

---

# El treball social sanitari en l'atenció socio sanitària

---

PID\_00272628

Dolors Colom Masfret

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores

---



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Professora associada i directora científica del màster universitari de Treball social sanitari dels Estudis de Ciències de la Salut de la UOC. Professora associada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formació en l'àmbit del treball social sanitari i en les unitats d'atenció al client amb estades, primer al Bellevue Hospital Center de la Universitat de Nova York, i després al Departament de Serveis Socials i al Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. És investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i socio sanitaris, 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

<b>Introducció.....</b>	<b>5</b>
<b>1. L'atenció socio sanitària: algunes reflexions prèvies.....</b>	<b>9</b>
1.1. L'atenció socio sanitària i les atencions continuades: antecedents històrics i primers pilars .....	9
1.2. Algunes referències històriques sobre el terme <i>long term care</i> .....	10
<b>2. L'atenció socio sanitària i el treball social sanitari.....</b>	<b>17</b>
2.1. Principis inspiradors d'atenció socio sanitària .....	18
<b>3. L'atenció socio sanitària i la coordinació socio sanitària.....</b>	<b>22</b>
<b>4. L'atenció socio sanitària en el Ministeri de Sanitat i Consum.</b>	<b>26</b>
<b>5. Antecedents històrics: el programa <i>Vida als anys</i>.....</b>	<b>27</b>
5.1. L'atenció .....	27
5.2. Les unitats .....	28
5.3. Les persones ateses .....	28
5.4. El finançament .....	29
5.5. La qualitat .....	29
5.6. Breu repàs a l'atenció socio sanitària en altres comunitats .....	30
<b>6. Unitats, programes i serveis de l'atenció socio sanitària.....</b>	<b>31</b>
6.1. Unitats funcionals d'ingrés .....	31
6.2. Unitat de salut mental i psicogeriatría .....	32
6.3. Unitats funcionals d'atenció diürna .....	32
6.4. Unitats funcionals domiciliàries .....	33
6.5. Programes de suport .....	34
6.6. Programes bàsics complementaris .....	35
6.7. Programa de serveis d'infermeria .....	35
6.8. Programa de serveis psicocioculturals .....	36
6.9. Programa de serveis mèdics .....	38
6.10. Programa de gestió i millora de la qualitat .....	38
6.11. Programa d'advocacia i notaria .....	39
6.12. L'accés a l'atenció socio sanitària .....	39
6.12.1. La garantia d'accés per mitjà d'un programa de l'alta ....	40
6.12.2. Ocupació de places .....	41
6.12.3. Llista actualitzada i seguiment dels clients .....	42
6.13. Les expectatives .....	42
6.14. Atenció a les famílies .....	43

<b>7. Definició dels indicadors bàsics.....</b>	<b>44</b>
7.1. Indicadors d'activitat .....	46
7.2. Indicadors d'utilització de la unitat .....	46
7.3. Indicadors de rendiment .....	47
7.4. Indicadors de població .....	48
7.5. Indicadors d'integració i reinserció .....	49
7.6. Indicadors de demanda social .....	49
7.7. Indicadors de necessitats socials .....	50
7.8. Indicadors d'utilització .....	51
7.9. Indicadors de qualitat .....	51
7.9.1. Adequació dels suports .....	52
7.9.2. Queixes i reclamacions .....	52
7.9.3. Agraïments .....	52
7.10. Altres grups d'indicadors complementaris .....	52
7.11. La satisfacció del client, la seva família i la comunitat .....	54
<b>8. Pensar en socio sanitari. Diagnosticar en socio sanitari. Tractar en socio sanitari. Planificar en socio sanitari.....</b>	<b>56</b>
<b>9. El progrés de l'atenció socio sanitària passa pel R+D+I. Reflexió final.....</b>	<b>58</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>61</b>

## Introducció

La implementació i el desenvolupament de l'atenció sociosanitària a Espanya s'inicia a Catalunya a mitjan dècada dels vuitanta amb el programa *Vida als anys*, adscrit a les Conselleries de Sanitat i de Benestar Social. La posada en marxa del programa *Vida als anys* va ser un clar exemple d'innovació en la creació d'una xarxa de programes preparats per a assumir en diferents graus les necessitats sanitàries de les persones que a més presentaven problemes o dificultats socials.

Una de les novetats va ser que en un marc legal es reconeixien les teories de l'atenció integral.

Amb el pas dels anys, no obstant això, l'atenció sociosanitària ha vist desviar el seu centre de gravetat cap a l'atenció de la sanitat, amb la qual cosa el fet social ha quedat de nou, moltes vegades, en un segon pla.

La idea original es manté en la teoria, però a la pràctica, excepte excepcions, es va sanitaritzant. Igualment, l'atenció sociosanitària segueix sent encara per a moltes autonomies una assignatura pendent o en vies de desenvolupament, el debat de la qual roman abstracte o se circumscriu a la coordinació sociosanitària. Es tractarà més endavant, però cal diferenciar l'atenció sociosanitària de la coordinació sociosanitària.

L'atenció sociosanitària va néixer, com ho va fer el mateix treball social sanitari, de l'evolució de la pròpia realitat social i com a fruit de l'evolució de l'estat del benestar, del desenvolupament del sistema sanitari, tant en els coneixements assistencials com en la gestió de les estructures i la seva planificació. La creació del sistema de serveis socials i els avenços de la medicina, juntament amb les noves tecnologies i, sobretot, una nova sensibilitat ciutadana respecte a l'exigència d'una millor atenció, van ser els pilars del seu inici. Però per sobre de tot, destaquem la voluntat d'una societat civil i una comunitat professional que van veure com es perdia l'equilibri entre la professionalitat, la nova gestió i la humanitat. Sorgien noves necessitats i es precisava de nous serveis. Totes aquestes esferes van ser les que van propiciar aquella nova idea i una nova forma d'organitzar l'atenció social i sanitària per a grups de població vulnerable i fràgil.

A Espanya, va ser Catalunya la comunitat autònoma que va liderar la posada en marxa i el desenvolupament de l'atenció sociosanitària, d'on va resultar una idea, en aquells moments, altament innovadora. El seu esperit és el mateix i el treball social sanitari hi té, com va tenir en els inicis, un paper determinant que cal recuperar per a mantenir viva la mirada del tema psicosocial.

El terme *sociosanitari* evoca necessàriament la presència d'una malaltia tractada dins del sistema sanitari (públic i/o privat) i la presència de problemes socials que, com la mateixa malaltia, necessiten un tractament professional des del treball social sanitari. La diferència principal està en què l'atenció sanitària és menys complexa que la d'un hospital d'aguts. La presència de la malaltia incurable, degenerativa, de llarga durada, mediatitzada per la vivència de cada persona en el seu medi concret, amb necessitats d'atenció sanitària continuada i, per tant, d'atenció també continuada des del treball social sanitari, constitueixen la medul·la del desenvolupament i el desplegament de l'atenció sociosanitària.

L'atenció sociosanitària, en la concepció filosòfica, és la integració sincrònica d'estructures, coneixements, recursos tecnològics i teòrics, recursos professionals i models d'atenció flexibles. És a dir, l'atenció sociosanitària és un exemple real de *management* en l'estat del benestar.

El model d'atenció sociosanitària, a més, es troba a cavall entre l'atenció primària sanitària i l'atenció especialitzada. Podem pensar que es beneficia del coneixement de tots dos sistemes, de la primària i de l'especialitzada. La multiplicitat de programes i serveis que admet l'atenció sociosanitària la converteixen en un model d'atenció particular que articula col·lectius professionals diversos (de medicina, infermeria, treball social sanitari, psicologia, geriatría, gerontologia, fisioteràpia, etcètera.) i serveis sociosanitaris. Un model vinculat a altres sistemes, però amb identitat pròpia, que no està limitat ni constret per ells.

L'atenció sociosanitària no s'ha de confondre amb la coordinació sociosanitària. Són dues dimensions diferents. El treball social sanitari en l'atenció sociosanitària té a la seva mà liderar el desenvolupament de procediments d'intervenció interdisciplinària. Si bé en l'atenció sociosanitària és indiscutible la presència del treball social sanitari, aquest té un gran repte en la promoció i avaluació de programes i serveis d'acord amb les noves realitats socials.

Així doncs, en l'atenció sociosanitària, en el treball social sanitari, promourem i gestionarem coneixements i procediments.

Quan un dels dos enfocaments, el sanitari o el social, no és present en el pla de cures, es tracta d'atenció des del vessant sanitari o atenció des del vessant social, però no respon al vessant sociosanitari com a model integral. El desenvolupament del concepte de l'atenció sociosanitària implica el disseny d'un sistema de programes i serveis de diferent complexitat destinats a cobrir les necessitats derivades de les persones els problemes sanitaris de les quals poden generar problemes socials i, viceversa, persones els problemes socials de les quals posen en risc la seva salut per mitjà de problemes sanitaris.

Al llarg del text següent reflexionarem sobre l'atenció socio sanitària com a concepte i metodologia, com un espai propi amb múltiples ofertes de prestacions.

L'atenció socio sanitària consisteix en serveis amb entitat pròpia o en serveis que resulten de la suma d'altres de diferents? Respondrem a aquest dubte que sol planar sobre els qui s'han construït una idea equivocada del que és l'atenció socio sanitària. En aquest mòdul la situem funcionalment i jeràrquicament en el sistema sanitari, desplegada com un model integrat on el vessant sanitari no es concep sense el vessant social, i viceversa. Passats gairebé trenta-cinc anys des de de la primera experiència d'atenció socio sanitària, seguim donant suport a la idea original.

La seva evolució s'ha vist afectada pel fet que cada vegada més el sistema sanitari, degut en part a l'increment de l'ús de la tecnologia, se centra en la malaltia i relega a un segon pla, pel seu propi funcionament, a la persona malalta i la seva família, es perd el vincle entre el personal mèdic i la persona malalta, i tot el seu món.

En els anys noranta algunes comunitats, mantenint el nom d'atenció socio sanitària, van defensar una atenció socio sanitària sense serveis ni programes propis, van optar per la coordinació entre sistemes, el sanitari i el social, però les diferències de funcionament i gestió entre tots dos àmbits en dificulten qualsevol intent. Sobre el terreny, que és on es mesura l'efectivitat, els principals perjudicats són els col·lectius que es beneficiarien de l'atenció socio sanitària com a concepte original i no com a resultat d'una burocràcia que suma prestacions facilitades de manera independent sense una línia comuna, amb documentació independent i serveis independents. A la vista de la seva infructuositat, la coordinació socio sanitària, entesa com la unió del sistema sanitari i del social, no és una utopia?

La realitat de l'atenció socio sanitària, com va ser pensada i com està funcionant a Catalunya (bressol a Espanya del nou model), ens permet recapacitar i debatre sobre aquest tema en contrast amb les realitats de les diferents autonomies. Aprofitarem aquí els recursos de l'alumnat per veure com està funcionant a les seves respectives comunitats.

Sobre el terreny –s'insisteix, l'únic lloc on compte–, les dificultats de la coordinació són evidents. Per què determinats serveis i programes han d'estar per decret sota la tutela dels serveis socials quan el centre de gravetat de la necessitat se situa en la malaltia que requereix una atenció integral, continuada i especialitzada?

Es pot, des del treball social sanitari, plantejar procediments útils que no marginin a les persones ateses en el sistema sanitari quan, després del seu procés agut, requereixen atenció socio sanitària. La persona és una. Els serveis han de

ser capaços d'estructurar-se com si fossin un de sol. I si això no s'aconsegueix, per què no pensar que es tracta d'una fórmula fallida?, per què no actuar-hi en conseqüència?

Les unitats de treball social sanitari han d'assumir rols de promotors i avaluadors de recursos i unitats integrades de l'atenció socio sanitària. L'objectiu sempre és la persona malalta, la seva vivència i experiència en aquest moment determinat que la percepció de les seves necessitats l'aclapara. A ella i a la seva família. En tots els casos es treballarà amb el nucli familiar per a afrontar el present i segons el diagnòstic i pronòstic mèdic, per al futur. En les entrevistes s'exposaran els possibles riscos, els efectes psicosocials del fet de passar a dependre d'altres programes, s'investigaran les reaccions, els comportaments de la persona i el seu entorn. En cap cas, en l'àmbit social, és possible determinar *a priori* el que ocorrerà àdhuc tenint identificats els dèficits, però sí que a mesura que anem acumulant dades, podem establir previsions.



## 1. L'atenció socio sanitària: algunes reflexions prèvies

L'espai físic i conceptual que es troba entre l'atenció hospitalària per a pacients amb malaltia aguda i l'espai comunitari per a pacients amb malaltia crònica o aguda, però que requereix d'una llarga convalescència, preocupa des de finals del segle XIX. L'abordatge d'aquest episodi vital va requerir dels professionals de l'època una visió diferent a la convencional, però a més, d'una sèrie d'accions. El treball social sanitari és sobretot acció.

Una anècdota il·lustrarà aquesta afirmació. Ida M. Cannon, la segona treballadora social metgessa en el Massachusetts General Hospital i impulsora del principal desenvolupament i expansió del treball social sanitari, en el seu temps denominat mèdic, era l'autora d'un dibuix de l'ocell Dodo recolzant-se en un bastó. Dodo presidia el seu despatx amb el text següent que deia a la part superior: «Per què en Dodo diu: la millor manera d'explicar-ho és fer-ho?». En aquest cas, situats en el camp del treball social mèdic o hospitalari, Ida M. Cannon estava invocant l'acció necessària per a evitar o pal·liar determinats problemes psicosocials sorgits arran de la malaltia de llarga durada. Cal assenyalar que, a més, Cannon no plantejava qualsevol acció, reivindicava l'acció que complia amb els principis del treball social sanitari.

El treball social sanitari, s'apliqui on s'apliqui, sigui a l'hospital, en l'atenció socio sanitària, o en l'atenció primària, és abans de res «acció». Una acció benèfica i estratègica, planificada específicament per a la persona, el seu entorn i el seu medi ambient. La intervenció dels equips de treball social sanitari en l'atenció socio sanitària es desenvolupa juntament amb l'acció especialitzada d'altres col·lectius professionals que componen la resta de l'equip interdisciplinari. Cada col·lectiu és part dels serveis professionals prestats i es basen en els seus coneixements específics, en col·laboració amb les persones afectades i, si aquestes no diuen el contrari, amb la seva família.

### 1.1. L'atenció socio sanitària i les atencions continuades: antecedents històrics i primers pilars

La idea de l'àmbit socio sanitari, la seva transformació en serveis específics caracteritzats per les atencions continuades a Espanya, sorgeix a Catalunya a mitjan vuitanta. Després la van seguir altres comunitats, cadascuna amb els seus propis matisos sobre el programa i la idea original, però en tots els casos coincidint en una idea: les atencions continuades dins d'un model d'atenció integral.

No obstant això, als països saxons i francòfons, aquesta fórmula feia molts anys que servia a diferents tipus de població. L'atenció socio sanitària a Espanya equival al Long Term Care dels països saxons i al Long Séjour dels francòfons.

A continuació, molt breument, s'exposen moments clau en el desenvolupament d'aquesta fórmula professional d'intervenció que, amb els anys, va resultar un tercer model assistencial, basat sempre en el model biopsicosocial,

que anava més enllà d'una simple suma de professionals pendents de la seva funció i desvinculats de la dels altres components de l'equip. L'atenció socio sanitària significa un tot, una tercera via.

El 1886 William Olser, metge del John Hopkins Hospital a Baltimore (USA), va crear un programa de visites a domicili. En aquest, els estudiants de Medicina visitaven les llars i els ambients als quals tornaven les persones malaltes que atenien. Probablement, aquest sigui el primer programa d'atenció socio sanitària que va nodrir una nova fórmula d'exercir la medicina i que contemplava, per la seva incidència en la recuperació, a més dels aspectes psicosocials, els entorns socials de les persones malaltes. Un d'aquests estudiants va ser el Dr. Charles Emerson, qui al seu torn, en el seu exercici professional, va implementar el mateix programa a la Charity Organization Society de Baltimore. Va ser allí, a la COS de Baltimore, on el 1903 va conèixer el Dr. Cabot, qui de seguida va veure la nova figura professional que calia introduir a l'hospital. Aquesta nova figura era la treballadora social mèdica, amb tres funcions bàsiques:

- L'assistencial-preventiva.
- L'educativa.
- La investigadora.

