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
- La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. S'hi troben definits el catàleg de prestacions i la cartera de serveis. Després de 2003 s'han desplegat les directives següents, les quals apareixen desenvolupades en el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.
- La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. Cinc anys més tard, el Reial decret 183/2008, de 8 de febrer, determinava i classificava les especialitats en ciències de la salut, i desenvolupava aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada.

És important fixar-se en la cronologia de l'aprovació d'aquestes lleis perquè fins a la promulgació de l'última, que és la que canvia substancialment la presència i la realitat del treball social sanitari, les anteriors simplement assenyalaven els nous condicionants i requisits en relació amb l'exercici i l'organització professional.

El treball social sanitari en el Sistema Nacional de Salut

Les referències al treball social sanitari són escasses, però aquest està subjecte a l'organització superior que marca el Sistema Nacional de Salut. Primer, però, considerarem dos plans.

1) El primer pla es refereix a l'organització i la normativa, que són de naturalesa temporal perquè totes dues estan subjectes a les dinàmiques socials. Les normatives canvien, les organitzacions es transformen, com assenyalava el professor Corbella:

“La Administración sanitaria va desarrollando poco a poco la estructura del Sistema Nacional de Salud rediseñada por la Ley 16/03, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad, y mediante el RD 1030/06, define su cartera de servicios y hace efectivo el derecho de los ciudadanos a la igualdad de prestaciones sanitarias, independientemente de su lugar de residencia [...]”.

Bibliografia

J. Corbella Duch (2012). *Manual de Derecho Sanitario* (pàg. 113-118). Barcelona: Atelier.

Certament el catàleg de prestacions i la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut es van actualitzant, però per a això s’han de donar uns condicionants que lluny de ser capritxosos, com es veurà, es recolzen en el mètode científic i els resultats terapèutics.

Bibliografia

Per saber més sobre el catàleg de prestacions i la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut i les seves modificacions podeu veure:

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (BOE núm. 128, de 29 maig 2003 [RCL 2003, 1412]). La darrera actualització d’aquesta Llei es va dur a terme el 28 de juny de 2017.

Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre (BOE núm. 222, de 16 setembre 2006 [pàg. 32650]).

2) El segon pla es refereix a les teories i coneixements del treball social sanitari que li donen entitat com a professió. L’evolució, l’estudi, el diagnòstic social sanitari i la recerca generen nous coneixements alhora que perfilen i matisen els genuïns. L’essència del coneixement és estable, el coneixement no canvia per la voluntat d’uns quants, sinó que evoluciona a través del temps que els professionals dediquen a l’estudi. Les disciplines que integren el treball social sanitari, els seus procediments i protocols, els seus mètodes, les seves funcions i estructures, dins de la seva evolució, ofereixen una estabilitat i unes garanties per a les persones ateses i les seves famílies. Una altra cosa és la manera com aquests coneixements s’inscriuen en una organització sanitària que està subjecta a les normatives vigents.

Les normatives afecten l’organització, no els coneixements que componen la disciplina; correspon als professionals aplicar correctament aquests coneixements. El mètode de treball social sanitari de cas, el *casework*, no varia tant si s’aplica en una organització com en una altra. L’organització, la normativa, conviuen amb la teoria aplicada. L’avaluació anual de la unitat de treball social sanitari anirà marcant ajustos organitzatius però els coneixements, la seva aplicació, no es poden veure afectats.

L’habilitat de cada professional per a establir aquesta diferència entre l’organització, la normativa i els coneixements és bàsica per a preservar les bones pràctiques.

La primera, l’organització, i la segona, la normativa, es veuran delimitades pels components administratius i normatius de cada època, però els últims, els coneixements, es mantindran fidels a si mateixos i als coneixements emergents. El mètode de treball social de cas, el *casework*, ha romàs inalterable en els seus objectius durant l’últim segle, com ara el mateix mètode científic. L’evolució

del coneixement, dels mètodes, de les tècniques, es dona a partir de nous estudis i evidències però mai pel mer canvi de les lleis polítiques o de les normes administratives.

L'eventualitat de les normes institucionals i la major estabilitat de les disciplines és, doncs, una realitat que cal considerar. El marc legal, les directives posteriors a la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, així ho posen en relleu. L'evolució de la societat, del sistema sanitari, la seva organització i jurisdicció són majoritàriament variables conjunturals. Així, establim la diferència entre les qüestions polítiques, les ordenances, l'organització administrativa i la columna vertebral del coneixement, de les disciplines.

1. Evolució de la normativa referida a la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut al llarg dels últims anys

Per il·lustrar aquesta eventualitat considerarem els moments clau, dins de la democràcia, referits indirectament i directament a la cartera de serveis i al catàleg de prestacions del Sistema Nacional de Salut.

El primer moment clau sense discussió va ser l'assenyalat: l'aprovació de la Llei general de sanitat 14/1986, de 25 d'abril. Una fita que va marcar un abans i un després per la universalització de l'assistència i la seva consideració de prestació de caràcter integral. La Llei general de sanitat inicia el desplegament amb les primeres transferències a comunitats autònomes, transferències que van acabar l'any 2000.

El segon moment important va ser l'aprovació del Reial decret 63/1995, de 20 de gener, publicat en el BOE núm. 35, de 10 de febrer de 1995 (pàg. 4538). Aquest desplegava l'Ordenació de prestacions¹ sanitàries del Sistema Nacional de Salut que llavors es van denominar *modalitats*. Segons reflecteix el text, eren les següents:

⁽¹⁾Les prestacions són les que el 2003 conformarien el catàleg de prestacions.

- Atenció primària.
- Atenció especialitzada.
- Prestacions farmacèutiques.
- Prestacions complementàries.
- Serveis d'informació i documentació sanitària.

El tercer moment clau per a les prestacions i per als professionals en general del Sistema Nacional de Salut va ser l'aprovació de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat, que en l'article 7.1 introdueix per primera vegada el terme de *catàleg de prestacions*, definit en els termes següents:

“El catàleg de prestacions del Sistema Nacional de Salut té per objecte garantir les condicions bàsiques i comunes per a una atenció integral, continuada i al nivell adequat d'atenció. Es consideren prestacions d'atenció sanitària del Sistema Nacional de Salut els serveis o el conjunt de serveis preventius, diagnòstics, terapèutics, rehabilitadors i de promoció i manteniment de la salut adreçats als ciutadans”. El catàleg recull les prestacions següents:

- Salut pública.
- Atenció primària.
- Atenció especialitzada.
- Atenció sociosanitària.
- Atenció d'urgències.
- Prestació farmacèutica.
- Prestació ortoprotètica.
- Productes dietètics.
- Transport sanitari.

Observació

El canvi experimentat pel que fa a l'anterior és important. Observem que ha desaparegut la modalitat denominada *serveis d'informació i documentació sanitària* que recull la Llei 41/2002, de 14 de novembre (RCL 2002, 2650), bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

“Les persones que rebin aquestes prestacions tenen dret a la informació i documentació sanitària i assistencial”.

En aquest nou catàleg s'afegien ja les prestacions següents:

- Salut pública.
- Atenció sociosanitària.
- Atenció d'urgències.
- Prestació ortoprotètica.
- Productes dietètics.
- Transport sanitari.

Nota

Les tres últimes estan recollides en l'anterior Reial decret 63/1995 de l'ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut, en l'apartat “Prestacions complementàries”.

La Llei de cohesió i qualitat, a banda del catàleg de prestacions esmentat, en l'article 8 introdueix la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut com segueix:

“Les prestacions sanitàries del catàleg es fan efectives mitjançant la cartera de serveis acordada al si del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, de conformitat amb el que disposa la secció 2a d'aquest capítol”.

El punt important és la definició de la cartera de serveis en els termes següents:

“La cartera de serveis és el conjunt de tècniques, tecnologies o procediments, entenent com a tals cada un dels mètodes, activitats i recursos basats en el coneixement i l'experimentació científica, mitjançant els quals es fan efectives les prestacions sanitàries [...] En l'elaboració de les carteres de serveis es té en compte l'eficàcia, eficiència, efectivitat, seguretat i utilitat terapèutiques, així com els avantatges i les alternatives assistencials, la cura de grups menys protegits o de risc i les necessitats socials, i el seu impacte econòmic i organitzatiu”.

En què hem de posar l'atenció per no confondre el catàleg amb la cartera?

El catàleg recull les prestacions. Però, com es presten? La resposta és mitjançant procediments i tècniques, tots validats i amb beneficis terapèutics provats i validats. Aquests procediments i tècniques són els que s'han d'anotar en la cartera de serveis. Insistim en la importància de veure la diferència entre el catàleg i la cartera per a poder elaborar correctament el catàleg de prestacions i la cartera de serveis de la unitat de treball social sanitari.

Respecte a la inclusió de nous procediments i tècniques, l'article 20 de la Llei de cohesió diu:

“En qualsevol cas, no s’hi inclouen les tècniques, les tecnologies i els procediments la contribució eficaç dels quals a la prevenció, diagnòstic, tractament, rehabilitació i curació de les malalties, conservació o millora de l’esperança de vida, autonomia i eliminació o disminució del dolor i el patiment no estigui prou provada”.

En aquesta última frase, “No estigui prou provada”, hi basem la hipòtesi següent:

“La falta de recerques sobre els beneficis terapèutics de les intervencions fetes des del treball social sanitari són el primer handicap per al seu desenvolupament i reconeixement dins del Sistema Nacional de Salut”.

L’escassetat de recerques sobre els beneficis directes (resolució intel·ligent de conflictes immediats) i indirectes (quan s’evita un problema avui se n’eviten molts més en un futur) per a la persona, la seva família i el seu entorn és el primer gran límit de la professió i el primer gran salt a fer. La falta d’estudis que relacionin la intervenció dels treballadors socials sanitaris amb l’optimització de sistema sanitari ha permès, en gran manera, ignorar-ne la presència i no valorar-los com a agents clau en el principi de cost-eficàcia.

Avançant en els moments clau, el quart es va donar el 16 de setembre de 2006, amb la publicació en el BOE 16212 del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, que estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a actualitzar-lo.

Quan parlem de cartera de serveis, recordem que estem parlant de procediments i tècniques, i que no la podem confondre amb el catàleg de prestacions. Parem esment a una nova prova d’aquesta eventualitat de les normatives, ja que en aquest reial decret ja no s’esmenta l’atenció sociosanitària de la cartera de serveis tal com apareixia en l’anterior, si bé es manté com a prestació del catàleg. Això indica que estem parlant de serveis, però, entenem llavors que l’atenció sociosanitària manca de procediments i tècniques? Potser els seus procediments i tècniques s’han sanitaritzat i ja no mereixen diferenciació “socio-sanitària”? Té en això alguna influència l’aprovació de la Llei de promoció de l’autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència?

2. El catàleg de prestacions i la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut: la inserció del treball social sanitari

Desenvoluparem la intervenció del treball social sanitari a partir del catàleg de prestacions i la cartera de serveis actual del Sistema Nacional de Salut, textos que marquen les bases de les intervencions professionals i de les responsabilitats de les organitzacions sanitàries. Fins no fa gaire era comú presentar la disciplina desconnectada de l'establiment o organització sanitària, i per això abordarem la presència de la unitat de treball social sanitari partint del sistema sanitari tal com està conformat avui d'acord amb el catàleg de prestacions i la cartera de serveis. Aquesta perspectiva permetrà proposar la presència efectiva i eficaç del treball social sanitari en els diferents establiments considerant l'estructura que sosté les prestacions sanitàries, les quals advoquen per l'atenció integral.

Quan al final dels anys setanta es van començar a generalitzar les unitats de treball social sanitari, les responsabilitats assumides per cadascun, gairebé mai assignades des de la gerència, eren ambigües. Això va conduir a l'inevitable: es van crear les unitats de treball social sanitari típiques i sense un encàrrec específic.

Els resultats van ser variats.

