

---

# Procediments, protocols, serveis i processos de servei en el treball social sanitari. Desenvolupament d'indicadors

---

PID\_00272729

Dolors Colom Masfret

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Professora associada i directora científica del màster universitari de Treball social sanitari dels Estudis de Ciències de la Salut de la UOC. Professora associada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formació en l'àmbit del treball social sanitari i en les unitats d'atenció al client amb estades, primer al Bellevue Hospital Center de la Universitat de Nova York, i després al Departament de Serveis Socials i al Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. És investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i sociosanitaris, i també d'establiments residencials i programes d'atenció a domicili. Escriptora. Sòcia fundadora el 1994 de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials, des del qual dirigeix i edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, i l'editorial Agathos Ediciones. Ha exercit la direcció acadèmica i com a professora col·laboradora del postgrau de Treball social sanitari de la UOC. Consultora del màster de Direcció executiva d'hospitals de la UOC (2009-2019).

Segona edició: març 2020  
© Dolors Colom Masfret  
Tots els drets reservats  
© d'aquesta edició, FUOC, 2020  
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
Realització editorial: FUOC

*Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.*

# Índex

<b>Introducció.....</b>	<b>5</b>
<b>1. El treball social sanitari en les organitzacions sanitàries: justificació i funcions.....</b>	<b>13</b>
1.1. El treball social en l'Organització Mundial de la Salut .....	18
1.2. La transformació del sistema sanitari en el seu funcionament i en el seu entorn .....	18
1.3. Les magnituds de la narrativitat .....	19
<b>2. El treball social sanitari en el Sistema Nacional de Salut.....</b>	<b>21</b>
2.1. Salut pública .....	23
2.2. Atenció primària .....	24
2.3. Atenció especialitzada .....	26
2.4. Atenció d'urgència .....	27
2.5. Prestació farmacèutica .....	28
2.6. Prestació ortoprotètica .....	29
2.7. Productes dietètics .....	30
2.8. Transport sanitari .....	30
2.9. Assistència sanitària el pagament de la qual s'ha de reclamar a tercers .....	30
2.10. Serveis d'informació i documentació sanitària .....	31
2.11. Cartera de serveis complementària de les comunitats autònomes .....	31
2.12. Cartera de serveis de les mutualitats .....	32
<b>3. El mètode científic en el treball social sanitari: base dels procediments i protocols propis.....</b>	<b>33</b>
3.1. Tipologia de programes d'intervenció a la unitat de treball social sanitari .....	34
3.2. El sistema d'informació en el marc legal estatal .....	35
<b>4. Els procediments i els protocols en treball social sanitari. Definició.....</b>	<b>37</b>
4.1. Definicions bàsiques per a l'exercici professional a partir de procediments i protocols de treball social sanitari .....	37
4.2. Exemple de procediment general: el mètode bàsic en la unitat de treball social sanitari per a la seva organització .....	43
4.3. Els protocols de treball social sanitari .....	45
<b>5. Processos de serveis de treball social sanitari.....</b>	<b>48</b>
5.1. Errors conceptuals sobre els processos socials sanitaris .....	51

5.2. El servei de treball social sanitari a prestar es confon amb el recurs .....	51
5.3. Els processos de servei de treball social sanitari es confonen amb una activitat aïllada, desconnectada .....	52
<b>6. La complexitat</b> .....	54
6.1. Graus de complexitat .....	54
6.2. La complexitat relacionada amb el nombre de professionals que intervenen .....	54
<b>7. La generació d'indicadors</b> .....	56
<b>Bibliografia</b> .....	59

## Introducció

Helen H. Perlman escriu el següent sobre el primer procediment de treball social, podem afegir sanitari, per a la de resolució de problemes:

«Com sap cada treballador social, el brillant treball de Mary E. Richmond a *Social Diagnosis* va ser i continua essent un primer i excel·lent esforç individual d'ordenar els processos d'ajuda de treball social de casos. Seleccionant i aplicant alguns dels sistemes d'operacions emprats en l'advocacia i la medicina, Mary E. Richmond va proposar un esquema de resolució de problemes: un estudi dels fets de la situació, un diagnòstic de la naturalesa del problema i, seguint en la direcció apuntada en el diagnòstic, un pla i execució del tractament».

### Referència bibliogràfica

H. H. Perlman (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process* (pàg. IX). Chicago/Londres: The University of Chicago Press.

Dos dels pilars que sostenen les intervencions en el sistema sanitari són el catàleg de prestacions i la cartera de serveis. Aquests dos conceptes queden àmpliament definits i recollits en la Llei 16/2003 de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

El catàleg de prestacions és definit com el conjunt de serveis preventius, diagnòstics, terapèutics, rehabilitadors i de promoció de la salut adreçats als ciutadans, que comprèn les prestacions de salut pública, atenció primària i especialitzada, atenció sociosanitària, urgències, farmàcia, ortopròtesi, productes dietètics i transport sanitari.

Les prestacions incloses en el catàleg es fan efectives amb un conjunt de tècniques, tecnologies i procediments que integren la cartera de serveis.

Comencem per dues preguntes molt senzilles però que són les més elementals:

- Quins serveis estem prestant des de les unitats de treball social sanitari? No pensem en activitats ni en gestions, pensem en termes de servei. Aquests serveis, una vegada que els hàgim denominat, els registrarem en el catàleg de prestacions de la unitat de treball social sanitari.
- Com els prestem? La resposta és mitjançant procediments i protocols de treball social sanitari. També mitjançant tecnologies, definides a la RAE com a «Conjunt de teories i de tècniques que permeten l'aprofitament pràctic del coneixement científic» (RAE, <https://dle.rae.es/?w=tecnologia>)  
Aquests procediments, protocols i tecnologies de treball social sanitari els inclourem a la cartera de serveis de la unitat de treball social sanitari.

Tot seguit ampliem aquestes preguntes amb d'altres que hi estan relacionades:

- Aquests serveis que prestem, com els definim? Com els denominem?
- Quant del que diem que fem ho fem i, a més, arriba a les persones? Com hi arriba?

- Com ens ajustem a aquest nou marc legal que es crea el 2003? La Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut i el Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la Cartera de Serveis Comuns del Sistema Nacional de Salut i el Procediment per a la seva Actualització.  
La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'Ordenació de les Professions Sanitàries.

D'altra banda:

- Les nostres intervencions, són beneficioses per a les persones? De quina manera des de la unitat de treball social sanitari contribuïm al benestar social de les persones malaltes i les seves famílies?
- Com ho sabem?

Són preguntes obligades que com a professionals ens hauríem de formular a diari. Serveix per a alguna cosa l'activitat professional que portem a terme? Sobre la base de què podem respondre afirmativament o negativament?

Estalviem patiment a les persones malaltes i a les seves famílies? Contribuïm d'alguna forma a la sostenibilitat del sistema?

Perquè les respostes tinguin credibilitat, ens hem de basar en procediments i protocols de treball social sanitari (no confondre-ho amb processos).

Abans de seguir, hem d'assenyalar un primer apunt essencial: no podem confondre el treball social sanitari amb els serveis socials. En molts casos socials, el tractament social sanitari es basarà d'alguna manera en algun programa dels serveis socials, però des del treball social sanitari sempre estudiem les circumstàncies de la persona malalta, com s'afecta la seva família, elaborarem un diagnòstic social sanitari i, a partir d'aquest, com va assenyalar Mary E. Richmond i ens acaba de recordar Helen Harris Perlman, establim un pla d'intervenció per a –molt resumidament explicat– ajudar les persones a ajudar-se. A vegades, quan prestem els nostres serveis, necessitem altres recursos de suport que es troben a la xarxa de programes i recursos dels serveis socials. El text anterior ens indica que si per a prestar serveis, a vegades necessitem recursos, ambdós conceptes són diferents. Ho anirem desenvolupant durant el mòdul.

Els nostres serveis, com els de la resta dels equips professionals del sistema sanitari, impliquen molt més que una mera gestió de recursos. Així, és essencial diferenciar els serveis que prestem des del treball social sanitari dels recursos que potser siguin necessaris per a complementar el servei.

La nostra ajuda:

- 1) Es basa en un diagnòstic social sanitari.
- 2) Segueix el mètode científic.
- 3) Segueix teories del treball social sanitari.
- 4) Segueix els principis i valors del treball social sanitari.
- 5) Es dona sota la protecció d'una legislació d'Espanya:
  - a) La Llei d'Autonomia del Pacient.
  - b) La Llei de Cohesió i Qualitat.
  - c) La Llei d'Ordenació de Professions Sanitàries.
  - d) Altres.

Hem de tenir present aquest esquema, perquè ens evitarà caure en l'especulació del que es pot opinar.

L'exercici del treball social sanitari en la pràctica del dia a dia es basa en teories, conceptes i principis, en metodologies; i tot això s'organitza mitjançant procediments i protocols de treball social sanitari que es desenvolupen al voltant dels aspectes socials generats per la malaltia i que es manifesten en la persona malalta. Quins d'aquests aspectes psicosocials han propiciat la malaltia i com aquesta pot al seu torn motivar-los. Amb aquest coneixement, ampliem les nostres actuacions als aspectes preventius de malestar generat per la malaltia, i ens convertim en promotors de la salut i del benestar generat per la millora de la salut. Tot això ha de passar i s'ha de propiciar dins d'una estructura jeràrquica i funcional, una unitat de treball social sanitari que prèviament hem definit i organitzat com s'han organitzat altres unitats i divisions de l'establiment. La imatge de portar a terme intervencions més intuïtives que racionals projecta unitats de treball social sanitari desprofessionalitzades i carregades d'improvisació, en les quals els seus professionals reaccionen enfront de la realitat.

La persona malalta és el denominador comú present en cada cas social sanitari. En funció de la penetració d'aquesta, la malaltia, en l'aspecte social de cada persona afectada, des del treball social sanitari s'aplica un mètode o un altre, i es prestarà un servei o un altre; això dependrà del diagnòstic social sanitari.

Així, veiem que un pla és el mètode de treball, el procediment o protocol aplicat, el camí d'estudi i elaboració del diagnòstic social sanitari, el qual, al seu torn, ens permet elaborar un pla de treball, i un altre pla és la prestació

del servei o dels serveis necessaris, que –com va assenyalar Mary E. Richmond en la seva definició– serveixen per a reconstruir camins, ajudar la persona i la seva família a afrontar la seva situació.

Les accions professionals que es desprenen d'aplicar les teories del treball social sanitari han de quedar clarament diferenciades d'aquelles que es desprenen d'altres tipus d'ajuda provinents de la filantropia i la caritat. Recordem les paraules de Samuel G. Smith quan mirava d'explicar les diferents posicions que es podien prendre enfront dels problemes socials:

«Crec que la resposta dependrà de si un pren el que es pot anomenar una visió estàtica o dinàmica del problema. És a dir, aquells que consideren la qüestió de la misèria com un fet complet en si mateix és probable que instin a donar a la gent perquè són pobres i pensin que la qüestió de la “dignitat” dels pobres no s'ha de prendre de veritat. El punt de vista dinàmic sosté que la misèria és només un símptoma, com un calfred és un símptoma de la malaltia física i que el tractament ha de ser més radical que el que suggereix la millora».

S. G. Smith (1905). «Social Standards». National Conference on Social Welfare.

Si bé el treball social com a professió moderna neix en l'àmbit de la medicina i de la justícia, de vegades el mateix desenvolupament de la societat i les estructures de l'estat del benestar ha fet que el treball social sanitari fos molt qüestionat. En general, els equips de treball social sanitari els és impossible de presentar en un gràfic els efectes benèfics que aconsegueixen amb les seves intervencions. Avui dia, les tecnologies permeten de saber ràpidament el nombre d'aquestes intervencions, però això convindrem que no és treball social sanitari, sinó un recompte d'activitat. Per tant, un primer començament és assumir-se com a treballadors socials sanitaris amb la responsabilitat que això comporta.

Diguem de passada que són qüestionaments més parlats que escrits. Recordem que es fa servir el concepte *treball social sanitari* i no pas *treball social en salut* perquè, precisament, és el qualificatiu de *sanitari* el que el contextualitza. A més, el treball social generalista o de qualsevol altre àmbit contribueix a millorar la salut de la població en el concepte més ampli. La salut és molt més que la sanitat. Aquests últims anys han sorgit tot tipus de noves denominacions per a referir-se al treball social sanitari, per exemple *treball social clínic*, cosa que ha ocasionat alguna confusió i algun dubte. Per definició, tot el treball social sanitari assistencial és clínic. El fet que sigui clínic implica el tracte directe amb la persona.

El *Dictionary of Social Work and Social Care*, de l'Oxford University Press, defineix el treball social clínic com: «Trobat en gran manera, en altres parts del món, particularment a Amèrica del Nord, i sovint associat amb la pràctica privada, el treball social clínic es refereix a la pràctica directa amb individus, parelles, famílies i grups amb un enfocament intrapersonal i interpersonal de problemes. Té molt en comú, per tant, amb la pràctica del treball de casos al Regne Unit, tot i que els seus defensors solen tenir més aspiracions, alguns dirien pretensions, a la condició professional. L'ús de la paraula “«clínic», amb les seves connotacions mèdiques, contribueix a aquestes aspiracions. Si bé es



pot considerar que el treball social clínic abraça una varietat de rols, inclosa la gestió de l'atenció, l'èmfasi està predominantment en què el treballador social clínic, ell o ella, actuï com a terapeuta o conseller».

L'estructura dels sistemes sanitaris actuals, l'organització dels seus establiments, la composició dels equips, la distribució per àmbits distingint l'atenció primària i l'atenció especialitzada, també l'atenció sociosanitària allà on n'hi hagi sol ser comuna, encara que amb particularitats, en tots els països desenvolupats.

Malgrat això, en tots aquests països hi ha una coincidència: la importància de l'atenció primària com a àmbit de proximitat i prevenció es valora en tots els estats que segueixen les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

Així, d'una banda, tenim una disciplina que és el treball social sanitari i, de l'altra, tenim unes estructures i una organització que són les que han de permetre als equips professionals, en general, d'aplicar els seus coneixements, les seves tècniques. Les estructures i l'organització no han de diluir ni impedir als equips professionals d'aplicar els seus coneixements i teories, i això es pot fer quan s'han definit prèviament els procediments o els protocols, en el nostre cas, propis de treball social sanitari. Què vol dir això? Que formar part d'un procediment o protocol mèdic, o d'infermeria, o interdisciplinari de l'àmbit on exercim, és un assoliment, però, a més, des de la unitat de treball social sanitari s'ha de disposar dels seus propis instruments, com tenen la resta de professions. Una altra consideració que ara hem de tenir en compte és esforçar-nos per a elaborar denominacions correctes de cada procediment o protocol. Ho anirem veient, però si per exemple diem «Protocol d'Alzheimer», la majoria dels professionals amb independència de la disciplina el poden fer seu i estarien encertats. Ara bé, si diem «Protocol de treball social sanitari per a persones amb diagnòstic d'Alzheimer», queda molt clar de què es tracta i, en termes de gestió sanitària, qui és el propietari del protocol. I així successivament, quan intervenim per procediments i protocols de treball social sanitari ens veiem en l'obligació de pensar i repensar la denominació perquè el seu contingut s'identifiqui amb el treball social sanitari.

