

El treball social sanitari en l'atenció socio sanitària

Dolors Colom Masfret

PID_00208143

Índex

Introducció.....	5
1. L'atenció socio sanitària: reflexions prèvies.....	9
1.1. L'atenció socio sanitària i les cures continuades: antecedents històrics i primers pilars	9
1.2. Referències històriques sobre el terme <i>long term care</i>	10
2. L'atenció socio sanitària: avui.....	14
2.1. Principis inspiradors d'atenció socio sanitària	15
3. L'atenció socio sanitària i la coordinació socio sanitària.....	17
4. L'atenció socio sanitària en el Ministeri de Sanitat i Consum.	20
5. Antecedents històrics: el programa "Vida als anys".....	21
5.1. L'atenció	21
5.2. Els serveis	22
5.3. Els clients	22
5.4. El finançament	23
5.5. La qualitat	23
5.6. El present de l'atenció socio sanitària a Catalunya	23
5.7. Breu repàs a l'atenció socio sanitària en altres comunitats	24
6. Unitats, programes i serveis de l'atenció socio sanitària.....	25
6.1. Unitats funcionals d'ingrés	25
6.2. Unitat de salut mental i psicogeriatría	26
6.3. Unitats funcionals d'atenció diürna	26
6.4. Unitats funcionals domiciliàries	27
6.5. Programes de suport	27
6.6. Programes bàsics complementaris	28
6.7. Programa de serveis d'infermeria	28
6.8. Programa de serveis psicocioculturals	29
6.9. Programa de serveis mèdics	31
6.10. Programa de gestió i millora de la qualitat	32
6.11. Programa d'advocacia i notaria	32
6.12. L'accés a l'atenció socio sanitària	33
6.12.1. Garantir l'accés per mitjà d'un programa de l'alta	34
6.12.2. Ocupació de places	34
6.12.3. Llista actualitzada i seguiment dels clients	35
6.13. Les expectatives	36
6.14. Atenció a les famílies	36

7. Definició dels indicadors bàsics.....	37
7.1. Indicadors d'activitat	39
7.2. Indicadors d'ús de la unitat	39
7.3. Indicadors de rendiment	40
7.4. Indicadors de població	41
7.5. Indicadors d'integració i reinserció	41
7.6. Indicadors de demanda social	42
7.7. Indicadors de necessitats socials	43
7.8. Indicadors d'ús	43
7.9. Indicadors de qualitat	44
7.9.1. Adequació dels suports	44
7.9.2. Queixes i reclamacions	45
7.9.3. Agraïments	45
7.10. Altres grups d'indicadors complementaris	45
7.11. La satisfacció del client, la seva família i la comunitat	47
8. Pensar en socio sanitari. Diagnosticar en socio sanitari.	
Tractar en socio sanitari. Planificar en socio sanitari.....	49
9. El progrés de l'atenció socio sanitària depèn de l'R+D+i.	
Reflexió final.....	51
Bibliografia.....	53

Introducció

L'atenció sociosanitària, en la dècada dels vuitanta, va ser un clar exemple d'innovació en els serveis sanitaris que incorporaven en les seves pràctiques, i recollien en un marc legal, les teories de l'atenció integral. Amb el pas dels anys, però, l'atenció sociosanitària ha vist desviar el centre de gravetat cap a l'atenció de l'àmbit sanitari de manera que el social ha tornat a quedar, moltes vegades, en un segon pla. La idea original es manté en la teoria, però la pràctica, llevat d'algunes excepcions, es va sanitaritzant. L'atenció sociosanitària continua essent per a moltes autonomies una assignatura pendent o en via de desenvolupament el debat de la qual continua en l'àmbit abstracte.

L'atenció sociosanitària va néixer, com va fer el mateix treball social sanitari, de l'evolució de la mateixa 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 i planificació de les estructures. 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 atenció més bona, van ser els pilars del seu començament. Per sobre de tot, però, destaquem la voluntat d'una societat civil i una comunitat professional que van veure com es perdia l'equilibri entre l'àmbit professional, la nova gestió i l'àmbit humà. Sorgien noves necessitats i feien falta nous serveis. Totes aquestes esferes van ser les que van propiciar aquella nova idea i una nova manera d'organitzar l'atenció social i sanitària per a grups de població vulnerable i fràgil.