- Uns es van orientar a fer tasques burocràtiques i administratives: tramitaven ajudes econòmiques i pensions de viduïtat, gestionaven trasllats en ambulància d'un centre a un altre, s'ocupaven d'avisar els malalts que s'havien d'ingressar, tramitaven els papers dels malalts amb diàlisi per a traslladar-los amb taxi, feien tramitacions d'ortopèdia, etc.
- Altres van apostar per una pràctica d'atenció interdisciplinària: establien acords mínims amb els professionals sanitaris de determinades àrees, gairebé sempre amb els que mantenien més relació. Amb això, malgrat apropar-se més a les funcions del treball social sanitari (cal recordar que aquestes funcions són les mateixes que les dels altres professionals i que el que canvia són les activitats relacionades amb cadascuna d'aquestes funcions), de nou es produïa un biaix en la intervenció que no tenia ni una justificació ni una planificació prèvia.
- Alguns van esperar que la resta del personal els truqués a la porta: cada sanitari, segons la seva idea, els demanava intervenir o els enviava malalts i famílies que els preocupaven o els havien fet perdre la paciència. Deter-

minats casos, amb problemes socials o no, arribaven a la unitat de treball social sanitari i conformaven així un servei comodí.

- També es va idealitzar el treball social comunitari com l'únic camí viable i es va deixar de banda la intervenció individual. El principi i el final era la comunitat, cosa que desdibuixava l'individu.
- Altres es van integrar en un servei mèdic (salut mental, oncologia, rehabilitació) i en aquest cas podien treballar molt estretament amb els altres professionals d'aquestes àrees, però desatenent la resta d'àrees.
- Etc.

Només són exemples de com es van anar conformant les unitats de treball social sanitari quan no hi havia cap directriu.

Aquest paper en blanc inicial a l'hora de determinar funcions i jerarquies justifica, en part, l'heterogeneïtat actual. Avergonyeix a dia d'avui trobar grups de treballadors socials sanitaris que encara segueixen debatent sobre les funcions, quan el problema no està en les funcions sinó en les activitats que permeten complir aquestes funcions. El postgrau de Treball social sanitari va permetre iniciar una línia de treball, i aquest màster hi donarà seguiment i sobretot amplitud. Però encara avui es pot dir que no hi ha dues unitats de treball social sanitari idèntiques en l'organització. Per què no hi va haver un encàrrec funcional per part de les gerències? Perquè el desconeixien. L'arbitrarietat va ser el sòl comú en totes les direccions. I encara avui, continua. En la pràctica, cada treballador social sanitari pot modificar com li sembli la seva organització interna, ningú no li demanarà explicacions. Això és impensable en les altres divisions sanitàries, cada vegada més cenyides a uns procediments i protocols i a l'exigència de resultats vinculats a la qualitat.

Els establiments sanitaris, en diferent grau, s'han convertit en centres d'alta qualificació i competència professional, però també, especialment els hospitals, són mereixedors del qualificatiu de *recursos molt cars*. Funcionen les vint-i-quatre hores del dia, els tres-cents seixanta-cinc dies de l'any, i les instal·lacions, sempre d'alta tecnologia, estan disponibles a qualsevol hora per a qualsevol emergència. Això introdueix la necessitat de garantir-ne l'optimització, el seu ús s'ha de cenyir a l'estrictament necessari. La tecnologia mèdica al servei del client li evita sotmetre's a proves doloroses, li permet estar menys temps ingressat i, com a conseqüència, prevé els riscos secundaris (infeccions hospitalàries) derivats de qualsevol hospitalització. Al seu torn, l'atenció primària és més resolutiva i evita igualment a les persones les incomoditats de l'hospitalització. És un fet que l'hospital soluciona processos clínics cada vegada amb menys temps. El sistema sanitari en general, els seus establiments, són sobretot grans centres de saber, de regeneració del coneixement, tant en l'àmbit de la recerca com en el de la docència, i cada vegada més

Bibliografia

E. González; A. Navarro; M. A. Sánchez (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona: Ars Médica.

s'introdueix una altra disciplina: la gestió. Els centres sanitaris són organitzacions que ensenyen i aprenen, característica compartida alhora entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària.

Davant d'això, com es dibuixa la unitat de treball social sanitari en aquest nou ordre? De moment, sembla que l'aspecte social forma part d'una anella que envolta l'acte sanitari sense arribar a tocar-lo. Aquest fraccionament amb l'aspecte social, aquesta anàlisi parcial, aquest trossejament de la persona, no solament de la seva intervenció clínica, sinó també del conjunt de les intervencions, impedeix conèixer de debò l'eficàcia del sistema sanitari en termes de salut, no tant en termes sanitaris. Els resultats en termes de salut són parcials. Quants reingressos es donen per ruptures en l'assistència o per altes mal planificades? Quantes persones no segueixen el tractament prescrit? Quantes persones van recorrent els serveis, l'un darrere l'altre, més per problemes d'afecte que per problemes sanitaris? Quants errors es cometien als domicilis per falta d'informació sobre tractaments i dietes? Quantes persones tornen a casa seva sabent que necessiten suports insistents davant el col·lapse dels serveis públics i resulten inassumibles en el sector privat?

3. Les transferències sanitàries a les comunitats autònomes

Avui totes les autonomies de l'Estat tenen transferides les competències en sanitat. També ho estan altres àrees d'activitats públiques com els serveis socials, l'educació i la justícia, els tres àmbits amb els quals, a causa dels problemes de les persones malaltes, els treballadors socials sanitaris mantenen més relació. Però recordem-ho, el coneixement no canvia d'un lloc a un altre. La descentralització no consisteix a inventar els procediments ni els mètodes, és només un sistema administratiu que redueix les distàncies entre administradors i administrats. Com a recordatori, a continuació es detallen les transferències de sanitat recollides en ordre cronològic pels reials decrets següents:

- Catalunya: Reial decret 1517/1981, de 8 de juliol.
- Andalusia: Reial decret 400/1984, de 22 de febrer.
- País Basc: Reial decret 1536/1984, de 6 de novembre.
- València: Reial decret 1612/1987, de 27 de novembre.
- Navarra: Reial decret 1680/1990, de 28 de desembre.
- Galícia: Reial decret 1679/1990, de 28 de desembre.
- Canàries: Reial decret 446/1994, d'11 de març.
- Astúries: Reial decret 1471/2001, de 27 de desembre.
- Cantàbria: Reial decret 1472/2001, de 27 de desembre.
- La Rioja: Reial decret 1473/2001, de 27 de desembre.
- Múrcia: Reial decret 1474/2001, de 27 de desembre.
- Aragó: Reial decret 1475/2001, de 27 de desembre.
- Castella - la Manxa: Reial decret 1476/2001, de 27 de desembre.
- Extremadura: Reial decret 1477/2001, de 27 de desembre.
- Balears: Reial decret 1478/2001, de 27 de desembre.
- Madrid: Reial decret 1479/2001, de 27 de desembre.
- Castella i Lleó: Reial decret 1480/2001, de 27 de desembre.

4. Aportacions del treball social sanitari a les prestacions del Sistema Nacional de Salut

Els problemes socials de les persones malaltes van associats a un compendi d'esdeveniments de tot tipus que sedimenten, amb cautela, les bases del nou territori. Però hi ha un lloc comú: la presència de la malaltia. La confusió al·ludida entre el treball social sanitari i la prescripció de serveis socials, per als quals la capacitat econòmica és una condició, pot contribuir a associar la intervenció del treballador social sanitari professional a situacions d'insolvència econòmica. No obstant això, com s'ha argumentat al llarg de les pàgines precedents, això no és així. El treballador social sanitari ajuda en la gestió dels problemes socials, circumstàncies difícils del malalt, la seva família i el seu entorn, davant la malaltia i el que concerneix la seva esfera; en definitiva, elabora un diagnòstic social sanitari a partir del qual dissenya un pla d'intervenció. Part del treball social sanitari s'orienta a trobar la mida justa de la realitat que percep la persona i a ajudar-la a reajustar aquesta percepció, sempre subjectiva, de les evidències objectives.

El treball social sanitari es relaciona amb establiments i instàncies administratives de tres àmbits, que són els serveis sanitaris, els serveis socials municipals o autonòmics i els serveis sociosanitaris, i estableix línies de coordinació ens aquests.

4.1. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació de salut pública

“Conjunt d'iniciatives organitzades per les administracions públiques per a preservar, protegir i promoure la salut de la població. És una combinació de ciències, habilitats i activitats dirigides al manteniment i millora de la salut de totes les persones a través d'accions col·lectives o socials”.

La salut pública reuneix nombrosos especialistes de diferents disciplines: medicina preventiva, epidemiologia, demografia, estadística, enginyeria, biologia, veterinària, economia, farmàcia, antropologia, etc. El treball social sanitari en salut pública s'especialitzarà en l'estudi i la implementació de programes preventius. Com es pot comprovar en el text ministerial, la salut pública travessa tant l'atenció especialitzada com l'atenció primària. Així, el treball social sanitari en salut pública s'expressarà com segueix:

- Planificació d'accions preventives en l'àmbit educatiu sobre realitats mòrbides.

Per exemple: creació d'espais per a l'educació de la família i els infants per a prevenir l'obesitat infantil, l'atenció a persones dependents, la formació de cuidadors per a mobilitzar malalts que pesen molt, la promoció d'activitats conjuntes de suport psicosocial per al seguiment de determinades conductes, etc.

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 31-34). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pàgina web

Per ampliar aquesta informació podeu consultar el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

- Disseny d'estratègies per a difondre els programes de salut pública al màxim nombre de persones mitjançant la gestió de la col·laboració amb els mitjans de comunicació clàssics, la publicació d'articles científics que presenten recerques, la participació en debats tècnics, l'organització de setmanes monogràfiques a les escoles i centres de formació, la col·laboració amb guionistes de sèries televisives d'èxit per a difondre actituds sanes, la gestió d'accions intergeneracionals de transmissió de sabers, etc.
- Inclusió de la perspectiva del treball social sanitari en els continguts dels documents oficials estratègics resultant reforçant l'aspecte social en els programes generals de salut pública.
- Identificació de noves realitats sobre les quals és possible intervenir amb nous programes i serveis. Realitats deduïdes a partir dels elements descriptius del present i fruit de recerques específiques dins del treball social, en aquest cas no sols el sanitari.
- Altres que indiqui la mateixa evolució de la societat.

Des del treball social sanitari identifiquem grups de població amb hàbits, conductes, entorns ambientals i realitats circumstancials que els situen molt a prop del risc. La projecció d'intervencions preventives evita el progrés de la deterioració iniciada i restaura els teixits socials trencats. Per això, dins de l'àmbit de la salut pública s'ha de traslladar a les autoritats competents les observacions que resultin de les intervencions. Si cal proposarà recerques més àmplies multicèntriques i profundes per confirmar les hipòtesis suscitées, o atribuir-los la justa mesura. En salut pública, el treball des de només un prisma és ineficaç, si bé moltes vegades s'entra al problema des d'una porta particular. Les noves realitats socials de risc obren noves dimensions a la intervenció des del treball social sanitari en l'àmbit específic de la prevenció i l'educació en salut pública. En determinades prestacions el treball social sanitari ja està present, com és el cas de la salut laboral, però s'haurien d'ampliar les seves aportacions. La intervenció des del treball social sanitari en salut pública es basa en la demografia i actua, mai en solitari, sobre grups o àrees de risc detectades pels professionals de medicina preventiva i de l'epidemiologia. Els treballadors socials sanitaris d'altres àmbits són una font important d'informació i han d'advertir els titulars de salut pública de nous riscos detectats a partir d'analitzar-ne periòdicament l'activitat. Poden promoure els estudis corresponents. El treballador social sanitari en l'àmbit de la salut pública ha de fer extensible a altres treballadors socials sanitaris i d'altres àmbits els convenis de col·laboració nacionals o internacionals.