Els sistemes sanitaris evolucionen constantment, tant en la part de les estructures físiques com dels coneixements clínics científics de tots els col·lectius que integren la institució sanitària. Això a part, però, cada vegada estan més sotmesos a models de gestió estrictes en els quals el principi de cost-eficàcia i cost-eficiència regeix la majoria de les decisions gerencials a favor o en contra de les propostes que arriben als seus equips directius.

El treball social sanitari aplica, com l'àmbit sanitari en què s'exerceix, fórmules d'intervenció àgils, eficaces i efectives. Totes aquestes fórmules, amb el suport de teories de gestió, poden comprovar la seva agilitat, eficàcia i efectivitat mitjançant indicadors. A l'altra cara hi ha el fet que els models de gestió quan s'avaluen els seus resultats també poden assenyalar els seus dèficits.

El treball social sanitari s'inscriu en l'àmbit de la persona amb alguna malaltia, de la seva família i del seu entorn, i la seva intervenció es fa perquè sigui la persona mateixa i en la mesura que pugui la que pugui canalitzar els seus nous camins. Això, però, no es dona per atzar, ni de manera espontània, sinó que recolza en una meticulosa planificació del servei a prestar. Un servei de treball social sanitari prestat no es pot confondre amb les activitats que procuren el servei. Per exemple, un servei típic que prestem és «Servei de suport psicosocial a cuidadors de persones amb Alzheimer per a evitar-ne la claudicació». Al servei en qüestió l'anomenem així, ho vàrem veure en el mòdul de l'assignatura *Estructura i funcionament del sistema sanitari*. I amb aquesta denominació queden molt eloqüents els continguts del servei, la finalitat. Ara bé, per a prestar aquests serveis haurem de realitzar nombroses activitats. Per a això assenyalem la importància de no confondre les activitats amb el servei. Ho anirem veient.

La importància de saber aplicar les diferents definicions cada vegada té més relleu. La proliferació de conceptes en l'àmbit de la gestió dels serveis sanitaris, sia en l'esfera de la medicina, o de la infermeria, o del treball social sanitari, genera la necessitat d'aclarir la seva aplicació des de la disciplina que correspongui a la realitat a la pràctica assistencial de la disciplina en qüestió. Per exemple, qualsevol professional es veurà en la necessitat de realitzar una entrevista a la persona malalta, però si per una part ha de garantir les coordenades de tota entrevista, els continguts de l'entrevista s'han de subscriure al que li requereix la seva disciplina i professió. L'entrevista mèdica és diferent de l'entrevista d'infermeria i de la de treball social sanitari. Això preserva els principis i valors d'aquesta disciplina i la distingeix de les altres. Per això, en aquest mòdul emfatitzem que estem definint els procediments i protocols de treball social sanitari, els processos dels serveis de treball social sanitari i com denominem aquests serveis els indicadors de treball social sanitari.

Recordem ara una de les definicions de *ciència*. El *Dictionary of Public Health* (diccionari Oxford) diu el següent:

«Una manera d'examinar, explicar, reflexionar i predir els fenòmens naturals que fa servir l'observació sistemàtica, l'experimentació i la inferència lògica per a formular i provar hipòtesis amb la finalitat d'establir, ampliar i confirmar el coneixement i les lleis de la naturalesa. La ciència avança mitjançant una conjectura o intuïció, hipòtesi, refutació de les deduccions a partir d'hipòtesis prèvies i imperfectes, i finalment la verificació d'hipòtesis per inducció. De vegades, la ciència experimenta un canvi de paradigmes i les lleis anteriors queden anul·lades pels nous descobriments».

Obrim un parèntesi breu per demanar-nos de què parlem quan parlem de *treball social sanitari*. La resposta és una: d'ajuda. Què motiva la nostra intervenció, però? La malaltia? Circumstàncies de precarietat social i carència associ-

ades a la malaltia? Altres causes? Les demandes d'ajuda que rebem de les persones, dels altres professionals, són procedents, considerant la naturalesa del treball social sanitari? O per contra es produeix una desviació entre aquesta petició i la que és la nostra responsabilitat com a treballadors socials sanitaris? Les respostes a totes aquestes qüestions les trobem quan comencem a treballar amb procediments i protocols, quan tenim definits els serveis principals i els processos d'aquests serveis, quan establim indicadors bàsics que ens permeten d'observar tendències. Tanquem el parèntesi.

Avui dia, però, podem fer les afirmacions següents. L'ajuda des del treball social sanitari es caracteritza pels punts següents:

- Segueix el mètode científic, i amb això diem que fem una observació i recerca dels fets. Formulem hipòtesis. Estudiem les circumstàncies i els factors que hi estan associats. Elaborem un diagnòstic social sanitari o pre-diagnòstic. Proposem un pla de tractament. I recordem que no hem de confondre que una professió segueixi el mètode científic amb el fet que sigui una ciència exacta.

- Segueix teories del treball social (sanitari). Recordem de quina manera es refereix a aquestes teories Malcolm Payne:

«El cos de pensament que aporta una descripció organitzada i explicada de les propostes i els continguts del treball social, tots dos, com a fenomen social i com a activitat».

Robert L. Barber les defineix de la manera següent:

«Grup d'hipòtesis, conceptes i constructes, basats en fets i observacions que miren d'explicar un fenomen particular».

- Segueix els principis i valors del treball social (sanitari). En la *Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (2009), Chris Clark assenyala els valors següents, que són els clàssics, si bé estan una mica més elaborats:
  - El valor i la singularitat de cada persona.
  - El dret a la justícia.
  - La reivindicació de la llibertat.
  - L'essencialitat de la comunitat.
- Es dona sota els auspicis d'un marc legal. Actualment, com hem assenyalat en altres ocasions:
  - 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.

- La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

**Lectures recomanades**

**M. Payne** (2009). «Social work theory». A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 332-334). Oxford (Regne Unit): Blackwell Publishing.

**R. L. Barker** (2003). *The Social Work Dictionary* (pàg. 434). Washington: NASW Press.

**C. Clark** (2009). «Values in social work». A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 360-362). Oxford (Regne Unit): Blackwell Publishing.

## 1. El treball social sanitari en les organitzacions sanitàries: justificació i funcions

El treball social sanitari s'exerceix gairebé sempre en el moment en què els «síntomes socials», els indicadors de risc, prenen forma. Quan ja són presents i són identificables.

La presència d'un indicador de risc o d'uns quants no implica que hi hagi problemes que requereixin intervencions professionals, però són els equips de treball social sanitari els qui ho han de determinar per exemple mitjançant una tècnica mèdica però molt efectiva i que sigui extrapolable a altres camps: es tracta d'un *screening* de treball social sanitari.

Definim ara el concepte de *risc*. *Risc* no és sinònim de *problema*. L'OMS, en l'informe anual del 2002 sobre la salut al món, el va definir de la manera següent:

«La probabilitat d'un resultat advers, o un factor que augmenta aquesta probabilitat. Per a protegir la població –i ajudar-la a protegir-se a ella mateixa– els governs han de poder avaluar els riscos i triar les intervencions que tinguin una relació cost-eficàcia més bona i siguin més assequibles per a evitar que es produeixin aquests riscos».

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo*.

Així, davant el risc, s'ha de descartar l'existència del problema real o identificar-ne i diagnosticar-ne la presència. Per a això tenim una eina, el cribratge (*screening*) social. Serveix per a classificar la població d'una àrea o establiment distingint les persones que compleixen els indicadors de risc de les que no ho fan. Una vegada fet el cribratge, si es determina que hi ha problemes socials o psicosocials cal fixar dins de quin procediment o protocol de treball social sanitari operatiu a la unitat s'ha d'atendre la persona. Aquesta intervenció es duu a terme a partir del mètode de treball social de casos (*casework*), s'obre un parèntesi per a assenyalar que en el *casework* es manifesta la clínica per excel·lència. Si bé sempre hi estarà implicada la família.

Hem esmentat el concepte de *cribratge*. Segons l'OMS, l'objectiu d'un cribratge és el següent:

«La identificació de possibles individus afectats per una malaltia, la qual podríem classificar com a característica, que fins a aquell moment ha passat desapercebuda, emprant un test o qualsevol altra prova diagnòstica d'aplicació senzilla. Aquestes proves no proporcionen un diagnòstic definitiu, però sí que permeten de distingir entre persones amb risc probable i persones sense risc probable».

La presència d'indicadors de risc implica accions preventives, i els possibles problemes els considerem com a probables. En molts aspectes depèn de l'evolució de la malaltia.

Està acceptat àmpliament que quan una persona està malalta es produeix una ruptura en les seves xarxes socials, laborals, afectives. La malaltia sempre trenca la dinàmica personal i social de les persones que la pateixen i, en un grau diferent, la dels membres de la seva família. Parlem dels membres perquè cadascun viu de manera diferent la malaltia del seu parent, i hem de saber quina percepció en tenen cadascun. Aquesta ruptura es fa més palesa i és més important quan l'atenció requereix l'estructura hospitalària, que indica la separació de les persones de casa seva.

Aquesta ruptura és temporal o indefinida, segons el tipus de malaltia i les seqüeles que se'n deriven, segons els recursos psíquics propis i el suport social de cada persona, segons la capacitat de cadascuna per a recuperar-se dels esdeveniments vitals o d'afrontar-los.

Fa anys que disposem d'un terme que il·lustra aquest fenomen: *resiliència* (*resilience*).

Lluny de privar els malalts i els seus familiars de les emocions que sorgeixen, els deixem que les visquin perquè són necessàries per a la continuació. Solament intervenim en cas que es doni clarament una desproporció entre la realitat existent (la gravetat del diagnòstic mèdic, l'actitud desmesurada de la família per excés o per defecte, la percepció desviada de la persona malalta, les necessitats d'atenció, les limitacions posteriors, etc.) i l'emoció (terror, por, tristesa, negació, rebuig, desinterès, afrontament, optimisme, etc.). El que evita el treball social sanitari és que les persones es quedin atrapades en elles mateixes, que es desviïn del camí de recuperar-se, que aquestes emocions paralitzin l'evolució del dol. Que els impedeixin de gestionar la seva nova quotidianitat en qualsevol esfera social.

Si l'hospitalització és el moment més greu, i des del punt de vista psíquic, més agressiu, el diagnòstic social sanitari avala els serveis que cal prestar per a aconseguir els objectius terapèutics. Amb tota seguretat que el cas social sanitari tindrà continuïtat en la unitat de treball social sanitari d'atenció primària sanitària. En algunes ocasions, després de l'hospitalització, hi haurà altres equips sanitaris i socials que es veuran compromesos en el seguiment psico-social. Per tant, un primer punt és que el cas social sanitari, quan hagi passat la primera porta d'entrada, sovint bascularà entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada.

Aquesta ruptura, el sorgiment de noves necessitats temporals o indefinides, la major part de les vegades es pot resoldre amb mitjans propis. Quan estudiem aquesta variable en el nostre establiment (no és extrapolable d'un centre a un altre), ens trobem que la família assumeix la majoria de les noves responsabilitats. A continuació es mostren alguns resultats obtinguts dins del procediment de treball social sanitari del programa de planificació de l'alta. Malgrat els anys transcorreguts, aquesta informació segueix essent novedosa perquè no s'han

#### Lectura complementària

R. Fitzpatrick i altres (1990). *La enfermedad como experiencia*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica.

#### Lectura complementària

A. Siebert (2007). *La resiliencia*. Barcelona: Alianza Optimiza.

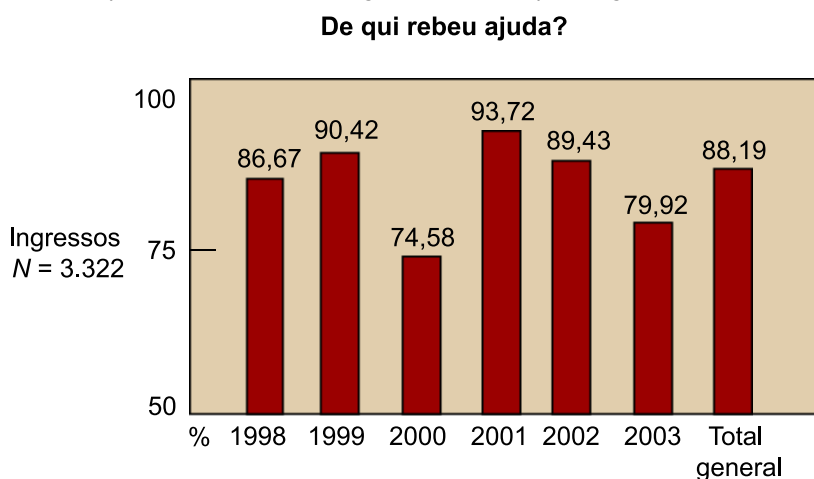
tornat a publicar resultats en aquesta línia. És important veure l'evolució i comprendre la responsabilitat que la unitat de treball social sanitari adquireix en la promoció de nous programes i recursos.

Taula 1. Suport familiar dels malalts ingressats en un hospital d'aguts

De qui rebeu ajuda?	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	Total general %
De ningú	10,00	8,30	19,49	4,04	8,81	13,80	8,98
De la família	86,67	90,42	74,58	93,72	89,43	79,92	88,19
De serveis privats	3,33	1,28	4,24	1,12	1,1	2,51	1,69
De serveis públics			1,69	1,12	0,66	3,77	1,14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Font: Virxe da Xunqueira (Cee). Unitat de treball social sanitari (2003)

Gràfic 1. Suport familiar dels malalts ingressats en un hospital d'aguts



Font: Virxe da Xunqueira (Cee). Unitat de treball social sanitari (2003)

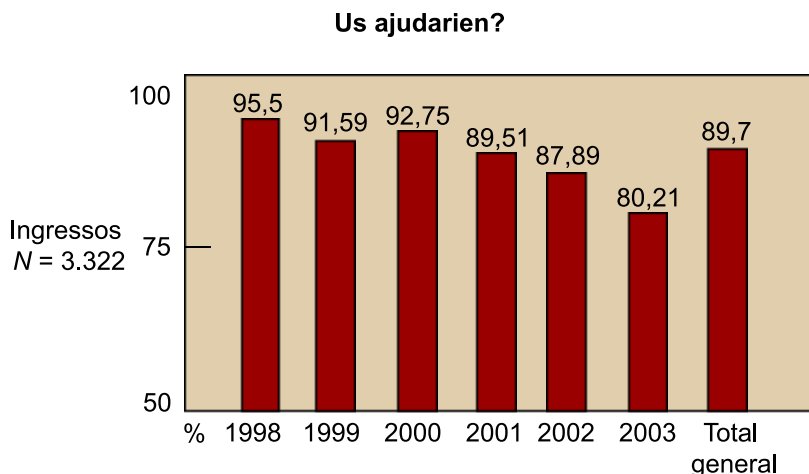
Veiem que la mitjana dels sis anys dona un suport familiar dels malalts, segons les seves pròpies respostes, del 88,19%. Centrem l'atenció sobre l'1,14% que diu que rep ajuda dels serveis públics i l'1,69% que diu que en rep dels serveis privats. Insistim que aquestes variables no són extrapolables, però ben segur que estan disponibles en els serveis de treball social dels hospitals.

Si analitzem, però, la tendència i la percepció de tenir algú en cas de necessitar ajuda, també veiem que el suport familiar es va reduint.