La continuïtat de la història del treball social mèdic (avui sanitari) l'hem vist a la primera assignatura. La nova figura proposada per Richard C. Cabot s'ocuparia d'estudiar els aspectes socials i psicosocials de les persones a les quals ell, com a metge, atenia. En repetides ocasions havia manifestat la seva frustració en comprovar que alguns pacients als quals atenia no tenien possibilitats de seguir els tractaments indicats. Recordem que aquesta primera plaça la va assumir Garnet Isabel Pelton el 1905, la qual, als pocs mesos, va emmalaltir de tuberculosi i va es haver de retirar; Ida M. Cannon la va substituir i va iniciar un camí d'expansió de la professió, el treball social sanitari, no solament en el Massachusetts General Hospital sinó també en altres hospitals d'Estats Units que van imitar l'experiència de Boston.

Un altre moment que cal assenyalar va ser el 1897, quan Jane Addams, en una de les seves conferències, va assenyalar la importància de les unitats de convalsència perquè les persones amb trastorns mentals fossin desinstitucionalitzades de manera progressiva, per evitar així el xoc de les famílies i d'elles mateixes quan deixaven l'hospital.

## **1.2. Algunes referències històriques sobre el terme *long term care***

Després d'una revisió bibliogràfica sobre els usos del terme *long term care* dins de les conferències anuals de benestar celebrades als Estats Units a partir de 1874, denotem que una primera referència apareix el 1930, dos anys després de la mort de Mary E. Richmond.

S'esdevé en el context d'una conferència impartida a Boston dins del marc de la Conferència Nacional de Treball Social, el seu autor és Joseph Bonapart i versa sobre l'atenció a l'adolescència que es troba sota tutela institucional.

El terme *long term care* torna a aparèixer deu anys més tard, el 1940, i en concret referint-se a un programa mèdic de cures continuades infantils. En aquest cas l'autor és Joseph E. Alloway.

Novament, el 1944 es parla del *long term care* per a les persones amb alguna discapacitat fent una referència al procés de treball social sanitari: rehabilitació vocacional. En aquest cas l'autor és Michael J. Shortley. Eren els temps de la Segona Guerra Mundial i els Estats Units es van trobar amb molts dels soldats que tornaven mutilats o greument ferits, que necessitaven atenció professional durant molt temps. Això explica l'evolució del terme, que de seguida es va ampliar a la població adulta i en edat de treballar.

Un parell d'anys més tard, el 1946, Odin W. Anderson escrivia un molt interessant i il·lustratiu article, en el qual es referia a les atencions del *long term care* i que va titular «Resources for care of the chronically ill: nature and need» (Recursos per a l'atenció de la malaltia crònica: naturalesa i necessitat). Escrivia:

«Quan les Ciències Mèdiques van conquerir les malalties agudes, es va donar una taxa de supervivència molt més gran [...] era probable que aquestes persones es convertissin en víctimes de les malalties cròniques. [...] Quan es recorre la literatura mèdica i social sobre el problema dels malalts crònics, hom se sorprèn per l'ús freqüent dels termes *suposem, podríem, volem*, la qual cosa suggereix la immensitat de la nostra ignorància i la frustració que sentim enfront d'aquesta ignorància quan desitgem l'acció. [...] Ara sorgeix el problema –la cura dels malalts crònics–, la qual cosa obliga a la integració i la cooperació d'aquests camps... [...] Finalment, el pacient es converteix en una personalitat i no solament en un cas de cor, o un cas de pensions, o un indigent. [...] La naturalesa del problema és tal que un enfocament orgànic és necessari, però els treballadors socials saben molt bé que és necessari l'examen de la situació total del pacient, de les seves finances, del seu treball, de casa seva, de la seva malaltia, i del seu futur. [...] El pacient és una part d'una família, i la família és part d'una comunitat, i a la comunitat, els serveis existents han de coordinar-se amb la finalitat que l'acció resulti parcialment eficaç. [...] Una cita d'una ben coneguda autoritat en la malaltia crònica ens dona una idea de la caòtica situació actual: les instal·lacions existents per a l'atenció dels malalts crònics presenten una imatge molt confusa. Pacients a casa que haurien d'estar als hospitals. Pacients a llars per a les persones grans que no estan preparats per a atendre les seves necessitats. Pacients en llars de convalsència que ocupen llits necessaris per a una altra fi... Hi ha una confusió boja dels pacients i les institucions. Els pacients que lluiten per a trobar un refugi on sigui, les institucions que els admeten a contracor i assumeixen que no els proporcionen l'atenció que necessiten. És una escena de gran desordre. [...] Cadascun d'ells accepta a contracor la càrrega dels malalts crònics, i intenta transferir la responsabilitat a una altra agència que no està millor preparada per a la tasca. Per a posar ordre en aquest caos, sembla necessari desenvolupar una logística de l'atenció dels malalts crònics... [...] Fins a aquest moment hem estat incapaços d'establir un sistema de prioritats en l'ordre de l'acció».

O. W. Anderson (1946). «Resources for care of the chronically ill: nature and need». *National Conference on Social Welfare* (pàg. 507-514).

El text d'Anderson sembla escrit ahir. La majoria dels professionals trobaran en aquestes paraules fragments que els permetran reconèixer-s'hi. I, alhora, reconèixer realitats del seu dia a dia. Però aquestes paraules van ser escrites el 1946, per això ha de cridar-nos l'atenció la repetició constant en la qual sembla que s'ha caigut aquests últims anys. Repetim constantment els problemes, cosa que cal fer, però falla l'acció final, la que genera el moviment per al res-

#### Bibliografia recomanada

R. Cabot (1920). *Ensayos de medicina social*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.

tabliment o manteniment. Per això, l'atenció socio sanitària va ser un gran pas per concretar l'acció assistencial dins del model socio sanitari en el qual les recomanacions del Dr. Cabot, quan van assenyalar que «Els organismes mèdics i els organismes socials no hem de treballar separats, perquè els éssers humans, dels qui som responsables, no poden ser fraccionats en dos», trobaven la seva màxima expressió. Podem dilucidar sobre el que ocorre i com solucionar-ho, però el test de la realitat passa per actuar sobre això considerant les altres experiències que ja han passat pel mateix i ens poden estalviar temps i recursos. La història, qui no la coneix, es veu obligat a repetir-la, però com a professionals no podem caure en el reduccionisme al que condueix la falta de coneixement d'experiències anteriors. Existeix nombrosa bibliografia que posa de manifest el que van ser les primeres experiències d'atenció socio sanitària, no solament a Espanya, on sens dubte va arribar tard, sinó en altres països desenvolupats. La seva literatura científica ens permet accedir a les seves principals dificultats, als seus punts forts. Aprofitem les experiències dels qui ens van precedir per evitar creure que estem innovant quan en realitat estem, com diria Anderson, actuant des de la ignorància i a sobre ens felicitem per aquest fet. Aquests textos són un bon exemple de la importància que adquireix per a les professions, per a la seva evolució, la generació de coneixement des de les seves pròpies bases teòriques, i aquesta sempre s'ha de basar en les dades, les evidències i la recerca.

És freqüent sentir persones, gairebé sempre alienes al sector socio sanitari, parlant del tema socio sanitari com si fos l'equivalent del treball social sanitari, o com si fos una manera més moderna de denominar-lo. Cras error. El treball social sanitari no és l'atenció socio sanitària, en conforma una de les dimensions. D'igual manera, el treball socio sanitari que últimament també sona no té res a veure amb el treball social, ni amb el treball social sanitari. El treball socio sanitari és simplement l'exercici que realitza qualsevol professional dins de l'atenció socio sanitària.

Igualment, s'ha de tenir clara la diferència entre l'atenció socio sanitària i la coordinació socio sanitària. Molt breument, perquè ho desenvoluparem més endavant, la primera implica serveis propis. La segona implica tots els serveis, sanitaris i socials, existents en una zona o àrea que tenen la necessitat de relacionar-se entre si i de col·laborar, de coordinar-se perquè tots estan intervenint d'una o una altra manera sobre la persona afectada i la seva família. La segona, per tant, és molt més àmplia i sempre abraça la primera. La segona, la coordinació socio sanitària depèn de cada professional, de la seva voluntat. Fins i tot existint l'exigència de l'organització, l'última paraula en la coordinació la reté cada professional.

En el cas de l'atenció sociosanitària, els programes i els recursos estan aquí i les seves competències i responsabilitats també, formen part del quefer diari sense opcions. Quan se'ls avalui, quan retin comptes, hauran d'acreditar les bones pràctiques, no des de la retòrica sinó en funció de resultats i indicadors de qualitat.

Des d'aquell primer programa *Vida als Anys*, creat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social i desenvolupat en l'Ordre del DOG del 29 de maig de 1986 fins avui, gairebé trenta-cinc anys després, molt ha canviat el contingut del vessant sociosanitari, i també hem de reconèixer que les bases inicials s'han anat disseminant a conveniència de qui tractava el concepte.

Per tenir presents els orígens, molt resumidament, podem assenyalar quatre evidències que van justificar la nova fórmula:

- Les persones malaltes, a més de l'atenció sanitària òbvia, per la qual acudien a l'hospital, necessitaven aleshores atenció social i sanitària poshospitalària. Atencions continuades que les seves famílies no podien assumir.
- Les persones malaltes romanien a l'hospital el temps que mèdicament fos necessari, després eren donades d'alta, però algunes d'elles no podien tornar a casa seva perquè necessitaven suports professionals.
- El sistema de serveis socials no estava preparat per a donar respostes adequades a les necessitats sanitàries i socials de les persones donades d'alta amb necessitats d'atencions continuades i menys per als de llarga durada.
- Les persones que gaudien d'autonomia plena que aleshores vivien en les anomenades residències socials anaven emmalaltint. Els centres cada vegada més necessitaven personal sanitari per prestar-los una atenció de qualitat.

Però tot això es va començar a gestar uns pocs anys abans, quan el 1981 es transfereixen a la Generalitat de Catalunya les competències en matèria de sanitat. Després, un any més tard, el 1982, les gerències hospitalàries es professionalitzen i comença la contractació dels deu primers gerents. L'observació de la realitat, la recollida de les primeres dades, la seva anàlisi i interpretació van permetre corroborar que la dinàmica social de l'atenció a persones amb malalties cròniques, i en alguns casos terminals, estava canviant i calia modificar les organitzacions hospitalàries de manera que es diferenciés l'atenció de persones en fase aguda de les que presentaven processos crònics.

Si prenem a les persones més grans de 85 anys dels indicadors clau del Sistema Nacional de Salut i les distribuïm per comunitats autònomes, trobem els valors següents:

Taula 1. Distribució per sexe i comunitat autònoma de la població més gran de 85 anys

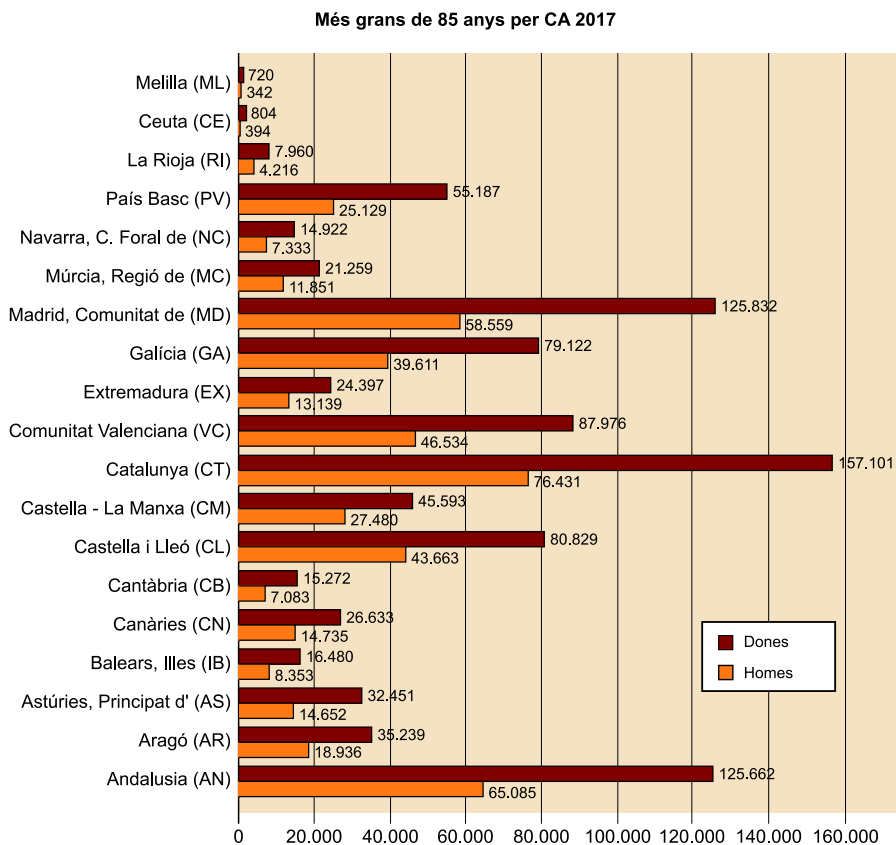
<b>Comunitat autònoma / any 2017</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>	<b>Total</b>
Andalusia (AN)	65.085	125.662	190.747
Aragó (AR)	18.936	35.239	54.175
Astúries, Principat d' (AS)	14.652	32.451	47.103
Balears, Illes (IB)	8.353	16.480	24.833
Canàries (CN)	14.735	26.633	41.368
Cantàbria (CB)	7.083	15.272	22.355
Castella i Lleó (CL)	43.663	80.829	124.492
Castella - La Manxa (CM)	27.480	45.593	73.073
Catalunya (CT)	76.431	157.101	233.532
Comunitat Valenciana (VC)	46.534	87.976	134.510
Extremadura (EX)	13.139	24.397	37.536
Galícia (GA)	39.611	79.122	118.733
Madrid, Comunitat de (MD)	58.559	125.832	184.391
Múrcia, Regió de (MC)	11.851	21.259	33.110
Navarra, C. Foral de (NC)	7.333	14.922	22.255
País Basc (PV)	25.129	55.187	80.316
La Rioja (RI)	4.216	7.960	12.176
Ceuta (CE)	394	804	1.198
Melilla (ML)	342	780	1.122
Espanya (ES)	483.526	953.499	1.437.025

Les comunitats autònomes amb més població més gran de 85 anys són, en primer lloc, Catalunya, amb 233.532 persones, 76.431 homes i 157.101 dones. La segueix Andalusia, amb 190.747, 65.085 homes i 125.662 dones. La tercera en nombre de població més gran de 85 anys és Madrid, amb 184.391 persones, 58.559 homes i 125.832 dones.

Aquestes dades són eloqüents i assenyalen la diferència entre comunitats autònomes, la qual cosa significa que els programes i les unitats d'atenció socio sanitària també s'han d'ajustar a les ràtios de població i a les seves necessitats, amb un afegit: la població femenina dobla la població masculina. Recordem que l'edat no és un factor determinant dins de l'atenció socio sanitària, però sí que les persones de més edat presenten més riscos de necessitar algun dels recursos.