Si bé alguns dels exemples que segueixen són assumptes amb un gran pes sanitari, no es pot negar el gran pes social en la salut pública. Alguns exemples són els següents:

- La claudicació familiar.

Programes

Alguns d'aquests programes actuals són el Programa ambiental de les Nacions Unides, el Conveni d'Estocolm, el sistema REACH, etc.

- La pastilla de l'endemà o tractament d'emergència.
- La transmissió de malalties venèries.
- L'increment del consum de tòxics i alcohol entre els joves.
- L'increment del consum de substàncies estupefaents com la cocaïna.
- L'aïllament de les persones que cuiden persones dependents.
- L'obesitat infantil.
- Altres.

Aquests són només alguns exemples de l'aportació del treball social sanitari a la salut pública acceptant que aquesta té lloc en un àmbit superior que el dels centres i establiments. La seva intervenció sempre seria de caràcter preventiu, general. Moltes de les seves accions s'hauran de desenvolupar d'acord amb l'atenció primària o l'atenció especialitzada, però per una qüestió de visió els continguts podran ajustar-se més a la realitat.

4.2. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'atenció primària

"L'atenció primària és el nivell bàsic i inicial d'atenció, que garanteix la globalitat i continuïtat de l'atenció al llarg de tota la vida del pacient, actuant com a gestor i coordinador de casos i regulador de fluxos. Comprendrà activitats de promoció de la salut, educació sanitària, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, manteniment i recuperació de la salut, així com la rehabilitació física i el treball social".

El text referit a l'atenció primària esmenta el treball social sanitari com una cosa adjacent i no com una part integrada a tot el procés assistencial. És cert que, en el moment de la seva aprovació, el treball social sanitari mancava de titulació universitària i els seus professionals eren diplomats. Avui la realitat és una altra, com ho mostra que la UOC i la Societat Científica Espanyola de Treball Social Sanitari (SCETSS), creada el 2016, estiguin gestionant directament amb el Ministeri de Sanitat i el Congrés dels Diputats les modificacions corresponents per aconseguir l'actualització. L'atenció primària és l'àrea en què el treball social sanitari es pot expressar amb més impacte. El Dr. Cabot ja va preveure el treball social sanitari en els dispensaris del Massachusetts General Hospital. La seva aplicació gira entorn de dos eixos principals: la prevenció i l'assistència. Totes dues vinculades al seu torn a tres grans àrees pràctiques: la recerca, la formació i la docència.

4.2.1. La intervenció social sanitària en l'atenció primària de salut

El treballador social sanitari en l'atenció primària de salut intervé sobre la base de dos models:

- **Per demanda** de la persona o altres:
 - A demanda no programada de la persona, la família o els altres professionals.
 - A demanda programada, amb cita prèvia.

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 35-46). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pàgina web

Per ampliar la informació sobre atenció primària podeu consultar el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

- **Per programes.** La intervenció per programes és l'objectiu organitzatiu. Alguns ja s'apliquen, altres es recomanen:
 - Acolliment a l'immigrant.
 - Atenció a l'ancià fràgil.
 - Atenció a les persones dependents.
 - Atenció a la salut mental.
 - Atenció a les persones amb alcoholisme i altres toxicomanies.
 - Atenció al pacient terminal i pal·liatiu.
 - Atenció domiciliària.
 - Cuidar i cuidar-se.
 - Assetjament psicològic o *mobbing* i assetjament escolar o *bullying*.
 - Nen sa.
 - Programes de voluntariat.
 - Salut bucodental.
 - Salut a casa.
 - Violència de gènere.
 - Altres que la realitat demogràfica, social i sanitària justifiqui.

4.2.2. Línies que s'han de desenvolupar des de l'atenció primària sanitària. La documentació i els sistemes d'informació

La història clínica de la persona ha d'incloure l'apartat d'informació social que s'ha de completar des del treball social sanitari recollint en els aspectes socials quantitatius i qualitius de les persones ateses i les seves famílies, i dictaminar el diagnòstic social sanitari. No n'hi ha prou de saber amb qui conviu. Cal saber més coses: quina és la qualitat de la relació, com és la convivència, els suports formals i informals possibles, com es limiten les possibilitats d'atenció al domicili i el seu espai, quin és el grau de salubritat, quina és la utilització de serveis socials, quina n'és la cultura originària, els costums i creences, l'idioma, etc. Resulta difícil concebre una intervenció social sanitària adequada sense tenir en compte les característiques de la vida quotidiana dels malalts i les seves famílies. Sense aquest coneixement és impossible el respecte a la individualitat.

4.2.3. Sistemàtica de relació-coordinació entre àmbits assistencials

Cada vegada resulta més evident la necessitat de perllongar l'atenció sanitària i social de la persona hospitalitzada mitjançant l'atenció primària de salut. Totes dues unitats de treball social sanitari han esdevingut interlocutors naturals amb un potencial que beneficia sobretot la persona i el seu entorn. S'han de garantir uns circuits de col·laboració i coordinació entre ells, tant per a la detecció de les persones en risc com per a la mateixa atenció i seguiment. Determinades situacions de risc social i sanitari han de valorar-se amb periodicitat i en conjunt.

Des de l'atenció primària sanitària s'han d'establir, a més, circuits estables de relació amb els serveis socials de la zona per a garantir suports i seguiments en aquest àmbit.

4.2.4. Gestió directa de places i recursos de suport

Algunes necessitats de les persones es cobreixen amb suports de programes externs. Les fórmules actuals d'accés als serveis públics es gestionen des dels serveis socials. Aquest circuit, concebut al principi dels anys vuitanta, actualment i pensant en termes d'eficàcia, és obsolet. Les cues i llistes d'espera hi són i la burocràcia creixent des dels serveis socials no és un senyal que indiqui que això canviarà. La insatisfacció dels clients, de les seves famílies i dels mateixos professionals és palesa. Les organitzacions s'han aplanat però la burocràcia continua en la màxima verticalitat.

Pensant en l'aplicació de models proactius de gestió (*management*), basats en les persones (intervenció per programes), enfront dels reactius, que intervenen només a partir dels problemes, cal repensar fórmules diferents. Una d'aquestes fórmules, tot i que avui encara és una utopia, és la de permetre als treballadors socials sanitaris de l'atenció primària la gestió directa de places i recursos de caràcter sociosanitari i social assignades estratificadament i segons les necessitats de la població atesa al seu centre i als hospitals de la zona. Sens dubte, això canviaria radicalment l'organització de la unitat de treball social sanitari de l'atenció primària sanitària, que veuria com ha d'introduir sistemes d'evaluació psicosocial i indicadors de necessitat.

Si el gestor del cas social sanitari és el treballador social sanitari de l'atenció primària, en pro de l'eficàcia ha de pivotar l'atenció social i ha de disposar d'una xarxa amb places de diferents tipologies de suport i gestionar-la directament. Pensant en la sostenibilitat del sistema, però també en l'equitat de l'accés, cal escurçar el camí entre l'aparició de la necessitat d'ajuda i l'accés al recurs quan la persona està en el sistema sanitari però necessita ajudes sociosanitàries. L'actualitat impedeix continuar mantenint estructures de serveis i fórmules d'intervenció i assistència pensades per a altres realitats, altres estructures socials i altres institucions sanitàries i socials. La burocràcia és sens dubte enemiga del benestar social.

4.2.5. El treball social sanitari preventiu en l'àrea de salut

Els treballadors socials sanitaris d'atenció primària no intervenen només en la població malalta. També intervenen en l'àmbit de la prevenció i el foment de la salut mitjançant programes específics, aplicant les estratègies de risc, identificant les persones que necessiten atenció i dissenyant plans sobretot d'educació.

Per exemple: nens fills de firaires per al programa de vacunes, ancians que viuen sols per al programa d'atenció a l'ancià, programes educatius a les escoles (obesitat, anorèxia),

programes d'atenció a la dependència, elaboració de mapes socio-sanitaris de risc, treball amb voluntariat, programes per a prevenir la claudicació familiar, etc.

4.2.6. El treball social sanitari en les malalties rares

Les malalties rares, com el seu adjectiu indica, presenten una prevalença baixa. Representen una situació social sanitària complexa, amb conseqüències greus tant per als afectats com per als familiars. La prevalença se situa en cinc per cada deu mil habitants, i els diagnòstics són complexos i múltiples. Se sap poc sobre com aquestes malalties afecten les persones que les pateixen i les famílies. Convé conèixer el màxim de realitats per a poder-les sotmetre a estudi i establir uns protocols comuns. En l'optativa "Intervenció des del treball social sanitari en persones amb malalties de baixa prevalença" s'amplia la formació en aquest camp.

4.2.7. El treball social sanitari en l'atenció a persones amb dependència

La dependència és una realitat transversal en la qual l'atenció primària sanitària resulta fonamental. També l'atenció especialitzada. Totes les persones amb algun grau de dependència estan en contacte amb el centre de salut, i moltes protagonitzen diversos episodis d'ingrés hospitalari a l'any. Són molts els àmbits assistencials en què s'atenen persones amb algun grau de dependència, però és a casa, en centres de dia, en residències, on reben l'atenció bàsica. L'atenció primària sanitària com un espai holístic és la dimensió òptima per a atendre-les a elles i la xarxa familiar. Cal oferir estabilitat i acompanyament a la persona i els seus cuidadors en els moments de màxima vulnerabilitat. Els grups de població als quals es dirigeix el treballador social d'atenció primària sanitària en el camp de la dependència són:

a) Persones amb dependència o risc de patir-la:

- Ancià fràgil.
- Persona semidependent.
- Persona amb alta dependència.

b) Persones cuidadores:

- Cuidadors d'ancians.
- Cuidadors de persones amb semidependències.
- Cuidadors de persones amb alta dependència.
- Cuidadors de malalts terminals.

Bibliografia

M. Sánchez (2006). "Trabajo social y enfermedades raras". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 6, núm. 1, pàg. 32-40).

Bibliografia

J. Rodríguez; M. A. Rocabayena (2005). "Intervención social en las dependencias: experiencia de trabajo social en el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 72, pàg. 37-63, monogràfic: La protección social a la dependencia). Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

4.2.8. Pla de coordinació sistemàtica entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada

Al llarg del text s'ha assenyalat l'aliança natural entre tots dos àmbits, però l'organització de la pràctica encara no hi dóna suport i continuen essent, tret d'algunes excepcions, dos medis impermeables l'un amb l'altre. La coordinació o almenys la derivació, bastant òbvia, en el pla teòric, és extremadament complicada en el pla de l'assistència allà on es produeixen els moviments reals dels professionals i de les persones. El primer pas és unificar els sistemes d'informació entre tots dos àmbits i compartir la documentació que es genera en cadascun i en cada cas; en l'era digital, això, tècnicament, és més que possible. La centralització de la informació i l'accés fàcil des d'un àmbit o un altre afavoriria la persona reduint la complexitat de la gestió del cas social sanitari en la part personal i dels processos i serveis prestats des del treball social sanitari.

Els programes esmentats més amunt s'inscriuen en la prevenció, la promoció de la salut, l'atenció familiar i l'atenció comunitària, tots atesos en l'atenció primària sanitària, encara que no en exclusiva. Però el treballador social sanitari, sobre la base de l'estudi de les seves històries socials, amb anàlisis socio-demogràfiques i socioeconòmiques, ha d'estar en disposició de proposar nous programes específics. La seva observació és inesgotable, ja que es relaciona amb la dinàmica social. La coordinació requereix mitjans. Prenen vida les paraules de Mary E. Richmond referides a la falta de mitjans per a dur a terme el treball diari i la pèrdua consegüent de competència. Això justifica que la història de treball social sanitari s'integri a la història clínica. L'atenció primària sanitària vertebrava els diferents recursos d'una àrea geogràfica. Acorda els objectius i les pautes d'atenció comunes amb cadascun dels equips, tant propis com de l'atenció especialitzada. La coordinació entre treballadors socials sanitaris de la primària i l'especialitzada és una exigència davant el següent:

- Les persones amb reingressos hospitalaris injustificats o freqüents que fan sospitar la falta de suport social.
- Les persones amb el risc psicosocial inherent als tractaments llargs i continuats: desmotivació, incompliment o error en l'administració dels medicaments. Determinats casos socials requereixen un seguiment i supervisió dels hàbits domèstics.
- Les persones sotmeses a rehabilitació de llarga durada o indefinida gestionant l'acceptació de la pèrdua per la seva banda i, alhora, donant suport a la seva xarxa social per a facilitar, si és possible, la permanència al domicili i, si cal, gestionant suports.
- Ajuda en l'elaboració de dols.