Taula 2. Percepció de tenir ajuda en cas de necessitar-la

Us ajudarien?	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	Total general %
Sí	95,50	91,59	92,75	89,51	87,89	80,21	89,70

Gràfic 2. Percepció de tenir ajuda en cas de necessitar-la



Font: Virxe da Xunqueira (Cee). Unitat de treball social sanitari (2003)

Amb aquestes dues taules i aquests dos gràfics posem en relleu la importància de la informació, dels sistemes d'informació i d'analitzar-los en la projecció de les accions futures i l'adaptació progressiva d'aquestes accions a les noves realitats que es manifesten a poc a poc però sense dilació. En paral·lel, però, aquest seguiment de les tendències de les variables d'estudi s'ha pogut fer perquè la unitat de treball social sanitari aplicava un procediment general d'intervenció, en aquest cas el procediment del treball social sanitari del programa de la planificació de l'alta, que desenvoluparem en el mòdul següent i veurem en altres parts del màster. El gran valor del treball social sanitari és, d'una banda, la mateixa atenció dels casos particulars i, de l'altra, la recerca dels grups de població atesos com a generadora d'importants arguments i justificacions de nous programes. Afegim en aquest punt que l'exemple anterior ha estat possible perquè la intervenció des del treball social sanitari va seguir el procediment del Programa de la planificació de l'alta hospitalària, la qual cosa garantia la mateixa metodologia en la detecció i en la intervenció. Aquest seguiment del procediment és el que ha permès de fer el càlcul continuat i validar quantitativament un sentiment progressiu de falta de suport.

Com es veu en els gràfics de més amunt, pot passar, i de fet passa, encara que en valors mínims, que facin falta suports i orientacions, suports professionals externs i especialitzats. El treball social sanitari al segle XXI, i gràcies a les tecnologies de la informació, cada vegada recuperarà més aquest espai en què la informació de què disposa i que aporta és vital per a la gestió biopsicosocial dels establiments sanitaris.

És cert que les persones no acudeixen a l'hospital o als centres de salut per solucionar els seus problemes psicosocials, encara que en tinguin. Hi van perquè estan malaltes i la seva malaltia s'ha de diagnosticar, necessiten un tractament mèdic que es pot donar en l'àmbit de l'atenció primària, o quan aquest àmbit no el pot resoldre, acudeixen a l'hospital o a un centre d'especialitats.



Aquest punt és un requisit i un principi. Tanmateix, dit això, no podem deixar de banda els problemes socials que poden haver propiciat la malaltia, els problemes que la malaltia revifa o els problemes que genera la malaltia mateixa.

La realitat social de les persones, les malaltes i les de la seva família, positivament o negativament, condicionen la convalescència, la recuperació i la reinserció. La malaltia no és l'estat natural de cap ésser humà, però el seu pas pel sistema sanitari, a mesura que aquest sistema amplia el corollari assistencial, també és preventiu. La transformació social s'esdevé lentament, i quan l'àmbit social s'ha de transformar, per exemple dins un procediment de treball social de cas, també ho fa a poc a poc. Requereix altres procediments, altres temps, i es mesura per altres indicadors diferents dels sanitaris.

Quan parlem de *treball social de casos* aprofundirem en aquest mètode. Partirem de la base teòrica elaborada per Mary E. Richmond, ampliada per autores posteriors i esmentada el 1923 per Gordon Hamilton, la qual, en una conferència també del 1923, deia el següent:

«La senyora Richmond diu que “el treball social de casos (*case work*) consisteix en els processos que desenvolupen la personalitat mitjançant ajustos efectuats deliberadament, individu a individu, entre homes i el seu ambient social”».

**G. Hamilton** (1923). «Progress in social case work. Some changes in social case work». A: *National Conference on Social Welfare*.

El 1931, en el mateix fòrum, Hamilton preveia una visió clau per al treball social sanitari a l'hospital i explicava el següent:

«En el treball social hospitalari, el treball social de casos ha d'estar condicionat per tots els punts del problema mèdic. Què és el que en la situació social i personal del pacient ha contribuït a la seva malaltia o pot contribuir a la seva recuperació?».

**G. Hamilton** (1931). «Refocusing family case work». A: *National Conference on Social Welfare*.

Per tant, un element essencial de comprendre és que cada cas social sanitari és únic, com ho són les proporcions de les realitats viscudes per cada membre que l'integra. Cada treballador social sanitari, amb el seu diagnòstic, estudia com penetren aquestes vivències en les diferents realitats, com s'influencien, com es potencien o es neutralitzen. Arribats aquí, però, no podem deixar de banda que el diagnòstic social sanitari és part de qualsevol procediment o protocol de treball social sanitari. Per tant, si parlem de *diagnòstic social sanitari* –també el desenvoluparem àmpliament en un altre mòdul–, assumim que estem aplicant algun o altre procediment de treball social sanitari perquè per a elaborar aquest diagnòstic social es requereix abans un estudi i implica que aplicarem un tractament i prestarem uns serveis.

Si atenem les recomanacions de l'OMS, veiem que l'atenció a la persona no es pot reduir a la intervenció sobre la dolència, sobretot en determinades patologies. L'atenció als malalts també es globalitza naturalment. Així, en paral·lel a l'acció sanitària, des del principi, quan siguin presents els indicadors de risc

### Lectures complementàries

**B. Halpin** (2003). *Al lado de Kirsten*. Barcelona: Grijalbo.

**M. E. Woods; F. Hollis** (2000). *Casework, a Psycho-social Therapy*. Boston: McGraw-Hill.

definit, cada professional del treball social sanitari responsable ha d'estudiar la persona, la seva família i la seva xarxa social. Per a això, però, ha de seguir procediments o protocols. La hipòtesi comuna que es fa servir, com hem esmentat, és que aquesta última donarà el suport i la continuïtat al domicili a les indicacions terapèutiques que necessiti la persona malalta.

Per a això, de vegades tindrà suports de l'atenció primària sanitària o dels serveis socials, i de vegades estarà sola amb la família o la xarxa social. En qualsevol cas, però, això forma part del diagnòstic social sanitari, és a dir, veure les possibilitats materials, psíquiques, físiques, de prestar aquest suport.

### **1.1. El treball social en l'Organització Mundial de la Salut**

L'OMS ofereix informació sobre el treball o assistència social en diferents documents. En l'informe epidemiològic sobre la vellesa emès el 1984 exposa el següent:

«L'assistència sanitària és una part vital però, sovint, petita del suport de la gent gran. Per descomptat és impossible de descriure totes les formes de suport i polítiques socials en un paràgraf o dos. Malgrat això, la importància que té per a la salut és tan gran que resulta indispensable una referència breu. Els serveis socials, fins i tot quan donen nivells molt baixos d'assistència, poden ajudar a sostenir la persona gran en la comunitat i permeten a les famílies d'espavilar-se, i així evitar o almenys retardar el col·lapse total, la pèrdua de l'autonomia i la necessitat de l'atenció institucional [...]. A la majoria dels països, els serveis de salut i els socials s'han organitzat en paral·lel, amb poca imbricació [...]. Els serveis socials faciliten atenció i suport quan la família i l'individu no ho poden fer per ells mateixos: els falta l'imperatiu terapèutic de la medicina».

*Organización Mundial de la Salud (1984). Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*

Es tracta d'un text que dona suport al treball social sanitari a l'hospital i que ja el 1984 alertava del problema tan present de la descoordinació entre serveis socials i sanitaris.

### **1.2. La transformació del sistema sanitari en el seu funcionament i en el seu entorn**

Les circumstàncies principals que han canviat l'entorn i el contingut del treball social sanitari es poden resumir en tres:

- D'una banda, els nous models de direcció i gerència basats en la gestió clínica i la gestió per processos sanitaris, la introducció de la comptabilitat analítica, els avenços tecnològics en totes les especialitats mèdiques, els avenços farmacològics, etc.
- De l'altra, i en paral·lel, els canvis en les estructures familiars o les xarxes socials de suport, la progressiva institucionalització social, etc. El creixement de la demanda de suports. Tot això provoca situacions noves que cal

que el treball social sanitari diagnostiqui i per a les quals ha de presentar propostes.

- La progressiva digitalització de tasques i la creixent creació i utilització de plataformes de salut en línia.

Les realitats socials es transformen i els fets modifiquen l'impacte que tenen sobre la percepció de les persones, i per tant el treball social sanitari ha d'adoptar sistemes de gestió de l'atenció i de la millora de l'organització del servei, que no s'ha de confondre amb el coneixement i les teories del treball social sanitari. Ens centrem en la identificació de les necessitats i la canalització de les respostes, la millora dels sistemes d'informació, la modernització de les fórmules d'avaluació i comunicació, l'auditoria de l'organització i els instruments de treball i, sobretot, l'avaluació empírica, que és una eina eficaç i potent per a retroalimentar el servei mateix i l'organització sanitària i, per tant, reorganitzar l'assistència de tal manera que es propiciï el màxim confort.

El treball social sanitari recolza en bases teòriques com el mètode de treball social de casos, el citat casework, el mètode de treball social de grup, el mètode de treball social comunitari i el mètode del treball social amb la família.

#### **Lectures complementàries**

Per a ampliar la informació sobre el mètode de treball social de casos consulteu l'obra següent:

**M. E. Woods; F. Hollis** (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy*. Boston: McGraw-Hill.

Per a ampliar la informació sobre el mètode de treball social de grup consulteu l'obra següent:

**M. A. Rocabayera; P. Rodríguez** (2003). «La atención grupal en el ámbito de la atención primaria de salud». *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 64, pàg. 113-117).

Per a ampliar la informació sobre el mètode de treball social comunitari consulteu l'obra següent:

**M. E. Richmond** (1910). «Families and neighborhoods». *A: Report of the Committee. Official Proceedings of the Annual Meeting*.

Per a ampliar la informació sobre el mètode de treball social amb la família consulteu l'obra següent:

**E. Pérez** (1999). *Trabajando con familias. Teoría y práctica*. Saragossa: Certeza.

### **1.3. Les magnituds de la narrativa**

El gran quid. No hem de passar per alt, quan parlem de la falta de mitjans i recursos per a complementar el tractament social des del sistema sanitari, la necessitat de poder establir quantitativament les places necessàries per a respondre eficientment a les necessitats de les persones ateses i les característiques de la seva tipologia de suport.

**Exemple**

Hauríem de poder completar la fórmula següent:

La unitat de treball social sanitari de *A*, l'establiment del qual atén *X* milers de persones l'any, de les quals *Y* són de població de risc, genera una demanda de recursos de suport postalta de *Z* places. D'aquestes places, *W* queden ateses pels serveis socials públics, *V* pels serveis socials privats i *S* no reben cap més atenció que la de la família. Per tant, això es tradueix en el fet que cada any farien falta *A* places de llarga estada, *B* places d'atenció a domicili, *C* de centre de dia, etc.

Avui disposem de mitjans i eines que permeten de substituir la narrativitat per allò empíric i quantitatiu. Quan parlem de places parlem de nombres, hem de precisar i evitar els termes abstractes. Aquesta informació permet a la direcció de cada establiment de gestionar sobre les necessitats reals i no pas sobre el que s'opina. Hem d'emfatitzar l'àmbit local, que és l'espai que acull les persones. Tot això permet d'establir un sistema natural de seguiment de la població en situació de risc.

Els problemes psicosocials generats per la malaltia hi són presents en molts casos atesos en el sistema sanitari. El treball social sanitari ha de posar al servei de la millor gestió totes les eines orientades a facilitar la identificació, diagnòstic i intervenció, el mesurament de l'eficiència, interna i externa, i alhora a relacionar-la amb possibles causes, també internes i externes, d'ineficiència. Com a agents de canvi, ens hem de mostrar actius en aquest àmbit de la promoció dels recursos propis de les persones i de les administracions.

## 2. El treball social sanitari en el Sistema Nacional de Salut

Les institucions, si bé amb la seva organització ofereixen una estabilitat als sistemes que acullen, cal veure-les en clau d'organització temporal. L'evolució i transformació de les dinàmiques socials del sistema sanitari són, cada vegada més, realitats eventuais. Per tant, en aquest apartat ens centrarem en l'organització sobre la qual pivota la unitat de treball social sanitari per actuar d'acord amb l'organització superior a què pertany, que és el Sistema Nacional de Salut. És imprescindible de veure quatre moments dels darrers vint-i-tres anys, des de l'aprovació de la Llei general de sanitat el 1986.

- El primer moment clau va ser l'assenyalat: l'aprovació de la Llei general de sanitat 14/1986, de 25 d'abril.
- El segon moment important va ser l'aprovació del Reial decret 63/1995, de 20 gener, publicat en el *Butlletí Oficial de l'Estat* (BOE) el 10 febrer de 1995 (núm. 35, pàg. 4538). S'hi desplegava l'ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut, a les quals llavors es va anomenar *modalitats*.
- El tercer moment clau en el desenvolupament del Sistema Nacional de Salut va ser l'aprovació de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat, l'article 7.1 de la qual introdueix el terme *catàleg de prestacions* i l'article 8 el de *cartera de serveis* del Sistema Nacional de Salut.
- El darrer moment clau d'aquesta cronologia del desenvolupament del Sistema Nacional de Salut dels darrers anys 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.

Les transferències van ser, sens dubte, el moment en què naixia el Sistema Nacional de Salut actual. En ordre cronològic, tenim els reials decrets següents:

Taula 3. Cronologia de les transferències sanitàries a Espanya

<b>Catalunya</b>	Reial decret 1517/1981, de 8 de juliol
<b>Andalusia</b>	Reial decret 400/1984, de 22 de febrer
<b>País Basc</b>	Reial decret 1536/1984, de 6 de novembre
<b>País Valencià</b>	Reial decret 1612/1987, de 27 de novembre
<b>Navarra</b>	Reial decret 1680/1990, de 28 de desembre
<b>Galícia</b>	Reial decret 1679/1990, de 28 de desembre

<b>Canàries</b>	Reial decret 446/1994, d'11 de març
<b>Astúries</b>	Reial decret 1471/2001, de 27 de desembre
<b>Cantàbria</b>	Reial decret 1472/2001, de 27 de desembre
<b>La Rioja</b>	Reial decret 1473/2001, de 27 de desembre
<b>Múrcia</b>	Reial decret 1474/2001, de 27 de desembre
<b>Aragó</b>	Reial decret 1475/2001, de 27 de desembre
<b>Castella - la Manxa</b>	Reial decret 1476/2001, de 27 de desembre
<b>Extremadura</b>	Reial decret 1477/2001, de 27 de desembre
<b>Illes Balears</b>	Reial decret 1478/2001, de 27 de desembre
<b>Madrid</b>	Reial decret 1479/2001, de 27 de desembre
<b>Castella i Lleó</b>	Reial decret 1480/2001, de 27 de desembre

Font: Sistema Nacional de Salud (2008). *Informe anual*

En l'informe del Sistema Nacional de Salud publicat el 2008 s'hi inscriuen les línies generals i l'organització.

«El conjunt de serveis que l'SNS ofereix als ciutadans inclou activitats preventives, diagnòstiques, terapèutiques, rehabilitadores i de promoció i manteniment de la salut. La cartera de serveis bàsica està continguda en la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut».