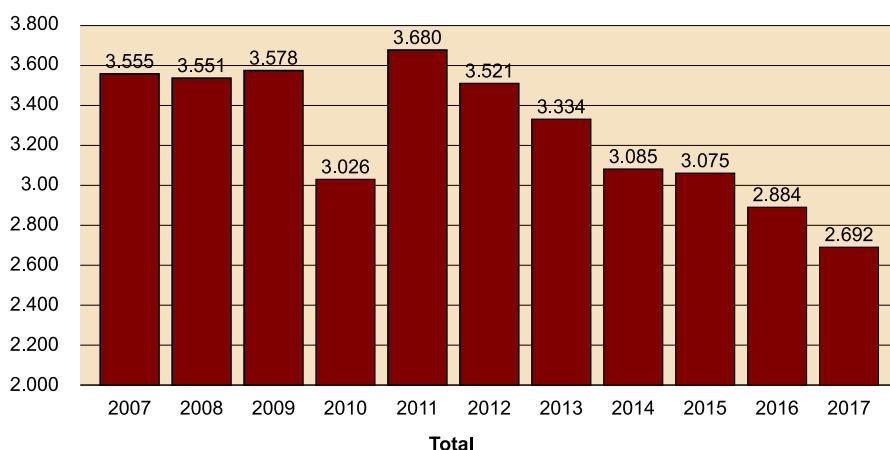
La figura 1 mostra les diferències que es donen entre comunitats autònomes i entre dones i homes. De nou, les dades són reveladores i obliguen a aprofundir entre les diferències.

Figura 1. Distribució per sexe i CA dels més grans de 85 anys



Font: <http://inclasns.mssi.es/main.html>

Figura 2. Reducció de llits de llarga estada en funcionament (2007-2017)



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

La figura 2 mostra la reducció de llits de llarga estada, la qual cosa genera moltes contradiccions atès que la població tributària d'aquest recurs augmenta any rere any.

Des del treball social sanitari en l'atenció socio sanitària hem de donar suport sempre a qualsevol decisió en dades.



## 2. L'atenció socio sanitària i el treball social sanitari

L'estancament, fins i tot la involució de l'atenció socio sanitària tal com se l'ha descrit en els seus fonaments, és un fet. N'hi ha prou amb veure la creació de literatura científica sobre l'assignatura.

Si bé l'atenció socio sanitària està perfectament estructurada i les experiències d'altres països (Long Term Care, Long Séjour...) són magnífics exemples que van servir de model, aquests últims anys el concepte genuí s'ha transmutat en representacions singulars segons els col·lectius.

En aquest mòdul explicarem l'atenció socio sanitària d'acord amb els canons i les circumstàncies que li van donar contingut i forma de xarxa de serveis i programes interconnectats per a satisfer necessitats de complexitats diferents. L'atenció socio sanitària és l'espai del sistema del benestar social organitzat de tal manera que, naturalment, permet la integració de diferents professionals pertanyents a diferents disciplines de l'àmbit sanitari i de l'àmbit social.

L'atenció socio sanitària estudia, diagnostica i atén les persones amb necessitats d'atencions perllongades o indefinides i que, a més de sofrir problemes derivats d'una malaltia crònica, degenerativa i/o invalidant, són persones que presenten problemes psicosocials i socials. L'atenció sempre s'estén al nucli familiar; com va assenyalar Mary E. Richmond, la família és la unitat de tractament.

Segons es trobi el centre de gravetat de la problemàtica a atendre, sigui el problema sanitari o sigui el problema psicosocial, s'assignaran uns o altres suports, però sempre l'atenció sanitària i l'atenció social integraran de manera natural mètodes i tècniques de treball social sanitari. També en l'atenció socio sanitària hem de diferenciar les ajudes que arriben des dels esquemes de la filantropia de les ajudes que arriben des dels esquemes professionals que promouen l'autonomia psíquica, física i social de la persona i el seu entorn.

En l'atenció socio sanitària convergeixen el vessant humà, el filosòfic, el tecnològic, el científic, el virtual, el sanitari i el social, la qual cosa dona com a resultat una tercera via que es manifesta en un conjunt d'unitats i programes en xarxa que es complementen i que potencien l'autonomia personal i de la família. Hem de recordar que sempre atenem la persona i la seva família, tret que la persona ho objecti en virtut de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Aquestes unitats i programes les estructurarem entre l'hospital d'aguts, l'atenció primària sanitària i el domicili. L'atenció socio sanitària, lluny de ser un concepte abstracte, és sobretot un contingut d'estudi, diagnòstic i tractament. Un conjunt de prestacions i

serveis organitzats de tal manera que integren l'àmbit biopsicosocial en tots els seus programes. Per ser exactes, és una seqüència de prestacions de naturalesa socio sanitària l'expressió de la qual presenta diferents graus de complexitat segons els graus de necessitat, ja sigui més sanitària o més social, amb la proporció que es diagnostiqui necessària.

Si bé la denominació «atenció socio sanitària» resultava genuïna en el nostre medi, com s'ha assenyalat a l'apartat anterior, el seu contingut, l'estructura d'una xarxa de serveis interconnectats sota un model d'atenció biopsicosocial d'atencions continuades, ja existia en altres països. A Estats Units i Gran Bretanya aquesta xarxa es denominava Long Term Care<sup>1</sup> i a França, Soins de Long Séjour<sup>2</sup>. Tots dos, sistemes d'atencions integrals amb una llarga tradició.

<sup>(1)</sup>B. Abramovice (1988). *Long term care administration* (pàg. 15–51). Nova York / Londres: The Haworth Press.

<sup>(2)</sup>R. Moulia (1990). «Faut-il conserver les structures hospitalières de long séjour gériatrique?». *Gerontologie et Société* (núm. 54).

La NASW (National Association of Social Workers) explica el Long Term Care com segueix:

«Les atencions continuades de llarg termini són un component cada vegada més important i en creixent evolució de l'actual sistema de prestació de serveis socials. La necessitat de serveis d'atenció a llarg termini per a la població que envellaix s'espera que augmenti dramàticament als Estats Units. Els canvis demogràfics han seguit afectant la demanda de serveis d'atencions continuades de llarg termini, com la disponibilitat dels treballadors socials per a brindar atenció als membres més vulnerables de la nostra societat. Com que creix el nombre de persones que necessiten serveis d'atenció continuada a llarg termini, les noves qüestions entorn de la dotació de personal, participació de la família, la qualitat de vida, el paper de l'espiritualitat, l'atenció al final de la seva vida útil, el tractament mèdic, el desenvolupament de programes i la prestació de serveis en general és una realitat emergent».

National Association of Social Workers (2003). *NASW Standards for Social Work Services in Long-Term Care Facilities*.

La realitat a Espanya és molt semblant i des de mitjan vuitanta les veus sobre la necessitat de disposar d'un espai d'atenció socio sanitària per donar respostes integrals d'acord amb la complexitat de les noves realitats relacionades amb la malaltia crònica i la seva expressió en les vides de les persones van en augment. Però no solament amb respostes reactives una vegada es detecta el problema, també amb programes preventius de naturalesa proactiva quan s'identifiquen grups de població amb característiques que permeten avançar-se al futur problema.

## 2.1. Principis inspiradors d'atenció socio sanitària

Els principals principis inspiradors i valors professionals de l'atenció socio sanitària són els següents:

- L'escolta. Una xarxa basada en la persona, en la seva família ha de presentar l'escolta com un valor del servei. Les persones necessiten parlar de la seva dolència, de la seva pèrdua, de les seves sensacions i s'han de sentir escoltades. El relat intel·lectual i la narrativa de les seves circumstàncies ajuden a esvair part de l'angoixa.

- L'eficàcia, l'eficiència i l'efectivitat. L'atenció sociosanitària iniciarà la seva acció al més aviat possible al moment en què es manifesten les necessitats sociosanitàries. Això transforma els serveis i les prestacions en serveis i prestacions *eficaces*, d'acord amb el DIEC2, «que té la virtut de produir l'efecte volgut». Si parlem de serveis i prestacions *eficients* ens referim, sempre segons el DIEC2, a la «capacitat i competència per a dur a terme una feina, un treball, etc.». No obstant això, l'efectiu reuneix tots dos conceptes, l'efectiu és allò «que produeix l'efecte que hom n'espera», DIEC2.
- El reforçament de les xarxes naturals i bàsiques de la societat. El desenvolupament d'una xarxa d'atenció sociosanitària reforçarà els llaços existents entre les persones afectades i les seves famílies i vincles amistosos, per evitar que la malaltia els dissolgui.
- La promoció de l'autocura i l'ajuda mútua<sup>3</sup>. Potenciarem la capacitat pròpia de les persones perquè puguin resoldre els problemes dins del seu grup. Model seguit en totes les societats fins a l'aparició d'institucions. En els grups d'ajuda mútua, els GAM, els professionals acaben cedint el seu lideratge al propi grup, que segueix l'autogestió.
- El desenvolupament de sistemes de gestió dels programes i recursos que facilitin la planificació a mitjà i llarg termini. L'atenció sociosanitària s'ha de planificar i adequar a cada col·lectivitat i entorn. Fins i tot dins d'un mateix territori l'epidemiologia, la cronicitat o la demografia poden assenyalar diferències entre poblacions. El treball social sanitari és un excel·lent instrument d'avaluació constant de la generació de benestar a partir de l'adequació de les prestacions a les necessitats.
- La bona utilització dels recursos disponibles. Aplicarem metodologies i utilitzarem instruments de treball que incloguin l'elaboració del diagnòstic social sanitari, per evitar les anàlisis basades únicament en elements subjectius o intuïtius. Hem de recordar que, com s'ha vist en el mòdul de context històric, l'element diferenciador del treball social sanitari en relació amb altres tipus d'ajuda es troba en l'elaboració del diagnòstic social sanitari. Si bé quan la persona arriba a una àrea d'atenció sociosanitària és desitjable que en la seva història clínica s'inclogui el diagnòstic social sanitari elaborat des de la unitat de treball social sanitari de l'hospital o d'atenció primària, passats uns dies, aquest s'ha de reelaborar.
- La flexibilitat dels criteris d'accés per a augmentar la capacitat resolutiva. Les normatives i disposicions no poden ser font de dificultats, al contrari han de facilitar les respostes. Per això es prioritza el model de gestió enfront del model d'administració.
- La resposta a temps. Aquest és el repte de sempre i alhora l'assignatura pendent, però cal posar els esforços perquè l'ingrés al programa o recurs prescrit es produeixi al més aviat possible. Les solucions a destemps no són

<sup>(3)</sup>J. Canals (2003, juny). «Grupos de ayuda mutua, asociaciones de salud y estado de bienestar en transformación». *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar* (any 3, núm. 2).

#### Referència bibliogràfica

M i R. Friedman (1980). *Free to choose*. Nova York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

bones solucions. Per això l'anàlisi dels temps de demanda i resposta ha de formar part del sistema d'indicadors d'eficàcia.

- L'avaluació dels resultats obtinguts en termes d'eficiència social, sanitària i econòmica, no com a benefici econòmic sinó com a estalvi. Hem de posar l'accent a saber per a què serveix el que estem treballant des de l'atenció sociosanitària i en què beneficia els diferents grups d'una societat.
- El suport psicològic als membres dels equips professionals assistencials per a evitar-ne la claudicació. El constant contacte amb la mort o la dependència, amb persones que perden les seves capacitats, amb els anys aboca els membres de l'equip a crisis existencials difícils de superar en solitari. La inclusió d'espais de supervisió refà els principis i valors professionals, els alimenta mitjançant reforços a la labor realitzada. En cas de mala praxi cada professional es podrà reconduir.
- La promoció i divulgació de les troballes científiques. La recerca com una de les funcions dels col·lectius professionals del sistema ha de ser una activitat incorporada a la xarxa d'atenció sociosanitària per a promoure'n el desenvolupament sostenible.
- L'equitat del sistema. L'atenció sociosanitària ha d'ajudar cada persona segons la necessitat que presenta i la seva dificultat per a resoldre-la amb els mitjans que disposa ella mateixa o la seva xarxa social propera. L'atenció sociosanitària es basa en els principis de subsidiarietat i igualtat.
- L'ètica professional. El treball social sanitari és una professió que exigeix ètica. En el mòdul d'ètica d'aquest màster es posa en relleu que moltes decisions ens enfronten a qüestions que transcendeixen l'àmbit legal. L'ètica professional s'inscriu en els valors corporatius de l'organització. L'atenció sociosanitària compta amb els seus propis comitès d'ètica i, si no fos així, des del treball social sanitari se n'impulsarà la creació.
- Les atencions continuades. L'atenció sociosanitària és sobretot la prestació d'atencions continuades, persones malaltes la malaltia de les quals ha deixat de ser aguda i els trenca l'estructura familiar, la dinàmica social. L'assoliment de la màxima autonomia és l'objectiu principal, però és amb cada diagnòstic social sanitari com es determinaran els serveis que s'han de prestar tant a la persona afectada com als diferents membres de la seva família.
- La gestió de casos. En l'atenció sociosanitària el model de gestió de casos és l'indicat per a garantir el màxim aprofitament dels mitjans, dels recursos i, alhora, garantir les seguretats del nucli d'intervenció.
- La igualtat entre homes i dones. En el món de les atencions continuades és fàcil establir rols i estereotips socials segons es tracti dels membres fe-

#### Referència bibliogràfica

A. Cortina i altres (1997). *Rentabilidad de la ética para la empresa*. Fundación Argentina («Colección economía española»).

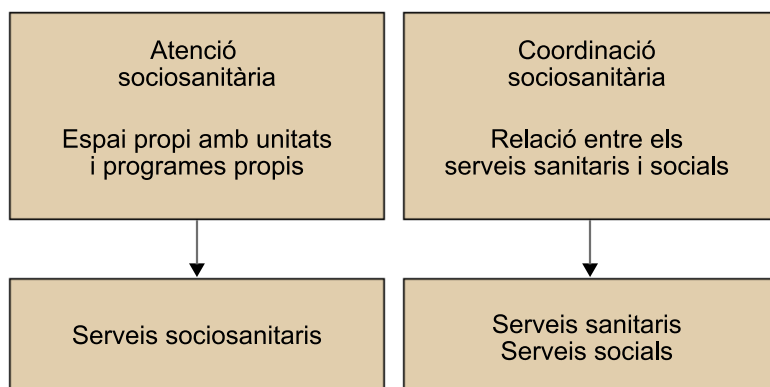
menins o masculins del nucli de convivència. Per exemple, *a priori*, en termes generals, es pensa en la dona com la que ha de cuidar, la que ha de deixar la seva feina en cas que la persona malalta requereixi vigilància les 24 hores, la responsable de preparar els aliments, etcètera. La gestió del cas significa preservar la igualtat, evitar els estereotips i analitzar la realitat de cada membre de la família. *A priori* cap rol ve predeterminat.

### 3. L'atenció socio sanitària i la coordinació socio sanitària

És imprescindible establir la diferència entre tots dos conceptes. Són diferents, signifiquen dimensions diferents i se substancien de manera diferent. No obstant això, cada vegada més es tracten com si fossin el mateix. Els serveis sanitaris o socials d'atenció a la persona, ja sigui en l'àmbit sanitari o social, quan compten amb programes interdisciplinaris integrats amb professionals de la medicina, la infermeria, el treball social sanitari, la psicologia, la rehabilitació i fisioteràpia, etc., que actuen al mateix temps i consideren els altres, adquireixen característiques pròpies del model socio sanitari. Quan la persona presenta simultàniament problemes de caràcter físic, psíquic i social, en diferents proporcions, segons la comunitat autònoma on resideixi es trobarà amb una o una altra organització del mapa de suports. Bàsicament, es poden articular entorn de dos plantejaments:

- L'atenció socio sanitària: com un conjunt de recursos i programes que garanteixen l'atenció integral durant tot el curs clínic, en el sentit més ampli del terme *clínic*, que conformen una estructura de gestió, de recursos, de coneixements, de pressupost i de recursos humans formats dins dels principis de l'atenció, de la rehabilitació, quan la guarició total no és possible. La població diana és aquella afectada essencialment per malalties cròniques, degeneratives, invalidants.
- La coordinació socio sanitària: quan, partint dels serveis existents, es busca un espai compartit entre serveis sanitaris i serveis socials, de manera que cadascun mantingui la seva dependència jeràrquica.

Figura 3. Diferència entre atenció socio sanitària i coordinació socio sanitària



La coordinació, en general, i la socio sanitària en particular, no pot ser una gentilesa, és un deure de cada professional i un dret de les persones, però la coordinació va molt més enllà de l'atenció socio sanitària.