Bibliografia

L. Salvador; M. Melgarejo (2002). *Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI*. Barcelona: Ars Médica.

- La síndrome d'esgotament professional o *burnout* de la cuidadora (se sap que preferentment són dones) és un altre desajust sobre el qual cal intervenir de manera coordinada entenent que la persona malalta amb una cuidadora que requereix suport va de l'atenció primària a l'especialitzada i viceversa.
- L'avaluació conjunta de l'eficàcia i eficiència dels programes que comparteixen i els processos socials (tipologies de suport) que també integren els dos serveis.

El debat sobre la coordinació s'hauria de traslladar a l'estudi del que està ocorrent i què cal canviar per a fer-la possible.

4.3. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'atenció especialitzada

"L'atenció especialitzada comprèn les activitats assistencials, diagnòstiques, terapèutiques i de rehabilitació i cures, així com aquelles de promoció de la salut, educació sanitària i prevenció de la malaltia, la naturalesa de la qual aconsella que es realitzin en aquest nivell. L'atenció especialitzada garantirà la continuïtat de l'atenció integral al pacient, una vegada superades les possibilitats de l'atenció primària i fins que aquell pugui reintegrar-se en aquest nivell".

L'atenció especialitzada comparteix molts procediments i protocols, els serveis que indica el diagnòstic social sanitari, amb l'atenció primària. La seva aliança és natural, ja que totes dues, l'atenció primària i l'atenció especialitzada, es retroalimenten. S'acudeix a l'atenció especialitzada quan s'agudita un procés clínic no tractable en l'atenció primària, o una emergència o accident. També per a dur a terme proves que requereixen una preparació especial. Com es posa en relleu en la taula adjunta, l'esquema de la cartera de serveis de l'atenció especialitzada coincideix en gran part amb el de l'atenció primària. La seqüència i continuïtat assistencial entre tots dos àmbits queden paleses i justifiquen el fet de compartir instruments i compatibilitzar-los per a desenvolupar els programes de tal manera que tots dos sistemes es complementin en l'acció i l'avaluació.

4.3.1. Treball social sanitari en l'atenció especialitzada: definició

Conjunt de tècniques i disciplines² aplicades pel treballador social sanitari de l'hospital amb les quals recull informació, estudia, interpreta, construeix el diagnòstic social sanitari, pauta el pla d'intervenció, i tracta i gestiona els problemes socials de les persones ateses en qualsevol de les seves àrees. El treball social sanitari a l'hospital l'efectua en exclusiva el treballador social sanitari, que per a intervenir es basa en multitud de variables de caràcter biopsicosocial de la persona i el seu entorn:

- **Qualitatius:** actitud de la persona davant de la malaltia que pateix i de les seves seqüeles en cas que es prevegin, suport real de la família, símptomes d'ansietat, grau de nerviosisme, mostres d'agressivitat, actitud passiva de la

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 47-59). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pàgina web

Per a ampliar la informació sobre atenció especialitzada podeu consultar el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

⁽²⁾Segons la RAE, la disciplina és la instrucció del professional.

persona i/o família, maneres d'expressar el problema, negació de les proves evidents, disponibilitat real de l'entorn, predisposició a la nova realitat, etc.

- **Quantitatives-descriptives, indicadors:** reingressos anteriors, periodicitat, malalties cròniques, persones amb les quals conviu, diagnòstic mèdic, pronòstic mèdic, necessitats d'ajuda posterior, etc.

El treballador social sanitari a l'hospital detecta i analitza, considera les variables que incideixen en el benestar de la persona i la família durant el temps d'atenció a l'establiment i després ja al domicili. Intervé, especialment, sobre les dificultats socials sobrevingudes, o augmentades, arran d'una malaltia aguda impossible d'atendre en l'atenció primària, si bé aquesta passa a ser una peça clau per a assegurar la continuïtat assistencial. A més, considera la gravetat de la malaltia i el suport social necessari al domicili, el qual compara amb les possibilitats disponibles dins del nucli familiar, la possibilitat de rebre'l i la necessitat d'intervencions d'altres professionals. Estudia les xarxes socials més properes a la persona i hi treballa per evitar-ne la ruptura per claudicació. Això implica prevenir i establir un pla de treball orientat a evitar la pèrdua de la qualitat de vida, de discriminació o marginació social per causa de la malaltia. Un dels objectius del treballador social sanitari és la despressurització de la perspectiva i mantenir la mesura.

El treballador social sanitari en la seva funció de recerca i promoció de recursos, per mitjà dels òrgans directius de l'hospital, aporta als responsables locals de planificació informació útil per a establir prioritats i cobrir les necessitats sorgides en l'ingrés, identificant els serveis més necessaris dins de l'àrea sanitària. Cada unitat de treball social sanitari a l'hospital ha de disposar de la informació dels casos socials que segueixen tractament al centre de salut després de produir-se l'alta i establir vies comunes de treball.

4.3.2. Què es pot esperar del treballador social sanitari en l'atenció especialitzada?

En la tasca diària dins de l'atenció especialitzada, com s'ha esmentat, el treballador social sanitari aplica pautes de la gestió, entenent que la seva és una gestió superior i refinada que combina coneixements, estructures, serveis i vivències. En la malaltia, l'ingrés en l'atenció especialitzada sol afectar altres àrees no sanitàries però que hi incideixen. El treballador social sanitari de l'hospital gestiona coneixements i pràctiques professionals el centre de gravetat dels quals pivota tant dins de l'hospital, especialment durant l'ingrés, com en l'acompanyament del retorn a casa i derivació a l'atenció primària sanitària.

Per la naturalesa multidimensional de la seva intervenció, és el gestor de casos socials sanitaris per excel·lència. Pel que s'ha dit, la vida de les persones també té lloc més enllà del sistema sanitari. Dins del seu entorn social i quotidià, l'estrictament sanitari n'és només una part. Per a desenvolupar-se dins d'unes

qualitats òptimes i útils, l'atenció sanitària sempre necessita una xarxa social estable de la persona, pròpia com la família o, externa, dels serveis socials (públics o privats) o entitats de caràcter voluntari. El treballador social sanitari en l'atenció especialitzada es troba moltes vegades amb les xarxes socials trencades o a punt de trencar-se. La malaltia aguda, l'ingrés, produeix esquinçaments en l'àmbit social i és necessari trenar de nou aquesta malla de suport i contenció imprescindible per a seqüenciar la intervenció sanitària ja al domicili. Per a mantenir els èxits assolits per l'atenció a l'hospital, es requereix una xarxa de suport social solvent i segura al domicili. Els problemes socials sanitaris mentre la persona està ingressada (canvi de dinàmiques familiars, reorganització d'horaris, ajust de tasques diàries, trobades amb el metge responsable, absentisme laboral, etc.) són diferents quan la persona és a casa (temps de companyia, control de la dieta, higiene diària, mobilització, conversa, etc.). Així, en reunir l'atenció rebuda a l'hospital amb l'atenció que han de prestar altres professionals o la mateixa família al domicili, el treballador social sanitari es converteix en la columna vertebral del procés assistencial social i sanitari.

La centralització de l'assistència en aquest professional obeeix al seu coneixement holístic del cas social sanitari, el qual excedeix l'atenció sanitària. En el *case management* el treballador social sanitari de l'hospital integra els aspectes organitzatius de les prestacions sanitàries a l'esfera social.

Se subratllen els aspectes organitzatius de la prestació sanitària diferenciant-los de la prestació en si mateixa, la qual correspon íntegrament als professionals sanitaris.

A tall d'exemple, el treballador social de l'hospital, si cal, assegura l'assistència de la persona al centre de salut després de l'alta, li busca companyia per a quan el personal sanitari acudeixi al domicili, preveu l'absentisme en la primera cita mèdica després de l'alta, garanteix la presència dels parents o una treballadora familiar per a assegurar el compliment terapèutic, busca el suport necessari per a no trencar la cadena assistencial sanitària, organitza els suports per mantenir la llar en les millors condicions higièniques, facilita el manteniment dels vincles relacionals entre els membres de la seva xarxa social, gestiona activitats com la compra, la neteja, l'ordre del rebost, etc.

Sense tota aquesta coordinació dels diferents nuclis de suport, que es podrien anomenar **unitats de cura**, el sistema sanitari perd la persona, no hi pot accedir. Per què? Perquè no s'ha treballat la xarxa social. Els escenaris possibles són nombrosos, els més habituals són els següents:

Ningú no obre la porta de casa. La persona sola no acudeix a les cites, no segueix el tractament prescrit, no accepta el seguiment del tractament, no segueix la dieta, etc.

Tot això pot afavorir el seu reingrés per urgències en un estat deplorable. Llavors sí, ja dins de l'hospital, tota la maquinària sanitària activa de nou l'atenció. És probable que els aspectes socials subjacents a la base de reingressos d'aquest tipus continuïn sense tractar-se o només es tractin de manera immediata, no en el mitjà termini.

La infermeria és la gestora de les cures sanitàries per excel·lència, però abans s'han d'haver resolt els aspectes socials esmentats. El cas social sanitari inclou molts més aspectes que el cas sanitari. I no val jugar amb les paraules per a trobar arguments, més polítics que tècnics, a favor o en contra. Els arguments són els fets, les atencions resultants, el benestar de cada persona atesa. Sense una xarxa social el sanitari es perd en el camí. L'aspecte social abraça el sanitari i no a l'inrevés. Per això seria desitjable que el veritable gestor de casos, el qual en la pràctica integrés l'aspecte sanitari al social, fos el treballador social sanitari de l'atenció especialitzada primer i després el de l'atenció primària, per la seva capacitat de veure com totes dues dimensions s'influeixen. La parcialitat de l'aspecte sanitari és evident. Com ho pot ser l'aspecte social si no es treballa seguint les pautes de la teoria clàssica, això és, centrant l'esforç a implicar la persona i el seu nucli en la seva pròpia gestió. Una gran part dels treballadors socials sanitaris integra de manera habitual totes dues dimensions, la seva intervenció en aquest àmbit és la més completa i també la més complexa. Quan la gestió del cas social sanitari no estigui en mans del treballador social sanitari, com passa en algunes autonomies, serà per raons o interessos d'índole diferent de la cerca de l'eficàcia i el benestar social de la persona i de la seva família.

Per a tota persona ingressada en l'atenció especialitzada, l'alta és un pas inevitable. Sembla, doncs, obvi l'inici, al més aviat possible, de l'estudi social sanitari per a prevenir, al domicili, els possibles dèficits d'atenció i cura, i també la claudicació familiar. Per això es treballa sobre els aspectes positius de la persona malalta i de la família. Malgrat les dificultats de la realitat, sempre sorgeixen aspectes encoratjadors amb els quals es pot ajudar. El treballador social sanitari ha de trobar-los, promou i estimula la relació d'ajuda entre els membres del nucli de convivència, escolta, dóna suport, aconsella, ajuda a reorganitzar, orienta el client sobre com pot superar els temors d'un futur carregat d'inconvenients i alhora el guia i l'acompanya. La seva acció principal consisteix a guiar i oferir una perspectiva esperançadora però realista a l'immediat basant-se en les màximes certeses i no en elucubracions basades en desitjos. En aquesta arena no és possible entrar a mitges, es requereix formació i perícia en el camp social sanitari. El patiment, el desconsol, centraran l'atenció, però la vida familiar, la seva rutina, ha de continuar.

