
El treball social sanitari en l'atenció especialitzada i hospitalària

PID_00272713

Dolors Colom Masfret

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 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 i editora.

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

Introducció.....	5
1. La malaltia en l'àmbit hospitalari i el trencament de la dinàmica personal i social.....	9
2. Presentació de l'hospital com a organització sanitària: definicions i funció social.....	11
2.1. Com definim el treball social sanitari hospitalari?	15
2.2. Per què cal el qualificatiu <i>hospitalari</i> ?	15
2.3. La unitat de treball social sanitari hospitalari i la unitat d'atenció al client	15
2.4. El concepte d'hospital i la seva evolució	17
2.5. Característiques generals de l'hospital: aspectes diferenciadors d'altres àmbits que afecten l'organització de la unitat de treball social sanitari hospitalari	20
3. La concepció subjectiva de l'hospital i de la malaltia: el rol de la unitat de treball social sanitari hospitalari.....	24
4. Responsabilitats de la unitat de treball social sanitari hospitalari.....	26
5. L'organigrama de l'hospital i l'organigrama de la unitat de treball social sanitari.....	31
6. Pilars de l'activitat des de la unitat de treball social sanitari hospitalari: organització.....	33
7. Àrees de l'hospital i la presència de la unitat de treball social sanitari hospitalari.....	37
8. Metodologia per al càlcul dels recursos professionals de la unitat de treball social sanitari hospitalari.....	39
8.1. Recursos professionals en el model d'intervenció a demanda	39
8.2. Recursos professionals en el model d'intervenció per programes	39
9. Variables per a tenir en compte en la fixació dels objectius..	42
10. Descripció dels llocs de treball.....	44

10.1. Principals activitats de la unitat de treball social sanitari hospitalari	44
10.2. Tasques	44
10.3. Sistema d'informació	47
11. Grups d'indicadors.....	49
Bibliografia.....	51

Introducció

L'àmbit hospitalari és el bressol del treball social sanitari. Recordem que va ser el 3 d'octubre de 1905 quan en el Massachusetts General Hospital de Boston, EUA, s'obria la primera consulta per a les persones malaltes ateses a l'hospital, i també per a les seves famílies, amb l'encàrrec d'estudiar i conèixer les condicions de vida i els entorns socials en els quals habitaven. La primera plaça creada i finançada pel Dr. Richard C. Cabot la va ocupar Garnet I. Pelton; no obstant això, als pocs mesos va emmalaltir i va ser substituïda per Ida M. Cannon, la gran desenvolupadora del treball social sanitari per a àrees específiques. Es tractava d'una consulta de treball social hospitalari, així es va denominar inicialment, tal com posen de relleu documents de l'època. Ho hem estudiat a l'assignatura de context històric i per això no hi estendrem més, però convé assenyalar aquest fet històric que marca l'hospital com la primera organització sanitària moderna que va assumir la figura del treball social sanitari i va crear els primers departaments per a l'exercici de la professió.

Per introduir aquest mòdul considerarem i diferenciarem dues dimensions dins de les quals la professió es desenvolupa, i que en el cas de l'hospital això es dona amb més força:

1) Dimensió dels coneixements, les teories, el corpus teòric del treball social sanitari centrat a l'hospital i l'atenció especialitzada. L'experiència i les competències professionals. L'exercici professional requereix uns sabers i unes perícies de la persona experta.

2) Dimensió de l'organització i estructura, en aquest cas hospitalària, sota la qual aquest corpus teòric s'estructura i organitza perquè arribi a les persones ateses, avui dia, en forma de procediments, protocols i serveis (inclosa la definició dels processos) de treball social sanitari.

L'atenció especialitzada, tota organització hospitalària, sigui pública o privada, assumeix les funcions recollides en la legislació sanitària vigent però cadascuna –en virtut de la seva llibertat de gestió– comptarà amb una estructura orgànica i funcional pròpia en relació amb la seva tipologia i complexitat, àrees mèdiques, població de referència, epidemiologia, etcètera.

Bibliografia

Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. Art. 4 [en línia]. <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Diu la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut en el motiu III que «En atenció especialitzada, es potencia l'activitat en consultes i hospitals de dia, metges i quirúrgics, incloent-s'hi, a més, l'hospitalització a domicili, l'atenció pal·liativa a malalts terminals i la salut mental».

L'organització del treball social sanitari com una unitat funcional dins de cada hospital es plantejarà en virtut de l'organització superior del mateix hospital i d'acord amb la legislació. Per exemple, un hospital amb una finalitat assistencial¹ maternoinfantil requerirà una organització diferent a la d'un hospital la finalitat assistencial del qual sigui geriàtrica. Tipologies d'hospitals diferents requereixen models d'organització diferents. Segons la finalitat assistencial, els hospitals es classifiquen en:

- «1. General
2. Quirúrgic
3. Maternal
4. Infantil
5. Maternoinfantil
6. Psiquiàtric
7. Malalties del tòrax
8. Oncològic
9. Oftàlmic o ORL
10. Traumatològic i/o rehabilitació
11. Rehabilitació psicofísica
12. Medicoquirúrgic
13. Geriatria i/o llarga estada
14. Altres monogràfics
15. Leprològic o dermatològic
16. Una altra finalitat»

Tot això es troba degudament explicat en el document adjunt «Catàleg nacional d'hospitals 2016». Des de la unitat de treball social sanitari hospitalari quan es tracti d'organitzar o reorganitzar el funcionament dins de cadascun dels tipus d'hospital, el primer que hem de conèixer és la tipologia de població i els diagnòstics mèdics més freqüents. Hem d'endinsar-nos en el coneixement de la malaltia, les conseqüències socials i les seqüeles per després poder-la contextualitzar en les vides de les persones afectades. Aquest coneixement ens permetrà desenvolupar primer els procediments i protocols de treball social sanitari, el primer pas per a l'exercici professional dins d'una organització fun-

Bibliografia

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut [en línia]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

⁽¹⁾Al «Catàleg nacional d'hospitals 2016» la finalitat assistencial s'explica com «aquella activitat assistencial a la qual dedica la major part dels seus recursos, tant professionals com d'equipament». Es pot consultar en: <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2017.pdf>

Lectura recomanada

<http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2017.pdf>

cional adequada a les exigències actuals. Hem de conèixer quines són les principals diferències entre els tipus d'hospitals, quins són els indicadors i el pla estratègic quadriennal, si en tingués.

En aquest mòdul estudiarem el treball social sanitari en l'atenció especialitzada-hospitalària en un hospital de tipus general, la qual cosa permetrà extrapolar les competències a les altres tipologies d'hospitals.

També estudiarem les responsabilitats bàsiques dins de les funcions professionals d'acord amb la Llei 44/2003 d'ordenació de professions sanitàries², que descriu les funcions dels professionals sanitaris a les àrees següents: «... assistencial, recerca, docència, gestió clínica, prevenció, informació i educació sanitàries».

D'això, i pel llegat de Richard C. Cabot, inferim que les nostres funcions són: «... l'assistència, la recerca, la docència, la gestió clínica, la prevenció, la informació i l'educació sanitàries». Efectivament, algunes d'aquestes funcions –en concret, «l'assistència, la recerca, la docència i la preventiva»– ens les va assignar el Dr. Cabot. Així doncs, són funcions fonamentals de la professió. Per satisfer la legislació actual, afegirem les funcions de «gestió clínica» i «d'informació i educació sanitàries». Tant pel llegat del Dr. Cabot com per l'aprovació de la LOPS es tracta de funcions dels col·lectius professionals en exercici dins del sistema sanitari i, per tant, del treball social sanitari en tots els àmbits sense distinció. La pregunta és: quina competència, quines responsabilitats i quines tasques desenvolupem dins de cada funció?

Un altre aspecte important d'aquest text preliminar té a veure amb la denominació del conjunt integrat pels equips professionals del treball social sanitari, ells i elles, dins de l'hospital. Ens referirem al conjunt com la *unitat de treball social sanitari hospitalari* i així la diferenciarem de la unitat de treball social sanitari d'atenció primària i de la unitat de treball social sanitari d'atenció sociosanitària. Deixarem enrere denominacions com per exemple: *servei d'atenció social*, *unitat d'assistència social*, *servei social hospitalari* o fins i tot *servei de treball social sanitari*. Totes són denominacions utilitzades indiscriminadament, però si volem identificar la professió amb uns continguts i amb una denominació sense generar dubtes, aquesta ha de mantenir-se inalterable. Des de fa anys, en aquest màster utilitzem la denominació d'*unitat de treball social sanitari hospitalari* i també la recomanem en comptes de *servei de treball social sanitari hospitalari* perquè aquest, com veurem, es confon amb els serveis que prestem dins de la unitat, serveis recollits al catàleg de prestacions.

Perquè una professió sigui forta, la identifiquem dins de les organitzacions d'una institució, en aquest cas els hospitals d'aguts i l'atenció especialitzada, els seus professionals han d'assumir uns criteris comuns sobre els quals projectar tant la seva imatge com el seu exercici. Poques realitats afebleixen més una estructura professional que els canvis constants dels elements que la identifiquen. Quan parlem «d'atenció social» ens remuntem a temps marcats per

⁽²⁾Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries [en línia]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Bibliografia

R. C. Cabot. «Discussion» sobre Hospital social service: Principles and implications, de S. E. Goldstein. *National Conference on Social Welfare 1910* (pàg. 349).

un paternalisme caritatiu, a temps en els quals el diagnòstic social sanitari era una entelèquia i els problemes es resolien al marge de les persones afectades, convertides en persones passives. Ho hem estudiat en el mòdul de «Context històric»; la caritat, si bé cobreix necessitats bàsiques en moments determinats, no ajuda la persona ni la seva família a sortir de la situació que els genera conflictes, la qual cosa és l'objectiu i la finalitat del treball social sanitari.

La denominació de treball social sanitari, professió que té el seu origen en un hospital, va implicar un canvi de paradigma en el qual el diagnòstic social sanitari es va sumar al diagnòstic mèdic i tots dos definien la realitat biopsicosocial de la persona en el seu context. Recordem que el diagnòstic social sanitari inclou a més els serveis que es prestaran a la persona afectada i a cada integrant del nucli d'intervenció; en tots els casos els serveis motiven les persones a ser protagonistes del seu propi canvi, motors dels seus èxits. Per a això, es poden necessitar recursos que es consideraran dins del servei, part d'aquest. El recurs que s'utilitzi és part del servei, mai el servei.

Des de l'any 2013, quan es va aprovar el màster universitari de Treball social sanitari, la professió es basa en una estructura formativa oficial que dona contingut acadèmic a les seves competències i responsabilitats dins del sistema sanitari. Aquesta formació està canviant la presència del treball social sanitari en els establiments sanitaris: hospitals, atenció primària i atenció sociosanitària com n'hi ha poques, per tal com expliquen en el seu *know-how* amb les competències i habilitats professionals que els converteixen en un pilar fonamental de l'atenció integral i del model biopsicosocial. A més, dins de les noves línies de desenvolupament virtual del sistema sanitari que reforcen la clínica en línia, també estem liderant un programa innovador de pràcticum clínic online en un hospital virtual. Tot això per a desenvolupar competències en aquest àmbit que està resumint el futur immediat.

Lectura complementària

D. Colom; F. X. Medina; A. Aguilar (2020). *Pràcticum clínic online en trabajo social sanitario (MUTSS-UOC): formación para el ejercicio profesional en la sociedad digital desde los másteres universitarios* (pàg. 261-290). València: Tirant lo Blanch.

1. La malaltia en l'àmbit hospitalari i el trencament de la dinàmica personal i social

Hem vist al llarg d'aquest màster que la malaltia sempre trenca la dinàmica personal i social de les persones ateses i, per extensió, en grau diferent, la de les seves famílies. Aquest trencament, no obstant això, es fa més evident i més gran quan l'atenció requereix l'estructura hospitalària, un hàbitat diferent, aïllat, de vegades nou i desconegut, altres temut, per exemple, per la cada vegada més desenvolupada robotització dels actes clínics. L'hospitalització obliga les persones a abandonar casa seva i a romandre en un mitjà altament tecnificat. Al trencament amb el món exterior se li suma el trencament amb el món interior, que es veu igualit per la pròpia dinàmica de l'establiment marcat per l'eficiència i l'eficàcia, per la programació dels actes clínics de tots els equips. El trencament de la persona afectada, de la seva família, serà temporal o indefinit, segons el tipus de patologia i les seqüeles que se'n derivin, segons els recursos psíquics propis i el suport social, segons la capacitat per recuperar-se o afrontar els esdeveniments vitals de cadascun.