L'atenció sociosanitària, per la seva naturalesa, presta una assistència especialitzada més duradora que l'atenció sanitària en aguts. S'ha de considerar sempre que en l'atenció sociosanitària la persona està afectada d'una o diverses malalties cròniques, presenta graus de falta d'autonomia, necessita ajuda també en diferents graus i això durant un llarg període de temps. A més, es considera la família com a part de la unitat de tractament.

Aquests últims anys s'ha impulsat la creació d'unitats que, si bé es troben dins de l'estructura de l'àmbit sociosanitari, en realitat, en analitzar els seus circuits, la seva dependència i el personal que les integren, es poden considerar una prolongació de l'hospital d'aguts en una versió menys sofisticada, en la qual la intervenció des del treball social sanitari segueix sense donar-se de manera sistemàtica. Sense negar la necessitat d'aquestes prestacions, hem de ser conscients que no satisfan els principis que van inspirar la creació de l'atenció sociosanitària. Un exemple d'això són, especialment, les unitats de convalsència i rehabilitació, per les quals el criteri d'accés a elles és l'existència de determinats diagnòstics clínics que requereixen atencions mèdiques que no es poden dispensar a casa. Les dificultats socials poden estar presents o no. És així com a poc a poc la concepció original es va falsificant. N'hi ha prou solament amb veure determinades promocions d'àrees d'atenció sociosanitària.

La flexibilitat i la permeabilitat de l'atenció sociosanitària amb una gestió centralitzada, però amb unitats de gestió clínica, faciliten la seqüència de les atencions, la qual cosa permet integrar i coordinar les diferents unitats funcionals i jeràrquiques que, si bé entre si són excloents (si la persona es troba ingressada en una unitat no ho està en una altra, si bé potencialment sí que pot), independents (gestió clínica) i autònomes en els seus processos, són dependents en els seus ingressos i les seves altes, amb circuits que vinculen unes unitats a unes altres. Estem així davant una gestió de serveis i prestacions, no davant una administració de recursos.

Figura 4. Gestió del cas social sanitari des del treball social sanitari



Com s'ha assenyalat, l'atenció socio sanitària va néixer d'una necessitat de prestar assistència continuada a persones amb problemes socials col·ligats a problemes sanitaris de naturalesa crònica. L'àmbit social, el lloc on es desenvolupa la vida, és subjacent a qualsevol manifestació de malaltia que fins i tot sent crònica presenta episodis de diferent intensitat i, per tant, requereix diferents atencions en diferents moments. Els equips de l'atenció socio sanitària han de ser capaços d'identificar aquests moments i aquestes necessitats. L'esfera social de la persona és la que inclou totes les dimensions vitals: la de la salut, la laboral, la familiar, la relacional, etc. Cada professional del treball social sanitari en el seu rol en la gestió del cas tracta, individualment i col·lectivament, la penetració de la malaltia en totes aquestes dimensions vitals, en com les afecta. L'entorn social és on els éssers humans es desenvolupen, emmalalteixen i sanen. No obstant això, dit això, en general és la manifestació de la malaltia, l'ingrés hospitalari, la que accelera tota la deterioració de la situació social, la que posa en relleu les dificultats existents i la impossibilitat de seguir sense ajuda professional.

La malaltia és un episodi vital. Pot resultar un tràngol més o menys llarg, fins i tot convertir-se en una limitació indefinida. Així i tot, la persona, sempre en termes generals, manté estables en la seva consciència diferents aspiracions: desitja romandre en el seu espai social, seguir vivint entre els seus, a casa seva, amb les seves pertinences o els seus records.

El model socio sanitari es va pensar per prestar una atenció que integrés l'aspecte social i sanitari simultàniament, sabent que es tractava d'una prestació que es podia perllongar en el temps. Es tractava de disposar d'un conjunt de serveis i programes que fossin capaços de satisfer les necessitats de les persones i les seves famílies als diferents moments i fases de la seva malaltia i

#### Referència bibliogràfica

*Reporte bienal de Texas sobre discapacidades (2008).*



adequar-se a la seva evolució, fins i tot a la seva recuperació. Però la realitat va ser que les primeres persones beneficiàries de l'atenció socio sanitària van ser aquelles que es trobaven en fase terminal, que no podien tornar a casa seva i tampoc podien romandre a l'hospital.

En l'atenció socio sanitària, la persona i la seva família també han de ser el centre de gravetat de l'atenció interdisciplinària. Després del diagnòstic socio sanitari, el principi d'unicitat (cada persona és única) sosté les bases de la intervenció que es planifiqui.

## 4. L'atenció sociosanitària en el Ministeri de Sanitat i Consum

A la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, trobem cinc entrades referides a l'atenció sociosanitària. Primer defineix, a la pàgina 20569, les prestacions:

«Es defineixen les prestacions d'atenció sociosanitària en l'àmbit estrictament sanitari, que comprendran les atencions sanitàries de llarga durada, l'atenció sanitària a la convalsència i la rehabilitació en pacients amb dèficit funcional recuperable que es durà a terme en els nivells d'atenció que cada comunitat autònoma determini».

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (pàg. 20569).

A la pàgina 20572 l'atenció sociosanitària es defineix al catàleg de prestacions:

«El catàleg comprendrà les prestacions corresponents a salut pública, atenció primària, atenció especialitzada, atenció sociosanitària, atenció d'urgències, la prestació farmacèutica, l'ortoprotèsica, de productes dietètics i de transport sanitari».

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (pàg. 20572).

A la pàgina 20573 defineix específicament la prestació d'atenció sociosanitària com segueix:

«Article 14. Prestació d'atenció sociosanitària.

1) L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt d'atencions destinades a aquells malalts, generalment crònics, que per les seves especials característiques es poden beneficiar de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per a augmentar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social.

2) En l'àmbit sanitari, l'atenció sociosanitària es durà a terme en els nivells d'atenció que cada comunitat autònoma determini i en qualsevol cas comprendrà:

- a) Les atencions sanitàries de llarga durada.
- b) L'atenció sanitària a la convalsència.
- c) La rehabilitació en pacients amb dèficit funcional recuperable.

3) La continuïtat del servei serà garantida pels serveis sanitaris i socials a través de l'adequada coordinació entre les administracions públiques corresponents».

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (pàg. 20573).

No podem oblidar que en l'actualitat totes les competències en matèria de sanitat estan transferides i, per tant, la responsabilitat final correspon a les comunitats autònomes.

## 5. Antecedents històrics: el programa *Vida als anys*

Com hem esmentat, a mitjan dècada dels vuitanta Catalunya va liderar la primera experiència en atenció sociosanitària d'Espanya, coneguda com el Programa *Vida als anys*. El va impulsar el Departament de Sanitat i Seguretat Social dins del marc de l'Ordre del DOGC<sup>4</sup>, de 29 de maig de 1986. En un inici, buscava donar resposta a les necessitats detectades tant per part del sistema sanitari, com del sistema de serveis socials. Com diem, el programa es va centrar en les persones amb malalties cròniques i terminals. La principal novetat era que a l'atenció clàssica de les seves necessitats sanitàries es van incorporar activitats d'atenció integral, preventiva i interdisciplinària. Les primeres estructures que van sustentar el programa en forma de places disponibles van ser els denominats CESS (centres sociosanitaris). La seva gestió es vinculava als hospitals d'aguts, que llavors, amb les primeres transferències sanitàries, es començaven a gestionar amb criteris d'eficiència. Els CESS mantenien contacte amb els serveis socials, en ple desenvolupament i expansió, en els programes d'atenció a domicili i amb les residències anomenades socials.

<sup>(4)</sup>Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i es fixen les normes d'autorització. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 18 de març de 2002, núm. 3597

El model sociosanitari català, en el seu criteri d'atenció, atenia qualsevol persona amb malaltia crònica, pluripatologia, malaltia invalidant i degenerativa, malaltia terminal per càncer o altres processos.

El Decret 92/2002 (art. 2) de la Generalitat de Catalunya deia dels centres i serveis sociosanitaris: «són aquells que presten conjuntament i de forma integrada, una atenció especialitzada sanitària i social». El model del programa *Vida als anys* contemplava dues línies de gestió:

- L'atenció i organització dels serveis.
- El finançament dels serveis.

### 5.1. L'atenció

El principi inspirador del model era que l'atenció havia de contemplar la persona globalment i no solament en els seus problemes físics. Això implicava que el tractament també anava més enllà de les clàssiques atencions tècniques, i abordava els components psicològics, socials, relacionals, comunitaris, etc. El conjunt que constituïa la base del model d'atenció estava format per la persona malalta, la seva família i l'equip assistencial. L'objectiu era aconseguir el benestar del nucli d'intervenció i garantir la continuïtat de l'assistència.

## 5.2. Les unitats

Les unitats d'internament en centres socio sanitaris són les següents:

- Unitat de llarga estada.
- Unitat de mitja estada.
- Unitat de convalescència – subaguts.
- Unitat de cures pal·liatives.
- Unitat de sida.

Les unitats alternatives són les següents:

- Hospital de dia.
- Programes d'atenció domiciliària equips de suport (PADES).
- Unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries (UFISS).
- UFISS de geriatria.
- UFISS de cures pal·liatives.
- UFISS mixtes.
- UFISS de demències.
- UFISS respiratòria.
- Unitats d'avaluació geriàtrica ambulatoria.

## 5.3. Les persones ateses

L'atenció socio sanitària dins del programa *Vida als anys* va definir grans grups de clients dels seus serveis:

- Persones grans amb malaltia crònica, amb problemes de rehabilitació funcional, dependència o dèficit i falta de suport familiar i social.
- Persones amb malalties cròniques evolutives i progressivament invalidants.
- Persones amb malalties psíquiques cròniques, per exemple la demència senil.
- Persones amb malalties terminals oncològiques i altres malalties.
- Persones que després de superar la malaltia en la seva fase aguda, o amb un grau moderat de dependència, requereixen atencions o teràpia de rehabilitació abans de reintegrar-se de nou a la comunitat.

## 5.4. El finançament

En 1990 es va fixar una nova fórmula de finançament. D'una banda, es va definir el mòdul de suport sanitari i, de l'altra, el mòdul de suport social:

a) Per a llarga estada i hospital de dia:

- El mòdul de suport sanitari. Disposava de tres tarifes, que es determinaven segons el grau de dependència i el grau de complexitat terapèutica. Aquest mòdul cobria els costos d'atenció sanitària (metgessa, infermeria, rehabilitació, medicació, etc.) i en tots els casos ho finançava el Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- El mòdul de suport social. Disposava d'una tarifa única, que cobria els costos residencials substitutius de la llar. Aquests els sufragava el Departament de Benestar Social. Dins dels tres primers mesos el client quedava exempt de qualsevol aportació. Passat aquest temps, l'aportació econòmica seguia uns barems prefixats i aprovats en el DOG del 13 de desembre de 1990. No obstant això, alguns col·lectius quedaven exclosos d'aquesta aportació.

b) Per a convalescència i cures pal·liatives. El finançament corria exclusivament amb càrrec al mòdul sanitari. Així mateix, des de 1999, ambdues unitats van introduint el pagament segons la complexitat dels malalts.

## 5.5. La qualitat

El programa va desenvolupar un conjunt d'instruments per a mesurar i avaluar el grau de qualitat de les prestacions dels serveis. Per a això va definir una sèrie d'indicadors bàsics. En total hi havia tres grups d'indicadors:

- El treball en equip.
- L'entorn físic.
- L'activitat dels clients.

Els serveis d'atenció sociosanitària, al llarg dels seus trenta anys d'història, s'han reorganitzat en tres famílies. Queda patent l'existència de serveis i programes que conformen una seqüència de prestacions.

Les famílies de serveis són les següents:

a) Centres sociosanitaris:

- Unitat de llarga estada.
- Unitat de mitja estada – convalescència.
- Unitat de mitja estada – cures pal·liatives.
- Unitat de mitja estada polivalent.
- Unitat de tractament de la sida.

- Unitat d'avaluació integral ambulatoria en geriatría, cures pal·liatives i trastorns cognitius.

b) Hospitals de dia socio sanitària.

c) Altres recursos:

- UFISS. Unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitària que actuen en l'àmbit hospitalari.
- Unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitària que actuen en l'àmbit comunitari:
  - PADES. Programes d'atenció domiciliària - equips de suport.
  - ETODA. Equips de teràpia en observació directa ambulatoria.

## 5.6. Breu repàs a l'atenció socio sanitària en altres comunitats

Durant aquests anys, els progressius canvis polítics han comportat canvis en l'estratègia i el desenvolupament de l'atenció socio sanitària. Alguns exemples són els següents:

- Aragó: Pla estratègic 2001-2006 d'atenció a la dependència.
- Castella-la Manxa: Llei d'ordenació sanitària 89/2000.
- Castella i Lleó: Llei d'atenció i protecció a les persones grans (art. 44).
- Galícia: Pla estratègic. Programa d'atenció socio sanitària. El Decret 48/1998.
- País Basc: Pla estratègic per al desenvolupament de l'atenció socio sanitària al País Basc, 2005-2008 / Consell Basc d'Atenció Socio sanitària.
- València: Ordre de 30 de març de 1995, de la Conselleria de Sanitat i Consum.

## 6. Unitats, programes i serveis de l'atenció sociosanitària

Una de les responsabilitats de les unitats de treball social sanitari és la promoció de recursos. El text que segueix està basat en el llibre *La atención sociosanitaria del futuro*, publicat el 1997 i ja exhaurida. S'han revisat les fitxes de programes que es van crear i que segueixen sent part de la xarxa de prestacions d'atenció sociosanitària, pensant en les persones i alliberats de les cotilles administratives. L'atenció sociosanitària és un dels àmbits més «reinterpretats» i «trossejats» per equips professionals, equips directius i responsables polítics, també la població i els dispositius de tot tipus. I també les asseguradores.

S'ha convertit en un comodí de comodins que cadascú tracta com millor pot o millor li convé, però gairebé sempre molt allunyat dels principis inspiradors que van donar lloc a la primera xarxa de programes, l'assenyalada *Vida als anys*.

Són els temps que corren, però com a professionals del treball social sanitari ens hem de basar en l'objectiu: «cada vegada hi ha més persones que necessiten algun tipus d'atenció sanitària i social fora de l'hospital d'aguts». Descriurem les diferents unitats, les seves finalitats assistencials i la població afectada per a la qual van ser pensades.

### 6.1. Unitats funcionals d'ingrés

Les unitats funcionals d'ingrés són les següents:

- **Unitat de convalsència.** Atén persones procedents, bàsicament, d'un hospital d'aguts que han sofert una pèrdua important de les seves capacitats però tenen possibilitats clares de recuperació.
- **Unitat de pal·liatiu.** Atén persones amb una esperança de vida no superior als sis mesos. Contempla les seves necessitats físiques, psíquiques i emocionals. També les de la seva família o xarxa social. Les atencions acaben amb l'ajuda a la família en l'elaboració del dol després de la defunció del familiar.
- **Unitat de llarga estada.** Facilita atencions intermèdies i/o intenses a persones que no poden estar a casa seva i tampoc necessiten la sofisticació de l'hospital d'aguts.
- **Unitat polivalent de derivació.** Cal dir, però, que no existeix a Espanya. És una unitat que acull persones donades d'alta mentre no puguin ingressar a la unitat o al programa requerit.

- **Unitat d'emergències socials.** Acull persones víctimes d'una emergència que necessiten, a més d'un espai on viure, una atenció sanitària.
- **Unitat d'estades temporals.** Acull per un temps limitat persones amb diferents graus de dependència en les seves activitats de la vida diària i sense un diagnòstic de demència o malaltia mental.
- **Unitat assistida.** Substitutiva de la llar que acull (temporalment o indefinidament) persones la situació sanitària i social de les quals no encaixa amb cap regulació específica.
- **Unitat d'apartaments-residència assistits.** Solució intermèdia entre la residència i el domicili, encara que en molts casos pot ser definitiva. La persona disposa d'una àrea privada amb habitació, cuina, bany i/o alguns serveis. El programa aporta aspectes comuns d'atenció sanitària, social i reabilitadora.