4.3.3. Unitat de treball social sanitari enfront d'unitat d'atenció al client

El debat interminable, en part basat en el desconeixement de les competències i finalitats de cada àmbit. Avui, gairebé tots els hospitals disposen en el seu catàleg de serveis de la unitat d'atenció al client, i en canvi és possible trobar-ne alguns sense unitat de treball social sanitari. Per a comprendre la diferència entre les dues unitats:

- La **unitat d'atenció al client**³ s'ocupa de les relacions dels malalts i les famílies amb l'establiment, el seu funcionament: informació en general, el silenci, la confortabilitat, la neteja, el tracte dels professionals, comoditat, circuits administratius, trànsit intern, etc.
- La **unitat de treball social sanitari** de l'hospital s'ocupa dels aspectes psicosocials del malalt, de la família respecte a la vivència de la malaltia i a les necessitats biopsicosocioculturals sorgides arran d'aquesta. Construeix ponts de suport entre l'hospital i el domicili habitual articulant ajudes, professionals i serveis.

⁽³⁾Aquestes unitats, des de la seva creació, han pres diferents noms: servei d'atenció a l'usuari (SAU), unitat d'atenció a l'usuari (UAU) i servei d'atenció al client (SAC).

4.3.4. Intervenció social sanitària en atenció especialitzada

Igual que en l'atenció primària, el treballador social sanitari de l'atenció especialitzada intervindrà sobre la base de dos models:

1) **Per demanda** de la persona o altres:

- A demanda no programada de la persona, la família o altres professionals de l'hospital
- A demanda programada, amb cita prèvia

2) **Per programes**. S'estableixen uns paràmetres que indiquen un estudi social sistemàtic. Es classifiquen en:

a) **Programes socials d'atenció sistemàtica**. Són l'assistència integral per excel·lència. És la gestió social mentre la persona estigui en tractament dins de l'establiment i es garanteix la continuïtat de suports quan ja sigui a casa seva. La gestió social és sistemàtica i paral·lela a l'atenció medicon sanitària. No es fragmenta la persona. Se n'estudien les circumstàncies a partir del procediment aplicat, aprofundint sobre els efectes psicosocials que la malaltia genera a ella i a la família, en qualsevol grau. En els casos socials diagnosticats, la visita del treballador social és diària de la mateixa manera que diàriament es produeix la visita mèdica i d'infermeria. Els programes socials d'atenció poden donar-se en qualsevol de les àrees següents:

- Consultes externes.

- Hospital de dia, mèdic i quirúrgic.
- Àrea d'ingrés.
- Àrea de cures pal·liatives.
- Àrea de salut mental.
- Àrea de rehabilitació.
- Altres.

En aquests programes, el treballador social sanitari forma part d'un equip medicosanitari estable. Això es tradueix en la desaparició de la demanda com a porta d'entrada a l'atenció social sanitària, ja que el contacte amb la persona i la família és diari des del primer dia. Es dona dins de l'observació que permet la proximitat i el seguiment de l'equilibri de les seves dinàmiques particulars.

Aquest tipus d'intervenció respon per definició a la filosofia del treball social sanitari en tota l'amplitud. A Espanya són moltes les limitacions que n'impeixen la implementació, la primera són els recursos humans.

No obstant això, en determinades especialitats mèdiques això és més possible, per exemple en rehabilitació, serveis de diàlisi, lesions medul·lars, estimulació precoç, oncologia, salut mental, etc.

b) Programes socials de detecció. Apliquen criteris de risc social sanitari validats. Identifiquen els problemes i dificultats de les persones ateses per a avançar-se a probables dèficits socials deguts a la malaltia. Cada probabilitat es basa en estudis previs dins de l'establiment que n'indiquen el pes real. Llavors, quan conflueixen diverses circumstàncies es fa l'estudi sistemàtic. Els programes, de suport psicosocial i intervenció, es basen en les circumstàncies presents i no necessiten una demanda específica. El que indica l'estudi social és la presència d'alguna característica. Com ja s'ha assenyalat, el treballador social sanitari guia la persona i la família, els facilita la seva pròpia continuïtat vital quan tornin a casa o passin a l'atenció primària. Això s'inscriu en l'apartat descrit pel ministeri com "El suport a l'atenció primària en l'alta hospitalària precoç i, si escau, l'hospitalització a domicili". L'atenció sistemàtica davant la presència de determinats criteris esmorteix les dificultats de la realitat perquè s'hi avança. El treballador social sanitari ha de definir els paràmetres indicatius per a procedir a l'estudi social preliminar i descartar o corroborar la presència d'adversitats que s'han de gestionar. Això no exclou la demanda.

Un matís: en els programes socials d'atenció, el treballador social sanitari, encara que treballi en equip, no està integrat en un de particular només, sinó en més d'un i, per tant, la seva intervenció està o pot estar subjecta a diversos grups d'indicadors de risc.

c) Programes socials preventius. Basats en la recerca dels dos tipus de programes anteriors i sobre els resultats obtinguts s'identifiquen els problemes derivats de les diferents malalties i de l'hospitalització en general. Es dissenya un programa d'accions preventives de desajustos de la persona i del seu entorn.

Estats Units

Un exemple va ser el dels hospitals dels Estats Units: el George Washington University (Washington) i el Mount Sinai Medical Center (Nova York).

El treballador social sanitari en atenció especialitzada basa la seva intervenció en un fet: el pas temporal de la persona per l'hospital. Un pas que, en més o menys mesura, sempre trenca dinàmiques individuals que cal tornar a suturar o restablir. Per això, el programa requerit és l'atenció sistemàtica de totes les persones malaltes, ja que el pas per l'hospital és temporal i cada vegada més reduït. Després caldrà establir diferents estrats d'atenció, ja que cada persona disposa dels seus propis recursos psíquics i socials. La seva acció es basa en la necessitat d'identificar al més aviat possible el risc per a prevenir el problema, iniciant de seguida les gestions per a solucionar-lo. Amb tota seguretat, la majoria de les unitats de treball social sanitari hauran de revisar el nombre de recursos humans de què disposen, i també la seva formació. L'aptitud i la bona actitud són crucials. El dèficit formatiu estableix límits que s'esmenen en part a partir de formació professional promoguda moltes vegades des del mateix establiment.

Alguns dels programes de la unitat de treball social sanitari, dins del **mètode de treball social de casos**, el *casework*, són:

- Programa de la planificació de l'alta a partir de característiques socials de risc social.
- Programes de planificació de l'alta a partir de la presència d'un diagnòstic mèdic.
- Programes de suport a la família dels malalts atesos en algun dels programes basats en diagnòstics mèdics específics i greus.
- Altres.

Alguns dels programes de la unitat de treball social sanitari, dins del **mètode de treball social de grup**, *group work*, són:

- Programes de suport a grups definits (persones dependents, persones amb malalties degeneratives, persones intervingudes de transplantament, persones que esperen ser intervingudes, etc.) i les famílies.
- Promoció d'associacions de malalts i familiars en l'àrea d'atenció geriàtrica i atenció a la salut mental, etc.
- Organització de voluntariat especialitzat en col·lectius afectats de determinats processos clínics que comporten una gran càrrega emocional: diàlisi, tuberculosi, toxicomanies, alcoholisme, lesions medul·lars, etc.
- Altres que la realitat sanitària i social susciti.

Observació

La formació acadèmica universitària a Espanya no instrueix, o ho fa sota mínims, els futurs treballadors socials sobre models d'intervenció sistemàtica des de treball social, en aquest cas no sols el sanitari. Aquesta observació es basa en l'experiència de molts seminaris impartits en què en plantejar la intervenció sistemàtica, aquesta es veu com una novetat.

Bibliografia

E. Pérez de Ayala (1999). *Trabajando con familias (teoría y práctica)*. Saragossa: Editorial Certeza.

Bibliografia

G. Rosenberg; S. Pinsky (1982). *Social work with groups in health settings*. Nova York: Prodist.

4.3.5. Organització de la unitat de treball social sanitari en l'atenció especialitzada

Prèviament cal la consciència de pertinença a una organització superior i plural, l'hospital, la funció principal i responsabilitat social del qual es recull en les seves memòries i pla estratègic, a més de en la legislació vigent. El primer punt és saber-se part d'un establiment amb una cultura pròpia. Com escriu Peter Drucker:

“Cada institución pluralista desarrolla una función específica y limitada. Esta limitación de su foco de actividad es su gran fortaleza. Cuando una organización intenta ir más allá de su objeto específico, inmediatamente pierde eficacia”.

L'activtat d'organitzar significa establir un ordre i assignar unes responsabilitats individuals per a la consecució d'una o diverses finalitats del servei. Exigeix una avaluació interactiva dels mètodes i els mitjans per a la millora constant dels resultats. Tota organització disposa de professionals formats en determinats coneixements i tècniques, amb compromisos i responsabilitats. Una unitat és un sistema obert, inserit en un altre sistema, estructurat sobre un conjunt de subsistemes o suborganitzacions interrelacionades, que constitueix l'esquema bàsic de funcionament i alhora la base evolutiva. L'organització de la unitat de treball social sanitari en l'atenció especialitzada integra factors interns i externs, però per la naturalesa de la seva funció s'ha de considerar el següent:

- La persona acudeix a l'atenció especialitzada perquè està malalta i l'atenció primària sanitària no pot cobrir la seva necessitat assistencial.
- L'estada hospitalària només es justifica per raons mèdiques però està condicionada per la xarxa social pròpia de la persona i de recursos de la seva zona.
- Sempre hi haurà persones malaltes esperant rebre l'atenció mèdica especialitzada. Per tant, facilitar la rotació, i així evitar estades per raons no mèdiques, és un valor.
- L'atenció especialitzada està limitada pel seu contracte programa cada vegada més estricte. Per això ha de millorar, dia a dia, la gestió dels processos.

L'organització de la unitat de treball social sanitari en l'atenció especialitzada ha de partir dels quatre punts anteriors. S'ha de basar en els objectius generals i específics de l'establiment recollits en el pla estratègic.

Bibliografia

P. F. Drucker (1989). *Las nuevas realidades* (pàg. 121). Barcelona: Edhasa.

Tot això ho secunda l'**estructura matricial**: els treballadors socials sanitaris es troben sota la jerarquia de la unitat de treball social sanitari, però la seva funció està condicionada per les unitats mèdiques en les quals exerceixen. L'organització matricial combina la jerarquia amb la funció. El treballador social sanitari en l'atenció especialitzada ha de desenvolupar la seva acció condicionat pels diagnòstics i pronòstics clínics.

No obstant això, ha d'aplicar els procediments propis del treball social sanitari: el programa de planificació de l'alta és un clàssic. Els serveis (processos) psicosocials es definiran des de la unitat de treball social sanitari de l'atenció especialitzada amb la col·laboració imprescindible de l'atenció primària de la zona, ja que en la seva majoria seran els mateixos. Recordem que els serveis s'inscriuen en el catàleg de prestacions.

4.3.6. Àrees de l'atenció especialitzada i el treball social sanitari

Avui són pocs els que dubten de la importància de l'arquitectura i de la distribució dels espais com a facilitadors d'itineraris interns de l'hospital. L'atenció especialitzada no sempre ha tingut la mateixa estructura arquitectònica. Amb l'avenç de les pràctiques mèdiques, els espais per a satisfer les noves necessitats diagnòstiques i clíniques s'han remodelat. Així al segle XIX els hospitals eren pavellons construïts sobre grans àrees de terreny enjardinades. A mitjan segle XX apareixen els grans hospitals verticals, amb moltes plantes i grans dimensions. I al segle XXI els hospitals de nova construcció solen tenir dimensions més humanes, tant per als malalts com per al mateix personal.