**Sistema Nacional de Salud (2008).** *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Els àmbits d'actuació són els següents:

- Salut pública.
- Atenció primària.
- Atenció especialitzada.
- Atenció d'urgència.
- Prestació farmacèutica.
- Prestació ortoprotètica.
- Productes dietètics.
- Assistència sanitària el pagament de la qual s'ha de reclamar a tercers.
- Serveis d'informació i documentació sanitària.
- Cartera de serveis complementària de les comunitats autònomes.
- Cartera de serveis de les mutualitats.

## 2.1. Salut pública

«Iniciatives organitzades per les administracions públiques per a preservar, protegir i promoure la salut de la població. Està orientada, d'una banda, al disseny i la implantació de polítiques de salut i, de l'altra, al ciutadà».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La salut pública congrega un gran nombre d'especialitats: medicina preventiva, epidemiologia, demografia, estadística, enginyeria, biologia, veterinària, economia, farmàcia, antropologia, pedagogia, etc.

El treball social sanitari en salut pública recolza en l'estudi, el diagnòstic i el pla de treball per a posar en pràctica programes preventius. La salut pública engloba tant l'atenció especialitzada com l'atenció primària. Així, el treball social sanitari en salut pública se centra en els punts següents:

- La **planificació d'accions preventives** en àrees concretes, en l'àmbit educatiu sobre realitats mòrbides. Per exemple, la creació d'espais per a l'educació a la família i als nens per a evitar l'obesitat infantil, l'atenció a grans dependents, la formació de cuidadors per a mobilitzar malalts que pesen molt o la promoció d'activitats conjuntes de suport psicosocial per al seguiment de determinades conductes.
- El **disseny d'estratègies** que ajudin a **difondre** els programes de salut pública que hi ha.
- La **inclusió de la mirada social** en els continguts dels documents oficials estratègics amb l'objectiu de reforçar l'àmbit social com el pilar que ho sosté tot.
- La **identificació de noves realitats** sobre les quals es poden fer intervencions comunitàries. Realitats deduïdes a partir de les descripcions del present i fruit de recerques específiques dins el treball social, en aquest cas no solament el sanitari.
- Altres que requereixi la mateixa evolució de la societat.

Els equips de treball social sanitari identifiquen poblacions amb hàbits, conductes, entorns ambientals i realitats circumstancials molt pròxims al risc.

Les seves propostes recolzen en recerques àmplies per a confirmar o rebutjar les hipòtesis creades. Les noves realitats socials de risc social sanitari obren noves dimensions a la intervenció dels equips de treball social sanitari en l'àmbit específic de la prevenció i l'educació en salut pública. La seva intervenció se sustenta en la demografia i l'economia i actua amb els professionals de medicina preventiva i d'epidemiologia. Els equips de treball social sanitari d'altres àmbits són una gran font d'informació, i poden informar els titulars en salut

pública de noves realitats de risc detectades a partir de l'anàlisi periòdica de la seva activitat. Poden promoure estudis de diversa índole: les causes socials dels reingressos hospitalaris, de l'incompliment terapèutic, de l'absentisme en el seguiment mèdic, la claudicació familiar, l'increment de les addiccions, etc.

En aquest àmbit, la unitat de treball social sanitari ha de comunicar a altres unitats de treball social sanitari i d'altres àmbits dels serveis socials els convenis de col·laboració nacionals o internacionals. El treball social sanitari en salut pública és un aliat natural dels treballadors socials d'altres àmbits del sistema sanitari i dels serveis socials quan fruit de la seva feina de recerca detecten dèficits i problemes en grups de població ja atesos. La seva intervenció, sempre amb l'objectiu de la prevenció, s'ha de dur a terme d'acord amb l'atenció primària o l'atenció especialitzada.

## 2.2. Atenció primària

«En aquest àmbit assistencial es concentren la major part d'activitats de promoció de la salut, educació sanitària, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, manteniment i recuperació de la salut, rehabilitació i treball social».

**Sistema Nacional de Salut** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

L'atenció primària sanitària per al treball social sanitari és l'àmbit en què les accions professionals s'expressen amb més impacte per a benefici de la població. L'organització de la unitat de treball social sanitari ha de dur a terme els projectes d'atenció i de prevenció partint de les mateixes línies de treball sobre els col·lectius de població que vagi desenvolupant el Ministeri de Sanitat de cada país. A Espanya, el document esmentat sobre el Sistema Nacional de Salut assenyala els col·lectius de població següents:

- Atenció a l'adolescència.
- Atenció a la dona.
- Atenció a la infància.
- Atenció a l'adult i grups de risc i pacients crònics.
- Atenció a la gent gran.
- Atenció i detecció de la violència de gènere i maltractaments.
- Atenció a la salut bucodental.
- Atenció al pacient terminal.
- Atenció a la salut mental.



Una vegada assenyalats els col·lectius de població, podem assenyalar uns procediments bàsics de treball social sanitari en cada un dels col·lectius. Si bé s'utilitza el concepte de «procediment», en alguns col·lectius, per l'especificitat, és igualment adequat utilitzar el de «protocol» a causa del seu context, com es veurà més endavant.

- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció a l'adolescència.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció a la dona.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció a la infància.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció a l'adult i als grups de risc i pacients crònics.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció a les persones grans.
- Protocol de treball social sanitari per a l'atenció i detecció de la violència de gènere i dels maltractaments.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció a la salut bucodental.
- Protocol de treball social sanitari per a l'atenció al pacient terminal.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció a la salut mental.

Tots aquests procediments, a mesura que es vagin recopilant dades i s'analitzin, podran donar lloc a protocols de treball social sanitari més específics.

La unitat de treball social sanitari en l'atenció primària sanitària potencia els aspectes positius i sans de les persones i les famílies prioritzant l'àmbit comunitari. En la tasca assistencial, de vegades recolza en prestacions dels serveis socials o les gestiona donant continuïtat al tractament social començat en l'atenció especialitzada.

Al costat dels equips de treball social sanitari de l'atenció especialitzada estableix protocols administratius (en aquest cas no són exclusius del treball social sanitari) de coordinació i derivació. L'objectiu és la màxima integració entre tots dos àmbits. L'exercici integrat permet de tenir més garantia en el seguiment dels casos que provenen de l'atenció especialitzada sense haver de repetir determinades tasques per a garantir el seguiment.

D'aquesta manera evita duplicitats, i així optimitza el treball professional i el cansament de les persones que són sotmeses a les mateixes preguntes una vegada i una altra. La integració de la primària sanitària amb l'especialitzada sanitària en determinats procediments, com ara el de la planificació de l'alta sanitària, contribuiria a evitar, per exemple, reingressos per falta de suports postalta.

En una recerca feta el 1992 es posava de manifest que un 48% de les persones ateses dins el procediment de treball social sanitari del Programa de la planificació de l'alta hospitalària reingressava al cap d'uns quants dies o unes quantes setmanes. Cal assenyalar que, aleshores, no hi havia gens de relació entre tots dos sistemes.

En la III Trobada Intercol·legial d'Experts de la Salut, organitzada pel Consell General de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials, celebrada a Madrid el 12 de novembre de 2005, sota el guiatge d'Amaya Ituarte, es va arribar a la conclusió que en l'atenció primària de salut calia que les unitats de treball social sanitari assolissin les responsabilitats següents:

- «Valorar els aspectes psicosocials que incideixen en la salut i en el benestar de les persones i de la comunitat.
- Orientar les persones perquè accedeixin a serveis o prestacions concrets. La tasca dels treballadors socials no consisteix a buscar els serveis o les prestacions, sinó a orientar les persones en la cerca. El fet de limitar la intervenció del treballador social a això és reduir-li el potencial com a agent promotor de la salut.
- Fer interconsultes amb altres professionals sobre les implicacions dels factors psicosocials en la salut i el benestar. El treballador social d'atenció primària de salut és consultor i consultant dels altres membres de l'equip. Hi comparteix els aspectes psicosocials que incideixen en les situacions de malaltia, sia com a provocadors, sia com a conseqüències, sia finalment com a factors que agreugen o dificulten aquestes situacions de malaltia.
- Prestar assistència psicosocial i psicoterapèutica (individual, familiar, grupal)».

Material de treball de la III Trobada Intercol·legial de Sanitat del Consell General de Diplomats en Treball Social (Madrid, 2005).

### 2.3. Atenció especialitzada

«L'atenció especialitzada comprèn les activitats assistencials, diagnòstiques, terapèutiques i de rehabilitació i cures, a més de les de promoció de la salut, educació sanitària i prevenció de la malaltia, la naturalesa de les quals fa aconsellar que es duguin a terme en aquest àmbit. L'atenció especialitzada garanteix la continuïtat de l'atenció integral al pacient, una vegada superades les possibilitats de l'atenció primària i en coordinació amb aquesta atenció primària».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Com mostra el paràgraf anterior, l'atenció especialitzada pren el protagonisme, gairebé sempre davant situacions crítiques i agudes. Això s'esdevé quan es produeix l'agudització d'algun procés clínic que no es pot tractar en l'atenció primària, una emergència o accident, quan cal fer proves que requereixen una preparació especial, cirurgies ambulatòries, etc. De la mateixa manera que en l'atenció primària s'esmenten poblacions, en aquest cas es dona per descomptat que les poblacions són les mateixes, però la prioritat la tenen la malaltia i l'àrea on té lloc el procés clínic.

#### Lectura complementària

**D. Colom** (1992). *Els serveis socials i el treball social: elements bàsics per a la prevenció de la salut*. Recerca financada per la Direcció General d'Afers Socials, dins el Programa de recerca, assistència tècnica i formació.

«L'atenció especialitzada comprèn l'assistència especialitzada en consultes, en hospital de dia, mèdic i quirúrgic, l'hospitalització en règim d'internament, el suport a l'atenció primària en l'alta precoç i hospitalització a domicili, l'atenció pal·liativa a malalts terminals, l'atenció a la salut mental i la rehabilitació en pacients amb dèficit funcional».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Per tant, la unitat de treball social sanitari té identificada la població amb els mateixos paràmetres que l'organització sanitària, i tot plegat perquè el resultat de les seves recerques es pugui agregar a l'àmbit més general. Com que treballa en molts casos sobre la mateixa població, la seqüència i continuïtat assistencial entre els dos àmbits justifica que es comparteixi, a més d'instruments i eines de treball social sanitari, informació. Les tecnologies permeten de compartir bases de dades.

La unitat de treball social sanitari en l'atenció especialitzada gestiona aquest moment puntual de particular pressió psicosocial que és l'ingrés hospitalari, la prova diagnòstica, el postoperatori domiciliari en el vessant social. Per això se centra a detectar i analitzar les variables socials que incideixen en el benestar de la persona i la seva família durant l'hospitalització i, partint del diagnòstic social sanitari, projecta els suports després de l'alta, al domicili. Intervé, sobretot, en les dificultats socials sobrevingudes, o importants, arran d'una malaltia aguda o de la descompensació d'una malaltia crònica.

Considera la gravetat de la malaltia i el suport social necessari al domicili valorant les possibilitats del nucli familiar de prestar-lo. Estudia, d'una banda, la percepció de la persona, l'autodiagnòstic, i, de l'altra, les xarxes socials més pròximes que té. Treballa amb aquestes xarxes i sobre aquestes xarxes per evitar 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 quan deixi l'hospital.

A més, 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 durant l'ingrés, identificant els serveis més necessaris dins l'àrea sanitària.

Cada unitat de treball social sanitari a l'hospital ha de disposar de la informació dels casos socials que segueixen un tractament al centre de salut després de l'alta i els seus treballadors socials han d'establir vies comunes de treball.

## 2.4. Atenció d'urgència

«Es dispensa en els casos en què cal atendre el pacient de manera immediata. Es fa tant dins com fora dels centres sanitaris (domicili del pacient, *in situ*, dia i nit). La poden prestar l'atenció primària, l'especialitzada o els serveis especialment dedicats a aquesta atenció urgent».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

El camp de les urgències és ampli, però amb unes variables segures: la por, la incertesa, el dolor i el patiment es manifesten en diferents graus d'intensitat, gravetat i quantitat. La inseguretat immediata pren el protagonisme i la paraula. Es produeix un moment de col·lapse vital en què aquella urgència, greu o menys greu, copa tot l'àmbit existencial i el domèstic, que es veu trastornat. El desconcert i la confusió acompanyen nombrosos casos atesos a urgències, i de vegades la desesperació i el descontrol dominen sobretot els acompanyants.

A part de l'òbvia importància de l'atenció sanitària de l'afectat a urgències, és crucial el suport en l'àmbit social i emocional de la família o dels acompanyants. El treballador social sanitari, ell o ella, en la urgència es pot avançar, gràcies a la perícia i l'entrenament, a les situacions que se solen repetir en la majoria dels casos. Cal distingir entre l'afectat, el qui pateix, i els seus acompanyants o familiars directes de l'exterior. El sentiment d'abandonament sol acompanyar el qui s'espera, i genera patiment i sentiments oposats. La persona malalta pateix per l'acompanyant i l'acompanyant per la persona malalta. La incertesa de l'acompanyant requereix, sovint, una canalització professional de l'ansietat. A urgències, totes les vivències es viuen en excés.

Els equips de treball social sanitari a urgències mantenen la connexió entre la família que s'espera i la persona malalta que és atesa, quan les seves constants ho permeten. A més, gestiona l'àmbit social extern que requereix acció immediata. Per exemple, cerca suport si hi ha cap familiar sol a casa o quan cal recollir els nens a l'escola. Soluciona circumstàncies de la vida diària que la urgència ha interromput.

La intervenció des del treball social sanitari a urgències sempre és reactiva perquè l'àrea d'urgències ho requereix. Això no exclou que se segueixin protocols socials definits *a priori*. A urgències, la capacitat per a gestionar la improvisació i evitar la paràlisi dels actors és un gran valor afegit a l'actitud professional.

Un altre aspecte important i considerable de la urgència són els desastres col·lectius. D'una banda, els originats per la naturalesa i, de l'altra, els que arriben guiats per l'home, com el terrorisme.

En les prestacions següents, el servei de treball social sanitari es pot veure obligat a intervenir a partir de la detecció d'altres problemes o dificultats.

## 2.5. Prestació farmacèutica

«Comprèn els medicaments i productes sanitaris i el conjunt d'actuacions encaminades a fer que els pacients els rebin de manera adequada a les seves necessitats clíniques, en les dosis precises segons els requeriments individuals, durant el temps adequat i al cost més baix possible per a ells i la comunitat, de manera que es promogui l'ús racional del medicament».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La prestació farmacèutica està relacionada amb el compliment terapèutic, que depèn sovint de les possibilitats de la persona i de la seva xarxa social. Hi ha grups de població de risc que tenen més possibilitats d'incomplir la medicació. L'incompliment terapèutic és una realitat preocupant, ja que afecta directament la recuperació o el manteniment. Les raons són diverses. Vegem-ne algunes:

- Un familiar influent pren la iniciativa de «supervisar» la medicació.
- La incapacitat personal per a seguir les indicacions mèdiques.
- Dificultats per a anar a la farmàcia a buscar la medicació o al centre de salut a buscar les receptes.
- L'automedicació.
- Els senyals de millora s'entenen com a curació i fan que s'abandoni el tractament.
- Els comentaris de les amistats que estableixen comparacions.
- Etc.

L'incompliment terapèutic, la mala administració dels fàrmacs, les dificultats socials que hi estan associades poden indicar altres problemes coadjuvants que s'han de diagnosticar per a precisar-ne l'impacte o poden estar associats a dificultats prèvies.