El terme que resumeix aquest fenomen és resiliència. No es tracta de privar les persones de les emocions que sorgeixen, al contrari, aquestes són necessàries per a la continuació i assimilació de la seva experiència. El que s'evita des del treball social sanitari és que s'hi quedin atrapades, que aquestes emocions paralitzin l'evolució d'aquests dols. El trencament ocasionat per la malaltia pot resoldre's amb mitjans propis la majoria de vegades, o pot ser que es precisin suports i orientacions, suports professionals externs; i aquí és on entra la unitat de treball social sanitari hospitalari.

Les persones, és cert, no acudeixen a l'hospital per solucionar els seus problemes psicosocials, encara que els pateixin. Hi van perquè estan malaltes i la seva malaltia no es pot atendre en un altre àmbit. Aquest és un requisit i un principi. Però no podem deixar de costat els problemes socials que la malaltia reaviva o que la malaltia genera *a posteriori*. En un model sistèmic, tot influeix per millorar o per empitjorar la convalescència, la recuperació i la reinserció de la persona afectada.

La malaltia no és l'estat natural de cap ésser humà. Per això, quan arriba un dia en què la persona emmalalteix i es troba davant una realitat que l'obliga a cuidar-se o al fet que la cuidin, fora del seu mitjà, ingressada en un hospital, ha de rebre el suport necessari per assumir tot el que se'n deriva. Això no significa que hem de veure problemes on no n'hi ha, però sí que la recerca ens posa de relleu actituds i reaccions habituals que hem de prevenir. El coneixement ens permet avançar-nos.

Les persones viuen bàsicament en comunitat i és dins de la seva comunitat on es desenvolupen com a tals i troben els suports més enllà dels seus. El pes de l'hospital en la vida de la persona afectada, per gran que sigui, és sempre un esdeveniment transitori, mentre que el pes social en la comunitat és permanent. Hem de procurar la reinserció en la comunitat. La transformació de disruptius en promotors ocorre lentament i perquè resulti efectiva s'ha de basar en un diagnòstic social sanitari en el qual es determinin els serveis que prestarem. La nostra acció clínica requereix procediments o protocols de treball social sanitari hospitalari que vinculin la unitat de treball social sanitari hospitalari amb la unitat de treball social sanitari d'atenció primària i, si escaigués, amb la unitat de treball social sanitari de la xarxa d'atenció sociosanitària.

Aquests canvis interns en la vivència de la persona requereixen identificar patrons de conflicte relacionats amb la malaltia, dificultats tangibles per a l'autocura i per cuidar (quan es tracta de la família) d'acord amb el pla terapèutic, la qual cosa requereix sobretot altres temps i es mesura per altres indicadors diferents als de la medicina i la infermeria.

El model biopsicosocial assenyala que l'atenció a la persona no es pot reduir a la intervenció sobre una malaltia o pluripatologia, si bé en els primers dies aquestes centraran l'acció mèdica i d'infermeria; l'experiència psicosocial de la persona, la seva vivència i la de la seva família, sempre batega al voltant de la malaltia. Així, en paral·lel a l'acció dels equips mèdics i d'infermeria, la unitat de treball social sanitari hospitalari ha de dissenyar procediments i protocols que permetin, davant determinats diagnòstics mèdics amb gran penetració en l'àmbit psicosocial, aconseguir intervenir des dels primers dies de l'ingrés. Per exemple, en aquest màster dediquem una especial atenció als trastorns mentals, les malalties coronàries i respiratòries, el dany cerebral adquirit, l'alzheimer, etc., perquè puguem prestar la nostra atenció amb la màxima precisió i enfocament.

La unitat de treball social sanitari hospitalari en els seus procediments bàsics –ho hem vist a l'assignatura *Eines per a la intervenció*– estudia la persona, la seva família, la seva xarxa social, elabora un diagnòstic social sanitari i sobre aquest planifica un pla d'intervenció que moltes vegades compartirà amb la unitat de treball social sanitari d'atenció primària. Aquest pla d'intervenció, a més, haurà d'estar dissenyat lliure de prejudicis i rols socials preestablerts. Per exemple: senyalar la dona com la cuidadora, o l'home com el que sosté l'economia familiar.

2. Presentació de l'hospital com a organització sanitària: definicions i funció social

La unitat de treball social sanitari a l'hospital no és finalista, això significa que les persones no van a l'hospital pels seus problemes socials tot i que els tinguin. L'atenció hospitalària obeeix a raons mèdiques i problemes de salut. Una vegada que la persona és atesa a l'hospital, en potència, és clienta de totes les unitats del centre hospitalari. La unitat de treball social sanitari sempre inicia la intervenció amb un procediment o un protocol segons convingui, i una vegada que la persona està sent atesa pels equips mèdics. Quan la persona comença a rebre tractament hospitalari, d'acord amb el model d'intervenció pot atendre's dins del procediment o protocol indicat.

Com hem assenyalat, en aquest mòdul ens centrarem en la unitat de treball social sanitari hospitalari d'un hospital general, el qual, al Catàleg Nacional d'Hospitals, s'explica com:

«Es considera com a HOSPITAL GENERAL, aquell destinat a l'atenció de pacients afectes de patologia variada i que atén les àrees de medicina, cirurgia, obstetrícia i ginecologia i pediatria. També es considera general quan, tot i que falti o estigui escassament desenvolupada alguna d'aquestes àrees, no es concentri la major part de la seva activitat assistencial en una de determinada».

Els establiments hospitalaris s'inscriuen dins de l'atenció especialitzada, descrita pel Ministeri de Sanitat i Consum en l'article 13 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut com:

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

L'atenció sanitària especialitzada comprendrà:

- L'assistència especialitzada en consultes.
- L'assistència especialitzada en hospital de dia, mèdic i quirúrgic.
- L'hospitalització en règim d'internament.
- El suport a l'atenció primària en l'alta hospitalària precoç i, si escau, l'hospitalització a domicili.
- La indicació o prescripció, i la realització, si escau, de procediments diagnòstics i terapèutics.
- L'atenció pal·liativa a malalts terminals.
- L'atenció a la salut mental.
- La rehabilitació en pacients amb dèficit funcional recuperable.

L'atenció especialitzada es prestarà, sempre que les condicions del pacient ho permetin, en consultes externes i a l'hospital de dia».

De la cita anterior deduïm que els nostres procediments bàsics els anomenarem com:

- Procediment de treball social sanitari en l'assistència especialitzada en consultes.
- Procediment de treball social sanitari en l'assistència especialitzada en hospital de dia, mèdic i quirúrgic.
- Procediment de treball social sanitari en l'hospitalització en règim d'internament.
- Procediment de treball social sanitari en l'atenció pal·liativa a malalts terminals.
- Procediment de treball social sanitari en l'atenció a la salut mental.
- Procediment de treball social sanitari en la rehabilitació en pacients amb dèficit funcional recuperable.

Dins de cada procediment podem identificar situacions que permetin desenvolupar protocols de treball social sanitari específics. Aquestes dues competències assenyalades a la cita, «el suport a l'atenció primària en l'alta hospitalària precoç i, si escau, l'hospitalització a domicili» i «la indicació o prescripció, i la realització, si escau, de procediments diagnòstics i terapèutics», estaran presents en tots els procediments.

Al marge de la definició i normativa, el concepte d'hospital compta amb un concepte social: és un establiment al que acudeixen les persones quan el seu problema de salut no es pot tractar ni en l'atenció primària, ni al domicili. Moltes vegades, això suposa la institucionalització i ens condueix a una primera realitat: la persona es veu apartada de la seva llar, de la seva família, la qual cosa provoca un trencament més o menys profund de la seva dinàmica familiar i social. En general, succeeix quan pateixen una malaltia aguda greu, sofreixen algun tipus d'accident, es descompensa la seva malaltia crònica, han de sotmetre's a alguna prova complexa per a diagnòstic, necessiten alguna intervenció quirúrgica, etc.

L'atenció es pot dispensar en:

1) Règim ambulatori:

a) consultes

b) hospital de dia

c) urgències

d) cirurgia ambulatoria

2) Règim d'ingrés:

a) hospitalització

b) hospitalització a domicili

Una altra organització possible és agafar aquesta classificació i desenvolupar procediments de treball social sanitari a cada àrea. En totes les àrees mèdiques els aspectes psicosocials individuals adquireixen rellevància. L'atenció hospitalària, sigui ambulatoria o d'ingrés, suposa per a la persona una alteració de les seves esferes vitals: la psíquica, la física, la social, la laboral, la familiar, l'econòmica, la formativa, l'autoestima, etc. I viceversa, de vegades les esferes vitals es troben en l'origen de determinades patologies, algunes conegudes com a patologies psicosomàtiques. La unitat de treball social sanitari hospitalari se centrarà a investigar aquestes interrupcions i a diagnosticar el grau d'afectació i la tipologia de necessitat requerida per retornar a la persona la seva màxima autonomia.

Es recomanen els textos de Juan Rof Carballo (1905-1994), un dels exponents de la medicina psicosomàtica del segle XX. La malaltia influeix en l'aspecte psíquic i en el social, transforma l'entorn de cada persona afectada i la seva família i, alhora, és influïda per això. Aquesta teoria es fonamenta en el model biopsicosocial postulat per George Engel el 1977.

Lectures recomanades

J. J. Muñoz García; J. A. García Cuadrado (2017). «Claus antropològiques del personalisme de Rof Carballo». *Revista de Hispanismo Filosófico* (núm. 22, pàg. 133-156).

G. Engel (1977). «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science* (vol. 196, núm. 4286, pàg. 129-136).

Davant la malaltia aguda cada persona se sent d'una manera particular, encara que pugui semblar una redundància, la seva pròpia. Així doncs, les característiques, els atributs objectius de les persones, les seves dades socials, en si mateixes són només dades; des del treball social sanitari hospitalari contextualitzem i analitzem els atributs dins de l'entorn de la persona afectada i amb ella la família directa, que, també, sempre queda afectada. Per exemple, l'alcoholisme és una malaltia que margina, però en cada persona que la pateix l'alcoholisme presenta efectes diferents i la persona l'afronta en circumstàncies diferents, les seves. Un altre exemple és la solitud: es tracta d'una vivència més que un estat i també cada persona amb una malaltia aguda la matisa d'acord amb la seva representació de la solitud. Seguim amb un altre exemple, una malaltia crònica descompensada i en fase aguda suposa unes limitacions vitals i unes necessitats assistencials i de cures, però cada persona les sofreix i les cobreix segons els seus propis recursos i, si un diagnòstic social sanitari ho avala, amb ajudes formals.

La necessitat experimentada d'ajuda té a veure amb la capacitat d'adaptació (resiliència) de cadascú a la nova realitat marcada per la presència d'una malaltia. Però també hi ha una definició objectiva de la necessitat sense que sigui la persona la que hagi d'expressar-la. Si deixem que les persones rebin atenció des de la unitat de treball social sanitari de l'hospital sota la seva pròpia demanda, estem marginant totes aquelles persones afectades que amb les mateixes característiques o similars no l'expressen.

La unitat de treball social sanitari hospitalari ha de garantir la identificació de totes aquelles persones malaltes susceptibles de patir problemes psicosocials durant l'hospitalització i/o una vegada abandonat l'establiment. La intervenció per procediments i protocols de treball social sanitari garanteix en gran manera aquesta identificació de població de risc psicosocial i sanitari en relació amb la seva convalescència, el compliment terapèutic i la continuïtat del seu desenvolupament vital. L'elaboració del diagnòstic social sanitari, fase central en tot procediment i protocol de treball social sanitari, permet definir totes les forces que interactuen en el cas social sanitari i que condicionen la seva evolució dins dels seus propis paràmetres. En treball social sanitari en general, i en l'hospitalari en particular, les realitats es magnifiquen i des de l'inici un dels objectius professionals és el de reduir l'ansietat i el desconcert que la nova realitat comporta en el present i, especialment, en el futur.