Quan hom arriba a l'establiment es troba amb rètols informatius que indiquen la ubicació de les diferents àrees: urgències, hospitalització, consultes, àrees de cirurgies ambulatories. En cas d'hospitalització es mostra la localització de les diferents unitats mèdiques segons les plantes ocupades. A banda hi ha els denominats *serveis centrals*. L'estructura dels espais està organitzada per zones d'activitat mèdica. Els malalts, quan en traspassen els murs, assumeixen, tret d'algunes excepcions, les normes d'aquesta organització. Així un malalt de traumatologia serà atès en aquesta unitat i no en una altra. En tot cas, això no dependrà del malalt sinó del facultatiu. Tota l'activitat respon a uns criteris d'organització basats en l'eficàcia i l'optimització dels recursos materials d'una banda i coneixements professionals de l'altra. L'establiment es converteix en un microcosmos. Els serveis centrals satisfan demandes de totes les àrees i unitats mèdiques de la mateixa manera. Estan regits per una funció basada en el coneixement general que necessiten o poden necessitar els diferents especialistes. Es consideren serveis centrals els següents: admissió, laboratori d'anàlisi clíniques, anatomia patològica, radiologia, anestèsia i reanimació, banc de sang, diagnòstic per la imatge, farmàcia, etc., i el treball social sanitari. El qualificatiu de *servei central* no impedeix l'especialització interna dels treballadors socials sanitaris segons les dimensions de l'hospital en les unitats

mèdiques: oncologia, obstetrícia i ginecologia, diàlisi, salut mental, toxicomanies, etc. No obstant això, es manté la jerarquia i els procediments i protocols de la unitat de treball social.

L'estructura física i organitzativa de l'atenció especialitzada tal com es coneix en l'actualitat està canviant i tot indica que, en els propers anys, els espais tradicionals, com avui se'ls coneix, es disposaran de manera diferent i s'orientaran a una única finalitat: evitar a la persona els inconvenients de la mobilitat interna. Les plataformes digitals estan començant a estar presents a les organitzacions sanitàries, la qual cosa suposa un repte per als treballadors socials sanitaris.

A la pregunta de com seran els hospitals del futur:

“La respuesta puede entreverse al analizar la evolución de los últimos tiempos. Probablemente, a lo largo de este siglo los hospitales tendrán cada vez menos camas, serán más resolutivos, seguirán incorporando conocimientos de los profesionales, tecnologías y medicamentos innovadores, desaparecerán los papeles, la información de datos e imágenes viajará fluidamente por los sistemas sanitarios con garantías de proteger su confidencialidad, se buscará la calidad como objeto primordial y la eficiencia estará en los idearios de todos los profesionales”.

La unitat de treball social sanitari també passarà, necessàriament, per una gran transformació dels espais i àrees d'atenció, inevitable i obligatòria. Encara amb la vista posada en aquest futur immediat, l'hospital es distribueix en tres grans àrees assistencials:

- Urgències.
- Consultes externes.
- Hospitalització.

En aquesta última s'integren diferents tipologies d'assistències, les clàssiques d'internament i les de vigilància intensiva, al costat d'altres de més noves com són les unitats de cirurgies ambulatories, l'hospitalització a domicili, els hospitals de dia per especialitats, etc. Cada àrea presenta les pròpies característiques organitzatives, el seu caràcter particular.

Taula 1. Àrees de l'hospital, definició i procedència

Àrea	Definició	Procedència dels malalts
Urgències	És l'àrea l'hospital on s'atenen les persones que per la seva situació requereixen una atenció immediata.	Externa, del carrer. Externa, ambulatori o centre de salut. Interna, del mateix centre.
Consultes externes	És l'àrea de diagnòstic i tractament dels malalts que no requereixen ingrés.	Metge de capçalera. Metge de família. Posturgència. Postalta hospitalària.
Hospitalització	És l'àrea d'ingrés, internament dels malalts quan l'atenció requerida no es pot prestar en règim ambulatori.	Metge de capçalera. Metge de família. Urgències. Consultes.

Bibliografia

A. Navarro (2004). “Hospitales: concepto, alcance y dimensión”. A: *Los hospitales a través de la historia y el arte* (pàg. 3-5). Barcelona: Ars Médica.

Àrea	Definició	Procedència dels malalts
Cirurgies ambulatòries	És l'àrea quirúrgica ambulatoria. La persona intervinguda no queda hospitalitzada i torna a casa.	El mateix hospital. Metge de capçalera.

La unitat de treball social hospitalari és una mena de servei central que desplega la seva activitat per tot l'establiment. De cada àrea coneixerà i considerarà les característiques pròpies, les que la diferencien de les altres i dins d'elles, de les intervencions més comunes, detallarà els protocols i procediments de treball social sanitari que s'han de seguir. Un protocol és una guia d'actuació que segueixen tots els membres de la unitat davant determinades circumstàncies: abandó, maltractament, síndrome d'abstinència, incompliment terapèutic, etcètera. En aquest cas, tant els procediments com els protocols es detallaran en la cartera de serveis.

4.3.7. L'estada hospitalària i la intervenció social en les seves fases

El finançament de l'atenció especialitzada ha modificat costums i estereotips molt arrelats en la població. L'exemple més clàssic es refereix a l'estada, fins i tot després dels anys continua bategant la idea d'una estada il·limitada. Això ja no és així. S'obre un nou repte per al sistema sanitari: dissenyar programes educatius dirigits a informar la població (ciutadans i altres professionals) sobre l'organització dels establiments i la necessitat d'optimitzar els espais. El paternalisme respecte a l'estada propicia un ús inadequat del recurs hospital. Per això cal emfatitzar la necessitat de tractar els aspectes orgànics i els psicossocials simultàniament al llarg de l'estada hospitalària. L'èmfasi dels sanitaris sobre l'orgànic i la gairebé desatenció de l'aspecte psíquic i emocional de la malaltia genera obstacles de tipus psicossocial que irrompen en la vida de les persones i requereixen un tractament social de més o menys intensitat. L'hospitalització condensa els punts crítics següents:

- **Ingrés anterior.** Pot ser que la persona hagi ingressat amb anterioritat. Com va ser? On va ser? Hi va intervenir la unitat de treball social sanitari? Es va requerir el suport dels serveis socials municipals? Va seguir el tractament social en l'atenció primària de salut? Hi ha un diagnòstic social anterior? Etc.
- **El preingrés.** En molts casos l'ingrés està programat. Els programes sociosanitaris de l'hospital són extensibles al temps previ a l'ingrés. Això permet una intervenció proactiva (avançar-se a les dificultats) enfront de la reactiva (esperar que sorgeixin les dificultats).
- **L'ingrés a l'hospital.** Les expectatives respecte al temps d'hospitalització solen jugar males passades. Són un malentès comú. És en el moment de l'ingrés quan es requereix la màxima informació sobre aquest tema. No es

tracta d'espantar la persona, al contrari, és el moment que senti que té tot el suport professional per a organitzar l'alta, el retorn a casa.

- **L'estada.** És el moment per a iniciar l'estudi social i la previsió de canvis en la vida de la persona i de la família convivent. Això queda recollit en el diagnòstic social sanitari. En cas de viure sola, el retorn a casa pot requerir nous plantejaments definitius o transitoris.
- **L'alta mèdica.** Depèn en exclusiva del facultatiu, però aquest ha de considerar el diagnòstic social sanitari. Indica el retorn a casa. És en el moment de comunicar l'alta quan es materialitza el punt final de l'ingrés. Però la persona, pot estar d'alta des del punt de vista social? Disposa d'una xarxa de suport social que n'asseguri la convallescència? Té garantida la continuïtat assistencial sanitària? Té família per a ajudar-la a prendre la medicació, a seguir la dieta? Totes les atencions rebudes a l'hospital, tindran suport a casa?
- **La derivació a l'atenció primària.** Sempre després de l'alta hospitalària, la persona rebrà la indicació d'acudir al metge de capçalera. En alguns casos, a més, des de la unitat de treball social sanitari de l'hospital es derivarà a la unitat de treball social sanitari d'atenció primària. Una relació avui encara difícil perquè és escassa o inexistent, però que alhora constitueix un repte. Hem de passar de dir que cal coordinar-se a coordinar-se realment.
- **El retorn a casa.** Pot coincidir amb l'alta mèdica o es pot endarrerir uns quants dies per falta de suport social. El retorn a casa no és una cosa genèrica. És la precisió en estat pur. L'endarreriment és una mala opció si es pensa en les persones en llista d'espera. El retorn a casa implica haver assegurat la continuïtat assistencial, d'una banda, i el benestar emocional, de l'altra. En paral·lel es tancaran tots els formularis amb la informació final i es disposaran per a registrar-los informàticament. Una alta mal planificada deixa al darrere un seguit de despropòsits, disgustos i riscos per a la persona i la família, la majoria evitables. El concepte de *servei* seria suficient per a preveure qualsevol possible dificultat de la persona. Els professionals són els qui es poden avançar al que és altament probable i ho han de fer.

4.3.8. L'atenció especialitzada està canviant dins d'una societat canviant

L'atenció especialitzada viu una transformació progressiva i incessant perquè segueix en gran part els dictats de la societat (acumulació de tendències i nous costums) i de la ciència que simplifica els processos mèdics. No ocorre el mateix amb els processos psicosocials, que es recolzen en l'humà i, per això, canvien lentament. El dolor per la pèrdua difícilment es pot alleujar donant pres-

ses. Com a conseqüència, les unitats de treball social sanitari han de reorganitzar la seva activitat d'acord amb aquestes noves circumstàncies. La reconceptualització de la unitat sembla un pas ineludible.

D'una banda, com s'ha esmentat, destaquen els nous models gerencials basats en la gestió clínica i la gestió per processos sanitaris, la comptabilitat analítica, els plans directors, la protocolització d'actuacions, els avenços tecnològics constants en totes les especialitats, la incorporació de la medicina biològica i molecular a la medicina clínica, les intervencions per laparoscòpia, la cirurgia ambulatoria, etc.

De l'altra, els canvis de les estructures familiars i/o xarxes socials de suport, la institucionalització progressiva dels problemes socials, la desconexió creixent entre l'aspecte sanitari i el social en l'àmbit de l'administració i els equips, el paper cada vegada més limitat de la família moltes vegades per les seves dificultats d'atendre al familiar malalt, etc.

Tot això genera noves situacions en les quals cal gestionar la realitat sanitària i social més enllà de les estructures físiques. Una dificultat creixent i mesurable és la impossibilitat d'integrar els diferents suports formals i informals de manera longitudinal. Amb excepcions, l'alta de l'hospital coincideix amb l'ingrés en el programa requerit. Tot es dona amb intermitències burocràtiques. Això produeix desequilibris de tot tipus i és la família immediata la principal afectada. Malgrat el creixement de l'oferta privada de suports, moltes vegades, el preu continua essent una barrera d'accés. Una altra barrera creixent és la negativa de l'oferta privada a atendre persones molt dependents que requereixen professionals molt qualificats. Són moltes les situacions difícils de resoldre que no troben solució per les vies planificades. Per aquest motiu cal mesurar, per àrees, aquest desequilibri entre les necessitats de les persones malaltes i de les seves famílies i els recursos. Les realitats es transformen i, per tant, les organitzacions s'hi han d'adequar. Cal definir *a priori* com es du a terme la identificació de les persones amb necessitats, la canalització de les respostes, els sistemes d'informació que s'han d'utilitzar, els instruments primaris (d'ús obligat en tota la unitat) i els complementaris (d'ús particular en determinades especialitats), la coordinació entre àmbits, les fórmules i indicadors d'avaluació qualitativa i quantitativa, el pla de comunicació de resultats, la rendició de comptes, etc.

Urgeix modernitzar l'organització pròpia de la unitat de treball social sanitari de l'atenció especialitzada. També s'ha de diferenciar la pràctica per procediments de la pràctica de l'atenció personal individualitzada. El primer amb un horitzó ampli i el canvi de realitats com a base, la segona com a suport únic per a resoldre el present immediat, evitar emergències socials. Cal adequar els instruments per a facilitar la tasca d'avaluació, identificant els grups de població de més risc sociosanitari. És bàsic planificar un sistema d'intervenció (identificació i assistència) eficaç.