## 2.6. Prestació ortoprotètica

«Comprèn els elements necessaris per a millorar la qualitat de vida i autonomia del pacient. Inclou productes sanitaris, implantables o no, per a substituir totalment o parcialment una estructura corporal, o bé per a modificar-ne, corregir-ne o facilitar-ne la funció. La prestació és regulada per un catàleg específic».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La prestació ortoprotètica és una de les més antigues en què intervé la unitat de treball social sanitari. Primer gestionant les ajudes, després promovent per mitjà d'entitats i associacions projectes de gestió dels materials que queden en desús.

Avui dia, la gestió i tramitació de les sol·licituds és un simple procediment administratiu i no requereix la intervenció d'un treballador social sanitari si no està associada a altres dificultats socials.

La promoció de la sostenibilitat en aquesta prestació es troba en l'aplicació de programes de reciclatge, reutilització i recuperació de material quan el beneficiari ja no el necessita.

### Grups de risc

Gent que viu sola, gent gran amb uns quants tractaments alhora, gent molt afectada psicològicament per la malaltia, etc.

## 2.7. Productes dietètics

«Dispensació dels tractaments dietoterapèutics a les persones que pateixin de determinats trastorns metabòlics congènits, i la nutrició entèrica domiciliària per a pacients als quals no es poden cobrir les necessitats nutricionals, a causa de la seva situació clínica, amb aliments d'ús ordinari».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Com en el cas de les prestacions farmacèutiques i les ortoprotètiques, cada membre de la unitat de treball social sanitari ha d'intervenir en la prestació dels productes dietètics quan s'identifiquin dificultats al domicili, tant pel que fa a l'adquisició dels productes com a l'ús i presa. Això, però, forma part d'un quadre més ampli de situacions de dependència. Hem de valorar les capacitats de la persona i les del seu entorn per al compliment. Ens hem d'assegurar de les condicions de la casa i les possibilitats dels cuidadors per a garantir les mesures higièniques, els temps i horaris, la conservació correcta, etc.

## 2.8. Transport sanitari

«Desplaçament de malalts per causes exclusivament clíniques, la situació dels quals els impedeixi desplaçar-se pels mitjans ordinaris de transport, en situacions d'urgència o impossibilitat física de l'interessat».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La necessitat de transport sanitari revela condicions físiques que poden tenir influència sobre les condicions socials. En aquest cas ens hem de regir pels mateixos criteris de risc que tinguem establerts, a partir dels quals hem de fer el pertinent estudi social sanitari.

## 2.9. Assistència sanitària el pagament de la qual s'ha de reclamar a tercers

«Els serveis públics de salut han de reclamar als tercers obligats al pagament l'import de les atencions o prestacions sanitàries facilitades directament a les persones, incloent-hi el transport sanitari, l'atenció d'urgència, l'atenció especialitzada, l'atenció primària, la prestació farmacèutica, la prestació ortoprotètica, les prestacions amb productes dietètics i la rehabilitació en els supòsits establerts».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

En aquest apartat s'han de fer les orientacions i s'ha de donar la informació necessària perquè la persona pugui fer les gestions pertinents, sempre que s'estigui intervenint en el cas. Si no és així, es tracta de tràmits burocràtics que seguiran les vies habituals dins l'establiment.

## 2.10. Serveis d'informació i documentació sanitària

- «Informació al pacient i els seus familiars o pròxims dels seus drets i deures, en particular de l'adequada prestació del consentiment informat.
- Tramitació dels procediments administratius que garanteixin la continuïtat del procés assistencial.
- Informació al pacient sobre totes les actuacions assistencials que li practicaran.
- Expedició dels comunicats de baixa, confirmació, alta i altres informes o documents clínics per a valorar la incapacitat o altres efectes.
- Informe d'alta al final de l'hospitalització o l'informe de consulta externa.
- A petició de l'interessat, comunicació o lliurament d'un exemplar de la seva història clínica o de determinades dades que hi estiguin incloses, sense perjudici de l'obligació de conservar-la al centre sanitari.
- Documentació o certificat de naixement, defunció i altres extrems per al registre civil».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el servei de treball social, tots els punts inclouen la unitat de treball social sanitari i els diferents serveis que presta:

- La informació i els acords pel que fa als consentiments necessaris per a la intervenció des del treball social sanitari.
- La gestió per a derivar el cas a l'àmbit que correspongui sense que es vegi interromput el tractament social.
- L'elaboració dels informes de treball social sanitari.
- Etc.

En aquest apartat parlem d'organització i gestió de la informació.

## 2.11. Cartera de serveis complementària de les comunitats autònomes

«Les comunitats autònomes, en l'àmbit de les seves competències, poden aprovar les seves respectives carteres de serveis, que inclouen la cartera de serveis comuns que s'ha de garantir a tots els usuaris del Sistema Nacional de Salut. Poden incorporar les tècniques, les tecnologies o els procediments que no preveu la cartera comuna, per a la qual cosa han d'establir els recursos addicionals necessaris. En qualsevol cas, aquests serveis complementaris no estan inclosos en el finançament general de les prestacions del Sistema Nacional de Salut».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Aquesta secció obre possibilitats a fer que les unitats de treball social sanitari d'una comunitat proposin accions, mesures, programes, fórmules adequades a la realitat de les persones que atenen, de les seves famílies i del seu entorn, matisant i precisant a partir de la recerca de les seves bases del sistema d'informació.

En aquest apartat tenim la possibilitat d'innovar des del treball social sanitari. Ara bé, no podem deixar de banda els requisits sobre els quals s'ha de sostenir aquesta innovació perquè sigui reconeguda en la cartera de serveis: la seva eficàcia i eficiència ha d'estar provada, i també ho ha d'estar que el fet d'aplicar-la sigui beneficiós per a la persona i per a la mateixa institució sanitària.

## **2.12. Cartera de serveis de les mutualitats**

«Les mutualitats de funcionaris han de garantir el contingut de la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut, i poden aprovar les seves respectives carteres de serveis».

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (pàg. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

En aquest apartat seguirem les mateixes pautes que en el Sistema Nacional de Salut. Pel fet de ser mutualitats laborals s'inclouen plans assistencials i preventius de salut psicosocial dels treballadors i les seves famílies.



### **3. El mètode científic en el treball social sanitari: base dels procediments i protocols propis**

El mètode científic és un procediment o conjunt de procediments. S'expressa amb deduccions i induccions. El procediment de treball social sanitari, també dels protocols, es desplega en les fases següents:

- L'observació d'un fet.
- L'establiment d'hipòtesis.
- La definició dels objectius.
- La recollida de dades.
- El tractament de les dades.
- La interpretació.
- El diagnòstic social sanitari / el diagnòstic social comunitari.
- Els resultats que confirmaran, o no, les hipòtesis.
- La discussió.
- Les noves línies de recerca i proposició d'accions correctores.

L'activitat científica en el Sistema Nacional de Salut se sustenta en la informació obtinguda, èticament i adequadament, pel que fa a la seva activitat assistencial, científica, preventiva, etc. Recolza en el seu tractament correcte i en la seva anàlisi objectiva. El mètode científic és una eina comuna a tots els col·lectius professionals que permet objectivar allò que és susceptible de subjectivar.

Centrats en el camp psicosocial, qualsevol informació aïllada, fins i tot essent important i vital per a cada persona a la qual pertany, no deixa de ser una realitat personal i singular. Partint d'aquesta unitat, no podem extrapolar ni projectar cap conclusió generalitzable a altres persones, encara que presentin característiques i circumstàncies semblants. És diferent atendre una persona que necessita ajuda per a les activitats de la vida diària, o donar suport a la seva família, que, sobre la base de la informació obtinguda de moltes persones ateses, proposar una sèrie de programes per a cobrir les necessitats de cada tipus de població. Els aspectes individuals sempre informen dels aspectes col·lectius.

En el treball social sanitari sempre es dona aquest fet d'anar del cas particular al col·lectiu i partint del col·lectiu projectar programes específics de suport formal que es puguin utilitzar dins de la prestació dels nostres serveis. En l'avaluació periòdica revisem les fórmules actuals i en proposem de noves. Això, però, solament es pot fer quan la informació s'obté seguint la mateixa metodologia i procediments o protocols de treball social sanitari basats en sistemes d'informació. Llavors, amb l'anàlisi d'aquesta informació podem establir escenaris entorn de les circumstàncies estudiades, disposar de les tendències i les distribucions i, progressivament, conformar un model assistencial i

d'atenció psicosocial d'acord amb la població atesa i no amb una altra, i d'acord amb la resolució de les seves necessitats diagnòstiques. Això, tanmateix, requereix un ordenament i una planificació prèvia de la informació i de la manera d'obtenir-la. En l'era de la tecnologia, un dels requisits indispensables de l'activitat assistencial és l'estructura dels sistemes d'informació, els quals han de facilitar tant l'atenció com la recerca.

La recerca psicosocial és un dels camins més segurs per al desenvolupament de serveis en aquest àmbit (creació de programes, per exemple), sobre una planificació dissenyada estratègicament per a generar realment benestar.

### **3.1. Tipologia de programes d'intervenció a la unitat de treball social sanitari**

Un programa d'intervenció descansa en el concepte de *gestió (management)* perquè congrega coneixements, tècniques, estructures, serveis, un conjunt d'activitats que desenvolupa per diferents col·lectius professionals. Peter Drucker (1989) el va definir de la manera següent:

«El *management* explica por qué, por primera vez en la historia de la humanidad, podemos emplear, en el trabajo productivo, gran número de personas instruidas y cualificadas [...]. Y hasta hace poco no se sabía cómo organizar a personas de saberes y capacidades diferentes para conseguir juntos objetivos comunes».

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

En el treball social sanitari hi trobem tres grans tipologies de programes d'intervenció:

- **Els programes de treball social sanitari d'atenció sistemàtica.** Cada equip de treball clínic té el seu propi treballador social sanitari, ell o ella. És la gestió social en temps real mentre la persona rep tractament mèdic. Sistemàticament i simultàniament fem l'estudi social partint del paradigma que considera la malaltia la causant d'alteracions en l'àmbit social i viceversa. Com que també sabem que hi ha moltes persones que poden resoldre aquestes alteracions sense ajuda, fem un cribratge per identificar les que positivament requeriran suport social professional. Llavors, seguint el procediment o protocol, segons sigui més adequat, de treball social sanitari corresponent, aprofundim en els efectes psicosocials que imprimeix la malaltia sobre la persona i la seva família, en qualsevol grau. Amb el diagnòstic social sanitari s'estableix el servei o els serveis de treball social sanitari que prestarem la persona malalta i a la seva família. Com a membres actius de l'equip de treball, fem la visita diària juntament amb la visita mèdica i d'infermeria. Això elimina la demanda.
- **Els programes de treball social sanitari d'atenció per detecció.** Semblants als d'atenció sistemàtica, se'n distingeixen pel fet que un treballador social sanitari, ell o ella, pot estar inscrit en diversos equips sanitaris. Apliquem criteris de risc social sanitari, validats prèviament, per a identificar

la població sobre la qual es farà el cribratge de treball social sanitari. Identifiquem els problemes i dificultats de les persones ateses i ens avancem als probables dèficits socials que afectaran la seva recuperació o convallescència. Cada probabilitat recolza en estudis previs dins l'establiment que ens indica el pes real de risc de cada característica o circumstància. Els programes de detecció es basen en les circumstàncies presents i l'estudi social es fa sense una demanda específica. Definim els criteris indicatius per a fer l'estudi social preliminar i descartar o corroborar l'existència d'adversitats per a gestionar. Això no exclou la demanda. En els programes de treball social sanitari d'atenció per detecció, el treballador social sanitari, ell o ella, fins i tot treballant en equip, no està solament integrat a un en particular sinó a uns quants, i per tant la seva intervenció està subjecta a diversos grups d'indicadors de risc segons les especialitats mèdiques en què intervingui.

- **Els programes de treball social sanitari d'acció preventius.** Recolzats en la recerca de la informació recollida dins l'aplicació dels dos tipus de programes anteriors i sobre els resultats obtinguts, s'identifiquen els problemes psicosocials derivats de les diferents malalties. Són programes planificats per a prevenir o pal·liar els desajustos, temporals o indefinits, de la persona i del seu entorn.

### 3.2. El sistema d'informació en el marc legal estatal

Els sistemes d'informació formen part de l'escenari del sistema sanitari des de fa molts anys. El 1987 el Consell Interterritorial va aprovar en el Ministeri de Sanitat un conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) a l'alta hospitalària, i el 1997 s'aprova el projecte d'anàlisi i desenvolupament dels grups diagnòstics relacionats (GDR) en el Sistema Nacional de Salut. Els sistemes d'informació es van sofisticant cada vegada més, i es converteixen en un suport a la gestió i a la millora de la qualitat. A més, però, la seva funció és recollida per la llei. El capítol V, «Del sistema d'informació sanitària», de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, diu, en la secció I, que s'inicia amb l'article 53:

#### Referència bibliogràfica

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud.*

«El Ministeri de Sanitat i Consum ha d'establir un sistema d'informació sanitària del Sistema Nacional de Salut que garanteixi la disponibilitat de la informació i la comunicació recíproques entre les administracions sanitàries. [...] L'objectiu general del sistema d'informació sanitària del Sistema Nacional de Salut ha de ser respondre a les necessitats dels col·lectius següents, amb la finalitat que, en cada cas, s'indica:

- a) **Autoritats sanitàries:** la informació ha d'afavorir el desenvolupament de polítiques i la presa de decisions, donant-los informació actualitzada i comparativa de la situació i evolució del Sistema Nacional de Salut.
- b) **Professionals:** la informació ha d'anar dirigida a millorar els seus coneixements i les seves aptituds clíniques. Ha d'incloure directoris, resultats d'estudis, avaluacions de medicaments, productes sanitaris i tecnologies, anàlisis de bones pràctiques, guies clíniques, recomanacions i recollida de suggeriments.
- c) **Ciutadans:** ha de contenir informació sobre els seus drets i deures i els riscos per a la salut, ha de facilitar la presa de decisions sobre el seu estil de vida, pràctiques d'autocura i ús dels serveis sanitaris i ha d'oferir la possibilitat de fer suggeriments dels aspectes esmentats.
- d) **Organitzacions i associacions en l'àmbit sanitari:** ha de contenir informació sobre les associacions de pacients i familiars, d'organitzacions no governamentals que actuïn en l'àmbit sanitari i de societats científiques, amb la finalitat de promoure la participació de la societat civil en el Sistema Nacional de Salut».

Queda palesa, doncs, la importància actual dels sistemes d'informació sanitària per a contribuir a millorar les prestacions, les tècniques i els procediments del sistema sanitari donant suport a una de les funcions més importants, la recerca aplicada. La unitat de treball social segueix, doncs, aquestes directrius que assenyala el marc legal general.

## 4. Els procediments i els protocols en treball social sanitari. Definició

«L'hivern de 1912 vaig tenir la interessant oportunitat de visitar alguns dels departaments de servei social hospitalaris d'aquest país. Alhora, em va impressionar la varietat de tipus d'organització, de diversitat en les interpretacions de les funcions de les treballadores socials hospitalàries i de la gran necessitat d'adequar la seva formació».