2.1. Com definim el treball social sanitari hospitalari?

El treball social sanitari hospitalari és la disciplina a través de la qual els treballadors socials sanitaris de l'hospital, ells i elles, realitzen l'estudi, el diagnòstic i el tractament social sanitari de les persones ateses en alguna de les àrees clíniques de l'establiment, ja sigui en règim d'ingrés o ambulatori, que sofreixen dificultats sobrevingudes arran de la malaltia o que, estant presents amb anterioritat, la malaltia amplifica, i que no poden resoldre, totalment o parcialment, pels seus propis mitjans. Els equips de treball social sanitari hospitalari consideren les xarxes socials més properes a les persones que atenen perquè la malaltia no sigui motiu de pèrdua de la qualitat de vida, de discriminació o de marginació social. El treball social sanitari hospitalari, en la funció investigadora i promotora de recursos, aporta, a través dels òrgans directius de l'hospital, indicadors útils per a la presa de decisions als responsables locals de planificació.

2.2. Per què cal el qualificatiu *hospitalari*?

Perquè és el treball social sanitari que es desenvolupa dins d'un hospital d'aguts, context que el diferencia del treball social que es desenvolupa en qualsevol altre àmbit, per exemple, en l'atenció primària, en la salut mental, en l'atenció sociosanitària, etcètera; en definitiva, els que estem estudiant en aquesta assignatura. Cada àmbit assistencial adquireix un caràcter propi que obliga a l'especialització i contextualització perquè es regeix per una organització determinada i genera uns indicadors determinats. Igual que altres activitats hospitalàries, el treball social sanitari hospitalari també s'emmarca i es desenvolupa en un context físic o virtual específic que atén població definida i no una altra, i són els límits naturals de l'hospital els seus propis.

2.3. La unitat de treball social sanitari hospitalari i la unitat d'atenció al client

S'obre aquí un parèntesi per posar en relleu una altra important unitat funcional que durant anys erròniament es va tractar com si fos la de treball social sanitari hospitalari pel fet que qui estava a la direcció o al comandament tenia formació en treball social. Es tracta de la unitat d'atenció al client³, centrada en la dimensió del confort i la qualitat percebuda, els suggeriments i les reclamacions. Les seves competències venen marcades per millorar la relació entre la persona malalta, la seva família o acompanyants amb l'organització i el funcionament hospitalari.

⁽³⁾Són moltes les denominacions que ha rebut aquesta unitat, també d'atenció a l'usuari, de queixes i reclamacions, etc.

Per exemple: la persona ingressada pot sentir la falta de confort en sentir els sorolls habituals, converses en planta; pot pensar que els equips professionals li presten poca atenció, que no li aclareixen els dubtes; pot sentir ansietat perquè el menjar li arriba sempre fred, sense gust, escàs, etc. O al contrari, sentir-se extraordinàriament ben atesa, que percebi l'atenció dels equips professionals com un bon tracte. Això ve marcat per la subjectivitat i es vincula a

com percep el que ocorre, no a com ocorre. Així, dins de l'hospital, l'abordatge de l'aspecte psicosocial es projecta i lidera des de dues unitats diferents, que es poden integrar en una estructura superior, però responen a competències i objectius diferents.

Així, diferenciem:

- **La unitat de treball social sanitari hospitalària** que atén la persona en les seves vivències, també la família, respecte a la malaltia i les seves seqüeles, que estudia i elabora el diagnòstic social sanitari de les necessitats de suport psicosocial durant l'estada hospitalària i les necessitats totals per després de l'alta. Els procediments i protocols de treball social sanitari són a més sistemes d'informació que permeten identificar les dificultats que afavoreixen la deterioració o la pèrdua dels beneficis guanyats a l'hospital. La unitat de treball social sanitari investiga la informació generada en l'exercici diari i, a partir d'això, proposa programes assistencials i preventius. Aquesta unitat actua sobre la persona com a ser social i el seu entorn, li facilita eines per a l'autogestió i suports amb l'objectiu que sigui ella mateixa, juntament amb els seus, la que decideixi les seves noves realitats. Quan es requereixen suports externs, s'acudeix als equips sanitaris d'altres àmbits i/o als equips dels serveis socials, públics o privats, corresponents. La diferència entre l'ajuda que es presta des del treball social sanitari i la que es presta des d'altres esferes i disciplines és que el treballador social sanitari, ell o ella, elabora un diagnòstic social sanitari o un prediagnòstic social sanitari que avala les seves intervencions (breus o extenses). Els altres tipus d'ajuda solen ser reactius i, per descomptat, no elaboren cap diagnòstic social sanitari, sinó que responen a una demanda sense valorar-la ni estudiar-la. Tot això tant en persona com per mitjans digitals i en línia.
- **La unitat d'atenció al client** aborda la relació de la persona amb l'organització. Promou el confort, en el sentit més ampli, de la persona malalta i de la seva família. Això és la relació del malalt i de la seva família amb la pròpia estructura i organització hospitalària tant en la part hotelera (com els circuits d'accés, sistemes d'organització, horaris), com en el que es refereix a les actituds dels equips professionals que l'atenen. Inclou la gestió de les queixes, les reclamacions i els agraïments; la realització d'estudis de satisfacció i opinió, o altres que la gerència consideri d'interès per millorar la visita, l'estada de les persones malaltes i de les persones usuàries de l'hospital; i també investiga la informació de la qual disposa i en genera una altra de nova per optimitzar determinades logístiques de l'establiment, sempre amb l'objectiu de millorar la qualitat percebuda i objectiva, evitar passos innecessaris a les persones malaltes i a la seva família, i agilitar els processos i els serveis dels equips professionals de l'establiment. D'igual forma, analitza la imatge pública de l'hospital a partir de notícies i altres elements de projecció pública. Encara que la unitat d'atenció al client es-

Reflexió

Quan únicament es recullen dades per a verificar que la persona compleix amb els criteris que li permeten sol·licitar tal o tal altre recurs no s'exerceix el treball social sanitari. Es tramita una demanda d'ajuda però amb absència de diagnòstic social sanitari, que implica tota una metodologia d'anàlisi racional.

tigui sota la direcció o el funcionament de professionals del treball social sanitari, des d'aquesta unitat no es presta treball social sanitari.

En aquest mòdul estudiem la unitat de treball social sanitari hospitalari i deixem a part la unitat d'atenció al client, si bé n'hem de saber diferències, les comeses i les funcions per evitar que es barregin amb les pròpies.

2.4. El concepte d'hospital i la seva evolució

Primer ens detindrem en la idea, el concepte, d'hospital com a establiment sanitari i com ha evolucionat amb el pas dels anys fins als nostres dies.

Tant en el seu concepte bàsic (hospitalitat) com en la forma en la qual se satisfà la seva funció, el concepte d'hospital (atenció especialitzada) està experimentant grans transformacions, emparades en gran part pel desenvolupament de les ciències mèdiques i de la salut, el món digital i les TIC.

Així, «l'hospital» ha passat de ser una: «Antiga casa d'acolliment pera pobres i pelegrins durant un temps determinat» a un: «Establiment on es proporciona assistència mèdica i sanitària completa, que generalment és també un centre de formació de personal sanitari». Ambdues definicions són les que apareixen en el *Diccionari de la llengua catalana* de l'Institut d'Estudis Catalans.

El concepte d'hospital també ha canviat en l'imaginari dels individus que componen una comunitat o grup social. Una representació modelada per les experiències personals, l'aparició de notícies en els mitjans, les declaracions polítiques i les promeses electorals, etc. Això pot generar grans expectatives en la població que en la seva realitat estiguin molt per sobre de les possibilitats.

Una de les primeres definicions d'*hospital* sobre la qual es basen les més actuals és la de l'OMS de 1957:

«Una part integrant d'una organització mèdica i social, la missió de la qual és proporcionar a la població una assistència medicosanitària completa tant curativa com preventiva i els serveis de la qual arriben fins a l'àmbit familiar. L'hospital és també un centre de formació de personal sanitari i de recerca». Font: OMS (1957).

Vegem una segona definició d'*hospital* desenvolupada dins de l'Organització Panamericana de la Salut l'any 2018:

Lectures complementàries

I. González; A. Navarro; M. A. Sánchez (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte* (pàg. 21). Barcelona: Ars Medica.

IEC. *Diccionari de la llengua catalana* (DIEC2) [en línia]. <http://dlc.iec.cat/>

Lectura complementària

Organización Mundial de la Salud (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Ginebra: OMS. (Serie de informes técnicos, 122).

«Un establiment de salut amb diverses desenes o centenars de llits, compost d'una sèrie de departaments mèdics, quirúrgics i d'especialitats, que compta amb un servei⁴ d'urgències, consultes externes d'especialitats i serveis d'internació i que té com a part de la seva responsabilitat satisfer les necessitats d'una població d'entre 50.000 i diversos centenars de milers de persones».

⁽⁴⁾En relació amb el terme *servei*, per exemple *servei d'urgències* o *serveis d'internació*, recomanem la denominació d'*unitat* o *àrea de...*, per a evitar confondre'l amb el servei prestat pròpiament dit pels diferents col·lectius.

Lectura complementària

OPS (2018). «Hospitales en redes integradas de servicios de salud» [en línia]. Washington. [Data de consulta: 23 d'octubre de 2019]. <http://iris.paho.org>

Per als ciutadans, l'hospital és l'establiment sanitari al que acudeixen quan ells mateixos, o algú proper, pateixen malalties importants i/o urgències que necessitin intervenció mèdica i no es poden resoldre en els altres àmbits assistencials. Així ho recull en el cas d'Espanya la Llei general de sanitat.

Lectura complementària

Llei general de sanitat (1986). Capítol I, article 16, punt 2.

Per a les gerències i direccions, així com per als equips professionals que n'integren la plantilla, l'hospital és una organització de gran complexitat, una de les més difícils de gestionar i dirigir en la societat actual, on es combinen i s'han d'organitzar els diversos equips professionals per atendre les persones que necessiten ajuda clínica des de diferents coneixements i disciplines. Això, a més, amb el consegüent ús de recursos materials, tecnològics i digitals (amb un creixent desenvolupament dels mitjans en línia). L'hospital és el recurs social més car: funciona les vint-i-quatre hores del dia els tres-cents seixanta-cinc dies de l'any i la majoria dels seus equips professionals estan altament qualificats per exercir en un mitjà altament tecnificat que constantment s'actualitza. Així, en el dia a dia, quan una persona entra en un hospital es troba amb tota una organització en la qual interactuen un entramat d'àrees assistencials i normes de tot tipus i importància: les burocràtiques, les econòmiques, les administratives, les financeres, les polítiques, les professionals i científiques, les ètiques, les legals, les tecnològiques, les organitzatives, etc. Un conglomerat que els equips professionals assumeixen en les seves competències i procediments, i de l'ús òptim de les quals se saben responsables. A l'hospital es reuneixen col·lectius professionals diversos que han d'actuar en equip; són persones que atenen persones malaltes i les seves famílies. El factor humà és un element important en la recuperació i en el manteniment de la salut de les persones.

L'evolució dels sistemes sanitaris en general, i dels hospitalaris en particular, va lligada a l'evolució de la pròpia societat: canvien les dinàmiques familiars, es modifiquen els usos i els mitjans assistencials, es transformen les logístiques, les tècniques diagnòstiques, etc. Va lligada també a l'evolució científica i tecnològica, ambdues imparables; no obstant això, aquestes no poden suprimir ni alleujar la vivència ni l'experiència de la malaltia.

Cada col·lectiu professional amb els seus coneixements i les seves perícies necessita una organització que li permeti transformar aquest *know-how* en serveis que arribin de manera clara i efectiva a les persones malaltes, a les seves famílies, per poder-les beneficiar objectivament i subjectivament de les diferents

intervencions. En l'atenció hospitalària, marcada per la necessitat de rapidesa i alta precisió, tan important és el que es fa com que la persona ho percebi com que és l'òptim per beneficiar-la i millorar la seva salut.