Tot i que moltes les queixes dels treballadors socials sanitaris de l'atenció especialitzada són sobre la falta de mitjans i recursos per a completar el tractament social després de l'alta hospitalària, avui gairebé cap no pot detallar les places necessàries, ni la tipologia de suport per satisfer, des del seu establiment particular, les necessitats d'ajuda professional. Si bé el treball social sanitari inclou molts més aspectes que la gestió de prestacions, aquesta és una part cada vegada més notable sobre la qual cal disposar d'informació: el dèficit quantitatiu (nombre) i qualitatiu (qualitat i tipologia) dels recursos, dels serveis socials, requerits en la seva àrea per a complir aquest requisit bàsic, gairebé convertit en tòpic, la continuïtat assistencial. El diagnòstic social institucional anual és una acció de millora. A tall d'exemple s'hauria de conèixer:

A l'hospital A s'han atès X persones per a les quals, per la seva dependència, es requereixen cinc places de llarga estada, cinc places temporals d'espera, vint places d'atenció a domicili, quinze de residència assistida, etc.

Són dèficits concrets que s'han d'avaluar cada any per a verificar la cobertura real. I això, com s'ha vist, era habitual al principi del segle. Amb els mitjans tècnics existents no val parlar de dificultats i falta de recursos en termes generals. Se n'ha de precisar la magnitud i la tipologia. Paradoxalment, aquesta informació es troba disponible en la majoria dels serveis de treball social sanitari d'atenció especialitzada, només s'ha d'ordenar i analitzar adequadament. La falta de tradició en l'ús de formularis codificables elimina possibilitats posteriors d'estudi i impedeix la recerca, la qual cosa fa perdre el capital de la informació disponible.

La intervenció a demanda és una limitació a l'expansió de la unitat per la limitació al present i sense projecció. La intervenció per programes seguint el mètode científic i assegurant-ne la representativitat permet, primer a la unitat de treball social sanitari i després a la direcció de l'hospital, projectar nous serveis socio-sanitaris sobre necessitats reals de la població atesa i no sobre l'ambigüïtat de la retòrica, adequant els recursos humans. Amb això s'emfatitza sobre la resposta local als problemes locals i es dóna prioritat a la proximitat al ciutadà per excel·lència. Quan falten suports professionals i es trenca la continuïtat assistencial després de l'alta creix el malestar i el patiment personals. Però quant? Difícil mesura.

I les persones en llista d'espera? Se'n sol parlar com un nombre o com un temps mitjà. Ni governants, ni gerents, ni directius, ni altres professionals semblen interessats a conèixer els desequilibris familiars i psicosocials originats per aquesta distància entre la necessitat d'atenció sanitària i la prestació. Es descobreix l'envergadura real del malestar que origina aquest problema de moment creixent però de magnitud desconeguda. La generació d'expectatives no ajuda la ciutadania a comprendre aquesta falta de resposta, o resposta a mitges. La unitat de treball social sanitari de l'hospital ha de restar atenta a l'efecte de la seva intervenció tant en la persona com en l'organització i l'àrea sanitària.

Quin és el factor diferencial entre un hospital amb una unitat de treball social sanitari i un altre que no en té? No es tracta d'una unitat ornamental. La seva presència dins de l'organització obeeix a intervencions i representa millors resultats en termes de benestar. El treballador social sanitari no pot desatendre ni deixar d'observar la seva pròpia evolució dins del servei incloent-hi els mitjans diagnòstics emprats i els tractaments socials aplicats. Tot això implica la modernització de l'organització.

4.4. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'atenció d'urgències

“L'atenció d'urgència és aquella que es presta al pacient en els casos en què la seva situació clínica obliga a una atenció sanitària immediata. Es dispensarà tant en centres sanitaris com fora d'ells, incloent el domicili del pacient i l'atenció *in situ*, durant les 24 hores del dia, mitjançant l'atenció mèdica i d'infermeria, i amb la col·laboració d'altres professionals”.

El camp de l'atenció d'urgències és ampli però amb unes variables segures: el dolor i el patiment es manifesten en diferents graus d'intensitat, gravetat i quantitat. El desconcert i la confusió acompanyen nombrosos casos atesos a urgències, de vegades, la desesperació i el descontrol dominen sobretot els acompanyants. A banda de la importància òbvia de l'atenció sanitària de la persona afectada, a urgències el suport en l'aspecte social i emocional de la família o acompanyants és crucial. El sentiment d'abandó sol acompanyar qui espera, que al seu torn ha interromput la seva dinàmica brusquement: l'han avisat a la feina, era al col·legi, etc. La incertesa de l'acompanyant que espera a l'altre costat de la sala d'atenció requereix, moltes vegades, una canalització professional de l'ansietat. A urgències totes les vivències es viuen en excés.

A urgències, el treballador social sanitari manté la connexió entre la família que espera i el malalt que està essent atès, això quan les seves constants ho permeten. A més, gestiona l'aspecte social extern, per exemple busca suports si algun familiar és sol a la casa i requereix atenció, cal recollir les criatures a l'escola, etc. Soluciona circumstàncies de la vida diària. En aquest cas el procediment habitual és el de l'atenció professional individualitzada.

Un parèntesi per a introduir una varietat de la urgència: els desastres que afecten col·lectivitats.

D'una banda, els originats per la naturalesa: huracans; incendis; terratrèmols; inundacions; esfondrament d'edificis; accidents aeris, de tren, d'autobús; enfonsament d'espais urbans; moviments del terreny; etc. De l'altra, els desastres arribats de la mà de l'home: el terrorisme. La brutalitat humana a la recerca del dolor, del patiment civil.

Hi ha dificultats intrínseques que dominen les emergències i moltes vegades impedeixen anar més enllà d'una resposta reactiva que només s'atenua amb l'experiència professional. Els treballadors socials sanitaris a les emergències, com els altres professionals, intervenen en un moment precís, quan la catàstrofe s'ha produït o l'emergència s'ha declarat. La seva activitat s'integra en l'atenció de l'emergència en la dimensió psicosocial i ambiental i s'ha de ca-

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 61-62). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pàgina web

Per ampliar la informació sobre l'atenció d'urgències podeu consultar el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Bibliografia

A. L. Arricivita i altres (2016). “Los componentes psicosociales de las urgencias sanitarias”. *Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar* (núm. 2, pàg. 38-56).

Bibliografia

N. Puy (2013). “El trabajo social sanitario en los servicios de urgencias: razones para su reconocimiento”. *Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar* (núm. 3, pàg. 44-52).

nalitzar dins del pla establert per protecció civil. L'atenció d'urgències es pot donar en qualsevol espai. En general se sol pensar en els hospitals d'aguts. Si bé és on s'atén la majoria, o aquesta acaba arribant, no és l'únic.

Excepte en alguns grans hospitals, a les urgències dels quals sol haver-hi treballadors socials sanitaris, de vegades, les vint-i-quatre hores del dia, la resta disposa d'aquest professional. Així s'intervé a demanda i, moltes vegades, aquesta té poc a veure amb el treball social sanitari. Les urgències són espais en què es presta una atenció professional individualitzada o familiar perquè la dinàmica de la urgència no permet més. No obstant això, res no impedeix una detecció i una derivació a altres professionals que sí poden iniciar un tractament social de casos, de *casework*. La intervenció del treball social sanitari a urgències sempre és reactiva perquè el servei d'urgències ho requereix. Però el treballador social sanitari pot seguir protocols socials predefinitos. A urgències, la capacitat per a gestionar la improvisació, evitar la paràlisi dels actors, és un gran valor afegit a l'actitud professional. Aquí la intervenció presenta unes característiques particulars la metodologia de les quals està subjecta a la dinàmica particular de la urgència. De vegades es tracta de localitzar la família, especialment quan la lesió, l'accident, és greu, d'atendre-la a l'arribada evitant establir contactes burocràtics i purament informatius. La comunicació d'una mala notícia requereix seguir unes pautes. Quan la família n'està assabentada, se l'ha d'ajudar a organitzar-se amb la màxima rapidesa: afrontant les seves realitats més quotidianes i que la urgència trenca o interromp. Urgències és un espai de gran pressió per a la família que, per raons òbvies, és apartada de la persona. Tanmateix, això incrementa l'ansietat de tots exponencialment. La persona, per la seva banda, en participar de les diligències de la pròpia atenció, si està conscient, viu la pressió en altres termes.

El treball social sanitari a urgències s'organitza a demanda, però és important definir programes d'intervenció sistemàtica en determinats col·lectius de població coincidents amb els programes establerts per la unitat de treball social sanitari central, tant de l'atenció especialitzada com de l'atenció primària. Les urgències són una de les portes d'entrada al sistema sanitari; per això la intervenció social en aquestes, d'una banda, resol conflictes de caràcter immediat i, de l'altra, davant determinats col·lectius, es converteix en un agent de detecció. A urgències, el treballador social sanitari ha de derivar el cas detectat a altres àmbits per conformar el diagnòstic social i articular el pla de treball corresponent. Les diferents situacions d'urgència (accident, violació, agressió, incendi, atemptat, esfondrament, inundació, etc.) resulten, per als diferents implicats, esdeveniments vitals estressants, gairebé sempre traumàtics, que en comprometen la salut, autonomia i fins i tot la vida. En aquestes circumstàncies, el vessant físic, social i psicològic de la persona s'altera. Al costat dels problemes físics que apareixen (traumatismes, ferides, accident vascular-cerebral, cremades, infart, etc.), atesos pels professionals sanitaris, són freqüents les dificultats o problemes de tipus social (absència i/o pèrdua de familiars, dificultats d'allotjament quan aquests acudeixen d'altres llocs, necessitats de neteja-higiene, falta d'aliment, necessitat d'informació, pèrdua de

Bibliografia

A. L. Arricivita; P. Pérez Sales (2005). "La intervenció psicosocial en catàstrofes. El punto de vista de los actores". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 5, núm. 3, pàg. 44-46). Barcelona.

A. L. Arricivita (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Osca: Psicosocial & Emergencias.

Bibliografia

E. Rodríguez-Castro i altres (2017). "Plan de Asistencia al Ictus en Galicia: telemedicina para un tratamiento hospitalario multidisciplinar, precoz y universal del ictus agudo". *Emergencias* (núm. 30, vol. 1).

la roba, etc.). Realitats socials en general acompanyades de reaccions psicològiques com por, angoixa, bloqueig, impotència, negació, indefensió, amnèsia, llacunes de memòria, lipotímies, etc., les quals, almenys en els primers estadis de l'emergència, són respostes del context. Les reaccions contextualitzades necessiten ajudes contextualitzades.

4.5. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació farmacèutica

“La prestació farmacèutica comprèn els medicaments i productes sanitaris i el conjunt d'actuacions encaminades al fet que els pacients els rebin de forma adequada a les seves necessitats clíniques, en les dosis precises segons els seus requeriments individuals, durant el període de temps adequat i al menor cost possible per a ells i per a la comunitat. Aquesta prestació es regirà pel que es disposa en la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris i altres disposicions aplicables”.

La prestació farmacèutica està associada a l'ús dels medicaments. Una de les funcions principals que duen a terme les treballadores socials sanitàries de principi de segle era el seguiment social per a garantir la possibilitat de complir amb el tractament mèdic. Per al treball social sanitari, la prestació farmacèutica està relacionada amb el compliment terapèutic. Les característiques de determinats grups de població (persones que viuen soles, persones grans amb tractaments simultanis, persones molt afectades psicològicament per la malaltia, etc.) indiquen un risc clar d'incompliment terapèutic. Les raons són diverses però la majoria estan relacionades amb l'escassa capacitat de la xarxa social per a seguir les indicacions del facultatiu. L'incompliment terapèutic és una realitat preocupant i nefasta per les conseqüències sobre la recuperació o el manteniment. Les raons són diverses:

- Incapacitat personal per a seguir les indicacions de les receptes.
- No saber llegir i avergonyir-se'n, evitant comentar-ho al professional.
- Dificultats per a anar a la farmàcia a buscar la medicació.
- Impossibilitat d'acudir al centre de salut a buscar les receptes.
- Tendència a l'automedicació.
- Els senyals de millora, entesos com a curació, provoquen l'abandó del tractament.
- La inseguretat, la confusió en l'administració.
- Les interaccions que percep la persona i que no té en compte el facultatiu. L'associació d'un determinat malestar a la medicació convida a abandonar-la.
- El comentari amb amistosats de confiança sobre els beneficis o els efectes secundaris d'un medicament prenent l'experiència de l'altre com a referent.
- Etc.