Ida M. Cannon

Amb aquesta reflexió, Cannon apel·lava a la intervenció per procediments. D'això en fa més de cent anys. L'esquema més bàsic dels nostres procediments és el següent:

- Estudiar la naturalesa d'un problema.
- Diagnosticar aquest problema i, partint d'això, orientar la reconstrucció psicosocial, amb el diagnòstic amb què podem determinar els processos assistencials en els quals s'atén la persona i la seva família.
- Elaborar el pla d'intervenció i tractament social, mitjançant la prestació de serveis.

### 4.1. Definicions bàsiques per a l'exercici professional a partir de procediments i protocols de treball social sanitari

Taula 4. Definicions de procediment de treball social sanitari, procés social sanitari i complexitat social sanitària

<b>Procediment general</b>	Seqüència sobre la qual se sustenta l'activitat assistencial per a aconseguir un fi.
<b>Protocol</b>	En un o en diversos procediments aplicats a una situació o circumstància determinada.
<b>Procés social sanitari</b>	<p>Procés conformat pel conjunt d'activitats que conclouen en una o en més d'una prestació de valor necessària per a la reinserció de la persona i la seva família.</p> <p>En treball social sanitari, els processos socials els associem a una tipologia de suport que es concreta en serveis i programes. Ens trobem amb dues classes de processos socials sanitaris:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangibles: impliquen la gestió d'alguna plaça o d'algun recurs material i institucional.</li> <li>• Intangibles: impliquen la gestió de les vivències, les emocions, els suports i orientacions.</li> </ul>
<b>Complexitat</b>	<p>Conjunt de passos necessaris per a resoldre un problema, per a dur a terme una activitat que contribueix a oferir un servei, el procés.</p> <p>Distingim entre la complexitat de la gestió de l'àmbit psicosocial i la complexitat de la gestió dels suports. Totes dues formen un gràfic matricial del qual resulten dos nombres índex que es poden tractar individualment o conjuntament.</p>

#### Referència bibliogràfica

I. M. Cannon (1917). *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*. Nova York: Russell Sage Foundation.

Per què és important saber aplicar una definició? La proliferació de conceptes en l'àmbit de la gestió sanitària, sigui en l'esfera de la medicina, la infermeria o el treball social sanitari, genera la necessitat de clarificar la seva aplicació des de la disciplina que correspongui. Això preserva els principis i valors d'aquesta disciplina i la diferència de les altres.

Per això, en aquest text s'emfasitza que estem definint els procediments i protocols de treball social sanitari i els serveis prestats des del treball social sanitari, juntament amb la definició dels processos de cada servei de treball social sanitari, que, recordem-ho, es trobaran en el catàleg de prestacions de la unitat.

### **Procediment de treball social sanitari**

Un procediment és la seqüència de fases planificades sobre la qual se sustenta l'activitat assistencial per a aconseguir una finalitat que se sustenti en un diagnòstic social sanitari. S'inscriu en poblacions àmplies. Per exemple: «Procediment de treball social sanitari per a persones amb malalties cròniques». Aprofundint-hi, si ens centréssim en la insuficiència respiratòria, parlariem de protocol.

Veiem que les categories que es generen dins d'aquesta descripció de «persones amb malalties cròniques» permetran a la llarga establir protocols de treball social sanitari en diagnòstics concrets. Per exemple, insuficiència respiratòria i coronària, artritis, diabetis, incloent a més la perspectiva de gènere, ja que, com demostren els indicadors del Ministeri de Sanitat, existeixen grans diferències entre homes i dones afectats per les mateixes malalties. Es compon de fases. Els procediments, tots, són d'obligat compliment. Són una guia.

### **Protocol de treball social sanitari**

És un procediment, o diversos, aplicats a una situació o circumstància determinada. Si seguim amb l'exemple anterior, suposem que dins de les malalties cròniques agafem les persones amb patologies respiratòries.

### **Servei de treball social sanitari**

Fins ara estem parlant de procediments, de protocols. Però hem assenyalat al principi del text que el nostre exercici es basa en serveis de treball social sanitari que hem de denominar de manera que s'identifiquin com de treball social sanitari.

S'agafa aquí la definició del *Diccionari de serveis socials* de la Generalitat de Catalunya, que defineix *servei* com a: «Prestació que ofereix una organització, que té un valor per al client, és susceptible de satisfer una necessitat i que no es presenta en forma de bé material» (*Diccionari de serveis socials*, Generalitat de Catalunya, Colomer i Rustullet).

Així doncs, el servei es concreta en una denominació. Per exemple, a l'àrea d'urgències podem pensar que el servei següent serà habitual:

Vegem aquests dos exemples de servei de treball social sanitari:

- Servei de suport psicosocial per a l'elaboració del dol a les persones que han patit un accident de trànsit amb defunció d'algun altre ocupant.
- Servei de preparació psicosocial de familiars i propparents a persones accidentades per a prevenir l'impacte visual de les lesions.

Els serveis de treball social sanitari prestats s'han de registrar en el diagnòstic social sanitari.

El pas següent, una vegada que hem decidit la denominació del servei (una denominació que serà sempre la mateixa cada vegada que el prestem), serà definir el procés d'aquest servei. El procés inclou els components, les activitats a través de les quals aquest servei es configura i arriba a les persones que atenem i a les seves famílies.

Adaptat al treball social sanitari, un servei de treball social sanitari és: una prestació que ofereix una organització sanitària dins de la unitat de treball social sanitari, que té un valor per a la persona malalta, per a la seva família, que és susceptible de satisfer una necessitat psicosocial relacionada amb la malaltia i que no es presenta, necessàriament, en forma de bé material. Sempre els prestaran equips de treball social sanitari.

Finalment, recordem que els serveis són al catàleg de prestacions de la unitat de treball social sanitari.

### **Procés del servei de treball social sanitari**

Una vegada que hem definit el servei de treball social a prestar, hem d'identificar tots els components, i aquests es denominen en la definició del procés del servei de treball social sanitari en qüestió. Un procés de treball social sanitari ve conformat pel conjunt d'activitats diverses que conclouen en una o més prestacions de valor i són necessàries per a la reinserció de la persona i la seva família.

En treball social sanitari, els processos dels serveis han d'incloure les tipologies de suport i identificar els recursos que hi poden anar associats.

Ens trobem amb dues classes de tipologies:

- **Tangibles.** Impliquen la gestió d'alguna plaça o d'algun recurs material i institucional. Es refereixen a recursos rivals: quan els utilitza una persona no els pot utilitzar una altra al mateix temps. Per exemple, una plaça de residència.
- **Intangibles.** Impliquen la gestió de les vivències, les emocions, els suports i les orientacions. Se'n poden beneficiar diverses persones a la vegada. Per exemple, en una sessió de grup.

**Complexitat del treball social sanitari:** la complexitat es defineix com el conjunt de passos necessaris per a resoldre un problema, per a desenvolupar aquelles activitats que contribueixen a oferir un servei de treball social sanitari.

Diferenciem entre la complexitat de la gestió de l'aspecte psicosocial i la complexitat de la gestió dels suports i l'entorn. Ambdues formen un gràfic matricial d'on en resulten, si es vol, dos nombres índexs que es poden tractar individualment o conjuntament.

### **Esferes de la complexitat en treball social sanitari**

De la gestió psicosocial: és la complexitat associada al conjunt de variables que reuneix la persona en el seu temperament i la seva personalitat.

De la gestió del suport: és la complexitat vinculada a la gestió dels recursos externs i comunitaris associats a la prestació d'un servei de treball social sanitari.

Ambdues complexitats s'expressen, cada una, amb un valor artificial d'entre 1 i 5 (escala de Likert). De l'acumulació de casos en resulten dos nombres índex, que són els que permetran monitorar quantitativament l'evolució de la complexitat. L'índex de complexitat aporta informació sobre el temps i treball real de dedicació de la unitat de treball social sanitari en cada cas. Aplicant el mateix mètode, és extensible a altres col·lectius professionals.

### **Necessitat**

El concepte de necessitat, com es determina i sobre la base de quins criteris s'actua i cobreix professionalment, és el centre de gravetat de tot procediment o protocol de treball social sanitari. El diccionari de la RAE defineix *necessitat* com: «Allò del qual l'ésser humà no pot prescindir».<sup>1</sup>

<sup>(1)</sup>[www.rae.es](http://www.rae.es) (data de consulta 29 d'octubre de 2019).

Dins del model biopsicosocial s'intervé davant l'existència d'una o diverses necessitats que la persona no pot cobrir sola o amb els recursos (materials i humans) propis. Es parla de «necessitats reals», que s'identifiquen a partir de les «necessitats potencials» i les «possibilitats pròpies» de la persona o de la seva família per a resoldre-les. La definició de la «necessitat real» es desenvolupa



lupa a través d'un procediment interdisciplinari en el qual intervenen equips professionals d'altres col·lectius, en especial de la medicina i de la infermeria, a més del treball social sanitari.

Els primers determinen la dependència funcional, el pla d'atenció i les cures, l'educació sanitària que cal facilitar, etcètera, sempre pensant en aconseguir l'autonomia de la persona. Això és el que es determina com a «necessitats potencials» perquè per a establir-les com a «necessitats reals» cal un segon estudi, el del treball social sanitari, que contextualitza les necessitats potencials i determina, en funció del diagnòstic social sanitari, els recursos propis, psíquics i humans, i fins a quin punt aquests poden cobrir les «necessitats potencials». Així, les «necessitats reals» són aquelles «necessitats potencials» que no pot cobrir la xarxa natural, amb independència de la causa.

### La necessitat social

La necessitat social ha estat estudiada –com s'ha esmentat a les primeres pàgines– per Bradshaw, entre altres, qui el 1983 va establir diferents definicions en funció de la perspectiva aplicada. Així, va assenyalar quatre tipus de necessitat:

- **La necessitat normativa** la defineix com aquella necessitat de la persona identificada pels equips professionals que abans han establert un llindar desitjable de provisió i d'accés als serveis.
- **La necessitat experimentada** és la màxima expressió de subjectivitat, tot i que es considera una mesura inadequada de la necessitat real.
- **La necessitat expressada** és la necessitat que el client conceptua en la demanda d'un servei o suport determinat.
- **La necessitat comparada** és aquella que s'estableix en la base de diferents persones amb característiques similars i els diferents serveis que poden utilitzar. Es determina prenent com a mesura de necessitat un valor «X» que s'estableix a partir de mitjanes aritmètiques i dels serveis utilitzats.

### Altres tipus de necessitat social

Per la pròpia evolució dels serveis i el seu estudi, a aquestes necessitats se n'hi poden afegir d'altres, com les següents:

- **La necessitat diagnòstica**, que està basada en el diagnòstic establert pels equips professionals i deixa de costat la normativa existent. S'estableix amb una anàlisi individualitzada de la situació de cada persona i la seva família. A vegades la normativa no l'admet, però els equips professionals comproven que la necessitat segueix allà i que cal atendre-la. És freqüent que els sistemes d'informació d'identificació de necessitats no recullin el grau de necessitat, mentre aquesta resulta patent en la prova de la reali-

#### Referència bibliogràfica

J. Bradshaw (1983). *Una tipologia de la necessitat social*. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i de Seguretat Social. Instrument de Prospecció de Serveis Social.

tat. Hem de revisar els instruments, que acostumen a anar en consonància amb la dinàmica social, però quan aquesta canvia, o introdueix altres elements no considerats, l'instrument ho ha de reflectir.

- **La necessitat administrativa** l'estableix l'Administració per llei. A partir d'unes característiques objectives es pot accedir a determinades prestacions. En realitat, és la menys fiable donat que es basa en les possibilitats financeres de l'Administració del moment i no en les necessitats reals de la persona. Un exemple actual es l'ajustament que es va veient en l'aplicació de la Llei de la dependència. Per exemple, en l'últim trimestre de 2008 els diaris de tirada nacional parlaven d'endarrerir les ajudes de la dependència sobretot en la població amb un grau lleu de dependència. Avui encara se segueixen llastant grans esculls en aquesta matèria.
- **La necessitat coberta** es refereix a la necessitat que deixa de ser pel fet d'haver-se facilitat els mitjans que han permès superar la situació que la va provocar. O simplement han canviat les circumstàncies que la van generar. Cal conèixer l'evolució de les necessitats, com es cobreixen i calcular les tendències.

### La mesura de la necessitat i les principals magnituds

Els procediments i els protocols de treball social sanitari s'han de basar en un sistema d'informació, que és una potent eina de planificació a mitjà i llarg termini. Sempre hem de contemplar l'univers de la població i les necessitats diagnòstiques. S'acostuma a pensar en les persones que usen els serveis, però ens oblidem sovint de les persones que els esperen. Com els esperen? Qui realitza el seguiment sanitari i el seguiment social? Com es coordinen i qui gestiona el cas? Per què necessitem saber les magnituds dels dèficits en recursos humans, materials, institucionals?

Bàsicament, per a poder planificar d'acord amb les necessitats reals de la zona i no en funció de les necessitats potencials, que sempre seran moltes més, ja que no consideren la xarxa social.

Per què necessitem saber les magnituds de l'eficàcia i de l'eficiència? Per a evitar proposar programes i recursos quan, per exemple, el col·lapse es deu a una gestió deficient de les places i no a una falta de places. La rivalitat de la majoria dels recursos (portat a un extrem es refereix, per exemple, que quan algú utilitza una plaça impedeix a una altra persona el seu ús) implica aplicar eines que ajuden en l'assignació dels recursos i monitorin els dèficits reals en el sentit, esmentat, de no confondre la manca de places d'un recurs amb la mala gestió de les existents. Però també hem d'incloure les vivències i de quina manera les persones afectades i les seves famílies afronten les dificultats, amb quina motivació, etcètera. Això ha de constar en el diagnòstic social sanitari i pot ser motiu de prestació d'un servei o un altre.

## Investigació de necessitats

Les unitats de treball social sanitari, a més de conèixer els serveis que presten i recollir-los en el seu catàleg de prestacions, han de saber per què serveixen aquests serveis. L'aplicació de procediments i protocols de treball social sanitari ens permet investigar necessitats des de dins i avaluar les prestacions i els recursos de suport considerant la dinàmica de l'hospital o del centre de salut. A més, en basar-nos en procediments basats en la intervenció sistemàtica a partir de criteris de risc, els resultats són representatius de la població.

La investigació aplicada és una activitat pròpia dels serveis assistencials. La investigació de necessitats psicosocials i de recursos de suport ha de partir de models teòrics d'estudi, però agafant variables reals. Els equips professionals són una excel·lent plataforma per a la investigació aplicada, posat que compten amb el *know-how*, cosa que els dona capacitat per a interpretar d'una manera molt veraç els resultats obtinguts.

## Avaluació

És una activitat amb la qual es valoren els resultats dels serveis prestats, dels procediments i protocols de treball social sanitari aplicat. Els èxits depenen dels objectius marcats. La circularitat dels procediments es manifesta en l'avaluació quan es posa en relleu el que s'ha realitzat totalment i es considera acabat i/o el que està pendent, els beneficis socials de la intervenció professional, etcètera.

Per a desenvolupar l'acció professional es requereixen quatre pilars: metodologia, instruments, tècniques i places, que hem estudiat en altres mòduls.