A Espanya, Catalunya va ser la comunitat autònoma que va liderar la posada en marxa i el desenvolupament de l'atenció sociosanitària, i en va resultar una idea, en aquells moments, molt innovadora. L'esperit ho continua essent, i en aquest esperit el treball social sanitari hi té, com l'hi va tenir al començament, un paper determinant que cal recuperar per a mantenir viva la mirada de l'àmbit psicosocial.

El terme *sociosanitari* evoca necessàriament la presència d'una malaltia tractada dins el sistema sanitari (públic 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 el fet que l'atenció sanitària no és tan complexa com la d'un hospital d'aguts. La presència de la malaltia incurable, degenerativa, de llarga durada, mediatizada 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, constitueix la medul·la del desenvolupament i desplegament de l'atenció sociosanitària.

L'atenció sociosanitària, en la seva 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, està a cavall de 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 serveis que admet l'atenció sociosanitària la converteixen en un model d'atenció particular que articula recursos i serveis sociosanitaris. Un model vinculat a altres sistemes, però amb identitat pròpia, que no hi està limitat ni constret.

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 les seves mans liderar el desenvolupament de procediments d'intervenció interdisciplinària. Si bé en l'atenció sociosanitària és indiscutible la presència del treball social sanitari, aquest treball té un gran repte en la promoció i l'avaluació de programes i serveis.

Així, doncs, en l'atenció sociosanitària, en el treball social sanitari orientat, 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 de l'àmbit sanitari o atenció des de l'àmbit social, però no respon a l'àmbit sociosanitari. El desenvolupament del concepte d'*atenció sociosanitària* implica el disseny d'un sistema de programes i serveis de diferent complexitat destinats a cobrir les necessitats derivades de les persones que tenen problemes sanitaris que poden generar problemes socials, i viceversa, persones que tenen problemes socials que posen en perill la seva salut per mitjà de problemes sanitaris.

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

L'atenció sociosanitària, consisteix en serveis amb entitat pròpia o en serveis que resulten de la suma d'altres serveis diversos? Respondrem a aquest dubte que sol planar sobre els qui s'han construït una idea equivocada del que és l'atenció sociosanitària. En aquest crèdit la situem funcionalment i jeràrquicament en el sistema sanitari, desplegada com un model integrat en què l'àmbit sanitari no es concep sense el social, i viceversa. Passats gairebé vint-i-cinc anys des de la primera experiència d'atenció sociosanitària, podem continuar apostant per la idea original.

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

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

La realitat de l'atenció sociosanitària, com va ser pensada i com funciona a Catalunya, ens permet recapacitar i debatre sobre això en contrast amb les realitats de les diferents autonomies. Aprofitarem aquí els recursos dels estudiants per a veure com funciona en les comunitats respectives.

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

Des del treball social sanitari es poden plantejar procediments útils que no marginin les persones ateses en el sistema sanitari quan, després del seu procés agut, requereixen atenció sociosanitària. 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 es pot pensar que es tracta d'una fórmula fallida?, per què no s'ha d'actuar en conseqüència?

Els treballadors socials sanitaris han d'assumir més que mai, en l'atenció sociosanitària, el rol de promotors i avaluadors de recursos integrats i integrals.

1. L'atenció sociosanitària: reflexions prèvies

L'espai físic i conceptual que hi ha 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 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 de la convencional, però a més, una sèrie d'accions. El treball social sanitari és sobretot acció.

Il·lustrarem aquesta afirmació amb una anècdota. Ida M. Cannon, la segona treballadora sociomèdica en el Massachusetts General Hospital i impulsora del principal desenvolupament i expansió del treball social sanitari, al seu temps anomenat *mèdic*, era l'autora d'un dibuix de l'ocell Dodo recolzant-se en un bastó. En Dodo presidia el seu despatx amb el text següent, a la part superior: "Per què diu en Dodo que la millor manera d'explicar-ho és fer-ho?". En aquest cas, situats en el camp del treball social mèdic o hospitalari, Cannon invocava 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, sinó que reivindicava l'acció que complia els principis del treball social sanitari.