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 63-65). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pàgina web

Per ampliar la informació sobre la prestació farmacèutica podeu consultar el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Per això, dins de l'activitat habitual i descrita en punts anteriors, el treballador social sanitari ha de vetllar, a més, perquè la prestació farmacèutica es doni dins amb la màxima qualitat. L'incompliment terapèutic, la mala administració dels fàrmacs, les dificultats socials associades a això poden ser l'indici d'altres problemes coadjuvants que cal resoldre. En casos en què la persona o la família són desconfiats en extrem, l'ajuda per a organitzar la medicació és una porta d'entrada excel·lent per a estudiar el cas social sanitari. Les reticències inicials solen salvar-se. És freqüent trobar persones desconfiades que es basen en llegendes urbanes sobre els serveis públics. El suport i l'ajuda amb el pretext d'organitzar la medicació, activitat que faria una treballadora familiar al domicili o una infermera, obre una via per al seguiment indirecte per part del treballador social sanitari, que guanya temps per a generar l'empatia i iniciar al més aviat possible el tractament social indicat.

4.6. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació d'ortopròtesi

“La prestació ortoprotésica consisteix en la utilització de productes sanitaris, implantables o no, la finalitat dels quals és substituir total o parcialment una estructura corporal, o bé modificar, corregir o facilitar la seva funció. Comprendrà els elements precisos per millorar la qualitat de vida i autonomia del pacient”.

Les ajudes tècniques suposen un gran suport per als cuidadors principals ja que permeten que s'incrementi la seva autonomia en el funcionament normal del domicili. Per exemple, la disponibilitat d'una grua per a aixecar el malalt pot evitar que s'hagi de recórrer a urgències en cas de caiguda quan no hi ha danys ni lesions. La prestació ortoprotètica és una de les més antigues en què intervé el treball social sanitari si bé s'ha anat ampliant, i en general aquesta prestació està associada a altres. En aquesta àrea, el treballador social sanitari hauria d'assumir dos papers: d'una banda, el d'ajudar a adquirir el material quan el malalt o la família mostra signes d'incapacitat per a fer la gestió, i també pot gestionar ajudes econòmiques en entitats fundades per a aquesta finalitat; de l'altra, menys comuna, menys acceptada, però necessària pensant en la sostenibilitat, hi ha la implementació de programes de reciclatge i recuperació de material quan el beneficiari ja no el necessita.

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 67-93). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La recuperació i reutilització d'ortopròtesis són programes que no acaben de cristal·litzar entre la població, ni tampoc entre les organitzacions sanitàries. El valor d'aquests programes de reciclatge i recuperació de material és palès. No obstant això, no tenen un seguiment general.

4.7. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació dels productes dietètics

“La prestació amb productes dietètics comprèn la dispensació dels tractaments dietoteràpics a les persones que pateixin determinats trastorns metabòlics congènits i la nutrició enteral domiciliària per a pacients als quals no és possible cobrir les seves necessitats nutricionals, a causa de la seva situació clínica, amb aliments de consum ordinari.

Aquesta prestació es facilitarà pels serveis de salut o donarà lloc a ajudes econòmiques, en els casos i d'acord amb les normes que reglamentàriament s'estableixin”.

Com en el cas de les prestacions farmacèutiques i les ortoprotètiques, la prestació dels productes dietètics tal com es descriuen en la cartera de serveis dins de l'atenció especialitzada es dona dins de la mateixa atenció sanitària.

És quan la persona deixa l'àmbit de l'establiment que això pot representar dificultats al domicili, tant pel que fa a l'adquisició com a l'ús.

El treballador social sanitari ha d'estudiar l'impacte de la dependència de la persona d'aquesta prestació i valorar les seves capacitats o les del seu entorn perquè es produeixi. Cal assegurar-se de les condicions de la casa i les possibilitats dels cuidadors per a garantir les mesures higièniques, temps, horaris, conservació correcta, etc.

També en casos extrems pot ser una via de contacte amb les persones que mostren altres dèficits socials que cal atendre de la mateixa manera.

4.8. Aportacions del treball social sanitari a la cartera de serveis comuns de prestació de transport sanitari

“El transport sanitari, que haurà de ser accessible a les persones amb discapacitat, consisteix en el desplaçament de malalts per causes exclusivament clíniques, la situació de les quals els impedeixi desplaçar-se en els mitjans ordinaris de transport. Aquesta prestació es facilitarà d'acord amb les normes que reglamentàriament s'estableixin per les administracions sanitàries competents”.

Les persones beneficiàries del transport sanitari presenten una sèrie de condicions físiques i socials que en paral·lel s'ha d'estudiar si representen algun altre risc per a si mateixes o per a la família en el desenvolupament de la vida diària. Cal conèixer els factors que acompanyen el cas social sanitari. Des del treball social sanitari, el transport és una prestació més associada a altres circumstàncies, i gairebé sempre s'estudia dins de l'ingrés o assistència al centre de salut. És una prestació per la qual poden detectar-se casos de risc que s'han d'estudiar, diagnosticar i, si així ho indica el diagnòstic social sanitari, tractar.

Pàgina web

Per ampliar la informació sobre la prestació ortoprotètica podeu consultar el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 67-93). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Bibliografia

Per ampliar la informació sobre productes dietètics podeu consultar el web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Bibliografia

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (pàg. 67-93). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Resum

Hem vist com el treball social sanitari s'integra al Servei Nacional de Salut i ho fa d'acord amb la normativa vigent ajustant les teories a l'organització de cada moment. Els professionals han de ser capaços d'adaptar-se a les noves realitats dins d'entorns d'incertesa, però també han de ser capaços d'aplicar els coneixements sense que l'essència de la seva professió es desvirtui o es falsifiqui. El pas següent serà l'elaboració del catàleg de prestacions i la cartera de serveis de la unitat de treball social sanitari.

Bibliografia

Arricivita, A. L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Osca: Psicosocial & Emergencias.

Arricivita, A. L.; Pérez Sales, P. (2005). "La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 5, núm. 3, pàg. 44-46). Barcelona.

Corbella Duch, J. (2012). *Manual de Derecho Sanitario* (pàg. 113-118). Barcelona: Atelier.

Drucker, P. F. (1989). *Las nuevas realidades*. Barcelona: Edhasa.

González, E.; Navarro, A.; Sánchez, M. A. (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona: Ars Médica.

Navarro, A. (2004). "Hospitales: concepto, alcance y dimensión". A: *Los hospitales a través de la historia y el arte* (pàg. 3-5). Barcelona: Ars Médica.

Pérez de Ayala, E. (1999). *Trabajando con familias (teoría y práctica)*. Saragossa: Editorial Certeza.

Rodríguez, J.; Rocabayena, M. A. (2005). "Intervención social en las dependencias: experiencia de trabajo social en el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet". A: "La protección social a la dependencia". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. (núm. 72, pàg. 37-63). Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

Rosenberg, G.; Pinsky, S. (1982). *Social work with groups in health settings*. Nova York: Prodist.

Salvador, L.; Melgarejo, M. (2002). *Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI*. Barcelona: Ars Médica.

Sánchez, M. (2006). "Trabajo Social y enfermedades raras". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 6, núm. 1. pàg. 32-40).

Pàgines web

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/1PrestacionSaludPublica/home.htm> [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm> [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm> [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/AU-AtencionUrgencia.htm> [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/5PrestacionFarmaceutica/PF-PrestacionFarmaceutica.htm> [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/6PrestacionOrtoprotetica/home.htm> [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/7PrestacionProductosDieteticos/home.htm> [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/>

os/ContenidoCS/8PrestacionTransporteSanitario/home.htm [data de consulta: 15 de maig de 2013]

<http://www.msps.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf>

Annex

Exemple breu del catàleg de prestacions i cartera de serveis d'una unitat de treball social sanitari

Com hem vist, el catàleg de prestacions defineix tots aquells serveis que es presten en la unitat de treball social sanitari, mentre que la cartera de serveis defineix tots aquells procediments, protocols i tècniques utilitzats per a prestar els serveis recollits en el catàleg. Quan ens referim a la cartera de serveis i ometem el catàleg de prestacions és com quedar-nos amb un vídeo i deixar de costat el televisor. Catàleg i cartera estan interrelacionats i l'un sense l'altre manca de continguts.

Si bé han proliferat documents de tot tipus que al·ludeixen la cartera de serveis de treball social sanitari, en aquest crèdit no es tindran en compte ja que, com es desprèn de la teoria presentada en les pàgines anteriors, no satisfan les bases teòriques assenyalades en la Llei de cohesió i qualitat. És important saber aplicar els conceptes per a evitar donar entitat a documents els continguts dels quals manquen de rigor acadèmic.

Figura 1. Esquema dels continguts del catàleg de prestacions i la cartera de serveis d'una unitat de treball social sanitari.

Catàleg de prestacions Unitat de treball social sanitari	Cartera de serveis Unitat de treball social sanitari
<p style="text-align: center;">Serveis i prestacions del treball social sanitari</p> <p style="text-align: center;">Quins són els serveis que es presten des del treball social sanitari?</p>	<p style="text-align: center;">Procediments i tècniques de treball social sanitari amb què es donen els serveis i les prestacions</p> <p style="text-align: center;">Com es presten aquests serveis? Quins procediments se segueixen per a això? Quines tècniques i tecnologies s'apliquen?</p>

Valgui d'exemple l'escenari següent a la unitat de treball social sanitari d'un hospital general.

Exemple pràctic

Ens trobem en una unitat de treball social sanitari d'un hospital general. Un dels seus protocols és: "Protocol de treball social sanitari per a víctimes d'accident de trànsit". El primer que hem de fer és incloure aquest protocol en la cartera de serveis de la unitat. És important especificar que es tracta d'un treball social sanitari. L'omissió d'aquesta precisió dilueix el paper del propietari i responsable del protocol. Quan incloem que és un treball social sanitari estem dient que apliquem valors, principis i teories del treball social sanitari.

Bibliografia

Part d'aquest exemple es recolza en el llibre:

D. Colom (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: Editorial UOC.

L'obra està disponible en versió digital a la biblioteca de la UOC. Es tracta d'una versió revisada per l'autora amb la progressiva precisió que va permetent fitar els continguts dels diferents conceptes.

Tot protocol i procediment de treball social sanitari, com veurem en un altre crèdit, consta de tres macrofases: estudi social sanitari, diagnòstic social sanitari i intervenció social sanitària.

Els serveis que prestarem en cadascuna d'aquestes fases estan determinats pel diagnòstic o pel rediagnòstic social sanitari. La fórmula per a definir els serveis és: servei de suport psicosocial a (el destinatari) per a (la finalitat del suport psicosocial).

Dins del protocol esmentat podem pensar, a manera d'exemple, en els serveis següents:

- Servei de suport psicosocial a les víctimes supervivents d'accidents de tràfic per a l'elaboració del dol per la defunció d'altres ocupants.
- Servei de suport psicosocial a la cuidadora principal de malalts amb lesió medul·lar per a evitar l'aïllament social.
- Servei de preparació psicosocial a familiars i propparents de grans politraumatitzats per a evitar l'impacte visual de les lesions.
- Etcètera.

Aquests serveis els inclourem en el catàleg de prestacions.