L'hospital és l'establiment de referència per al diagnòstic i l'atenció dels episodis més greus i complexos de la malaltia. L'hospital convoca moltes realitats i circumstàncies personals; per això, algunes de les preguntes que ens hem de respondre des de la unitat de treball social sanitari són les següents:

- Quina és la millor organització de la unitat de treball social sanitari per contribuir a la salut individual i comunitària?
- Quina és la responsabilitat social de l'hospital? Contribueix a aquesta responsabilitat l'organització actual de la unitat de treball social sanitari?
- Quins són els resultats, en salut i benestar, que procura la unitat de treball social sanitari?
- Què pensen les persones ateses per la unitat de treball social sanitari dels serveis rebuts?
- Si ens regim pel model biopsicosocial, permet l'organització de l'hospital que la unitat de treball social sanitari sigui part d'aquest model?
- Des de la unitat de treball social sanitari, realitzem una adequada devolució de les dades a la direcció per innovar dins del propi hospital?
- Actualitzem els procediments i protocols de la unitat de treball social sanitari d'acord amb les noves prestacions que l'hospital va desenvolupant?
- La unitat de treball social sanitari compta amb el catàleg de prestacions i la cartera de serveis propis?
- La unitat de treball social sanitari contribueix efectivament a l'assoliment dels objectius estratègics de l'hospital?

Aquestes preguntes se les ha de fer qualsevol unitat funcional de l'hospital, la qual cosa permetrà conjuminar accions precises des de cada disciplina. Les respostes relatives al treball social sanitari hospitalari solament les podrà satisfer el conjunt de professionals de la unitat en qüestió, i en aquest sentit la direcció de la unitat haurà de prendre la iniciativa.

Existeix una voluntat implícita entre els equips professionals i les direccions que en l'exercici de cada professional s'ha d'incloure l'objectiu de conscienciar les persones ateses i les seves famílies de la part de responsabilitat que tenen en relació amb el seu benestar i amb la seva salut. La persona és la principal protagonista de les seves cures. Quan la persona i la seva família no poden assumir aquesta responsabilitat, des de la unitat de treball social sanitari – després del diagnòstic social sanitari – es prestaran els serveis necessaris per al tractament requerit. La persona, i la seva família, en la mesura de les seves capacitats, ha de ser el motor de si mateixa cap a la millora.

L'estada a l'hospital sempre és temporal. És un fet que la persona malalta pansa la major part del temps sota la seva pròpia autonomia o la de la seva família, i no sota la supervisió professional de l'hospital. Per això, és imprescindible conèixer les condicions de vida de la persona malalta en el seu entorn i dins dels serveis d'educació sanitària haurem de facilitar-li instruments i recursos perquè guanyi habilitats que l'ajudin a mantenir la seva salut i, si pot ser, millorar-la. La participació de la persona afectada en els serveis que se li presten des de treball social sanitari hospitalari la implica en la solució i la motiva per a aconseguir-la. Una participació que és una necessitat que de vegades cal canalitzar i promoure. La xarxa social, la família, es considera part implicada i afectada per la malaltia i pel malalt, tant en la fase diagnòstica com en la fase del tractament i la convalescència.

Tot això s'ha de garantir a partir d'una organització proactiva i d'acord amb procediments i protocols de treball social sanitari dissenyats específicament per a les coordenades i característiques que presenta el medi hospitalari i l'atenció especialitzada.

2.5. Característiques generals de l'hospital: aspectes diferenciadors d'altres àmbits que afecten l'organització de la unitat de treball social sanitari hospitalari

L'hospital, com a evidència la seva organització, és un recurs singular i s'ha de comprendre com a tal. Per a tot col·lectiu professional, la comprensió del funcionament de l'hospital, la seva evolució any rere any, és essencial per contribuir al seu desenvolupament i, encara que sembli pretensions, optimització i sostenibilitat. Els serveis prestats pels equips professionals, no importa la disciplina dins de la qual els exerceixin, són extremadament complexos en convergir, precisament, professionals de diferents disciplines i amb una alta qualificació. Tot això deriva en estructures organitzatives de procediments i protocols amb finalitat clínica, de gestió, de formació i d'administració. Cada col·lectiu, des de la seva disciplina, segueix procediments i protocols amb la finalitat d'estudiar, diagnosticar i tractar els problemes greus de salut de les persones que acudeixen a les seves instal·lacions d'urgències o ingressen de manera programada.

Lectura complementària

F. Esparza Moreno (2011). «La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales». *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo y Acción Social* (núm. 49, pàg. 262-269).

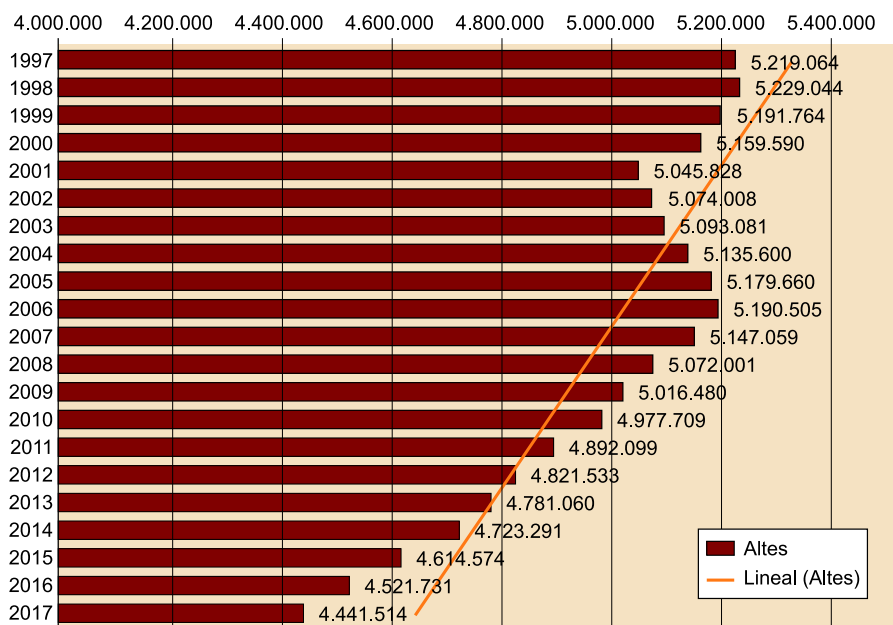
A l'hospital es desenvolupen activitats específiques d'educació i prevenció secundària, però l'hospital també és un centre de recerca, docència i promoció de la salut.

L'activitat diària de la majoria dels hospitals ve marcada per l'alta complexitat dels seus processos clínics (serveis prestats pels equips professionals) i per la necessitat de respondre de manera ràpida per cobrir l'augment de la demanda, satisfer l'exigència de les persones ateses i rebaixar la pressió de les llistes d'espera sempre creixents. Tot això enquadrat en un context de retallades presupostàries, difícil finançament i creixent competitivitat entre hospitals.

Tot el que s'ha descrit en els paràgrafs anteriors es dona en un context específic que novament hem d'assenyalar que marca la unitat de treball social sanitari hospitalari. Les característiques essencials es resumeixen en els punts següents:

- Als hospitals d'aguts l'atenció és total i completa, però sempre per un període molt curt de temps, període que en un futur tendirà a reduir-se. No tenir en compte l'entorn social de la persona afectada condueix al fet que es perdin beneficis per trencament assistencial al moment d'atenció postalta. La figura 1 mostra l'increment de les altes dels últims vint anys. D'una banda, es redueixen els llits en funcionament, però s'incrementen les altes. Això significa que la utilització del recurs hospitalari va en augment.

Figura 1. Evolució dels llits hospitalaris a Espanya



Font: Sistema d'Informació d'Atenció Especialitzada (SIAE).

- L'ingrés hospitalari pot fer sorgir problemes socials que, encara que ja existien amb anterioritat, la malaltia els empitjora amb més força. O pot ocórrer que la malaltia generi alguna dificultat postalta a la persona i al seu entorn en modificar el seu *modus vivendi*.

- L'hospital atén persones que acudeixen voluntàriament a urgències o que venen derivades pel seu metge de capçalera. Però també pot atendre persones víctimes d'algun tipus d'accident que arriben inconscients a urgències. Aquestes circumstàncies delimiten la població a la qual atén.
- Finalment, recordem que els hospitals concentren gran quantitat de personal, d'aparellatge sofisticat i que funcionen les 24 hores cada dia de l'any. La mala utilització d'aquest recurs implica una important pèrdua econòmica. Això els converteix en el recurs social més car i això els obliga a maximitzar la seva eficiència.

Es diu que l'hospital està viu i, com tot organisme viu, cada hospital d'aguts té una personalitat pròpia i una cultura institucional determinada que, dins del sistema sanitari, li confereix un caràcter també únic. Com es resolguin les dificultats, com es desenvolupen els actes clínics dels diferents equips mèdics, d'infermeria, de treball social sanitari, etc., per prestar la millor assistència i atenció, dependrà dels factors que determinin el seu pla estratègic. Dels molts problemes als quals pot enfrontar-se un hospital, públic o privat, un dels principals és el seu ús inadequat.

Algunes de les causes d'aquest ús inadequat es trobarien en:

- L'índex elevat d'estades innecessàries per motius no mèdics.
- El poc control dels equips professionals en el consum de béns, materials i estructures.
- L'alt grau de descoordinació entre àrees clíniques, internes i externes.
- El conservadorisme d'alguns equips mèdics a donar l'alta.
- El paternalisme dels equips de professionals vinculats al procés de millora o curació.
- La falta de visió dels equips professionals (interns i externs) del que és un hospital d'aguts i la mala comunicació amb les persones afectades i les seves famílies.
- La poca capacitat de resposta de l'atenció primària i de l'atenció sociosanitària, com a continuadors de l'assistència.
- El col·lapse permanent del sistema de serveis socials quan es necessiten suports comunitaris.

- L'ús insuficient de les tecnologies clíniques en línia per facilitar el seguiment i evitar la desconexió de les persones afectades i el propi hospital quan es tracta de persones amb patologies cròniques.

Des de la unitat de treball social sanitari hospitalari se segueixen procediments i protocols que donen origen a l'assistència de la persona, incloent-hi els aspectes psicosocials generats per la malaltia. Sigui per procediment o per protocol s'estudiaran, diagnosticaran i tractaran els problemes socials de les persones que són tractades a l'hospital i els de les seves famílies o la xarxa social (entorn).

3. La concepció subjectiva de l'hospital i de la malaltia: el rol de la unitat de treball social sanitari hospitalari

Treballem amb persones malaltes, amb les seves representacions, amb els seus temors i les seves pors. Des de la unitat de treball social sanitari hospitalari hem de conèixer com és la població de referència, quina és la seva representació de les prestacions de l'hospital, com els habitants de la zona veuen el recurs hospital i com l'expliquen. Què se n'espera. Hem de crear espais de grups per a conèixer aquestes expectatives individuals i col·lectives que la ciutadania projecta sobre les seves unitats clíniques de l'hospital, inclosa la nostra. Una bona tècnica per a això és la de grups focals.

Hem de considerar la vivència de la malaltia com la màxima expressió de subjectivitat. La persona afectada actuarà d'acord amb aquesta subjectivitat. La subjectivitat imprimeix la seva petjada en l'objectivitat i moltes vegades, en l'àmbit de la vivència, la domina. La subjectivitat de la persona malalta, i sobretot la dels qui l'envolten, és un conjunt d'esdeveniments que els equips professionals en general, i els de treball social sanitari en particular, han de considerar i estudiar per incloure en el diagnòstic social sanitari. Les dues dimensions bàsiques per considerar la subjectivitat són:

- La vivència de la persona respecte a la seva malaltia i respecte al seu futur: com se sent, com veu el seu futur, a què creu que haurà de renunciar, o què haurà de canviar en la seva vida, aquests canvis com els assumeix, quines circumstàncies són temporals i quines circumstàncies són indefinides.
- La vivència de la família respecte a la malaltia del parent i com es veu en relació amb les necessitats de cura que pot requerir.