## 6.2. Unitat de salut mental i psicogeriatria

Les unitats de salut mental i psicogeriatria són les següents:

- a) Unitat de demència.** Acull temporalment persones que tinguin o que precisin establir un diagnòstic mèdic de demència senil o Alzheimer. Inclou la possibilitat d'atenció diürna. Para esment als familiars.
- b) Psicogeriatria de llarga i curta estada.** Facilita cures intermèdies i intensius a persones majors amb un diagnòstic de malaltia mental. Inclou la possibilitat d'atenció diürna. Presta atenció als familiars.
- c) Pisos tutelats per a persones amb trastorns mentals.** Per a educació especial i recuperació d'hàbits socials i relacionals.

## 6.3. Unitats funcionals d'atenció diürna

Les unitats funcionals d'atenció diürna són les següents:

- a) Unitat d'hospital de dia.** Ofereix atenció diürna a persones amb necessitats de tractaments sanitaris específics que poden viure a casa seva. Ofereix activitats de rehabilitació i inserció. Ensenya a les famílies a realitzar cures senzilles o activitats complementàries, per a oferir al malalt l'atenció quan és a casa.
- b) Unitat de centre de dia.** Ofereix atenció diürna a persones independents o semidependents. Organitza activitats lúdiques de manteniment que estimulen la relació interpersonal. Facilita l'intercanvi i les relacions entre persones assistents, les seves famílies i els professionals.



c) **Unitat de club social i aules de la tercera edat.** Es diferencien del centre de dia en el qual la seva finalitat és la pràctica d'activitats artesanals, en les quals els assistents coneixen o volen aprendre alguna artesanía, per exemple, ceràmica, macramé, escultura, etc. Facilita l'intercanvi d'activitats entre els assistents i la comunitat. El programa es planteja com un servei comunitari de funcionament diürn, no necessàriament alternatiu a la institucionalització.

d) **Unitat de reeducació.** Ofereix atenció diürna i facilita teràpia ocupacional, logopèdia, ergonometria, etc., per a augmentar la independència. El programa es planteja com un servei comunitari.

#### 6.4. Unitats funcionals domiciliàries

Les unitats funcionals domiciliàries són les següents:

a) **Hospitalització a domicili.** Un equip sanitari de l'hospital (personal mèdic i d'infermeria) es desplaça al domicili del client. La unitat trasllada l'hospital al domicili de la persona. Igual que a l'hospital, l'estada ha de ser l'adequada. Un risc que es corre és el d'assignar a la unitat d'hospitalització a domicili funcions d'una atenció a domicili d'infermeria, per exemple atendre persones donades d'alta de l'hospital i que requereixen cures postalta.

b) **Atenció a domicili.** Reuneix un equip de professionals que faciliten al domicili les atencions necessàries perquè la persona pugui seguir vivint a casa seva:

- **Treballadora familiar.** Personal auxiliar amb formació en treball familiar es desplaça al domicili de la persona i l'ajuda en les activitats de la vida diària (preparació de menjars, ajuda en la higiene personal, ajuda a la família per atendre la persona malalta, etc.). L'atenció se centra en la persona i la seva educació per a afrontar la nova situació. Cada vegada més es poden trobar treballadors familiars que realitzen les mateixes tasques.
- **Auxiliar de la llar.** Personal qualificat es desplaça al domicili de la persona i l'ajuda en les activitats tals com la gran neteja, la compra, preparació de menjars, arranament de les plantes, etc.
- **Servei d'infermeria.** Personal diplomad en Infermeria es desplaça al domicili de la persona i l'atén en activitats pròpies, per exemple: control de l'evolució de decúbits, aplicació de determinats tipus de teràpies, etc.
- **Servei mèdic.** Un metge es desplaça al domicili per a prestar l'atenció determinada i/o el seguiment de la persona.
- **Servei d'alimentació i dietètica.** D'una banda, es transporta el menjar al domicili i, de l'altra, s'orienta en la corresponent educació alimentària a persones que han de seguir dietes específiques. Personal format en dietè-

tica i nutrició es desplaça al domicili i orienta la persona en l'elaboració del menjar.

## 6.5. Programes de suport

El concepte de programes de suport respon al principi de cooperació ciutadana. Són programes que es basen en el potencial humà de la societat. Encara que els promotors d'aquests programes siguin principalment els professionals de l'atenció sociosanitària, el seu desenvolupament, aplicació i èxit es deu a l'esforç col·lectiu dels voluntaris. També cal considerar la possibilitat de comptar amb ajudes de mecenatge que col·laborin amb el seu manteniment econòmic.

Els programes de suport són els següents:

- **Línia 900.** Línia telefònica gratuïta que permet a la població demanar informació, assessorament, ajuda, consol, etc., respecte als serveis de la xarxa d'atenció sociosanitària.
- **Servei de farmàcia a domicili.** Programa d'educació sobre l'ús dels medicaments que aprofita la infraestructura i la unitat de farmàcia de la xarxa d'atenció sociosanitària. Facilita medicació a domicili.
- **Banc d'ortesis** (cadires de rodes, croses, ulleres). S'ocupa de recuperar aquells mitjans mecànics, cadires de rodes, llits hidràulics, grues, etc. que per millora o per defunció deixen de ser utilitzats. Facilita el material a aquelles persones que requereixen suports similars, amb la condició que l'han de tornar.
- **Famílies d'acolliment.** Programa que facilita la interacció entre les persones clients de l'atenció sociosanitària i famílies que s'ofereixen i poden assumir la seva atenció.
- **Trucada telefònica diària.** Dins del programa s'organitza un pla de trucades telefòniques entre el client i els seus éssers estimats (familiars i amistats), aquells als quals la persona consideri la seva relació més propera.
- **Visita d'acompanyament.** Visita que rep el client de persones familiars i amigues per a acompanyar-la.
- **Visita i passeig.** Visita que rep el client de persones amigues i a part de la família, per fer-li companyia en els seus passejos amb la freqüència que es facin.

## 6.6. Programes bàsics complementaris

Una vegada definides les diferents unitats funcionals i estructurals que configuren l'atenció socio sanitària, descriurem els programes bàsics sobre els quals es basarà l'estructura teòrica.

## 6.7. Programa de serveis d'infermeria

Els programes de serveis d'infermeria són els següents:

- **Alimentació oral o parenteral** (autònoma/assistida). Facilitació d'una dieta personalitzada en cada cas d'acord amb les necessitats de la persona. Inclou la confecció dels menús, la preparació i elaboració dels menjars, la guia i l'ajuda, parcial o completa, en l'acte de menjar. La hidratació i/o alimentació enteral. Per a aquelles persones que requereixin alimentació assistida, el personal responsable definirà el programa específic d'atenció que, segons el grau de dependència, serà cobert pels professionals.
- **Higiene, neteja personal i activitats de la vida diària.** Cobreix i atén les necessitats de la persona en les activitats de la vida diària amb més o menys suport professional en alimentació, eliminació, mobilització activa, mobilització passiva, trasllats, higiene, cura de la pell.
- **Rehabilitació i fisioteràpia.** Facilita el manteniment de la persona en les millors condicions físiques mitjançant l'aplicació de mesures preventives i terapèutiques d'acord amb els programes sanitaris i socials.
- **Teràpia ocupacional.** Estimulació i educació de les persones en les seves capacitats amb les ajudes protèsiques i ortèsiques adequades. Organització i promoció d'activitats per a estimular el benestar físic, psíquic i social de les persones.
- **Podologia.** Manteniment dels peus en bon estat. Atenció a les afeccions i/o deformacions del peu.
- **Programa de prevenció de nafres.** Prevenció de les úlceres de decúbit mitjançant mobilitzacions periòdiques i una dieta apropiada amb les proteïnes necessàries per a evitar les nafres. Educació en l'ús de detergents i material indicat per a la prevenció. Activació de la circulació sanguínia.
- **Programa de prevenció de la incontinència.** Promoció de la màxima autonomia en el control d'esfínters. Reeduació de la persona en l'activitat d'eliminació i control d'esfínters. Establiment d'un horari fix en el qual s'acompanya la persona a la neteja. Si la persona porta una sonda vesical s'efectuaran pinçaments periòdics a fi d'estimular la vesícula.

- **Programa de promoció de l'autonomia personal.** Conjunt d'activitats orientades a obtenir el màxim rendiment de les diferents accions de tots els professionals per a millorar l'autonomia personal i evitar que les persones es quedin aïllades. Creació d'un clima de coresponsabilitat i ajuda entre les persones i els professionals.

## 6.8. Programa de serveis psicosocioculturals

Els programes de serveis psicosocioculturals són els següents:

- **Atenció psicosocial.** Promoció del benestar per a normalitzar i facilitar les millors condicions de vida mitjançant la prevenció de l'aïllament i la desadaptació social. Contribució a la conservació de la plenitud de les facultats de les persones ateses. Reducció de l'estrès que causen els canvis de salut.
- **Atenció psicològica.** Suport professional i tractament de conflictes i problemes psicològics de les persones. Atenció dels trastorns emocionals ocasionats per la pèrdua d'autonomia, complementant el tractament sanitari, que no es poden tractar des del treball social sanitari. Ajuda i supervisió als professionals que es estiguin afectats per l'estrès que comporta l'atenció a persones discapacitades i malaltes.
- **Programa d'acollida.** Es dona la benvinguda a la persona i se l'informa de l'organització dels serveis que l'atendran. Es busca un clima de cordialitat i comoditat per a la persona i evitar-li la sensació d'abandonament.
- **Programa de manteniment de la xarxa social.** Manteniment de les relacions socials de la persona. S'intenta evitar que la malaltia impliqui un trencament.
- **Programa de cooperació interserveis.** Rentabilització de l'atenció per mitjà de respostes ràpides als professionals que identifiquen persones amb situacions d'alt risc social. Evitació de la deterioració mitjançant respostes eficaces.
- **Programa d'alta.** Gestió del retorn a casa de les persones ingressades que millorin la seva autonomia o gestió d'ingrés en programes més senzills.
- **Assemblea de clients i altres entitats.** Promoció de la participació de les persones implicades en el funcionament i desenvolupament de l'atenció socio sanitària.
- **Biblioteca i premsa.** Promoció de la lectura i motivació de la persona per a participar als debats i les tertúlies que es generin. Manteniment d'una activitat mental i intel·lectual.

- **Programa d'atenció pastoral i espiritual.** Manteniment dels costums religiosos, respectant la llibertat de religió.
- **Programa de voluntariat.** Facilitació a les persones de relacions d'afecte i companyia per a alimentar el sentiment d'autoestima.
- **Programa de dinamització comunitària.** Manteniment i promoció d'activitats d'intercanvi amb la comunitat.
- **Programa de visites socials.** Programació de visites per a actes concrets en dates específiques i per a ampliar la dimensió de les seves relacions personals.
- **Programa de trucada telefònica amistosa.** La trucada busca mantenir la persona vinculada i ajudar-la a sentir-se part d'un tot. Que vegi a altres persones i preocupar-se però sobretot interessar-se per ella.
- **Programa de manteniment de costums i hàbits.** Ens interessem pels costums i els hàbits de la persona per a mantenir-la dins d'un ambient similar al que tenia al seu domicili, en cas d'estar ingressada en algun establiment, o perquè, en cas que segueixi a casa seva, aquest ambient no es deteriori.
- **Programa de vacances.** Facilitem una continuïtat a allò que la persona tingui per costum.
- **Programes de cinefòrum.** Mitjançant la projecció de pel·lícules establím un diàleg estimulante que contempli l'abans, l'ara i el demà. Amb el joc de la interpretació i l'anàlisi del film, facilitem la relació amb altres persones.
- **Perruqueria, barberia i estètica.** El manteniment de la imatge personal és bàsic per a evitar així el desànim i l'abandó de l'aspecte físic, que sempre danya l'autoestima.
- **Activitats d'oci i temps lliure.** Promoció d'activitats d'oci que responguin als interessos particulars de les persones, i no tant al que els professionals creuen que volen les persones.
- **Activitats socioculturals.** Promoció de la participació en aquells actes culturals que tinguin lloc a l'àrea de residència.
- **Programa de musicoteràpia.** Comunicació d'emocions i realització d'exercicis sincronitzats mitjançant la música. Manteniment o increment en la persona de la seva capacitat de sentir, de coordinar, de comunicar les seves emocions amb el suport de la música.

- **Programa d'educació física.** Millora de la flexibilitat i elasticitat del cos per mitjà de l'exercici físic.
- **Transport.** Promoció del desplaçament de les persones amb ajudes a tipus de transport.

### 6.9. Programa de serveis mèdics

Els programes de serveis mèdics són els següents:

- **Atenció mèdica.** Seguiment mèdic i control periòdic per a evitar les hospitalitzacions en sales d'aguts. Gestió de l'atenció mèdica evitant la diversificació de la informació.
- **Atenció psicogeriatrica.** Atenció i prevenció de l'aparició de trastorns psíquics. Tractament de conflictes des de la psicologia i el treball social sanitari.
- **Consultors especialistes.** Atenció mèdica d'aquelles malalties específiques que no puguin ser tractades pel personal propi.
- **Programa de prevenció de la demència senil i l'Alzheimer.** Identificació dels primers símptomes que puguin indicar la presència d'una demència senil o d'Alzheimer.
- **Epidemiologia i redisseny de programes.** Promoció de la recerca per a millorar i adequar els programes a noves necessitats i realitats. La recerca i la generació de coneixement són elements essencials.

### 6.10. Programa de gestió i millora de la qualitat

Tenim diferents tècniques d'obtenció d'informació per a millorar la gestió i la qualitat de l'atenció socio sanitària:

- **Bústia de suggeriments.** Permet a les persones proposar suggeriments de manera anònima. Pot ser tant una bústia física com una bústia a internet.
- **Enquestes de satisfacció.** Necessitem conèixer mitjançant el mètode científic la qualitat percebuda per les persones ateses, també pels seus familiars, i identificar dèficits de l'organització, sempre segons les persones a les quals atenem. Amb aquest instrument, l'enquesta, objectivem i podem millorar aquells punts que generin insatisfacció i introduir canvis acompanyats d'un pla de comunicació.

- **Enquestes d'opinió.** Necessitem conèixer mitjançant el mètode científic l'opinió que susciten els serveis de la xarxa d'atenció socio sanitària.
- **Panell de clients i organitzacions.** Trobades amb agents socials perquè aportin els seus punts de vista i suggeriments.

### **6.11. Programa d'advocacia i notaria**

Els programes d'advocacia i notaria són els següents:

- **Garantia del compliment del Codi Civil en els ingressos.** Aquests s'han de realitzar amb la voluntat de la persona.
- **Gestió d'incapacitats i tuteles.** Evitarem irregularitats en la gestió del patrimoni i de les voluntats de la persona.
- **Gestió de patrimonis.** Facilitarem suport legal a les persones per a resoldre temes relacionats amb el seu patrimoni, els seus negocis i altres béns de rendes.
- **Testaments.** Evitarem irregularitats en les herències i en el traspàs de patrimonis i garantirem la voluntat del client en el seu testament.

És important la fluïdesa entre els diferents programes i les diferents unitats d'atenció socio sanitària.

Si acceptem que el binomi malaltia-trastorn social és un fet verificat, ja es tracti de persones amb dependència, amb malalties cròniques o degeneratives, o amb alguna discapacitat amb independència de l'edat, per a aconseguir el màxim rendiment d'aquestes àrees i programes, cal que cadascuna quedi degudament organitzada i basada per sistemes d'informació que siguin, alhora, la base per a la transformació progressiva de l'organització i adequar-la a les noves realitats. Així mateix, es recomanen sessions d'avaluació i programació de noves activitats o programes d'acord amb la gerència. I sessions amb els professionals, ja que no es pot oblidar que són ells els qui estan en contacte amb les persones i és a través d'ells que les persones perceben l'hospital.