El treball social sanitari, s'apliqui on s'apliqui, sia a l'hospital, a l'atenció sociosanitària, o a 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. La intervenció del treballador social sanitari en l'atenció sociosanitària es fa juntament amb l'acció especialitzada d'altres professionals que componen la resta de l'equip interdisciplinari. Cada col·lectiu forma part del servei prestat, es recolza en els seus coneixements específics i col·labora amb les persones afectades i, si aquestes no objecten el contrari, amb la seva família.

1.1. L'atenció sociosanitària i les cures continuades: antecedents històrics i primers pilars

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

No obstant això, als països saxons i francòfons, aquesta fórmula feia molts anys que servia diferents tipus de població. L'atenció sociosanitària a Espanya equival al *long term care* dels països saxons i al *long séjour* dels francòfons.

Tot seguit, molt breument, exposarem 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 (Estats Units), va crear un programa de visites a domicili. En aquest programa, els estudiants de medicina visitaven les cases i els ambients als quals tornaven els malalts que ateniien. Probablement és el primer programa d'atenció socio sanitària que va nodrir una nova fórmula d'exercir la medicina i que tenia present, per la seva incidència en la recuperació, a més dels aspectes psicosocials, els entorns socials dels malalts. Un d'aquests estudiants va ser el doctor Charles Emerson, que al seu torn, en el seu exercici professional, va implementar el mateix programa en la Charity Organization Society (COS) de Baltimore. Va ser aquí, a la COS de Baltimore, on el 1903 va conèixer el doctor Richard C. Cabot, que de seguida va veure la nova figura professional que calia introduir a l'hospital. Aquesta nova figura era la treballadora sociomèdica, amb tres funcions bàsiques:

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

La continuïtat de la història del treball sociomèdic (avui socio sanitari) l'hem vista en la primera assignatura. La nova figura proposada per Cabot s'ocuparia d'estudiar els aspectes socials i psicosocials de les persones a les quals ell, com a metge, atenia. En més d'una ocasió havia manifestat la frustració que tenia després de comprovar que alguns pacients als quals atenia no tenien possibilitats de continuar els tractaments indicats. Recordem que aquesta primera plaça la va assumir Garnet Isabel Pelton el 1905, la qual, al cap d'uns quants mesos, es va posar malalta de tuberculosi i es va haver de retirar; la va substituir Cannon, que va començar un camí d'expansió de la professió, el treball social sanitari, no solament en el Massachusetts General Hospital sinó també en altres hospitals dels 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 indicar la importància que tenien les unitats de convalescència perquè els malalts mentals fossin desinstitucionalitzats de manera progressiva, i evitar així el xoc de les famílies i d'ells mateixos quan deixaven l'hospital.

1.2. Referències històriques sobre el terme *long term care*

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

Es dona en el context d'una conferència impartida a Boston dins el marc de la Conferència Nacional de Treball Social; el seu autor és Joseph Bonapart i versa sobre l'atenció a l'adolescència que està sota tutela institucional.

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

El 1944 es torna a parlar 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 al llarg de molt temps. Això explica l'evolució del terme, que de seguida es va ampliar a la població adulta i en edat de treballar.

Al cap d'un parell d'anys, el 1946, Odin W. Anderson escrivia un article molt interessant i il·lustratiu, en el qual es referia a les cures de *long term care* i que va titular "Resources for care of the chronically ill: nature and need" ('Recursos per a la cura de la malaltia crònica: naturalesa i necessitat'). Escrivia el següent:

"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, un 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 davant aquesta ignorància quan volem l'acció. [...] Ara sorgeix el problema – la cura dels malalts crònics–, la qual cosa obliga a la integració i la cooperació d'aquests camps... [...] Per fi, 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 hi fa falta un enfocament orgànic, però els treballadors socials saben molt bé que cal l'examen de la situació total del pacient, de les seves finances, de la seva feina, de la seva casa, de la seva malaltia i del seu futur. [...] El pacient és una part d'una família, i la família és una part d'una comunitat, i a la comunitat, els serveis que hi ha s'han de coordinar amb la finalitat que l'acció resulti parcialment eficaç. [...] Una citació d'una ben coneguda autoritat en la malaltia crònica ens dona una idea de la caòtica situació actual: les instal·lacions que hi ha per a la cura dels malalts crònics presenten una imatge molt confusa. Pacients a casa que haurien d'estar als hospitals. Pacients en cases per a les persones grans que no estan preparats per a atendre les seves necessitats. Pacients en cases de convalescència que ocupen llits necessaris per a una altra finalitat... Hi ha una confusió boja dels pacients i les institucions. Els pacients que lluiten per trobar un refugi on sigui, les institucions que els admeten a contracor i assumeixen que no els proporcionen la cura que necessiten. És una escena de gran desordre. [...] Cadascun accepta a contracor la càrrega dels malalts crònics, i intenta transferir la responsabilitat a una altra agència que no està més ben preparada per a la tasca. Per a posar ordre en aquest caos, sembla que calgui 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. Aquestes paraules, però, van ser escrites el 1946, i per això ens ha de cridar l'atenció la repetició constant en què sembla que s'ha caigut aquests últims anys. Repetim constantment els problemes, el que cal fer, però falla l'acció. Per això, l'atenció socio sanitària va ser un gran

pas per a concretar l'acció. Podem parlar del que passa, però el test de la realitat exigeix actuar sobre el que passa considerant les altres experiències que ja hi han passat i ens poden estalviar temps i recursos. La història, el qui no la coneix, es veu obligat a repetir-la, però com a professionals no podem caure en el reduccionisme a què condueix la falta de coneixement d'experiències anteriors. Hi ha nombrosa bibliografia que posa de manifest el que van ser les primeres experiències, no solament a Espanya, que sens dubte hi va arribar tard, sinó en altres països desenvolupats. Podem accedir a les seves principals dificultats, als seus punts forts. Aprofitem la nombrosa literatura per a evitar de pensar que estem innovant quan en realitat, com diria Anderson, estem actuant des de la ignorància i a més a més ens en felicitem. Aquests textos són un bon exemple de la importància que adquireix per a les professions, per a la seva evolució, la generació de coneixement, i aquesta generació solament es dona a partir de la recerca.

És freqüent sentir persones, gairebé sempre alienes al sector, parlant de l'àmbit socio sanitari com si fos l'equivalent del treball social sanitari, com si fos una manera més moderna d'anomenar-lo. Cras error. El treball social sanitari no és l'atenció socio sanitària. Com el treball social sanitari que últimament també sona, no té res a veure amb el treball social, ni amb el treball social sanitari. El treball social sanitari és simplement el treball que fa qualsevol professional dins l'atenció socio sanitària.

També s'ha de tenir clara la diferència entre l'atenció socio sanitària i la coordinació socio sanitària. Breument, perquè ho desenvoluparem més endavant, la primera implica serveis propis, i la segona implica tots els serveis, sanitaris i socials, que hi ha en una zona o àrea que tenen la necessitat de relacionar-se entre si i de col·laborar. La segona, per tant, és molt més àmplia i sempre abraça la primera.

A Espanya, l'àmbit socio sanitari sorgeix a Catalunya a la meitat dels anys vuitanta, però és el 1986 quan veu la llum en el programa "Vida als anys", creat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social. Aquest programa s'emmarca en l'Ordre del DOGC de 29 de maig de 1986.

Resumidament, podem parlar de quatre evidències que van justificar la nova fórmula:

- Algunes persones malaltes, les seves famílies, a més de l'atenció sanitària òbvia, per la qual acudien a l'hospital, necessitaven aleshores atenció social i sanitària posthospitalària.
- Les persones malaltes s'estaven a l'hospital el temps que mèdicament feia falta, després eren donades d'alta, però n'hi havia algunes que no podien tornar a casa seva perquè necessitaven suports professionals.