Troblem una tercera àrea que ens condicionarà des del primer moment tot el nostre pla de serveis que prestarem quan aquests requereixin, a més, l'ús de recursos i suports formals comunitaris:

- Hem de conèixer quins programes i suports formals existeixen a la comunitat de referència de la persona i si hi intervenim, sempre informarem o implicarem des del principi la unitat de treball social sanitari de l'atenció primària.
- Hem de conèixer com la persona i la seva família assumeixen la necessitat de rebre suports externs d'altres àmbits. Quina és la seva predisposició i la necessitat real de rebre suports professionals.

Serà en gran part sobre aquesta base on els membres de la família de la persona i ella mateixa generaran les seves expectatives i, per tant, la consonància o dissonància amb la realitat influirà, en part, en el seu posterior grau de satisfacció en relació amb l'atenció que li hem brindat. Cada persona malalta, en singular, compta amb una imatge pròpia del que és un hospital i, quan està malalta i hi acudeix, el que pensa i imagina afloren al llarg del procediment assistencial.

En paral·lel, hem d'investigar com la persona concep la seva malaltia, la seva, en les seves circumstàncies, i si creu que necessita ajuda externa a la dels seus, ha de dir-nos en què consisteix. Des del primer contacte hem d'implicar la persona en les nostres recerques sobre ella, hem de deixar que s'expressi, hem d'escoltar més que parlar, sobretot durant les primeres visites per realitzar entrevistes. Tot això és informació que recaptem per a l'estudi del cas i que ens ajuda a elaborar el diagnòstic social sanitari.

4. Responsabilitats de la unitat de treball social sanitari hospitalari

Els canvis dràstics que tenen lloc en tot el sistema de gestió hospitalària, així com l'adopció d'instruments i tecnologies que simplifiquen la funció assistencial, la directiva i de planificació, estableixen nous reptes a les unitats de treball social sanitari hospitalari.

Les responsabilitats de la unitat són:

- Elaborar la cartera de serveis i el catàleg de prestacions de la unitat d'acord amb la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut i conforme a la demografia i epidemiologia de l'hospital. Recordem que la cartera inclou els procediments, els protocols i les tècniques. I que el catàleg inclou els serveis i les prestacions. Les activitats i les gestions formen part de tots dos continguts (es recomana revisar els mòduls que tracten aquests conceptes).
- Diferenciar la funció assistencial com a gestora de casos i execució de procediments i protocols, prestació de serveis, de la funció gestora de la unitat com a analista de tota la informació generada i amb capacitat operativa per a organitzar i promoure nous programes i protocols de treball social sanitari.
- Desenvolupar en els membres de l'equip de treball social sanitari hospitalari habilitats i competències de càlcul combinant informació qualitativa i informació quantitativa amb informació econòmica.
- Assumir la funció de recerca psicosocial dins de l'hospital com una competència habitual i convertir el treball de camp diari en la font de dades sobre la qual promoure nous programes i recursos.
- Evitar la confusió entre les opinions i hipòtesis, fruit de les sospites o anècdotes, dels diagnòstics institucionals i/o comunitaris obtinguts d'acord amb el mètode científic.
- Avaluar anualment els procediments i protocols de treball social sanitari existents per a adequar-los a la pròpia realitat de l'organització.
- Incloure la variable complexitat en els casos socials i en la gestió de la unitat.
- Desenvolupar protocols de treball social sanitari hospitalari en paral·lel als protocols dels equips mèdics per a assegurar l'atenció integral professional.

- Conscienciar els equips d'altres col·lectius professionals de la importància de considerar els aspectes psicosocials de les persones ateses.
- Actualitzar les estratègies de promoció de la unitat de treball social sanitari hospitalari mitjançant la creació de literatura científica per a divulgar els resultats suportats sempre pel mètode científic.
- Participar activament en mitjans de comunicació.
- Incorporar la prudència com un valor de la unitat. Hem d'evitar precipitar-nos en la presa de determinades decisions sense abans haver valorat les conseqüències directes per a les persones implicades. Hem d'evitar basar-nos en informació mancada de rellevància i de representativitat, la qual cosa aboca a errors que faciliten la pèrdua de credibilitat en la unitat.
- Evitar els grans i eloqüents discursos que se sostenen en la retòrica i l'especulació intel·lectual, sense resultats reals. Quan proposem algun canvi en algun programa psicosocial, aquest s'ha de basar en dades que l'avalin. Per això, la funció de recerca és tan important perquè a través d'ella ens convertim en autèntics agents i motors de canvi.
- Apostar per generar la credibilitat de la unitat de treball social sanitari hospitalària, un valor apreciable i un pilar important de la imatge professional que es projecta. La credibilitat es guanya quan es manté un discurs teòric coherent i compatible amb l'activitat diària. La realitat d'avui demanda claredat, propostes concretes pròpies i no importades. És important ressaltar que cada comunitat, cada àrea sanitària, compta amb la seva pròpia condició, i per això un programa que funcioni molt bé a Sevilla pot no funcionar a Bilbao. Cultures diferents, persones diferents, requereixen serveis i recursos diferents. I aquesta és una circumstància contemplada i d'obligada atenció en els principis bàsics del treball social.

Per exemple, els hospitals de dia i els centres de dia, *a priori*, sembla obvi que a Galícia tindran menys concurrència, doncs el clima no convida a les persones malaltes a sortir al carrer per anar al recurs diürn. Segurament hi van, però quan fa fred i vent hom prefereix romandre a casa. Preferirien un altre recurs? Algú els ho va preguntar? Aquest mateix recurs a Andalusia, també *a priori*, sembla més convenient, doncs la climatologia convida a sortir al carrer i passejar.

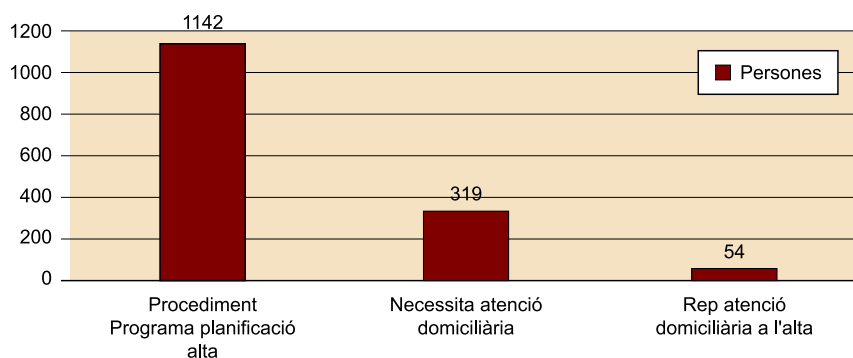
Si es pensa en el recurs, aquesta observació no importa; si es pensa en la persona, en el seu entorn, sí. Com promovem la participació ciutadana?

- Les nostres propostes s'han de basar sempre en anàlisis d'informació veritable obtinguda per professionals del treball social sanitari. És inadmissible investigar i proposar projectes a partir d'informació obtinguda per no professionals. Quan les decisions depenen de la informació obtinguda, moltes vegades el punt feble del projecte són dades poc fiables o no representatives. Així, nombrosos treballs de camp els assumeixen estudiants en pràctiques, persones voluntàries sense formació que actuen com a operadors que es limiten a llançar preguntes i no com a professionals que interactuen

amb la persona per obtenir els màxims matisos. Cal assegurar-nos que la informació sobre la qual es basarà el projecte és veraç.

El coneixement del «Programa d'atenció temporal a domicili» aplicat a l'Hospital Mount Sinai Medical Center of New York va propiciar que aquesta informació s'utilitzés el 1987 en la unitat de treball social sanitari hospitalari del llavors Hospital de Sant Andreu de Manresa per saber quantes persones ingressades necessitaven aquest recurs i quantes el rebien de part dels serveis socials municipals. Dins del procediment de treball social sanitari del programa de la planificació de l'alta es va estudiar la totalitat de població atesa i d'aquesta quanta era tributària del «recurs d'atenció temporal a domicili», amb independència dels serveis de treball social sanitari prestats. Així, es van estudiar 1.142 pacients, tots atesos dins del procediment de treball social sanitari assenyalat. D'aquests, 319 necessitaven el recurs, però l'havien rebut 54, el 17 %. Per a la resta (319, el 73 %), hi va haver diverses opcions, però no el recurs necessari. La figura 2 mostra aquests resultats inicials:

Figura 2. Necessitat d'atenció a domicili de persones hospitalitzades i utilització del recurs



Aquesta informació va ser la base per a proposar als serveis socials el finançament d'un programa pilot d'atenció temporal a domicili depenent jeràrquicament i funcionalment de la unitat de treball social sanitari hospitalari. La negociació va durar tres anys i va ser a l'agost de 1990 quan a Espanya es posava en marxa el primer programa d'atenció temporal a domicili del propi hospital. Va ser la unitat de treball social sanitari hospitalari la que va liderar totes les accions i propostes d'acord amb la gerència.

Lectura complementària

P. J. Schwartz; S. Blumenfield; E. P. Simon (1990). «The interim homecare program: an innovative discharge planning alternative». *Health and Social Work* (vol. 15, núm. 2, pàg. 152-160).

- Desenvolupar competències que ens permetin vincular els nostres resultats a beneficis comunitaris i individuals.

Per exemple, si desenvolupem un protocol de treball social sanitari per a persones reingressades, quan avaluem el protocol hem de poder relacionar els nostres serveis amb la reducció dels reingressos i amb això les ruptures pròpies de la dinàmica social de les famílies i les persones quan han d'ingressar a l'hospital.

- Ens basem en resultats i beneficis socials demostrats i demostrables. I tot això no ho considerem en un sentit micro de la unitat de treball social sanitari hospitalari, sinó dins de la globalitat de l'hospital. Els nostres resultats s'han de reflectir en la totalitat del funcionament de l'hospital.

Per exemple, dins d'un procediment de treball social sanitari del programa de planificació de l'alta podem reduir les estades no mèdiques i això, al seu torn, permetrà a altres persones en llista d'espera reduir el seu temps d'espera i avançar el seu ingrés programat. L'hospital l'hem de veure com un recurs finit, que té una capacitat concreta i, per tant, si l'utilitzen unes persones, no el poden utilitzar unes altres.

- Hem de posar l'alerta en la medicalització i progressiva institucionalització de l'assistència en les més variades versions, la qual cosa genera una visió

reduccionista sobre «com» resoldre els problemes de salut, en el sentit més ampli, d'una població. Els equips de treball social sanitari, en tots els àmbits, no resolen problemes, ajuden les persones en el seu hàbitat a resoldre els seus problemes, sempre basats en el diagnòstic social sanitari.

- Evitarem la minimització de variables psicosocials que, encara que a l'hospital i enfront de la malaltia aguda ocupen un segon pla, al domicili s'amplifiquen i resulten tant o més importants que les pròpiament mèdiques. I aquest és l'altre important repte de la unitat de treball social sanitari hospitalari: aconseguir que els equips sanitaris considerin el diagnòstic social sanitari com part del seu pla terapèutic.
- Prendrem consciència que en tots els processos (no confondre-ho amb procediments ni protocols) cada decisió professional suposa infinitat de conseqüències, tant socials i familiars com econòmiques, sobre el nucli familiar i sobre les arques de l'estat del benestar. La presa de consciència de les conseqüències de cada decisió professional ens ajudarà a millorar la gestió del cas. Els actuals models de gestió, pensant en la competència com a motor de les millores, introdueixen dos elements: l'esforç per estar entre els millors hospitals i buscar la fidelització de les persones que s'atenen. La unitat de treball social sanitari hospitalari adquireix un paper essencial en aquesta visualització de l'excel·lència assistencial i l'assistència centrada en la persona proposant programes i serveis de suport imaginatius perquè també la unitat de treball social sanitari hospitalari marqui la diferència amb la resta.
- Integram els sistemes d'informació de treball social sanitari en els sistemes d'informació general i preservem l'argot i els conceptes propis de la professió, per exemple, introduir el diagnòstic social sanitari com a tal, no com una avaluació o una llista de problemes.
- Introduïrem les tecnologies digitals i consultes virtuals o en línia de tal manera que la prestació de serveis de treball social sanitari no quedi subjecta a barreres d'espai i de temps, que limiten, de vegades, la pròpia prestació.
- Crearem bases de dades amb fórmules que permetin visualitzar informació i indicadors en temps real.
- Iniciarem la coordinació amb la unitat de treball social sanitari de l'atenció primària des del primer moment amb la finalitat d'establir plans conjunts per garantir la continuïtat dels serveis prestats de treball social sanitari hospitalari. Recordem que Gordon Hamilton ens va ensenyar que, quan els equips no treballen junts des del principi, no es pot parlar de coordinació sinó de derivació.