### 4.2. Exemple de procediment general: el mètode bàsic en la unitat de treball social sanitari per a la seva organització

Als anys setanta, Montserrat Colomer va aprofundir, tal com ella mateixa el va anomenar, en el mètode bàsic de treball social. Tot seguit desglossarem cada fase del mètode bàsic de treball social i l'aplicació que tenen dins de la unitat de treball social. L'aplicació de procediments i protocols de treball social sanitari evita la improvisació i discrecionalitat dels equips professionals. La intervenció des del treball social sanitari professionalitzada se sotmet a aquestes fases que segueixen, i solament s'admeten lleugers matisos si es tracta de treball social comunitari o treball social individual.

- **Coneixement global del camp d'acció professional.** Els equips de treball social sanitari hem de conèixer i estudiar les variables demogràfiques i epidemiològiques de la zona d'influència del nostre establiment. En general, disposem d'informació epidemiològica sobre les característiques de la població que ja és atesa i sobre la qual, potencialment, durem a terme la

#### Referència bibliogràfica

M. Colomer (1974). «Mètode de trabajo social». *Revista de Trabajo Social* (núm. 55).

intervenció. Com que la societat és dinàmica, el camp d'acció professional també ho és.

Donem suport a la intervenció professional sobre sistemes d'informació propis de la unitat de treball social sanitari i integrats en els sistemes d'informació generals. Els sistemes d'informació permeten minimitzar l'aleatorietat i monitorar els canvis en les tendències socials de la població de l'àrea d'influència de l'establiment de què es tracti. Amb això retroalimentem la gestió.

- **Interpretació de les dades.** Activitat per la qual s'estableix el primer diagnòstic social sanitari per a dissenyar l'estratègia d'organització i circuits. Si bé la interpretació de les dades és el nus gordià de la planificació dels programes de la unitat de treball social sanitari, prèviament a aquesta interpretació hem de garantir la qualitat i veracitat de la informació sobre la qual treballarem. L'anàlisi de les tendències socials s'ha de sustentar en valors representatius tractats de tal manera que facilitin una ràpida lectura de la realitat i l'evolució que segueix. Això permet, recolzats en el mètode científic, de promoure recursos i programes dins les diverses realitats de la zona geogràfica de la qual procedeixen les persones ateses. Un dels avantatges que tenen les organitzacions sanitàries és la sectorització de la majoria dels establiments, cosa que permet de delimitar la població susceptible d'atendre. La interpretació de dades s'ha de sostenir sobre les dades que hi ha i no pas sobre els tòpics que marquen l'imaginari.
- **Diagnòstic social sanitari.** És el centre de gravetat de la intervenció social. El diagnòstic social sanitari l'emmet en exclusiva els equips de treball social sanitari<sup>2</sup>. És el seu objectiu principal. Metafòricament parlant, el diagnòstic social sanitari és l'equivalent a l'ADN del cas social sanitari. La proporció dels seus components, el pes que implica cadascun per a la resta, la influència sobre la persona considerant la seva resiliència el converteix en únic i distingeix un cas d'un altre. Per la importància que té, al diagnòstic social sanitari hi dedicarem el crèdit següent. Sempre inclou els serveis de treball social sanitari que prestarem.
- **Pla d'intervenció.** Inclou els objectius. Assenyala la prestació dels serveis de treball social sanitari identificats en el diagnòstic social sanitari. Defineix els passos que s'han de seguir, la cronologia, les persones de suport i el temps d'execució.
- **Execució.** No l'hem de veure com una cosa que s'esdevé al final. És constant des del principi. Cada intervenció professional comporta una reacció en la persona o el seu nucli de convivència o xarxa social. L'execució del pla d'intervenció no és una cosa que s'esdevé com a punt final d'una intervenció, o com a colofó, des del primer contacte. La persona és sempre testimoni de la manera com va tenint lloc la seva atenció. Per a completar l'execució hem de pensar en un instrument que permeti de recollir les va-

<sup>(2)</sup>De la mateixa manera que el diagnòstic mèdic l'emmet el facultatiu o el diagnòstic d'infermeria l'emmet la infermeria.

#### Lectura complementària

Per obtenir més informació sobre aquest tema consulteu l'obra següent:

**G. I. Pelton** (1910). «The history and status of hospital social work». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.

**A. Siebert** (2007). *La resiliència* (pàg. 17 i 18). Barcelona: Alienta Optimitza.

riables actuant que marquen els punts crítics de cada cas. Aquesta informació és la que passarà a la base de dades del sistema d'informació.

- **Avaluació.** La circularitat dels procediments i protocols de treball social sanitari es manifesta en l'avaluació quan es posa en relleu el que s'ha fet globalment i considera el que s'ha acabat o queda pendent, els beneficis per a les persones afectades i les seves famílies de la intervenció professional, etc. En què ha millorat la vida de les persones la nostra intervenció. Les dades obtingudes en l'avaluació retroalimenten els procediments i protocols de treball social sanitari i constitueixen una plataforma de nou **coneixement global del camp d'acció professional** sobre el qual es poden marcar els objectius i estratègies per al període següent. També en aquesta fase es poden promoure canvis justificats per les noves realitats que es vagin identificant.

L'aplicació de procediments i protocols de treball social sanitari és una via científica d'intervenció perquè regula unes fases comunes a l'atenció. Les circumstàncies particulars que caracteritzen el Sistema Nacional de Salut determinen patrons de la intervenció de la unitat de treball social sanitari que el distingeixen d'una unitat de treball social d'un altre àmbit.

### 4.3. Els protocols de treball social sanitari

Un protocol de treball social sanitari és un procediment també de treball social sanitari que s'aplica a una situació determinada, a un diagnòstic mèdic concret, per exemple «més grans de 85 anys» o persones amb un diagnòstic d'Alzheimer. Ara assenyalarem algunes de les definicions més comunes de *protocol* a fi d'establir les corresponents assimilacions i aplicacions des del treball social sanitari.

«El pla formal o un conjunt de procediments que cal seguir en l'aplicació d'un pla, com ara la seqüència de passos en un disseny de recerca, o la reducció i eliminació d'un perill per a la salut».

*Dictionary of Public Health*, Oxford University Press

«Plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica».

*Diccionario de la lengua española*, Real Academia Española

«Pla precís i detallat per a l'estudi d'un problema biomèdic o per al tractament d'una determinada malaltia».

*Diccionari enciclopèdic de medicina*, Enciclopèdia Catalana

Així, doncs, un protocol de treball social sanitari és un procediment, o uns quants, contextualitzat. Es basa en els mateixos principis i estandarditza l'actuació ordenada davant una situació determinada, en la qual, quan es presenta o es dona, el protocol de treball social sanitari s'activa obligatòriament en la unitat que l'ha definit.

Sempre exigeix uns passos singulars que s'han demostrat els més eficients. Com el procediment de treball social sanitari, és una eina de treball consensuada pels qui l'hagin d'aplicar. Per exemple, a «cures pal·liatives» hi podem trobar un procediment de treball social sanitari i dos protocols, o més, també de treball social sanitari.

- Procediment de treball social sanitari en cures pal·liatives. Aquest procediment es pot dividir en dos protocols:
  - Protocol de treball social sanitari per a les persones en fase terminal de la vida.
  - Protocol de treball social sanitari d'atenció a la família de les persones en fase terminal de la vida.

Quan n'hem de dir *protocol* i quan n'hem de dir *procediment*? De vegades, sobretot al principi, quan ens comencem a endinsar en l'aplicació dels conceptes, es produeix una mica de confusió. La denominació obeeix sobretot al context. Obliga a un exercici previ d'interpretació, com passa amb algunes paraules de les quals necessitem saber-ne el context per a saber-ne el significat. Amb el procediment i els protocols passa el mateix. Però dit això, la diferència principal és que el procediment de treball social sanitari és més general, mentre que el protocol de treball social sanitari queda subjecte a una circumstància o realitat específica amb prou entitat i població afectada per a tractar-la singularment. Al seu torn, però, el protocol pot contenir circumstàncies generals, com hem vist en l'exemple anterior. Optar per una denominació o l'altra depèn dels continguts i de la contextualització. És un exercici d'aplicar la definició i saber-la aplicar bé.

Per exemple, si parlem de procediments de treball social sanitari ens trobem amb els següents:

- Procediment de treball social sanitari de primer acolliment a persones ingressades per accident de treball.
- Procediment de treball social sanitari per a la planificació de l'alta.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció als més grans de 65 anys.

Per a dir-ne *protocol*, aquest procediment de treball social sanitari ha d'estar contextualitzat. Continuant amb els mateixos exemples:

- Protocol de treball social sanitari de primer acolliment a les persones ingressades per accident de treball amb amputació d'algun membre.

- Protocol de treball social sanitari per a la planificació de l'alta de malalts amb Alzheimer.
- Protocol de treball social sanitari per a l'atenció als més grans de 65 anys amb dany cerebral adquirit.

És important d'assenyalar que si partim d'un procediment de treball social sanitari general, per exemple el del programa de la planificació de l'alta, pot arribar una fase en què les circumstàncies de les persones permetin d'activar dins el procediment de treball social sanitari esmentat algun protocol de treball social sanitari (sempre que estigui definit degudament). Alguns exemples de protocols, que tindrien l'origen en procediments generals, són els següents:

- Protocol de treball social sanitari per a l'atenció a la infància amb desnutrició.
- Protocol de treball social sanitari per a persones que han tingut un accident vascular cerebral.
- Protocol de treball social sanitari en persones abandonades a urgències.
- Protocol de treball social sanitari en persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- Protocol de recerca psicosocial sobre la claudicació de cuidadors de persones dependents i amb diagnòstic mèdic d'Alzheimer.
- Etcètera.

## 5. Processos de serveis de treball social sanitari

Un procés, ho hem vist, s'explica com un conjunt d'activitats necessàries per a prestar i oferir un servei o producte de valor per al client (no s'ha de confondre amb *consumidor*). El terme *client* implica que hi ha un professional que informa, assessora i orienta el client que li fa una consulta o li demana ajuda. *Client* és un terme avalat per la mateixa Mary E. Richmond, que l'usava per a evitar l'etiquetatge de les persones que atenia.

Vegem algunes de les definicions de *procés*.

«Conjunt d'activitats que s'interrelacionen o interactuen, les quals transformen elements d'entrada en elements de sortida».

R. Colomer i J. Rustullet (pàg. 122)

«Un conjunto de actividades que recibe uno o más inputs y crea un producto de valor para el cliente».

M. Hammer i J. Champy (pàg. 44)

«El conjunto de actividades secuenciadas que realizan una transformación de una serie de entradas –inputs– (material, mano de obra, capital, información, etcétera) en los resultados –outputs– deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor».

S. Lorenzo, J. J. Mira i Ó. Moracho (pàg. 248)

En analitzar aquesta última definició, especialment, convé preguntar-se, llavors, un procés és un servei? La resposta és «sí i no».

Imaginem una paella d'arròs i hi pensem com l'equivalent a un servei de treball social sanitari. La paella d'arròs és un concepte que reuneix totes les activitats de cuina i compres que hem de fer, tot això equival al procés. Els llagostins, la ceba, l'arròs no són la paella, però són necessaris per a la paella i la possibiliten. Quan anem a un restaurant, no diem que volem un arròs amb un sofregit de ceba i després calamar i sípia, i llagostins, etcètera. Demanem paella d'arròs i en aquesta declaració s'inclouen per defecte tots els altres ingredients.

El procés del servei, per a precisar, no és un servei de treball social, sinó que integra el conjunt d'activitats que es desenvolupen i executen per a possibilitar-lo. Parlem de servei per a assenyalar què li donarem a la persona. Per exemple: «Servei de suport psicosocial i ingrés temporal per al descans del cuidador principal, ell o ella, de persones afectades amb un diagnòstic d'Alzheimer». Això és el que proposem però després hem d'identificar tot el necessari per a aconseguir-ho i prestar-ho.

### Referències bibliogràfiques

R. Colomer; J. Rustullet (dirs.) (2010). *Diccionari de serveis socials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

M. Hammer; J. Champy (1944). *Reingeniería de la empresa*. Barcelona: Parramón Ediciones.

S. Lorenzo; J. J. Mira; Ó. Moracho (2006). «La gestión por procesos en instituciones sanitarias». A: L. A. Atalaio (ed.). *Gestión clínica: gobierno clínico*. Madrid: Díaz de Santos.



El servei és la denominació final, i en la denominació s'inclouen implícites les activitats que abans s'han d'haver identificat. La prestació d'un servei de treball social sanitari implica nombroses activitats: entrevistes amb la persona, si es pot, i amb diferents membres de la família, gestions amb altres professionals, conèixer els centres on es pugui accedir, registres, comunicat, etcètera. Per tant, per a dir que hem prestat aquest o aquell servei, abans hem hagut de coordinar aquest conjunt d'activitats. El servei mai serà «tramitar l'ingrés de la persona amb malaltia d'Alzheimer per al descans del cuidador principal» perquè descrit així estem cosificant la persona, i aquest tràmit, a més, no necessita cap formació específica. Els serveis de treball social sanitari són *servei*.

Què és un servei prestat des de treball social sanitari? Fins ara hem parlat de procediments, de protocols, de processos de servei, que totes les activitats que conformen un procés s'acaben amb un servei, en el nostre cas, de treball social sanitari, de valor per al client. Llavors, cal definir què és un servei i, a més, quins serveis es presten des de treball social sanitari. Quan sapiguem anomenar alguns dels serveis que prestem, identificarem també les activitats necessàries per a prestar-los, cosa que, acadèmicament, es defineix com a *procés de servei*.

Agafem la definició del *Diccionari de serveis socials* de la Generalitat de Catalunya, que defineix *servei* de la manera següent:

«Prestació que ofereix una organització, que té un valor per al client, és susceptible de satisfer una necessitat i no es presenta en forma de bé material».

R. Colomer i J. Rustullet

Així, doncs, insistim, el servei amb els seus continguts és la denominació. El procés són els components, les activitats mitjançant les quals es configura aquest servei i arriba a les persones que atenem i les seves famílies. Adaptat al treball social sanitari, un servei es defineix com «una prestació que ofereix una organització sanitària sota el guiatge dels professionals i equips de treball social sanitari que té un valor per al client, és susceptible de satisfer una necessitat i que no es presenta, necessàriament, en forma de bé material».

D'aquesta manera queda clar que un servei no s'ha de confondre amb un recurs ni amb alguna de les activitats necessàries per a prestar-lo. Tots els serveis de treball social sanitari que es prestin queden reflectits en el catàleg de prestacions de treball social sanitari. I recordem el que hem estudiat en el mòdul de la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut: per a prestar aquests serveis apliquem procediments, tecnologies i tècniques, les quals s'han de reflectir en la cartera de serveis també de treball social sanitari però essent estrictes avui els denominem serveis de treball social sanitari.

El 1981 Hollis i Woods escrivien el següent sobre els processos de treball social sanitari:

#### Referència bibliogràfica

R. Colomer; J. Rustullet (2010). *Diccionari de serveis socials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

«Els serveis tenen un objectiu comú –reduir l'ansietat– però la dinàmica que els embolcalla és diferent. En un cas parteix de l'estímul per a reduir l'ansietat i s'orienta a mesures ambientals. En un altre es dona la seguretat, depenent del client i a partir de la confiança amb el treballador social. En un altre la pacient rep suport perquè compregui d'una manera més real la situació. En un altre és ajudada a prioritzar les seves emocions embolcallades en les seves relacions personals i les seves conseqüències si produeixen reaccions comunes».