- El sistema de benestar social no estava preparat per a donar respostes adequades a les necessitats sanitàries i socials de les persones donades d'alta amb necessitats de cures continuades i menys per als de llarga durada.
- Les persones autònomes que aleshores vivien en les anomenades *residències socials* s'anaven posant malaltes. Cada vegada més necessitaven personal sanitari perquè els prestessin una atenció de qualitat.

Tot això, però, es va començar a gestar uns quants anys abans, quan el 1981 es traspasa a la Generalitat de Catalunya la gestió sanitària. Al cap d'un any, el 1982, aquesta gestió es professionalitza i porta a la contractació dels deu primers gerents. L'observació de la realitat, la recollida de les primeres dades, l'anàlisi i interpretació d'aquestes dades van permetre corroborar que la dinàmica social estava canviant i que calia modificar les organitzacions hospitalàries.

2. L'atenció sociosanitària: avui

L'atenció sociosanitària 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 sociosanitària s'ocupa de les cures perllongades o indefinides de les persones que, a més de tenir problemes derivats d'una malaltia, presenten problemes psicosocials, atenció que sempre s'estén al nucli familiar.

Segons cap on es decanti el centre de gravetat de la problemàtica que cal atendre, cap al problema sanitari o cap al problema psicosocial, s'assignaran uns suports o uns altres, però sempre integraran de manera natural l'atenció sanitària i l'atenció social aplicant mètodes i tècniques de treball social sanitari. També en l'atenció sociosanitària hem de diferenciar les ajudes que arriben des dels esquemes de la filantropia de les ajudes que arriben des dels esquemes professionals.

En l'atenció sociosanitària convergeixen els àmbits humà, filosòfic, tecnològic, científic, virtual, sanitari i social, la qual cosa dóna com a resultat una tercera via que es manifesta en un conjunt de serveis en xarxa. Aquests serveis els estructurarem entre l'hospital d'aguts, l'atenció primària sanitària i el domicili. L'atenció sociosanitària no és només un concepte abstracte; és sobretot un contingut. 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 sociosanitàries l'atenció de les quals presenta diferents graus de complexitat segons els graus de necessitat, sia més sanitària o més social, amb integració sempre de les dues cares de la prestació en la proporció que es diagnostiqui que és necessària.

Si bé la denominació *sociosanitària* era genuïna en el nostre medi, com hem assenyalat en l'apartat anterior, el contingut, l'estructura d'una xarxa de serveis interconnectats per un model d'atenció biopsicosocial de cures continuades, ja existia en altres països. Als Estats Units i a la Gran Bretanya, d'aquesta xarxa se'n deia *long term care*¹, i a França, *soins de long séjour*². Tant l'un com l'altre són sistemes de cures integrals amb una llarga tradició.

L'Associació Nacional de Treballadors Socials (National Association of Social Workers, NASW) explica el *long term care* de la manera següent:

⁽¹⁾B. Abramovice (1988). *Long Term Care Administration* (pàg. 15-51). Nova York / Londres: The Haworth Press.

⁽²⁾R. Moulias (1990). "Faut-il conserver les structures hospitalières de long séjour gériatrique?". *Gerontologie et Société* (núm. 54).

"Les cures 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 envelleix s'espera que augmentarà dramàticament als Estats Units. Els canvis demogràfics han continuat afectant la demanda de serveis de cures 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, la 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 no és gaire diferent, i des de mitjan anys vuitanta les veus sobre la necessitat de disposar d'un espai d'atenció sociosanitària per a 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 respostes, sinó també programes preventius.

2.1. Principis inspiradors d'atenció sociosanitària

Els principis inspiradors d'atenció sociosanitària 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. El relat intel·lectual ajuda a esvaïr una part de l'angoixa.
- L'eficàcia. L'atenció sociosanitària comença la seva acció tan a prop com pugui del moment en què es manifesten les necessitats sociosanitàries.
- El reforçament de les xarxes naturals i bàsiques de la societat. El desenvolupament d'una xarxa d'atenció sociosanitària reforça els llaços que hi ha entre les persones, i evita així que la malaltia els dissolgui.
- La promoció de l'autocura i l'ajuda mútua³. Hem de mirar de potenciar la capacitat pròpia de les persones perquè puguin resoldre els problemes dins el seu grup. És un model que han seguit totes les societats fins a l'aparició d'institucions.
- El desenvolupament de sistemes de gestió que facilitin la planificació. L'atenció sociosanitària s'ha de planificar i s'ha d'adequar a cada col·lectivitat i entorn.
- El bon ús dels serveis disponibles. Hem d'aplicar metodologies i instruments de treball que facilitin el diagnòstic social sanitari i evitar les anàlisis basades únicament en elements subjectius o intuïtius.