Estem en un nou context sanitari que canvia constantment i de seguida el que és nou en tecnologia es queda obsolet, però el que és humà, vivencial, segueix necessitant temps i atencions humanes. Hem de desenvolupar una nova àrea de coneixement on s'estudiïn els aspectes psicosocials i comunitaris de les persones malaltes i les seves famílies. Els sistemes d'informació són part del nostre dia a dia i la seva explotació periòdica és una responsabilitat que no podem deixar únicament en mans d'altres equips. Els resultats obtinguts pels membres de la unitat de treball social sanitari hospitalari els hem de mesurar en termes d'eficàcia/eficiència social i interpretar-los des del treball social sanitari, no des d'altres disciplines. Amb els nostres resultats justifiquem la nostra continuïtat i també el nostre creixement com a unitat de treball social sanitari hospitalari. Hem de reflectir els beneficis socials i l'optimització de les estructures i organitzacions en les quals es compta amb el treball social sanitari hospitalari rigorós enfront d'hospitals que minimitzen les seves competències i les redueixen a mobilitzar i gestionar recursos.

El valor afegit que el treball social aporta a l'organització hospitalària també l'hem de presentar en forma de resultats apreciables per a les persones ateses i no únicament en els quadres de comandaments del centre. Si els hospitals que tenen unitats de treball social sanitari hospitalari estructurades i organitzades d'acord amb les competències pròpies obtenen els mateixos resultats qualitatius i quantitius que els que únicament responen a demandes i repliquen més models caritatius que el model biopsicosocial, és que el funcionament essencial de la unitat està fallant. Els primers han de marcar la seva diferència respecte als segons.

5. L'organigrama de l'hospital i l'organigrama de la unitat de treball social sanitari

El DIEC2 defineix *organigrama* com: «Representació esquemàtica dels diferents elements d'una empresa o organització, amb les seves funcions i la relació que hi ha entre elles».

Un organigrama hospitalari inclou l'estructura organitzativa i de dependència funcional. Els organigrames cada vegada són més complexos, i van sumant nivells. La dependència jeràrquica de la unitat de treball social sanitari ha de ser de la gerència ja que els continguts de la unitat són els propis, i la naturalesa de la informació i les decisions que es prenen impliquen la gerència. Dependències per exemple de la divisió d'infermeria, la divisió mèdica o la divisió administrativa, fins i tot la divisió assistencial, són un error estratègic.

La unitat de treball social sanitari hospitalari per la seva naturalesa, per com materialitza les seves funcions i les seves competències, per la informació que genera, ha de dependre directament de la gerència i si això no és així, aquest serà un dels objectius. La principal raó que dona suport a aquesta afirmació és que la generació de dades sanitàries, socials i comunitàries de la unitat presenta escenaris sobre els quals actuar i això correspon a la gerència⁵.

⁽⁵⁾http://directivos.publicacionmedica.com/IMG/pdf/dolors_colom_articulo.pdf

La dependència de gerència, no obstant això, implica molta responsabilitat per part de la direcció de la unitat de treball social sanitari hospitalari, doncs a la gerència la informació se li ha de facilitar de manera clara, sintetitzada, concreta i concisa. Si pot ser en gràfiques, amb les solucions als problemes que reflecteixin les gràfiques i les possibles solucions.

La unitat de treball social sanitari també és una unitat de gestió, doncs combina coneixements professionals amb realitats humanes i la prestació de serveis, alguns dels quals, a més, impliquen utilització de recursos. Sigui el que sigui l'organigrama que s'estableixi, la unitat de treball social sanitari hospitalari ha de quedar adscrita a la gerència o a la màxima jerarquia.

Taula 1

Organigrama de la unitat de treball social sanitari
Gerència – direcció – patronat
Direcció unitat de treball social sanitari hospitalari amb diploma o grau en Treball Social i formació en tècniques de gestió i treball social sanitari
Equip unitat de treball social sanitari: amb diploma o grau en Treball Social i preferentment amb un màster universitari de Treball social sanitari

Organigrama de la unitat de treball social sanitari

Personal d'administració

Altres

La dependència de la gerència s'ha justificat al llarg de tots els anys, si bé en molts casos hem d'assumir que es depèn d'altres divisions.

El nombre de professionals de la unitat dependrà dels objectius i de les responsabilitats. La posada en marxa de programes específics requereix recursos professionals específics que els desenvolupin. Cada programa es gestionarà establint la relació cost-eficàcia i beneficis socials dels procediments i protocols de treball social sanitari que posin en marxa. De vegades, es necessitaran assessors consultors externs d'altres disciplines, advocacia, rehabilitació, infermeria, medicina, arquitectura, etc., això per millorar la intervenció, el pla de treball, en els casos socials atesos. La col·laboració amb aquests equips pot ser anual o durant l'anàlisi i interpretació de les dades generades.

La responsabilitat assistencial, per l'envergadura que representa, és incompatible amb la responsabilitat gestora. El desig de compatibilitzar ambdues activitats és abocar la unitat de treball social sanitari hospitalari a la pèrdua d'identitat enfront de la resta d'unitats. Per la seva raó de ser, és com una àrea gerencial. El seu treball amb dades de tota índole, assistencials, clíniques, demogràfiques, de gestió i planificació, referides a l'àrea sanitària, li dona un caràcter ampli.

6. Pilars de l'activitat des de la unitat de treball social sanitari hospitalari: organització

L'acte d'organitzar significa establir un ordre i assignar unes responsabilitats individuals per a la consecució d'una o de diverses finalitats. Quan organitzem estem interactuant per millorar els resultats i beneficis de les persones ateses i de la pròpia estructura funcional. Una organització està formada per un conjunt de professionals, amb coneixements i tècniques, compromisos i responsabilitats, que comparteixen uns recursos comuns per aconseguir uns objectius en el pla.

L'organització de la unitat de treball social sanitari hospitalari integra factors interns i externs, però per la naturalesa de la seva funció ha de tenir en compte que:

- La persona ve a l'hospital perquè té un problema de salut que no pot resoldre a l'atenció primària de salut.
- La seva estada a l'hospital ha de ser la necessària per a orientar la resolució del problema de salut.
- Hi ha altres persones amb problemes de salut esperant ser ateses a l'hospital.
- L'hospital està limitat pel seu contracte programa; per això, n'ha de millorar la gestió.

Per a l'organització considerarem quatre punts i, a més, ens basarem en els objectius generals de l'hospital recollits en el seu pla estratègic. Això ve secundat per l'estructura matricial de la unitat de treball social sanitari hospitalari, entesa com una dependència jeràrquica de la unitat i funcional d'acord amb les àrees mèdiques. Una organització matricial combina la jerarquia que li ve donada per la direcció de la unitat amb la funció que li ve donada per l'àrea mèdica en la qual actua. Cada professional de la unitat de treball social sanitari desenvoluparà la seva acció d'acord amb els diagnòstics i pronòstics clínics, però això no significa que els seus procediments de treball social sanitari hospitalari els defineixi l'àrea mèdica.

L'organització de la nostra unitat de treball social sanitari hospitalari es pensarà per a prestar serveis i ha de definir amb claredat:

- 1) La metodologia:
 - a) procediments
 - b) protocols

c) sistema d'avaluació

2) Els instruments:

- a) sistemes d'informació
- b) classificacions
- c) escales
- d) plataformes virtuals

3) Les tècniques:

- a) entrevistes personals
- b) entrevistes telefòniques
- c) observació de fets, directes i indirectes
- d) anàlisi qualitativa
- e) història de vida
- f) grups focals
- g) grups de suport
- h) grups terapèutics
- i) documentació i registre

4) Les places:

- a) públiques
- b) privades
- c) mixtes

La unitat de treball social sanitari de l'hospital està integrada per diplomats i graduats en Treball Social i preferentment amb formació en el màster universitari de Treball social sanitari. Per al bon funcionament, es requerirà suport en tasques administratives i, a vegades, segons el cas social sanitari, es precisaran suports d'altres equips consultors.

Per la seva pròpia naturalesa, l'organització de la unitat de treball social sanitari hospitalari contempla dos models bàsics d'intervenció, tots dos relacionats amb els objectius de l'hospital respecte al seu model assistencial, en principi, el biopsicosocial.

- **Model reactiu.** La intervenció és a demanda, i aquesta pot venir de la mà de la persona malalta, de la família, del personal sanitari, d'un altre personal, de professionals externs a l'hospital, de l'atenció primària, etc. La demanda pot sorgir en qualsevol àmbit i es dirigeix a la unitat de treball social sanitari hospitalari, des d'on s'iniciarà el procediment o protocol més indicat. La intervenció a demanda, encara que segueix sent l'habitual, és un model obsolet i discriminatori perquè està en mans de la persona, de la seva família, la decisió final de demanar ajuda. Aquesta es basa en un autodiagnòstic i en la seva consciència de problema o de necessitat de suport. Aquest tipus d'intervenció és marginal i margina perquè podem trobar persones que amb necessitats similars no reben cap tipus d'atenció perquè no l'han sol·licitada. S'ha vist i comprovat, quan s'apliquen progra-

mes d'intervenció proactiva, que el fet de no demanar ajuda no significa que no n'existeixi la necessitat. El que busquem no és la demanda sinó la necessitat. Aquest model d'assistència s'inscriu en la intervenció reactiva, que s'inicia quan es manifesta el problema. La intervenció a demanda queda justificada solament quan els recursos professionals de la unitat de treball social sanitari hospitalari són tan escassos que no permeten l'aplicació del model proactiu.

- **Model proactiu.** La intervenció es desenvolupa per programes, la qual cosa significa que es produeix una intervenció sistemàtica quan en la persona hi ha algun dels requisits definits prèviament, basats en una validació o en la pròpia evidència. Els procediments de treball social sanitari poden prendre com a punt de partida determinats diagnòstics clínics, la presència d'indicadors socials que s'han definit i provat com de risc, o el fet d'estar ingressat en una àrea que aplica l'atenció integral dins del model biopsico-social. Aquest és el model d'intervenció al que es tendeix, per ser equitatiu i preventiu. Es classifica dins de la intervenció proactiva, la qual es basa en les persones i en les seves circumstàncies. La que es dona a partir de la presència d'unes realitats i sense necessitat que es realitzi cap demanda en concret. En aquest cas, s'ha de saber que la presència d'aquestes variables no implica necessàriament l'existència de problemes, solament un risc que cal validar o descartar. La presència de determinades característiques que es troben presents en els casos socials atesos amb anterioritat activa i justifica l'inici de programes específics. L'objectiu de la intervenció per programes és avançar-se a les dificultats que poden dificultar el procés de curació o millora i alhora prevenir la incapacitat per demanar ajuda o consell.

Les circumstàncies del sistema hospitalari han canviat. El context de l'atenció especialitzada dels últims anys ha presentat una progressiva i incessant transformació i, com a conseqüència, la unitat de treball social sanitari hospitalari hauria de canviar i reorganitzar la seva activitat d'acord amb aquestes noves realitats i alhora seguir pendent dels canvis.

La reconceptualització de les unitats de treball social sanitari hospitalari és ineludible. D'una banda, ressalten les funcions gerencials, com la gestió clínica i la gestió per processos clínics, la comptabilitat analítica, els avanços tecnològics en totes les especialitats, etc. D'altra banda, i en paral·lel, vivim grans canvis en les estructures familiars i/o xarxes socials de suport, la progressiva institucionalització social quan es manifesta en forma de problema i, com s'ha esmentat, la progressiva desconexió entre la sanitat, en la seva part biològica i molecular, social. Tot això provoca noves situacions de conflicte que requereixen atenció del treball social sanitari.

Una primera dificultat és la fins avui impossible integració longitudinal dels diferents suports, això és, fer coincidir l'alta hospitalària de la persona amb l'ingrés al programa sanitari social requerit.