### **6.12. L'accés a l'atenció socio sanitària**

Una societat que es defineix a si mateixa com del benestar, moderna i democràtica ha de garantir a les persones l'accés als programes i recursos que crea, així com a la millor gestió. La garantia de l'accés és donar credibilitat a l'organització. L'atenció socio sanitària adquireix un paper bàsic, ja que atén

persones que són a casa seva sota la tutela de l'atenció primària sanitària, i també persones que estan ingressades en l'atenció especialitzada però que no poden tornar a casa seva.

Des de la unitat de treball social sanitari de l'atenció sociosanitària hem de conèixer tota les circumstàncies i vivències que acompanya l'accés: temps d'espera; suports que rep la persona mentre espera; costos socials de l'espera; ansietat de la persona afectada i de la família quan veu que no pot atendre el seu parent adequadament. No podem caure en arguments simples com, per exemple, que les persones que són a l'hospital d'aguts reben atencions, mentre que les que són al seu domicili estan desateses. En contra del que seria desitjable, l'hospital es converteix en la primera solució a determinats conflictes que, si bé darrere hi ha un problema de salut, tenen un contingut principalment social. Hem vist en el mòdul de l'atenció especialitzada que un dels problemes de l'hospital és la seva mala utilització per causes no mèdiques. L'accés a l'atenció sociosanitària es dona des de diferents àmbits, com mostra la taula següent.

Taula 2. Esquema d'accés de la població a la xarxa d'atenció sociosanitària

Canals d'accés	Descripció
L'atenció primària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persones amb problemes de salut que resideixen a casa seva i que són o han estat tractades per l'atenció primària, sanitària i/o social, i els suports de la qual són insuficients.</li> <li>• Persones que acudeixen a urgències i es determina que, sense requerir un ingrés, precisen atencions professionals.</li> <li>• Altres.</li> </ul>
L'atenció sociosanitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persones ateses per alguna unitat funcional i que requereixen un canvi de programa.</li> <li>• Altres.</li> </ul>
Els hospitals d'aguts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persones que compleixen un o diversos episodis d'ingressos hospitalaris i que acudeixen a urgències repetidament.</li> <li>• Persones que sofreixen una pèrdua important de les seves capacitats com a conseqüència d'un procés greu.</li> <li>• Persones greument malaltes i/o en fase terminal.</li> <li>• Altres.</li> </ul>
Els serveis socials	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persones ateses en els serveis socials que presenten problemes sanitaris i compleixen amb els criteris d'accés a l'atenció sociosanitària.</li> </ul>

### 6.12.1. La garantia d'accés per mitjà d'un programa de l'alta

El procediment de treball social sanitari del programa de la planificació de l'alta és el programa per excel·lència que garanteix la correcta gestió de les necessitats d'atencions continuades i de l'ocupació de places. La planificació de l'alta en una organització d'unitats d'atenció sociosanitària seguirà els mateixos passos que als hospitals d'aguts. No obstant això, existeixen punts que tindrem en compte:



- Tècnicament, el procés (el servei) s'inicia en una àrea o establiment diferent a la receptora. Això significa que l'organització socio sanitària rep una persona que ja ha estat orientada i tractada i, per tant, s'ha format un criteri (correcte o equivocat) sobre el que requereix.
- La persona afectada i/o la seva família arriben a l'organització socio sanitària amb una experiència prèvia que pot haver resultat positiva o negativa, la qual projectaran sobre la nova organització.
- La confiança inicial sol seguir dipositada en els equips professionals de l'hospital d'aguts o de l'atenció primària o els serveis socials, la qual cosa facilita que la persona malalta pugui qüestionar determinades decisions del nou equip; aquest ha de prendre tal actitud com habitual i gestionar la confiança de nou. La confiança de la persona en el nou equip és essencial per a procurar-ne el benestar psíquic.

En el cas de les persones procedents d'un hospital d'aguts, la coordinació entre àmbits ha de ser extrema, ja que la coordinació solament es dona quan es comença a gestionar el cas conjuntament. El centre d'aguts atén la persona des del principi de l'ingrés, per a això estableix un pla terapèutic, però l'organització socio sanitària serà qui doni continuïtat a aquest pla. Per això és important que aquest pla terapèutic es desenvolupi en conjunt.

A més, si la participació de la persona malalta i la seva família ha estat activa des de l'inici, serà fàcil que s'impliquin i col·laborin positivament. En cas contrari, amb tota probabilitat es generaran discussions i reclamacions, en definitiva, insatisfacció.

La coordinació entre les diverses organitzacions (hospital d'aguts, atenció socio sanitària, atenció primària i serveis socials) es pot veure danyada quan una d'elles actua sobre la base equivocada de creure que la seva intervenció és més important que la de les altres.

### **6.12.2. Ocupació de places**

L'assignació d'una plaça és una decisió que comporta una gran responsabilitat. Si la usa una persona, no la pot usar una altra. Estem parlant d'un bé rival. L'ús d'instruments de gestió pot portar a burocratitzar l'assignació de places i serveis. L'absència d'aquests porta a una assignació que pot pecar de capritxosa i discrecional. Per tant, hem de vincular l'ocupació de places a la gestió de les llistes d'espera, a la gestió administrativa i a la de persones. L'ocupació de les places es basa en l'estudi de cada situació, cal evitar la despersonalització i la burocratització de les respostes. Les escales i els barems haurien de servir de suport, però no haurien de ser l'única via per a les decisions.

Una vegada establertes les places disponibles en cada unitat funcional, organitzarem la llista d'espera incloent els condicionants de l'accés.

Si bé globalment la informació estarà centralitzada en una llista única, cada persona cobrirà les seves necessitats a partir de les prestacions d'una unitat determinada. Cada programa tindrà la seva pròpia llista, i un requisit indispensable és que el sistema de gestió de les llistes no permeti duplicar sol·licituds.

Les llistes particulars de cada procés són la solució a la classificació de clients segons les necessitats i el programa al que opten, a fi de garantir la millor ocupació de places.

Així, havent definit els diferents tipus de clients, s'establiran les corresponents llistes d'espera. Aquesta organització de la llista també respon a la necessitat de mantenir l'equilibri entre el grau d'autonomia i/o la dependència de les persones ateses i les càrregues del personal assistencial. L'ingrés vindrà determinat segons un criteri de necessitat, però amb un equilibri entre la situació concreta de la persona i la cronologia de la demanda.

### **6.12.3. Llista actualitzada i seguiment dels clients**

Els clients en llista d'espera són sinònim de necessitats no ateses correctament. Són persones a les quals se'ls ha reconegut un dret pel qual han d'esperar. No podem oblidar tot el que suposa estar en una llista d'espera, a més de la pròpia espera. Això implica complir tràmits i gestions, de vegades complicats i envoltats de la problemàtica que ha generat la pròpia demanda.

Sabem que les persones tributàries de l'atenció socio sanitària experimenten freqüents canvis en la seva autonomia personal i social. Per això hem de garantir un seguiment i una actualització de les dades per a evitar que la prestació resulti inadequada. Aquest seguiment evita que quan es materialitza l'ingrés, arribi una persona les característiques de la qual requereixen més o menys atenció.

Altres aspectes són el control de les persones mortes durant l'espera, les persones amb canvis de zona de residència, o persones la situació de les quals ja no precisa l'ingrés. Totes aquestes situacions s'han de poder identificar per a depurar la llista d'espera.

### **6.13. Les expectatives**

En l'atenció socio sanitària les expectatives poden resultar difícils companyes de viatge. Quan un equip professional ha enfocat malament la necessitat diagnòstica, resulta molt difícil a l'equip receptor reorientar-la de manera ade-

quada. La població que utilitza serveis genera expectatives sobre el tipus de suport i el període de temps que aquests duraran, per la qual cosa hem de conèixer aquestes expectatives per a evitar males interpretacions.

Hem de comunicar-nos amb els clients i les seves famílies des del principi del procés, perquè prenguin consciència que l'atenció que se'ls presta és curativa, però també preventiva i educativa, la finalitat de la qual consisteix a aconseguir-ne l'autonomia i independència. Correspon a tots els professionals transmetre aquest missatge, però són els equips de treball social sanitari els qui poden tractar-lo millor des de les emocions i les motivacions de la persona. Enfront de qualsevol canvi, els objectius terapèutics també es modifiquen. Aquest canvi es pot donar tant en positiu (a causa de la millora), com en negatiu (a causa d'un empitjorament). En tots dos casos existeixen unes expectatives i hem d'ajudar la persona a reelaborar-les.

Per això és bàsic el seguiment.

#### **6.14. Atenció a les famílies**

Després de la persona malalta, la família és el primer recurs. Però sabem que la malaltia, sobretot la llarga malaltia, acaba afectant la família, els seus membres. Hem d'estudiar la família i n'establir un diagnòstic social sanitari que inclogui la persona malalta.

Hem de conèixer les possibilitats reals de la família. Pot succeir que no pugui atendre la persona, o pot ser que no la vulgui atendre, però en qualsevol cas ens enfrontem a una situació que requereix un diagnòstic.

## 7. Definició dels indicadors bàsics

El progrés o el retrocés s'ha de mesurar en totes les seves dimensions i cada organització ha de saber d'on ve, on és i cap a on ha d'anar o vol anar.

Això es pot mesurar gràcies a la definició d'indicadors.

Un **indicador** és una mesura que s'aplica a diferents conceptes i grups poblacionals. L'OMS defineix els indicadors com:

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

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

L'OPS diu sobre aquest tema:

«En termes generals, els indicadors de salut representen mesures-resum que capturen informació rellevant sobre diferents atributs i dimensions de l'estat de salut i de l'acompliment del sistema de salut i que, vistos en conjunt, intenten reflectir la situació sanitària d'una població i serveixen per a vigilar-la. [...] La qualitat d'un indicador depèn fortament de la qualitat dels components, freqüència de casos, grandària de població en risc, etcètera, utilitzats en la seva construcció, així com de la qualitat dels sistemes d'informació, recollida i registre de tals dades. [...] Específicament, la qualitat i utilitat d'un indicador està primordialment definida per la seva validesa (si efectivament mesura el que intenta mesurar) i confiabilitat (si el seu mesurament repetit en condicions similars reproduceix els mateixos resultats)».

OPS (2001). «Indicadores de salud: Elementos básicos para el análisis de la situación de salud». *Boletín epidemiológico* (vol. 22, núm. 4). OPS.

L'INE ofereix la descripció següent en les seves notes metodològiques:

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

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

Per a conèixer «quant molt» o «quant poc» s'ha avançat, les unitats de treball social sanitari, la direcció, es basen en els indicadors. La societat en general usa:

- Indicadors de vellesa.
- Indicadors econòmics.
- Indicadors d'audiència.
- Indicadors de salut.
- Etc.

El motiu principal pel qual necessitem definir els indicadors de l'atenció sociosanitària és per a disposar d'elements quantificables sobre els resultats i sobre l'activitat global que s'està desenvolupant respecte a la comunitat atesa.

Quina activitat és quantificable? Pràcticament qualsevol. Encara que no específicament, els indicadors d'activitat fonamenten una metodologia bàsica d'intervenció. No confondrem el que és qualitatiu amb el que és quantitatiu. Els indicadors serviran per a avaluar l'activitat d'avui, comparant-la amb valors anteriors de la pròpia organització o, fins i tot, amb valors d'altres amb estructura similar. Ens ajudaran a establir *tendències i comparacions*.

Per a analitzar i comparar l'activitat realitzada necessitem convertir els nombres absoluts del volum d'activitat executada en les diferents unitats en indicadors propis que any rere any relacionarem entre si. Entre els indicadors més usuals es troben els d'utilització, els de població, els d'activitat, etc.

Existeixen diversos tipus d'indicadors:

- Indicadors de cobertura del programa X.
- Indicadors d'activitat.
- Indicadors d'utilització.
- Indicadors de rendiment.
- Indicadors de població.
- Indicadors d'integració i reinserció.
- Indicadors de coordinació amb la primària.
- Altres.

En tots els casos, el punt de partida dels indicadors d'avaluació són els procediments aplicats i els grups de població. Podem definir tres grans famílies:

1) Indicadors d'utilització. Informen de les característiques d'utilització de l'organització sociosanitària. En aquest cas es tenen en compte aspectes de les organitzacions que demanden serveis: característiques de la demanda, adequació de la demanda del professional respecte a les característiques del servei que proposa i les necessitats del client, temps transcorregut d'atenció professional fins que es realitza la demanda, motius socials i sanitaris que la provoquen, persones que gràcies al suport poden seguir al seu domicili, etc. Els indicadors d'utilització permeten dissenyar campanyes d'educació en l'ús de programes i serveis de la xarxa.

2) Indicadors de rendiment. Informen del volum de treball de cada professional i de les activitats acomplertes en una unitat de temps, tenint en compte dos aspectes:

- El volum de treball **acomplert** en una unitat de temps.

- El volum de treball que es **podria accomplir** dins del mateix servei en la mateixa unitat de temps.

Aquest indicador està estretament relacionat amb la satisfacció del client i la seva seguretat respecte de les orientacions i atencions professionals rebudes. Així mateix permet establir ràtios de personal en funció dels diferents programes que es vagin iniciant.

3) Indicadors de població. Serveixen per a comparar grups i tipus de població que demanen i/o necessiten suport dels serveis socio sanitaris. Per exemple, n'estudiem la procedència, el suport familiar disponible, les característiques de la xarxa social, el grau de deterioració al moment de l'ingrés i, donat el cas, les millores al moment de l'alta, etc.

A mesura que s'adquireix i s'amplia la informació de la població és possible identificar motius de més o menys importància per a justificar l'ús de determinats programes socio sanitaris enfront d'uns altres.