Un procés de servei de treball social sanitari social, per la seva naturalesa, equival als suports psicosocials i socials, si bé a vegades, inclouen, a més, la gestió de recursos, com: l'atenció a domicili, l'atenció residencial, atenció en centre de dia, etc.

Mentre que el procés sanitari s'associa generalment al diagnòstic sanitari, el procés de servei de treball social sanitari ho fa, com hem assenyalat, a serveis de suport.

Cada procés sanitari pot, per protocol, donar inici a un protocol o procediment de treball social sanitari. Amb tot, això no permet establir una associació directa entre el procés sanitari i els serveis de treball social sanitari a prestar. Per exemple, totes les persones ateses dins del procés de fractura de fèmur, per a il·lustrar l'argument, podran rebre serveis de treball social sanitari diferents, segons ho reculli el diagnòstic social sanitari. És important assenyalar que aquests serveis de treball social sanitari es veuran ratificats sempre pel diagnòstic social sanitari.

Alguns dels aspectes que s'han de considerar sobre els processos de servei de treball social sanitari són els següents:

- Impliquen el desenvolupament paral·lel o seqüencial d'activitats i gestions per a prestar un servei final definible i identificable. *A priori* no es poden determinar les activitats que requeriran amb exactitud, però sí que ho sabem amb molt poc marge d'error. Per exemple: «el servei de suport psicosocial a la persona afectada per a educar-la en l'organització de la nevera per a evitar contaminacions creuades». Com aconseguim prestar el servei? Amb una alta probabilitat necessitarem un recurs d'atenció a domicili. Tot això, abans ho hem hagut de definir.
- Serveis de treball social diferents conceben processos de servei amb continguts similars. Per exemple, seguint amb el servei anterior realitzarem: entrevistes, visites a domicili, trucades telefòniques, reunions, enviament d'informes, etc. Però si pensem en un altre procés de servei, moltes d'aquestes activitats hi seran presents.
- La prestació dels serveis de treball social sanitari s'inicien sempre una vegada que s'ha elaborat el diagnòstic social sanitari. Sense aquest, el que es fa és respondre de manera reactiva a una demanda.

#### Referència bibliogràfica

F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework, a Psycho-social Therapy* (3a. ed., pàg. 85-107). Nova York: Random House.

Les activitats, les tècniques, les gestions, les reunions, etcètera, són les bastides que permeten al treballador social sanitari, ell o ella, de teixir els elements que permetran prestar el servei de treball social sanitari que, finalment, es concretarà en activitats i potser algun recurs. Una característica dels processos, i la diferència que hi ha amb els procediments, és que els procediments són la guia que cal seguir, mentre que els processos varien d'un cas a un altre que pot requerir més o menys atenció en nuclis d'intervenció diferents.

### 5.1. Errors conceptuals sobre els processos socials sanitaris

Sovint, el concepte de *procés* de servei es fa servir atribuint-hi continguts que corresponen a un procediment o protocol de treball social sanitari. És freqüent que els conceptes i els significats d'aquests conceptes s'apliquin de manera més intuïtiva i deductiva que acadèmica. Si bé per a l'exercici diari dels professionals assistencials això no és un *handicap*, sí que ho és quan hem de presentar treballs i propostes o elaborar per exemple la cartera de serveis i el catàleg de prestacions. Algunes de les confusions més habituals sobre la comprensió dels processos són les següents:

- El servei de treball social sanitari a prestar es confon amb el recurs.
- Els processos de servei de treball social sanitari es confonen amb una activitat aïllada, desconnectada.

### 5.2. El servei de treball social sanitari a prestar es confon amb el recurs

Hi ha molts professionals que no distingeixen entre serveis i recursos, i de tot en diuen *procés* o *servei*. El recurs és una part de servei. Hem de saber quins recursos hi ha a la nostra àrea. La taula següent és un exemple pràctic que il·lustra el possible error. Per a això mostra dues columnes. En la primera hi tenim la tipologia de suport material. En la segona s'hi registren els recursos concrets amb les denominacions que tenen, que, en aquest cas, són fictícies.

Taula 5. Escenari suposat de tipologies de suport i els recursos o programes que els donen entitat a la zona

Tipologia de suport	Recursos de la zona
Atenció a domicili	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció a domicili dels serveis socials de la zona «El Centre»</li> <li>• Atenció a domicili del Casal del Pensionista</li> <li>• Atenció a domicili «Santa Teresa»</li> <li>• Atenció a domicili del SAD «El Millor»</li> </ul>
Establiments residencials	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residència Sant Josep</li> <li>• Residència Matilde</li> <li>• Residència de gent gran Sant Antoni</li> </ul>
Establiments residencials assistits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residència assistida «Els Gira-sols»</li> <li>• Residència assistida «La Integral»</li> </ul>
Establiments socio-sanitaris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre socio-sanitari «L'Aurora»</li> </ul>

La taula 5 mostra que la tipologia de suport material que fem servir en els serveis es concreta en un recurs finalista que prestarà l'atenció, però dins el servei, el recurs solament és un suport més. També mostra que hi ha diversos recursos que poden acabar prestant el suport material. Per tant, un procés de servei es pot associar a molts recursos de diferents titularitats que responen a la descripció de la seva tipologia de suport, però no s'han de confondre.

Així, en virtut del primer pas del mètode bàsic de treball social, «**coneixement global del camp d'acció professional**», es considera el següent:

- En primer lloc, es fixa la identificació dels recursos amb la titularitat d'aquests recursos disponibles a l'àrea d'influència de l'hospital amb els quals, potencialment, la unitat de treball social sanitari es coordinarà per prestar el servei final.
- En segon lloc, s'estableix l'associació entre la titularitat dels «recursos» i la «tipologia de la prestació» del recurs social tangible. Per exemple, el recurs «atenció a domicili Sant Martí» es classificaria com la tipologia de suport material «atenció a domicili», sense passar per alt que això és una part del tot que representa el servei que s'està prestant. Recordem també que tot això és avalat pel diagnòstic social sanitari.

Amb tota aquesta informació hem d'elaborar un atlas sectorial de serveis prestats des de treball social sanitari i recursos que segons el format que tingui pot resultar una bona guia de serveis sempre actualitzada.

### **5.3. Els processos de servei de treball social sanitari es confonen amb una activitat aïllada, desconnectada**

Tot procés de servei de treball social sanitari convoca moltes activitats, les quals gairebé sempre es duen a terme amb l'ajuda de tècniques. Les activitats i les tècniques permeten als equips de treball social sanitari de teixir els elements que donaran lloc al servei de treball social sanitari. La taula següent il·lustra algunes de les activitats i les tècniques que fa servir el treball social sanitari.

Taula 6. Activitats i tècniques dels serveis de treball social sanitari

<b>Activitats (el que fem)</b>	<b>Tècniques (instruments que fem per a fer-ho)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera visita</li> <li>• Visites successives</li> <li>• Reunions interdisciplinàries</li> <li>• Reunions externes</li> <li>• Trucades telefòniques, gestions per correu electrònic</li> <li>• Elaboració d'informes</li> <li>• Interconsultes amb altres especialistes</li> <li>• Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribratge</li> <li>• Entrevistes</li> <li>• Registres i suports</li> <li>• Documentació</li> <li>• Coordinació</li> <li>• Derivació</li> <li>• Etc.</li> </ul>

Com es pot veure, cadascuna d'aquestes activitats no és exclusiva d'un procés de servei; totes, hipotèticament, poden contribuir a dur-lo a terme. Tampoc totes les tècniques no variaran d'un cas a un altre, variació que recollirà la complexitat.

A tall d'exemple, la taula 7 il·lustra l'afirmació del punt anterior.

Taula 7. Relació de tipologies de suport, activitats i tècniques en la prestació de serveis

Tipologies de suport mitjançant recursos	Activitats i tècniques comunes a tots els processos socials sanitaris	
	Activitats	Tècniques
1) Atenció a domicili a) Cuidadors personals b) Teleassistència c) Etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera visita</li> <li>• Visites successives</li> <li>• Reunions interdisciplinàries</li> <li>• Reunions externes</li> <li>• Trucades telefòniques</li> <li>• Elaboració d'informes</li> <li>• Interconsultes amb altres especialistes</li> <li>• Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribratge</li> <li>• Entrevistes</li> <li>• Registres i suports</li> <li>• Documentació</li> <li>• Coordinació</li> <li>• Derivació</li> <li>• Etc.</li> </ul>
2) Establiments residencials		
3) Establiments residencials assistits		
4) Establiments socio-sanitaris		
5) Hospital de dia		
6) Programes d'atenció domiciliària i equips de suport		
7) Unitats funcionals interdisciplinàries socio-sanitàries		
8) Centre de dia		
9) Unitats d'avaluació geriàtrica ambulatoria		
10) Etc.		

Els diferents processos de servei es configuren tots amb moltes activitats, que recolzen en tècniques. Les activitats, com hem esmentat, introdueixen el concepte de *graus de complexitat*. Per exemple: com més activitats, més complexitat.

## 6. La complexitat

La complexitat són els passos que cal fer per a resoldre un problema; per a rescatar els matisos de més o menys complexitat, hi assignem graus.

### 6.1. Graus de complexitat

Taula 8. Graus de complexitat

<b>De la gestió psicosocial</b>	És el grau de complexitat que està associat al conjunt de variables que reuneix la persona i, dins les variables, el valor per definició operacional (per exemple, prenent un format d'escala del tipus Lickert, el grau que té en aquella persona en concret).
<b>De la gestió del suport de recursos</b>	Dins els principals serveis de treball social sanitari, quan es requereixen recursos, hi ha diferents graus de complexitat que impliquen diferents graus d'intervenció per a la unitat de treball social sanitari en relació amb els recursos que assumiran la responsabilitat de l'atenció.

Aquestes dues complexitats s'expressen amb un valor artificial entre 1 i 5. De l'acumulació de casos en resulten dos nombres índex que són els que permetran de monitorar quantitativament l'evolució de les característiques de l'eficàcia i de l'eficiència. L'índex de complexitat aporta informació sobre el temps i treball real de dedicació de cada membre de la unitat de treball social sanitari a cada cas. Si s'aplica el mateix mètode, és extensible a altres col·lectius professionals.

### 6.2. La complexitat relacionada amb el nombre de professionals que intervenen

Com més professionals convoqui el cas social sanitari, més gran serà la complexitat. A mesura que es compensa la dolència aguda, el factor humà del qui presta el servei i del qui el rep interactua amb més força. Les alternatives a l'hospitalització han de sorgir de la realitat de la població atesa en el vessant social i sanitari. Per això s'ha de considerar el nombre d'equips i professionals amb els quals cal coordinar-se o mantenir contacte per a resoldre el procés.

- La unitat de treball social sanitari aporta la seva pròpia informació.
- Sempre es coordina amb el personal sanitari de l'establiment.
- De vegades es coordina amb l'atenció primària de salut o hi deriva el cas.
- S'esdevé la mateixa cosa amb els serveis socials.
- De vegades manté contacte amb tots.

Com més serveis intervinguin en el cas, i com més recursos facin falta, més gran serà el grau de complexitat de la coordinació amb l'entorn, i afectarà l'evolució del cas mateix.

## 7. La generació d'indicadors

L'OMS defineix els indicadors de la manera següent:

«Variables que serveixen per a mesurar els canvis. És a dir, els indicadors són mesures indirectes o parcials d'una situació complexa».

Sobre aquest tema, l'Organització Panamericana de la Salut (OPS) diu el següent:

«En termes generals, els indicadors de salut representen mesures resum que capturen informació rellevant sobre diferents atributs i dimensions de l'estat de salut i de la feina del sistema de salut, i que, vistos en conjunt, intenten de reflectir la situació sanitària d'una població i serveixen per a vigilar-la [...]. La qualitat d'un indicador depèn molt de la qualitat dels components, la freqüència de casos, el volum de població en risc, etcètera, emprats en la seva construcció, i també de la qualitat dels sistemes d'informació, la recol·lecció i el registre d'aquestes dades [...]. Específicament, la qualitat i utilitat d'un indicador és definida primordialment per la validesa (si efectivament mesura el que intenta de mesurar) i confiabilitat (si el mesurament repetit en condicions semblants reproduceix els mateixos resultats)».

En les seves notes metodològiques, l'Institut Nacional d'Estadística descriu el següent:

«Davant els indicadors objectius de salut, la percepció de la salut, que s'obté mitjançant les impressions de l'individu, proporciona un element indispensable en el mesurament de la salut. La percepció de cada individu reflecteix la contribució de diferents factors, socials, ambientals i d'estils de vida, que van més enllà del sistema sanitari». «El marc de les estratègies de salut que es duen a terme al nostre país, l'objectiu de les quals és millorar la salut de la població, necessita aquest tipus d'informació subjectiva com un altre element primordial per a la planificació i adopció de mesures de salut pública. Així mateix, constitueix un instrument fonamental en l'avaluació de les polítiques sanitàries».

Els indicadors permeten d'estudiar l'evolució de totes les variables que són motiu de la intervenció de la unitat de treball social sanitari.

- Indicadors de cobertura dels programes.
- Indicadors d'activitat.
- Indicadors d'ús de suports.
- Indicadors de rendiment.
- Indicadors de població.
- Indicadors d'integració i reinserció.
- Indicadors de coordinació amb la primària.
- Altres d'específics.
  - L'evolució dels reingressos.
  - L'ús de suports externs a la xarxa familiar.
  - Institucionalitzacions enfront de reinsercions.
  - Temps inadequats d'hospitalització.
  - Consum d'estades esperant l'ingrés en altres programes.

### Referència bibliogràfica

**Organización Mundial de la Salud (1981).** *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000.* Ginebra.

### Referència bibliogràfica

**Organización Panamericana de la Salud (2001).** «Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud». *Boletín Epidemiológico / OPS* (vol. 22, núm. 4).



Els indicadors s'han d'avaluar periòdicament per a comprovar que efectivament satisfan els objectius a què serveixen i que els serveis prestats són els adequats a les necessitats de les persones ateses i les seves famílies. Per a això hem d'elaborar indicadors en les quatre esferes següents:

- La determinació de les necessitats de la població atesa i les seves famílies.
- La determinació dels plans de cures.
- Els serveis i programes disponibles.
- Els serveis i programes que cal promoure per a prestar els serveis diagnòstics.

El seguiment ha de ser mensual, trimestral, semestral o anual. Hem de garantir els mètodes per a establir si hi ha error en les comparacions entre períodes i, de la mateixa manera, proposar, també sense error, programes, canvis, serveis, noves fórmules per a optimitzar els esforços i els recursos.



## Bibliografia

**Barker, R. L.** (2003). *The Social Work Dictionary* (pàg. 434). Washington: NASW Press.

**Clark, C.** (2009). «Values in social work». A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 360-362). Oxford (Regne Unit): Blackwell Publishing.

Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

**Organización Mundial de la Salud** (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra.

**Organización Mundial de la Salud** (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.

**Organización Panamericana de la Salud** (2001). «Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud». *Boletín Epidemiológico / OPS* (vol. 22, núm. 4).

**Payne, M.** (2009). «Social work theory». A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 332-334). Oxford (Regne Unit): Blackwell Publishing.

**Perlman, H. H.** (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process* (pàg. IX). Chicago/Londres: The University of Chicago Press.

### Enllaços d'interès

[www.ine.es](http://www.ine.es)