L'organització de la unitat de treball social sanitari hospitalari passa sempre per adequar els procediments i protocols de treball social sanitari d'acord amb els resultats de l'avaluació. Hem de mantenir identificats aquells grups de població de més risc psicosocial i això passa per elaborar la cartera de serveis i el catàleg de prestacions de la unitat.

Tot i que són moltes les queixes sobre la falta de mitjans i recursos per a completar el tractament social després de l'alta hospitalària, a dia d'avui les unitats de treball social sanitari hospitalari segueixen sense establir empíricament les places necessàries per a poder respondre eficientment i cobrir les necessitats de les persones ateses, d'acord amb la seva tipologia de suport i els serveis prestats. Aquest exercici s'hauria de dur a terme anualment i els seus resultats interessin sobretot a la gerència.

Per exemple, a manera d'escenari hem de poder formular les afirmacions següents: a l'hospital «A» la població atesa presenta necessitats per les quals es requereixen cinc places de llarga estada, cinc places temporals d'espera, quinze places d'atenció a domicili, vint de residència assistida, etc.

Aquesta informació obtinguda mitjançant el mètode científic permet a la gerència projectar nous programes per a respondre a les necessitats reals de la població a la qual atén i no sobre l'ambigüitat de la retòrica. Amb això s'emfatitza la resposta local a problemes locals sense que això impedeixi globalitzar i analitzar comportaments de població segons estrats.

La unitat de treball social sanitari hospitalari romandrà atenta als efectes que la seva intervenció suposa per a la persona i per a l'hospital.

7. Àrees de l'hospital i la presència de la unitat de treball social sanitari hospitalari

Els hospitals no sempre han tingut la mateixa estructura. A mesura que les pràctiques mèdiques avançaven, canviaven i es remodelaven els espais per a satisfer les noves necessitats.

Estructuralment, els espais de l'hospital estan organitzats per zones i en cadascuna s'hi desenvolupa una especialitat pròpia i, encara que sigui obvi, recordem que les persones malaltes quan traspassen els seus murs, segons la patologia que presentin, s'integren a les pautes d'aquesta organització. Un malalt amb traumes serà atès en la unitat de traumatologia i no en una altra. Això respon a unes pautes d'eficiència i optimització de recursos materials i professionals. Res exclou que es puguin demanar interconsultes a altres equips mèdics amb la finalitat de completar el diagnòstic principal.

Els serveis centrals satisfan demandes de totes les àrees. Per exemple: admissiions, laboratori d'anàlisis clíniques, anatomia patològica, radiologia, anestèsia i reanimació, banc de sang, diagnòstic per la imatge, farmàcia i, per descomptat, la unitat de treball social.

La unitat de treball social sanitari hospitalari –fins i tot amb professionals amb formació en determinats diagnòstics mèdics i potser amb professionals integrats a les diferents àrees– manté el seu caràcter de servei central. És important recordar aquesta doble sortida d'activitat: d'una banda, la pròpia de la professió i, de l'altra, la condicionada pel procés clínic.

L'hospital com a estructura física, tal com se la coneix en l'actualitat, canvia. La seva evolució és evident i tot sembla indicar que en els propers anys els espais tradicionals, com els coneixem avui, es disposaran de diferent manera i s'orientaran a una única fi: la resolució de processos clínics. A la pregunta: com seran els hospitals del futur? Albino Navarro escrivia fa anys, encara que les seves paraules segueixen vigents, que:

«La resposta es pot entreveure en analitzar l'evolució dels últims temps. Probablement, al llarg d'aquest segle els hospitals tindran cada vegada menys llits, seran més resolutius, seguiran incorporant coneixements dels professionals, noves tecnologies i medicaments innovadors, desapareixeran els papers, la informació de dades i imatges viatjarà fluidament pels sistemes sanitaris amb garanties de protegir-ne la confidencialitat, es buscarà la qualitat com a objecte primordial i l'eficiència estarà en els idearis de tots els professionals».

L'hospital s'organitza en quatre grans àrees assistencials: urgències, consultes externes, hospitalització i cirurgia ambulatoria. Cada àrea presenta les seves pròpies característiques organitzatives, que les diferencien de les altres.

Lectura complementària

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

Taula 2. Àrees de l'hospital, definició i procedència

Àrea	Definició	Procedència predominant de les persones
Urgències	És l'àrea de l'hospital en la qual s'atén les persones que per la seva situació requereixen una atenció immediata.	<ul style="list-style-type: none"> • Externa, de l'espai urbà • Externa, ambulatori o centre de salut • Interna de l'hospital
Consultes externes	És l'àrea de diagnòstic i tractament dels malalts que no requereixen ingrés.	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina de família • Posturgència • Postalta
Hospitalització	És l'àrea d'ingrés, internament dels malalts quan l'atenció que requereixen no pot ser prestada en consultes.	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina de família • Urgències • Consultes
Cirurgia ambulatoria	És l'àrea que realitza intervencions ambulatories programades.	<ul style="list-style-type: none"> • Equips de cirurgia centre de salut o hospitalaris

La unitat de treball social sanitari hospitalari és una unitat de serveis centrals que desplega la seva activitat per tot el centre. Ha de definir els procediments generals i els protocols específics.

8. Metodologia per al càlcul dels recursos professionals de la unitat de treball social sanitari hospitalari

Un error freqüent en els nostres dies, tant per part de gerències com dels propis membres dels equips professionals, és relacionar els resultats, la qualitat, etc., amb el volum dels recursos professionals. De vegades, suposem que com més professionals millors resultats, però això no sempre és així. Equips nombrosos però sense directriu no obtindran millors resultats que d'altres amb menys recursos, però amb els objectius i els encàrrecs clars. Segurament els segons superin els primers. La quantitat és solament això: una quantitat i possibilitats potencials, però no una garantia. A més quantitat de recursos professionals, més possibilitats, però aquestes es consoliden sobre línies clares.

Un primer punt que cal considerar quan s'incrementen els recursos professionals és que aquests n'han de tenir definit l'encàrrec, la responsabilitat, els protocols de la qual són propietaris, així com si ho són d'algun procés clínic. Per exemple, en treball social sanitari, si no es té clara la funció educativa, aquest increment de recursos per a un procediment de la planificació de l'alta pot representar un augment desproporcionat de la demanda. Però ocorre el contrari quan cada professional assumeix la seva funció educativa i promotora dels recursos propis de les persones. Recordeu el que assenyalàvem en pàgines anteriors sobre la presa de consciència de les persones ateses en relació amb les seves responsabilitats sobre la seva salut.

8.1. Recursos professionals en el model d'intervenció a demanda

Per a l'atenció a demanda no és possible aplicar cap fórmula a part de comptabilitzar les demandes i el temps de la primera visita i de les visites successives. Es tracta de controlar el volum i analitzar com es reparteixen els temps dels casos socials sanitaris. Es tracta també d'aconseguir informació que pugui ser útil en un altre escenari. Per exemple: analitzar la llista d'espera de cada treballador social sanitari, ell o ella, i el temps que triga a atendre a les persones afectades. L'atenció a demanda és imprevisible.

8.2. Recursos professionals en el model d'intervenció per programes

Molt diferent és el cas de la gerència que opta per una intervenció per programes. Per a això, es proposa el mètode següent de càlcul dels recursos professionals de la unitat de treball social sanitari. El que segueix és un escenari teòric basat en el procediment clàssic de la planificació de l'alta:

Taula 3. Metodologia per al càlcul dels recursos personals de la unitat de treball social sanitari

Preguntes	Valors	Càlcul
Quin tipus d'instrument de recollida d'informació s'aplicarà? La pregunta clau: Quant de temps en minuts (MN) porta completar-ho a la primera entrevista / <i>screening</i> ?	Minuts MN	MN
Quants ingressos-consultes anuals (X) responen a les característiques dels criteris de cada programa?	X	X
Hores/any necessàries per a desenvolupar el programa. Es multipliquen els minuts (MN) que porta de mitjana completar l'instrument aplicat pel nombre d'ingressos (X) [una persona pot realitzar diversos ingressos, per això es parla d'ingressos i no de persones] anuals amb les característiques definides dins del programa. El resultat es divideix per 60 (els minuts que té una hora). El producte assenyalarà les hores de treball social sanitari necessàries a l'any dins del programa.		$MN \times X / 60 = \text{Hores any}$
Quantes hores a l'any existeixen de treball social sanitari (HTSS)?	HTSS	Hores any – HTSS = Hores que falten o que sobren
El càlcul es requereix també per dies a fi de saber com es distribueixen els ingressos hospitalaris. Mitjana diària de casos que responen a les característiques del programa (Y). Es poden calcular les mitjanes segons el període estacional i per mes.	Y	$MN \times Y = \text{Mitjana d'hores diàries}$
Quina és la distribució de la població després de la primera entrevista / <i>screening</i> en aquest programa? Casos d'alta després d'aquesta primera visita (CA). Casos de seguiment sense tenir la seguretat que sorgeixi el problema (CS). Casos de problema social (CPS).	N (CA) N (CS) N (CPS)	$MN \times CA =$ $MN \times CS =$ $MN \times CPS =$
Percentatge		$N (CA) = CA \times 100 / \text{total població primera entrevista}$ $N (CS) = CS \times 100 / \text{total població primera entrevista}$ $N (CPS) = CPS \times 100 / \text{total població primera entrevista}$
Determinació de la mitjana en temps benvolgut de les visites successives, en general 20', però cada unitat establirà la seva. Aquest és un càlcul, no una intuïció. Cal realitzar un treball de camp de recollida de temps de les visites successives. Els 20' proposats són el resultat del càlcul realitzat a l'Hospital de Sant Andreu de Manresa el 1985 en implementar el programa de planificació de l'alta.	Minuts MS	
Determinació de la mitjana de visites successives (VS).	VS	

Preguntes	Valors	Càlcul
Temps actual disponible en la unitat de treball social sanitari, minuts reals (MR).	Minuts MR	
Comparació del temps actual real disponible (TR) i el temps necessari (TN). El temps pendent (TP), que vindrà en minuts dividit per 60 minuts que té una hora, indicarà les hores que queden descobertes.		$TR - TN = TP/60 = \text{hores de dèficit}$
Priorització àrees d'intervenció.		

La fórmula bàsica en tots els casos consisteix a assignar temps mitjos a les activitats i accions dins dels processos clínics.