### 7.1. Indicadors d'activitat

Els indicadors informen de l'activitat de la unitat (primeres visites i successives, gestions, etc.) en relació amb l'activitat global de la xarxa. Aquest indicador informa solament de l'activitat realitzada, no de la que es podria haver realitzat, és a dir, no inclou el rendiment.

a) **Indicador de primeres visites:** calcula el percentatge de clients atesos en la unitat per primera vegada respecte del total de visites realitzades en la unitat en el mateix període.

$$\text{Indicador primeres visites unitat X} = \frac{\text{Primeres visites unitat X}}{\text{Total visites unitat X}} \times 100$$

b) **Indicador de visites successives:** calcula la relació existent entre les primeres visites i les visites successives. El resultat informa de la proporció. Un índex molt alt de visites successives motiva la supervisió del procés atès que posa en relleu la poca efectivitat de les visites. Pot pensar-se en una retroalimentació exagerada.

$$\text{Indicador visites successives unitat X} = \frac{\text{Visites successives unitat X}}{\text{Total visites unitat X}} \times 100$$

### 7.2. Indicadors d'utilització de la unitat

Els indicadors d'utilització de la unitat informen del grau d'utilització de la unitat, tant per part de les persones ateses a l'hospital i de les seves famílies com per part dels altres professionals i/o altres serveis interns o externs.

a) **Indicador utilització/clients:** estableix la relació entre les visites de clients i les visites en general de familiars o uns altres (veïns, associacions, etc.). La informació serveix per a determinar la proporció de les visites de cada grup.

$$\text{Ind. utilització/clients} = \frac{\text{Primeres visites clients unitat X}}{\text{Total visites «clients + familiars + altres» unitat X}} \times 100$$

b) **Indicador utilització/familiars:** estableix la relació entre les visites de familiars i les visites en general de clients o altres (veïns, associacions, etc.). La informació serveix per a determinar la proporció de les visites de cada grup.

$$\text{Ind. utilització/familiars} = \frac{\text{Primeres visites familiars unitat X}}{\text{Total visites «clients + familiars + altres» unitat X}} \times 100$$

c) **Indicador utilització/altres:** estableix la relació entre les visites d'altres (veïns, associacions, etc.) i les visites en general de clients i visites de familiars. La informació serveix per a determinar la proporció de les visites de cada grup.

$$\text{Ind. utilització/altres} = \frac{\text{Primeres visites altres unitat X}}{\text{Total visites «clients + familiars + altres» unitat X}} \times 100$$

d) **Indicador utilització/medicina:** estableix la relació entre demandes de medicina i les de la resta de professionals. La informació serveix per a determinar la proporció de les demandes de cada col·lectiu.

$$\text{Indicador utilització/medicina} = \frac{\text{Demandes de medicina}}{\text{Total demandes professionals}} \times 100$$

e) **Indicador utilització/infermeria:** estableix la relació entre les demandes d'infermeria i les de la resta de professionals. La informació serveix per a determinar la proporció de les demandes de cada col·lectiu.

$$\text{Indicador utilització/infermeria} = \frac{\text{Demandes d'infermeria}}{\text{Total demandes professionals}} \times 100$$

f) **Indicador utilització/altres professionals:** estableix la relació entre les demandes d'altres professionals i les de la resta de professionals. La informació serveix per a determinar la proporció de les demandes de cada col·lectiu.

$$\text{Indicador utilització/altres professionals} = \frac{\text{Demandes d'altres professionals}}{\text{Total demandes professionals}} \times 100$$

### 7.3. Indicadors de rendiment

Els indicadors de rendiment informen del volum de treball de cada professional i de les activitats realitzades en la unitat de temps o període d'estudi. Serveixen per a comparar la productivitat dels diferents professionals A, B, C, etc., d'una unitat.

a) **Indicador primeres visites professional:** estableix la relació entre les primeres visites del professional A i les de la resta de professionals del servei. La informació serveix per a determinar la proporció de visites de cada professional i comparar-les entre si.

$$\text{Indicador primeres visites professional A} = \frac{\text{Primeres visites professional A}}{\text{Total primeres visites unitat}} \times 100$$

b) **Indicador visites successives professionals:** estableix la relació entre les segones visites del professional A i les primeres visites. La informació relaciona les primeres visites amb les segones. Un índex molt elevat de segones visites (més de cinc de mitjana) no és un signe de bona qualitat assistencial. Aquesta dada sorgeix de l'observació i de l'experiència, però no és cap normativa.

$$\text{Indicador visites successives professional A} = \frac{\text{Segones visites professional A}}{\text{Total visites professional A}} \times 100$$

#### 7.4. Indicadors de població

Els indicadors de població informen de la tipologia de la població atesa a la unitat segons demografia, independència funcional, capacitat econòmica, grau d'instrucció, etc. Així mateix informen dels serveis mèdics més habituals amb els quals es treballa, etc.

a) **Indicador ciutat de residència:** considerant les diverses procedències geogràfiques, estableix la relació de clients segons població de procedència. Podem diferenciar entre ciutats i pobles. La informació serveix per a determinar la proporció de clients segons procedència i comparar-les entre si.

$$\text{Indicador ciutat de residència Z} = \frac{\text{Visites de (ciutat Z)}}{\text{Total clients de la unitat}} \times 100$$

b) **Indicador independència funcional:** considerant els diversos graus d'independència que s'hagin establert en el protocol, estableix la relació de clients segons cadascun d'ells. La informació serveix per a determinar la proporció de clients segons independència funcional i comparar-les entre si, ja sigui en funció de les estades mitjanes, la utilització de recursos, els graus de reinserció, etc.

$$\text{Indicador independència funcional «valor X»} = \frac{\text{Clients amb «valor X»}}{\text{Total clients de la unitat}} \times 100$$



## 7.5. Indicadors d'integració i reinserció

Els indicadors d'integració i reinserció informen del rendiment social del servei i responen als principis del treball social sanitari, que contempla a les persones i les seves famílies com el primer recurs, de manera que es promogui la seva independència i que la utilització de recursos comunitaris quedi com a últim extrem.

**a) Indicador d'integració al domicili:** estableix la relació entre persones que després del suport socio sanitari poden tornar al domicili habitual i les que no, considerant que poden anar a altres domicilis temporalment. La informació serveix per a determinar la relació entre els canvis i el manteniment del nucli familiar.

$$\text{Indicador d'integració al domicili} = \frac{\text{Tornada al domicili}}{\text{Total altes unitat}} \times 100$$

**b) Indicador d'internament:** estableix la relació entre persones que abans de l'ingrés vivien al seu domicili i després de l'alta ingressen en algun establiment residencial. La informació serveix per a determinar el pes dels clients que no poden tornar al seu domicili.

$$\text{Indicador d'internament} = \frac{\text{Institucionalitzacions}}{\text{Total altes unitat}} \times 100$$

## 7.6. Indicadors de demanda social

Els indicadors de demanda social informen de les persones ateses que realitzen alguna demanda a la unitat de treball social sanitari. Segons l'organització, es presentarà per especialitats mèdiques o per programes d'intervenció.

**a) Indicador de demandes:** estableix la relació entre les demandes globals de suport dels clients o la seva família i la no demanda. La informació serveix per a determinar el pes de la població que demanda enfront de la qual no demanda.

$$\text{Indicador de demandes} = \frac{\text{Total demandes}}{\text{Total població atesa a la xarxa}} \times 100$$

**b) Indicador de demanda:** els serveis existents motiven diferents demandes. Aquest indicador estableix la relació entre una demanda i totes les possibles demandes. La informació serveix per a determinar el pes de la demanda de A enfront d'altres.

$$\text{Indicador de demanda A} = \frac{\text{Total demandes A}}{\text{Total població atesa a la xarxa}} \times 100$$

c) **Indicador de no demanda:** estableix la relació entre la població que no realitza cap demanda enfront de la que sí la realitza. La informació serveix per a determinar el pes de la població que no fa cap demanda fins i tot presentant indicadors de risc.

$$\text{Indicador no demanda} = \frac{\text{Total sense demandes}}{\text{Total població atesa al programa}} \times 100$$

## 7.7. Indicadors de necessitats socials

Els indicadors de necessitats socials informen de les necessitats diagnòstiques, detectades pels professionals, dels clients atesos a la xarxa.

a) **Indicador de necessitats formals:** estableix la relació entre els clients que precisen suports formals i els clients que no. La informació serveix per a determinar el pes de la població que es diagnostica que tenen necessitats postalta enfront de les que no les tenen.

$$\text{Indicador de necessitats formals} = \frac{\text{Total necessitats}}{\text{Total població atesa a la xarxa}} \times 100$$

b) **Indicador de necessitats específiques:** estableix la relació entre la necessitat d'un suport específic i la totalitat de la població atesa. La informació serveix per a determinar el pes de cada necessitat i se centra en la població atesa a la unitat.

$$\text{Indicador de necessitat A en general} = \frac{\text{Total necessitat A}}{\text{Total població atesa a la xarxa}} \times 100$$

c) **Indicador de necessitat sobre necessitats:** és un altre indicador de necessitat que estableix la relació entre la necessitat d'un suport determinat i la totalitat de la població amb necessitats. La informació serveix per a establir el pes de cada necessitat i se centra en la població que presenta necessitats després del suport i tractament socio sanitari.

$$\text{Indicador de necessitat sobre necessitats} = \frac{\text{Total necessitat A}}{\text{Total població amb necessitats}} \times 100$$

d) **Indicador de no ús de programes de suport:** estableix la relació entre la població que té necessitats de suport postalta i la que no. La informació serveix per a determinar el pes de la població que, si bé presenta indicadors de risc, no té cap necessitat de suport formal, considerant que la seva xarxa les cobreix.

$$\text{Indicador de no necessitat} = \frac{\text{Total població sense necessitat}}{\text{Total població atesa a la xarxa}} \times 100$$

## 7.8. Indicadors d'utilització

Els indicadors d'ús informen de la utilització de serveis i/o programes de suport comunitaris, dins d'un procés social sanitari, per part dels clients atesos dins de la unitat.

**a) Indicador d'ús de programes de suport:** estableix la relació entre els clients que utilitzen suports (suports formals) i els clients que no. La informació serveix per a determinar el pes de la població que utilitza recursos postalta enfront de la que no l'utilitza, tots dos grups amb indicadors de risc.

$$\text{Indicador d'utilització de suports} = \frac{\text{Total utilització de suports}}{\text{Total població atesa a la xarxa}} \times 100$$

**b) Indicador d'ús del suport A (en general):** aquest indicador estableix la relació entre la utilització d'un suport determinat i la totalitat de la població atesa. La informació serveix per a determinar el pes de cada recurs utilitzat, prenent com a referència la població atesa a la unitat.

$$\text{Indicador d'utilització del suport A (en general)} = \frac{\text{Total utilització del suport A}}{\text{Total població atesa a la xarxa}} \times 100$$

**c) Indicador d'ús de suport A (sobre suports usats):** un altre indicador d'utilització de suport és el que estableix la relació entre la utilització d'un recurs determinat i la totalitat de la població que utilitza recursos, sempre immediatament després de l'alta. La informació serveix per a determinar el pes de cada suport utilitzat enfront de la totalitat dels suports utilitzats.

$$\text{Indicador d'utilització del suport A (sobre suports utilitzats)} = \frac{\text{Total utilització del suport A}}{\text{Total població que utilitza suports}} \times 100$$

**d) Indicador de no ús de suport:** aquest indicador estableix la relació entre la població que usa suports i la que no. La informació serveix per a determinar el pes de la població que, si bé presenta indicadors de risc, no utilitza suports.

$$\text{Indicador de no ús del suport} = \frac{\text{Total població que no utilitza el suport}}{\text{Total població atesa al programa}} \times 100$$

## 7.9. Indicadors de qualitat

La qualitat en l'atenció socio sanitària ve representada entre altres elements per la rapidesa de les gestions, l'adequació dels suports utilitzats segons les necessitats, el cost intern i el cost social de les decisions que es vagin prenent. A més de considerar la satisfacció del client. Els que segueixen són exemples de l'indicador de qualitat.

### 7.9.1. Adequació dels suports

Els indicadors d'adequació dels programes de suport informen de la correcta aplicació dels suports pel que fa al total de clients que necessitaven el recurs. Aquests indicadors estableixen la correcta utilització dels suports en relació amb la necessitat d'aquest suport i informen del pes de la no adequació.

$$\text{Indicador d'utilització del suport A en relació amb la necessitat del suport A} = \frac{\text{Total utilització del suport A}}{\text{Total població atesa a la xarxa que necessitava el suport A}} \times 100$$

### 7.9.2. Queixes i reclamacions

Els indicadors de queixes i reclamacions informen de les queixes o reclamacions rebudes de la unitat. Les queixes no són representatives de la insatisfacció general, però sí que expressen els punts febles del servei percebuts per alguns clients que, a més, el manifesten.

$$\text{Indicador de queixes} = \frac{\text{Total queixes rebudes a la unitat}}{\text{Total població atesa a la unitat}} \times 100$$

### 7.9.3. Agraïments

Els indicadors d'agraïments informen dels agraïments rebuts de la unitat. Els agraïments expressen els punts forts del servei percebuts per alguns clients que, a més, el manifesten.

$$\text{Indicador d'agraïments} = \frac{\text{Total agraïments rebuts a la unitat}}{\text{Total població atesa a la unitat}} \times 100$$

## 7.10. Altres grups d'indicadors complementaris

A continuació, veurem la descripció general dels diferents grups d'indicadors.

- Qualitat de vida
  - Qualitat de vida dels clients atesos.
  - Qualitat de vida dels clients en llista d'espera.
  - Qualitat de vida de les famílies.
  - Altres.
- Estructura i mobiliari
  - Manteniment general del mobiliari.
  - Reparacions degudes a la mala utilització dels aparells.
  - Reparacions degudes a problemes de fabricació.
  - Reposicions (bombetes, gots, endolls, etc.).
  - Nombre d'accidents dins del recinte i descripció.
  - Pèrdua de material (tisoires, coberts, plats, etc.).

- Altres.
- Hostaleria
  - Nombre i varietat de menús per àpat.
  - Procés de conservació dels aliments.
  - Sobres del menjar.
  - Canvi de llençols, tovalloles, etc.
  - Intoxicacions.
  - Altres.
- Eficiència social
  - Temps de tramitació de la sol·licitud d'ingrés.
  - Temps de resolució.
  - Temps d'espera a l'hospital d'aguts per col·lapse de la unitat.
  - Temps d'espera al domicili per col·lapse de la unitat.
  - Deterioració soferta des de la sol·licitud fins a l'ingrés.
  - Qualitat dels informes de sol·licitud emesos pels professionals que tramiten la demanda d'ingrés.
  - Adequació entre la previsió d'estada i l'estada final real.
  - Altres.
- Assistencials
  - Ingressos i reingressos en sales d'aguts.
  - Ingressos per deshidratació, anèmia, etc.
  - Índex de persones enllitades ateses.
  - Índex de persones amb escases.
  - Índex d'infeccions secundàries.
  - Índex de persones amb sondes (nasogàstriques, urinàries, etc.).
  - Altres.
- Atenció i participació
  - Índex de participació de les persones en les activitats internes.
  - Índex de participants no residents en les diverses activitats que s'organitzin.
  - Índex d'adequació de l'oferta d'activitats i l'assistència.
  - Participació dels familiars.
  - Altres.
- Queixes i reclamacions
  - D'estructura i mobiliari.
  - D'hostaleria (neteja, menjar, etc.).
  - D'assistència.
  - De telefonia.
  - D'atenció i tracte.
  - D'informació.
  - D'organització.

- Altres.

### 7.11. La satisfacció del client, la seva família i la comunitat

L'anàlisi de la satisfacció del client és una de les línies de l'anomenada *recerca motivacional* que, progressivament, les organitzacions incorporen a la seva gestió. Aquesta anàlisi els permet, d'una banda, adequar els procediments i els processos a les exigències i expectatives de les persones que atenen, això sense renunciar als seus objectius i, de l'altra, permet millorar els resultats i, com a conseqüència, la qualitat percebuda. No estem parlant del coneixement, sinó de l'organització dels serveis perquè aquest coneixement arribi a les persones que atenem. La satisfacció del client és una dimensió de la qualitat, una percepció d'aquesta filtrada per les persones. La mesura de la satisfacció també s'ha anomenat una mesura tova, precisament perquè es basa en l'anàlisi de percepcions i actituds de persones i no en criteris objectius.

Són molts els autors que han aportat coneixement i tècnica al concepte de qualitat i, per tant, implícitament, han abordat la satisfacció del client. Així, trobem paradigmes com «activitat orientada a superar allò que ja està bé», proposat per Druker, o «activitat orientada a la millora sense fi», proposat per Deming. L'atenció sociosanitària inclourà en les seves polítiques de gestió com a exercici habitual «la mesura de la satisfacció» de les persones que atén. L'aplicació periòdica d'un instrument fiable i objectiu que permeti recollir el que és subjectiu aporta informació fiable i actualitzada d'aquesta percepció de les persones que atenem i de les seves famílies. L'instrument ha d'identificar els dèficits de l'atenció, segons les persones, i ha de permetre a les direccions proposar canvis organitzatius i en les actituds professionals. La participació del client en la millora dels serveis es materialitza mitjançant aquesta pràctica. La sistematització de les anàlisis de satisfacció permet complir certs objectius:

- Conèixer en quina mesura l'atenció sociosanitària complau les expectatives de les persones ateses.
- Identificar el grau de satisfacció en cada unitat i els serveis que constitueixen el centre.
- Avaluar les expectatives dels clients amb les possibilitats de l'organització.
- Promoure canvis per apropar-se al màxim al desitjat per la ciutadania i que siguin possibles per a les unitats.
- Aportar els elements tècnics i pedagògics per aconseguir una societat comprensiva amb les funcions de la xarxa d'atenció sociosanitària.
- Seguir les tendències promogudes pels canvis.

Si en general la satisfacció és una valoració subjectiva, en el camp sociosanitari ho és molt més. La satisfacció del client dels serveis sociosanitaris es troba a cavall entre el bé més preuat, la vida, i la seva possible pèrdua, la mort,

#### Referències bibliogràfiques

- C. Charles i altres (1994). «How was your hospital stay? Patient's reports about their care in canadian hospitals». *Canadian Medical Association Journal* (vol. 150, núm. 11).
- B. E. Hayes (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Ediciones Gestión 2000.