⁽³⁾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. Friedman; R. Friedman (1980). *Free to Choose*. Nova York: Harcourt Brace Jovanovich.

- 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.
- La resposta a temps. Les solucions a destemps no són 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 sinó com a estalvi. Cal saber per a què serveix el que estem treballant des de l'atenció sociosanitària i en què beneficia la societat.
- El suport psicològic als professionals assistencials per a evitar que claudiquin. El contacte constant 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 promoció i divulgació de les troballes científiques. La recerca ha de ser una activitat incorporada a la xarxa d'atenció sociosanitària per a promoure el seu desenvolupament sostenible.
- L'equitat del sistema. L'atenció sociosanitària ha d'ajudar cada persona segons la necessitat que presenta i la seva incapacitat per a resoldre-la amb els mitjans de què disposa ella mateixa o la seva xarxa social pròxima.
- L'ètica professional. Hem vist en el crèdit d'ètica que hi ha moltes decisions que ens enfronten a qüestions que transcendeixen l'àmbit legal. L'ètica professional s'inscriu en els valors corporatius de l'organització.
- Les cures continuades. L'atenció sociosanitària és sobretot la prestació de cures continuades, persones malaltes que tenen una malaltia que ha deixat de ser aguda i els trenca l'estructura familiar, la dinàmica social.

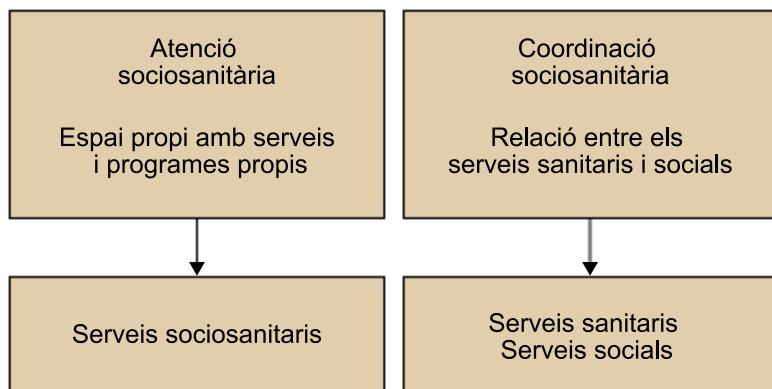
Referència bibliogràfica

A. Cortina i altres (1997). *Rentabilidad de la ética para la empresa*. Madrid: Fundación Argentaria ("Economía Española").

3. L'atenció sociosanitària i la coordinació sociosanitària

Tot seguit establirem la diferència entre aquests dos conceptes. Els serveis sanitaris o socials d'atenció a la persona, sia en l'àmbit sanitari o social, quan tenen programes interdisciplinaris integrats amb professionals de formació sanitària i professionals de formació social, en concret de treball social sanitari, adquireixen característiques pròpies del model sociosanitari. La condició de presentar, la persona, simultàniament problemes sanitaris i problemes psicosocials dibuixa un mapa de suports que, segons cada comunitat autònoma, es poden articular entorn de dos plantejaments:

- L'atenció sociosanitària: quan es conforma un espai propi i disposa, per tant, d'una gestió de recursos, de coneixements, d'estructures i d'un pressupost.
- La coordinació sociosanitària: quan, partint dels serveis existents, es busca un espai compartit entre serveis sanitaris i socials de manera que cadascun mantingui la seva dependència jeràrquica.



Diferència entre atenció sociosanitària i coordinació sociosanitària

La coordinació, en general, i la sociosanitària en particular, no pot ser una gentilesa, sinó que és un deure dels professionals i un dret de les persones. La coordinació, però, va molt més enllà de l'atenció sociosanitària.