9. Variables per a tenir en compte en la fixació dels objectius

Sobre l'activitat de l'hospital

1) De les àrees mèdiques:

- a) llits per àrea mèdica i llits mixtos
- b) índex de rotació
- c) estada mitjana mensual per àrea
- d) nombre diari d'ingressos per unitat clínica
- e) altres

2) De la unitat de treball social sanitari hospitalari:

- a) nombre de persones ateses segons les àrees mèdiques
- b) estada mitjana de les persones ateses per àrea mèdica
- c) nombre d'altres de treball social donades a cada àrea mèdica per mes
- d) tipologies de les persones que han acudit a la unitat
- e) com han arribat a la unitat i qui les ha enviat
- f) tipus de demanda que han motivat la intervenció de la unitat
- g) temps mitjà de la unitat de treball social a resoldre els casos
- h) temps mitjà transcorregut des de l'ingrés dels malalts fins que intervé el treballador social
- i) quines àrees mèdiques realitzen més interconsultes
- j) activitats de suport i promoció de recursos comunitaris per a la salut
- k) altres

3) Sobre els recursos professionals de la unitat de treball social sanitari hospitalari:

- a) nombre de professionals que componen la unitat
- b) actitud enfront del compliment dels procediments i protocols propis
- c) com es viu la implementació de nous programes a la unitat
- d) Els professionals, ells i elles, se senten part de la unitat?
- e) altres coneixements sobre salut a part dels pròpiament exigits
- f) predisposició als canvis
- g) acceptació de les crítiques
- h) capacitat d'integració
- i) maneig de mitjans informàtics
- j) altres

4) Sobre les persones ateses per l'hospital:

- a) municipis de procedència i la seva corresponent àrea sanitària
- b) grups d'edats de les persones ingressades
- c) diagnòstics mèdics (GRD) més freqüents segons sexe

- d) canals més habituals d'ingrés a l'hospital: metge de capçalera, voluntat pròpia, per urgències, etc.
 - e) grau d'instrucció i econòmic
 - f) reingressos i freqüència per municipis
 - g) demografia i projeccions
 - h) epidemiologia
 - i) serveis de treball social sanitari prestats amb més freqüència
 - j) recursos utilitzats en la prestació dels serveis
 - k) zona rural, urbana o mixta
 - l) fonts de riquesa
 - m) altres
- 5) Sobre el territori de procedència dels clients:
- a) L'hospital atén una població definida i localitzada territorialment?
 - b) zones en les quals l'atenció primària de salut i els serveis socials estan millor o pitjor dotats d'infraestructures
 - c) actitud dels recursos professionals de l'atenció primària de salut i de serveis socials de la comunitat
 - d) Quins són els serveis de treball social sanitari més freqüents?
 - e) Quins recursos són els més demandats?
 - f) Quins recursos són els més utilitzats?
 - g) Quins recursos són els més necessitats?
 - h) predisposició dels equips d'atenció primària de serveis socials a coordinar-se amb la unitat
 - i) Quins recursos i programes inexistents, d'haver existit, haguessin cobert determinades necessitats?
 - j) polítiques sanitàries de la zona
 - k) altres

10. Descripció dels llocs de treball

10.1. Principals activitats de la unitat de treball social sanitari hospitalari

Aquestes activitats es poden desenvolupar dins de totes les funcions professionals assenyalades amb anterioritat:

- 1) Identificar les persones ingressades amb criteris de risc social postalta.
- 2) Visitar els malalts que compleixen algun dels criteris de risc i les seves famílies per al primer *screening* de treball social sanitari hospitalari.
- 3) Coordinar-se amb la unitat de treball social sanitari de l'atenció primària de salut, programes de benestar social, públics o privats.
- 4) Entrevistar les persones ingressades i les seves famílies.
- 5) Registre de les dades de l'activitat diària del treball de camp.
- 6) Compartir amb la resta dels equips professionals la informació obtinguda.
- 7) Garantir la continuïtat de l'assistència postalta.
- 8) Estudi i epidemiologia de les dades obtingudes.
- 9) Aportar a l'equip directiu la informació elaborada i treballada amb propostes concretes i el seu pressupost.
- 10) Intercanviar amb les diferents administracions, locals, comarcals, autonòmiques i centrals, informació sobre la població atesa.
- 11) Fixar objectius anuals de la unitat de treball social basats en una realitat existent i no en supòsits abstractes.

10.2. Tasques

Tasques específiques dels equips assistencials de treball social sanitari hospitalari:

- 1) Primera entrevista, estudi sociofamiliar i anàlisi de dependència funcional segons autodiagnòstic.

- 2) Informar el personal mèdic i d'infermeria de la planta on es troba la persona afectada del resultat d'aquesta primera entrevista, deixant-ne constància a la història clínica.
- 3) Registrar l'activitat assistencial en el sistema d'informació.
- 4) Identificar les persones que tenen la situació social coberta (no s'obre història de treball social sanitari).
- 5) Estudiar els casos que es tracten en visites successives de suport i els que precisen la gestió de recursos extrahospitalaris (s'obre història de treball social sanitari).
- 6) Segones visites i seguiment.
- 7) Elaboració de diagnòstic social sanitari.
- 8) Derivacions informades a altres equips d'atenció primària.
- 9) Coordinació intrahospitalària amb el personal sanitari implicant-lo en el pla de treball.
- 10) Documentar els casos.
- 11) Dissenyar un pla terapèutic individualitzat de cada client.
- 12) Coordinació extrahospitalària amb altres professionals.
- 13) Informació, orientació, suport als clients que no necessiten recursos comunitaris.
- 14) Control de les persones que sobrepassen l'estada mitjana establerta i descartar que sigui per causa social.
- 15) Informar la direcció mèdica de les persones que segueixen a l'hospital tot esperant ingressar en algun recurs intermedi sense poder tornar a casa seva.
- 16) Informar la direcció mèdica d'aquelles persones en les quals, malgrat tenir una estada llarga, no hi hagi una causa social i, per tant, poden ser alta quan ho consideri e l'equip mèdic.
- 17) Trucada de supervisió postalta per comprovar l'estat de la persona afectada i de la seva família.
- 18) Estudis i recerques periòdiques de l'evolució de la demanda i de les necessitats dels clients.

19) Avaluació qualitativa i quantitativa dels seus resultats.

20) Percentatge d'assoliment dels objectius.

21) Transmissió dels resultats més significatius als mitjans de comunicació de l'àrea.

22) Etc.

Tasques específiques que han de realitzar els equips administratius de la unitat de treball social sanitari hospitalari:

1) Identificació diària de totes les persones ingressades.

2) Control dels canvis ocorreguts dins de l'hospital, trasllats, etc.

3) Arxivar els documents personals dins de la corresponent història social.

4) Registre informàtic de les demandes d'ajuda.

5) Control de les altes de les persones malaltes ateses a la unitat.

6) Transcripció dels informes.

7) Concertar hores de visita.

8) Atendre la comunicació via correu electrònic, telèfon, etc.

9) Etc.

Tasques específiques que ha de realitzar la direcció de la unitat de treball social sanitari hospitalari:

1) La responsabilitat de la direcció s'encamina a crear una organització favorable a les polítiques de l'hospital i integrar-les amb les de l'àrea d'influència. En aquest sentit, ha de comptar amb recursos professionals capacitats per a això.

2) Promoure programes d'intervenció basats en la documentació generada en el treball de camp diari.

3) Aportar a les altres divisions la informació corresponent als aspectes socials de la població atesa per l'hospital.

4) Crear sistemes d'informació i de recollida de dades perquè l'activitat d'intervenció realitzada des de la unitat s'integri en la resta de l'activitat de l'hospital.

- 5) Analitzar i avaluar amb les altres àrees de l'hospital i programes de la comunitat els beneficis i dèficits que les persones usuàries de l'hospital tenen. Per a això, precisarà suport informàtic.
- 6) Distribuir les tasques i assignar la responsabilitat dels nous programes que s'implementin als membres de l'equip que responguin al perfil professional requerit.
- 7) Retroalimentar els recursos professionals tant per a les coses bones, com per a les dolentes.
- 8) Establir canals de comunicació estables amb les altres divisions de l'hospital i de la comunitat, utilitzant, a més dels circuits estables, canals informals.
- 9) Fixar els objectius anuals de la unitat a curt i llarg termini sobre la base de la visió de globalitat d'aquesta juntament amb l'experiència individual de cada membre professional responsable de cada programa.
- 10) Identificar necessitats de la població atesa i iniciar contactes amb les administracions per a preveure els canvis adequats.
- 11) Controlar el pressupost que la unitat té assignat.
- 12) Avaluar les activitats realitzades, etc. Tot això, vincular-ho a la resta de la informació de les altres àrees mèdiques.

10.3. Sistema d'informació

Els principals aspectes que s'han de tenir en compte són:

- 1) Com s'estructura la documentació?
- 2) Quan interessa obtenir les dades?
- 3) Amb quina periodicitat?
- 4) Quines dades interessen?
- 5) Per a què interessen?
- 6) Qui pot utilitzar-les?
- 7) Què es vol conèixer?
- 8) Amb quina finalitat?

- 9) Qui tindrà accés a la informació?
- 10) A qui més pot interessar la informació obtinguda?
- 11) Es vol donar resposta a problemes de les persones ateses i de les seves famílies o a necessitats?
- 12) Quin suport es pot esperar per part de l'Administració a resoldre conflictes detectats?
- 13) Quins suports es necessiten per a l'explotació i l'anàlisi de les dades?
- 14) Són les dades políticament interessants?
- 15) Són les dades socialment interessants?
- 16) Com contribueixen a la millora de l'estat de benestar?
- 17) Etc.

Característiques dels instruments de la unitat:

- 1) Han de ser àgils i senzills de manejar.
- 2) Han de facilitar la recollida sistemàtica d'informació referida a la situació social i sanitària de les persones afectades i ateses a la unitat.
- 3) Han d'aportar un prediagnòstic social sanitari en relació amb l'habitatge, la situació familiar abans i després de l'ingrés hospitalari, la capacitat econòmica, el nivell d'instrucció, etc.
- 4) Han d'identificar des del primer moment les persones afectades que requeriran intervencions successives de la unitat de treball social sanitari hospitalari.

11. Grups d'indicadors

Els indicadors ofereixen informació diversa obtinguda al llarg de períodes de temps i són una bona base per a mesurar i comparar resultats actuals amb resultats anteriors. Per exemple, es pot mesurar:

- 1) L'evolució dels reingressos de determinades unitats clíniques.
- 2) L'ús de suports externs a la xarxa familiar.
- 3) Les institucionalitzacions enfront de les reinsercions.
- 4) Altres.

Existeixen diversos tipus d'indicadors, però tenint en compte l'organització de l'hospital, la unitat de treball social sanitari hospitalari utilitzarà els següents:

- 1) d'activitat
- 2) d'utilització
- 3) de rendiment
- 4) de població
- 5) d'integració i reinserció

1) Indicadors d'activitat: el registre i la quantificació de l'activitat realitzada en la unitat de treball social d'un hospital és indispensable per avaluar-lo i, una vegada analitzada, planificar l'activitat futura. L'objectiu principal dels indicadors d'activitat és obtenir xifres quantitatives de l'activitat de la unitat de treball social dins de l'activitat de l'hospital.

2) Indicadors d'utilització: informen del grau d'utilització de la unitat de treball social tant per part de les persones ateses a l'hospital i de les seves famílies com per part dels altres equips professionals i/o altres equips externs.

3) Indicadors de rendiment: informen del volum de treball de cada membre de la unitat de treball social sanitari i de les activitats realitzades a la unitat de temps. Serveixen per comparar la productivitat dels diferents professionals d'una unitat o entre unitats.

4) Indicadors de població: informen de la tipologia de la població atesa en la unitat de treball social de l'hospital, segons demografia, situació socioeconòmica, independència funcional, etc. Així mateix, informen de les àrees clíniques amb més presència, etc.

5) Indicadors d'integració i reinserció: informen del rendiment social de la unitat responnent a un dels principis del treball social sanitari, que contempla la persona afectada com el primer recurs. Aconsegueixen també un dels objectius del treball social sanitari: «promoure els recursos propis» abans d'utilitzar serveis comunitaris.

6) Altres.

Bibliografia

Cabot, R. C. (1910). «Discussion» sobre *Hospital social service: Principles and implications*, de S. E. Goldstein. *National Conference on Social Welfare* (pàg. 349).

Colom, D.; Medina, F. X.; Aguilar, A. (2020). *Prácticum clínico online en trabajo social sanitario (MUTSS-UOC): formando para el ejercicio profesional en la sociedad digital desde los másteres universitarios* (pàg. 261-290). València: Tirant lo Blanch.

Engel, G. (1977). «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science* (vol. 196, núm. 4286, pàg. 129-136).

España Moreno, F. (2011). «La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales». *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo y Acción Social* (núm. 49, pàg. 262-269).

González, E.; Navarro, A.; Sánchez, M. A. (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte* (pàg. 21). Barcelona: Ars Médica.

IEC. *Diccionari de la llengua catalana (DIEC2)* [en línia]. dlc.iec.cat

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut [en línia]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. Art. 4 [en línia]. <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries [en línia]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Llei general de sanitat (1986). Capítol I, article 16, punt 2.

Muñoz García, J. J.; García Quadrat, J. A. (2017). «Claves antropológicas del personalismo de Rof Carballo». *Revista de Hispanismo Filosófico* (núm. 22, pàg. 133-156).

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

OPS (2018). «Hospitales en redes integradas de servicios de salud» [en línia]. Washington. [Data de consulta: 23 d'octubre de 2019]. <http://iris.paho.org>

Organización Mundial de la Salud (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Ginebra: OMS (Serie de informes técnicos, 122).

Schwartz, P. J.; Blumenfield, S.; Simon, E. P. (1990). «The interim homecare program: an innovative discharge planning alternative». *Health and Social Work* (vol. 15, núm. 2, pàg. 152-160).