#### Referències bibliogràfiques

- P. F. Druker (1993). *Administración para el futuro* (pàg. 268-269). Editorial Parramon.
- M. Walton (1990). «Deming management at work». *Soundview Executive Book Summaries*.
- I. Illich (1991). «La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales, nuevas iniciativas y planteamientos». *Anthropos* (núm. 118-119, pàg. 2-4).

associada a dolor i solitud. La mesura de la satisfacció del client, en l'atenció sociosanitària, ve condicionada per un ampli ventall de variables intangibles, que parteixen del seu món emocional i perceptiu i s'hi basen.

En una economia de mercat les persones adquireixen béns o serveis perquè identifiquen l'oferta amb la cobertura de la seva necessitat. En l'atenció sociosanitària aquesta premissa es compleix parcialment en la demanda, però el professional ha d'estudiar aquesta demanda i, a partir del diagnòstic social sanitari, orientar el procés d'intervenció. Un punt important són els processos comunicatius. La satisfacció de la necessitat percebuda pel client passa pel filtre professional que identifica la necessitat diagnòstica a partir de criteris científics i tècnics. Per això, la comunicació entre professionals i clients adquireix una importància transcendental perquè aquests no vegin els serveis sociosanitaris com una gran superfície comercial. Això ens aboca a programes d'educació de la població en general i, en particular, de la població usuària dels serveis.

Així, la qualitat final (resultats, satisfacció del client, mínim cost i motivació del personal) és la resultant de la qualitat de cada part del procediment, però sobretot dels processos. A diferència del sector industrial, en el qual una peça defectuosa es detecta al mateix moment i es pot substituir immediatament per una altra, en l'atenció sociosanitària, com ocorre en la sanitària, no és possible reposar l'error al moment de produir-se.

La població sol desenvolupar expectatives respecte de com serà la relació amb els professionals que l'atendran. Quan aquesta no té els continguts imaginats per la persona, es pot generar malestar i descontentament i, per tant, augmentar la sensació d'insatisfacció. És important, quan s'efectuen anàlisis de satisfacció, aprofundir en tot això.

Dos dels episodis més crítics i generadors en potència de tensió entre els clients i les organitzacions són l'acolliment –arribada al centre– i l'alta. En la gestió d'aquests episodis ajuda conèixer la vivència de les persones i/o la seva família respecte a la prestació. Això permet a les unitats de treball social sanitari, de la mà dels seus professionals, seguir un pla d'ajuda en el procés d'adaptació a la nova situació de dependència o discapacitat.

Si bé les unitats d'atenció al client, amb la gestió de suggeriments i reclamacions, són un mitjà útil per a vehicular situacions de conflicte i/o insatisfacció de les persones per a fets concrets, no podem extrapolar graus de satisfacció o insatisfacció representatius. No totes les persones descontentes presenten una reclamació. Així, la mesura de la satisfacció o insatisfacció dels clients de l'atenció sociosanitària no es pot obtenir únicament i exclusivament a partir de l'existència de queixes o reclamacions materialitzades en un escrit o, al contrari, per la falta d'aquestes.

#### Referència bibliogràfica

M. Mazarrasa (1995). *Marketing y calidad total*. Ediciones Gestión 2000.

#### Referència bibliogràfica

I. Salzberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial* (pàg. 23-26). Amorrortu Editores.

#### Referències bibliogràfiques

D. Jones; C. Lester (1994). «Hospital care and discharge: patient's and carer's opinions». *Age and Ageing* (núm. 23, pàg. 81-88).

C. Bennett; J. Legon; F. Zilberfein (1989). «The significance of empathy in current hospital based practice». *Social Work in Health Care* (vol. 14, núm. 2, pàg. 27-41).

## **8. Pensar en socio sanitari. Diagnosticar en socio sanitari. Tractar en socio sanitari. Planificar en socio sanitari**

El concepte d'atenció socio sanitària integra dues visions: tenim l'atenció sanitària d'una banda i l'atenció social de l'altra, però l'atenció socio sanitària no és una suma d'ambdues. L'atenció socio sanitària es constitueix en una tercera via, en un model integrat en el qual l'àmbit sanitari sempre portarà imprès l'àmbit social i, viceversa, l'àmbit social portarà imprès l'àmbit sanitari en la seva mateixa producció de serveis. L'àmbit socio sanitari té entitat i caràcter propi, crea una nova perspectiva i un nou sistema d'atenció.

En l'àmbit socio sanitari, hem vist, convergeixen múltiples circumstàncies en les quals el factor humà hi és present. L'atenció socio sanitària atén la pèrdua de recursos personals i vitals. Des del treball social sanitari intervenim en les mateixes esferes, però, en aquest cas, amb una marcada necessitat d'atencions personals continuades i de llarga durada.

Les ciències socials, igual que les ciències mèdiques, fins i tot sense ser exactes, apliquen el mètode científic, es basen en evidències socials, utilitzen tècniques d'intervenció i es basen en instruments. En el cas de l'atenció socio sanitària també hem d'emparar-nos en el mètode científic. La implicació i la participació de la persona malalta i el seu nucli de convivència són igualment imprescindibles. En l'atenció socio sanitària ens basem en procediments mixtos, els quals definirem en conjunt i considerant sempre aquesta tercera via que integra l'àmbit sanitari i l'àmbit social.

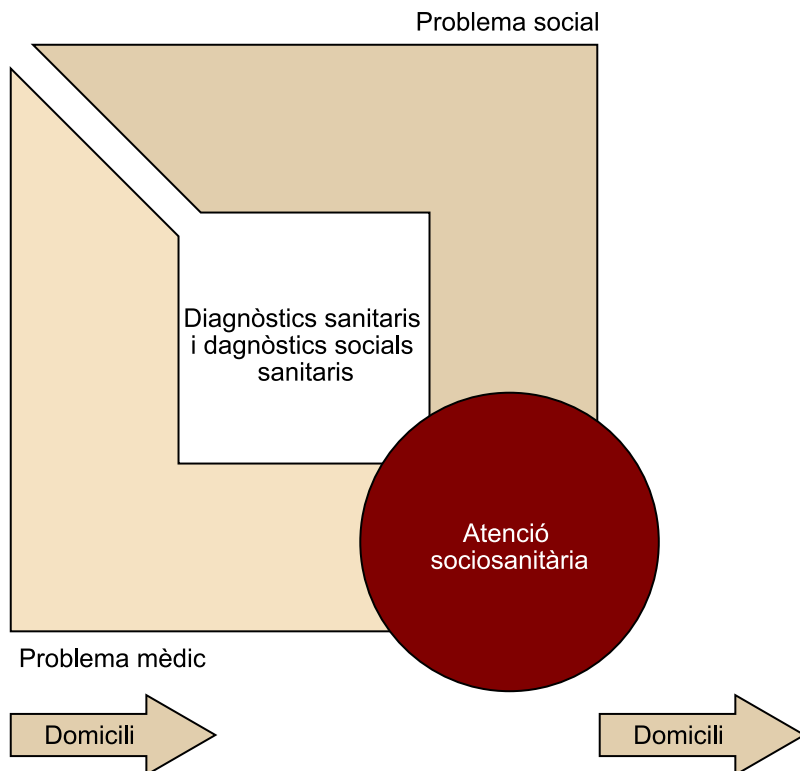
Lluny d'una suma de burocràcies de programes independents, l'atenció socio sanitària és com el cabal d'un riu que es nodreix de les dues ribes, la sanitària i la social. Un cabal que ja és en si mateix indivisible entre les parts, flueix, insistim, en la tercera via. Seguint amb la metàfora, els equips professionals de l'atenció socio sanitària són els ponts que permeten la unió entre ambdues ribes. Per això és tan necessària la sincronia entre els professionals sanitaris i els socials, perquè en la naturalesa dels problemes tractats hi ha la presència simultània de problemes sanitaris i socials.

Durant el màster, hem vist la diferència entre l'ajuda filantròpica i l'ajuda des del treball social sanitari. No ens estendrem en aquest punt. Però recordem la necessitat d'establir el diagnòstic social sanitari sobre la base d'una recerca dels fets i mitjançant tècniques professionals que segueixen uns procediments específics. Si bé la societat civil sol anar per davant dels serveis, podem reconèixer que, en el seu moment, la resposta en forma d'atenció socio sanitària va ser àgil. Aquesta sorgia de la necessitat de determinats col·lectius de població, gairebé sempre persones en un estat crític, amb necessitat d'atenció sanitària



i atenció psicossocial. I encara que l'atenció s'iniciava amb la presència de la malaltia, a mesura que passaven els dies, prenen relleu els problemes psicossocials associats a aquesta nova realitat.

Figura 5. Evolució dels problemes sanitaris i dels problemes socials sanitaris en l'ingrés hospitalari



La figura 5 mostra gràficament un ingrés. Veiem com, en el moment de l'admissió, el problema mèdic concentra tota l'atenció, mentre que, a mesura que transcorren els dies i aquest es va pal·liant o orientant, poden començar a sorgir problemes psicossocials que dificultaran la continuïtat de la recuperació.

L'evolució de la societat del benestar, les noves necessitats del sistema sanitari, cada vegada més tecnificat i, per tant, cada vegada més resolutiu en el diagnòstic mèdic i en el tractament, va començar a apropar l'atenció socio sanitària cap a les seves jerarquies. Així, el sistema sanitari s'ha convertit en molts llocs i en moltes ocasions en el gestor directe de les prestacions de l'atenció socio sanitària i, fins i tot sense dades generals, podem dir per l'experiència que el seu accés està més en funció de les necessitats sanitàries que de les psicossocials combinades amb les sanitàries.

L'atenció socio sanitària concep programes i unitats amb entitat pròpia que integren l'àmbit sanitari i l'àmbit social sistemàticament i dins d'un sistema assistencial específic.

## 9. El progrés de l'atenció sociosanitària passa pel R+D +I. Reflexió final

Un dels punts febles que hem de corregir és, com s'ha anat comentant, l'habitual confusió de l'atenció sociosanitària amb la coordinació sociosanitària o amb l'atenció integral o amb el model biopsicosocial.

Ara hem d'afegir una altra confusió, aquesta preocupant, la que cita el treball sociosanitari com si fos treball social sanitari. El treball sociosanitari, si som estrictes amb el terme, és el que exerceix qualsevol professional dins de l'atenció sociosanitària, però sens dubte això és un gran reduccionisme. Si deixem de costat aquesta última observació referida al treball sociosanitari, totes les descripcions anteriors són elements de l'atenció sociosanitària, però no són l'atenció sociosanitària.

El punt central de l'atenció sociosanitària, hi hem d'insistir, són programes i serveis de diferent complexitat assistencial, amb gestió i pressupost propi i amb professionals que se saben components de l'equip bàsic assistencial interdisciplinari (medicina, infermeria i treball social sanitari). Professionals que, a més, tenen consciència que necessiten del coneixement dels altres perquè la seva acció particular, des de la seva disciplina, sigui beneficiosa per a la persona i la seva família. Un exemple gràfic seria el d'un bodegó. Quan es parla d'un bodegó, se sap *a priori* que es tracta d'una pintura en la qual hi ha diferents elements. Un element, un objecte sol, no conforma un bodegó. Aquesta definició, el concepte d'atenció sociosanitària, li ve donat pel conjunt d'elements integrat. L'atenció sociosanitària implica un conjunt, una filosofia, un espai i uns professionals que amb una relació horitzontal conformen l'àmbit sociosanitari.

L'evolució i desenvolupament de l'atenció sociosanitària no es pot donar per impulsos nodrits de l'anècdota, o de la casuística. El seu desenvolupament s'ha de basar en el mètode científic, que parteix d'una acció basada en procediments o protocols que inclouen *sine qua non* el diagnòstic social sanitari. Sabem que tota acció professional se sustenta en tres pilars: els coneixements, els procediments-protocols i les actituds. Planerament, ens referim a aquests coneixements que hem adquirit i seguim adquirint diàriament, com els organitzem, amb quins procediments, perquè arribin a la persona, a la ciutadania i li aportin beneficis. I finalment, amb quina actitud afrontem les nostres responsabilitats com a professionals sanitaris. El procediment bàsic de treball social sanitari en qualsevol dels àmbits assistencials, atenció primària, atenció especialitzada i, per descomptat, en l'atenció sociosanitària, és: l'estudi; el diagnòstic social sanitari (definició dels processos assistencials); el tractament, i finalment, l'avaluació, que no és més que un nou estudi.

Parlem d'un procediment perquè les seves fases són d'obligat compliment. Cadascuna condiona a la següent. Sense una exhaustiva recollida d'informació no podem definir el diagnòstic social sanitari, ni el procés o els processos assistencials dins dels quals atendrem la persona o la seva família. I sense un diagnòstic social sanitari, sense haver identificat els processos de treball social sanitaris, no podem iniciar cap tipus de tractament social sanitari. Els procediments garanteixen també que es puguin realitzar recerques aplicades sobre determinats grups de població atesa en períodes determinats. Això és la garantia que les propostes i recomanacions que arribin des del treball social sanitari tenen una base científica i no anecdòtica. En cap cas podem confondre l'ajuda que procedeix de la filantropia amb l'ajuda que procedeix del treball social sanitari.

Per acabar, reproduïrem les paraules de Gro Harlem Brundtland quan va ocupar el seu càrrec de directora general de l'OMS:

«L'atenció de la salut (i de les atencions continuades) poden ser catastròficament costoses. Moltes de les necessitats de cures són impredecibles, per això és vital protegir a les persones d'haver de triar entre la ruïna financera o la pèrdua de salut...

Els sistemes de salut tenen la responsabilitat no solament de millorar la salut de les persones, també de protegir-les dels costos financers de la malaltia, reduir el dany a la dignitat i l'autonomia, i la por i la vergonya que la malaltia sovint porta amb si».

WHO (2003). *World Health Reports 2000*. World health organization's Collection on long term care. Key policy issues in long-term care. Ginebra.



## Bibliografia

*Reporte bienal de Texas sobre discapacidades* (2008).

**Abramovice, B.** (1988). *Long term care administration*. Nova York / Londres: The Haworth Press.

**Bennett, C; Legon, J.; Zilberfein, F.** (1989). «The significance of empathy in current hospital based practice». *Social Work in Health Care* (vol. 14, núm. 2).

**Canals, J.** (2003, juny). «Grupos de ayuda mutua, asociaciones de salud y estado de bienestar en transformación». *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar* (any 3, núm. 2).

**Cortina, A. i altres** (1997). *Rentabilidad de la ética para la empresa*. Fundación Argentaria («Colección economía española»).

**Charles, C. i altres** (1994). «How was your hospital stay? Patient's reports about their care in canadian hospitals». *Canadian Medical Association Journal* (150, núm. 11).

Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i es fixen les normes d'autorització. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* núm. 3597 - 18/03/2002.

**Druker, P. F.** (1993). *Administración para el futuro*. Editorial Parramon.

**Friedman, M. & R.** (1980). *Free to choose*. Nova York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

**Hayes, B. E.** (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Ediciones Gestión 2000.

**Illich, I.** (1991). «La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales, nuevas iniciativas y planteamientos». *Anthropos* (núm. 118-119).

**Jones, D; Lester, C.** (1994). «Hospital care and discharge: patient's and carer's opinions». *Age and Ageing* (núm. 23).

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

**Mazarrasa, M.** (1995). *Marketing y calidad total*. Ediciones Gestión 2000.

**Moulias, R.** (1990). «Faut-il conserver les structures hospitalières de long séjour gériatrique?». *Gerontologie et Société* (núm. 54).

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

**OPS** (2001). *Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud*. Boletín Epidemiológico / OPS (vol. 22, núm. 4).

**Salzberger-Wittenberg, I.** (1970). *La relación asistencial*. Amorrotu Editores.

**Walton, M.** (1990). «Deming management at work». Soundview Executive Book Summaries.

### Internet

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