L'atenció sociosanitària, per la seva naturalesa, presta una assistència especialitzada més duradora que l'atenció sanitària en aguts.

Aquests últims anys s'ha impulsat la creació d'unitats que, si bé s'han situat sota l'estructura de l'àmbit sociosanitari, en realitat, en analitzar les funcions, la 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 no es dona de manera sistemàtica.

Sense negar la necessitat d'aquestes prestacions, hem de ser conscients que no satisfan els principis que van inspirar l'atenció socio sanitària. Un exemple d'això són, especialment, les unitats de convalsència i rehabilitació, el criteri d'accés a les quals és que hi hagi determinats diagnòstics clínics que requereixin atencions mèdiques que no es poden fer a casa. Les dificultats socials hi poden ser presents o no.

La flexibilitat i la permeabilitat de l'atenció socio sanitària amb una gestió centralitzada faciliten la seqüència de cures, la qual cosa permet integrar i coordinar les diferents unitats funcionals i jeràrquiques que, si bé entre si són excloents (si s'està en una unitat no s'està en una altra), independents (gestió clínica) i autònomes pel que fa als processos, són dependents en els seus extrems (ingressos i altes), amb articulacions que vinculen els serveis els uns als altres. Així, doncs, tenim davant nostre una gestió de serveis i no pas una administració de recursos.



Gestió del cas social sanitari des del treball social sanitari

L'atenció socio sanitària va néixer d'una necessitat de prestar assistència a persones amb problemes socials col·ligats amb problemes sanitaris. L'àmbit social, el lloc on es desenvolupa la vida, és al darrere de qualsevol manifestació de malaltia que fins i tot essent crònica presenta episodis d'intensitat diferent i, per tant, requereix atencions diferents. L'entorn social és l'esfera natural de la persona, fins i tot quan es posa malalta, i el treball social sanitari és la disciplina que uneix aquests dos àmbits i tracta, individualment i col·lectivament, la penetració de la cronicitat en la seva vida i la dels seus; allà on tenen la casa, les relacions i els llaços. L'entorn social és on els éssers humans es desenvolupen, es posen malalts i es curen. Dit això, però, 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 que hi ha i la impossibilitat de continuar sense ajuda professional.

La malaltia és un episodi vital. Pot ser un tràngol més o menys llarg, i fins i tot es pot convertir en una limitació indefinida. Així i tot, la persona, sempre en termes generals, manté estables a la consciència diferents aspiracions: es vol estar en el seu espai social, continuar vivint amb els seus, a casa seva, amb les seves pertinences o records.

El model sociosanitari es va pensar per a prestar una atenció que integrés l'àmbit social i el sanitari simultàniament, sabent que era una prestació que es podia allargar. 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 en els diferents moments i fases de la seva malaltia i d'adequar-se a la seva evolució, fins i tot a la seva recuperació. La realitat, però, va ser que els primers clients de l'atenció sociosanitària van ser malalts terminals que no podien tornar a casa seva i tampoc no es podien estar a l'hospital.

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

Referència bibliogràfica

Reporte bienal de Texas sobre discapacidades (2008).

4. L'atenció socio sanitària en el Ministeri de Sanitat i Consum

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

"Es defineixen les prestacions d'atenció socio sanitària en l'àmbit estrictament sanitari, que comprenen les cures sanitàries de llarga durada, l'atenció sanitària a la convalescència i la rehabilitació en pacients amb dèficit funcional recuperable que s'ha de dur a terme en els àmbits d'atenció que determini cada comunitat autònoma".

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

A la pàgina 20572 l'atenció socio sanitària es defineix en el catàleg de prestacions:

"El catàleg comprèn les prestacions corresponents a salut pública, atenció primària, atenció especialitzada, atenció socio sanitària, 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 socio sanitària de la manera següent:

"Article 14. Prestació d'atenció socio sanitària.

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

2) En l'àmbit sanitari, l'atenció socio sanitària s'ha de dur a terme en els àmbits d'atenció que cada comunitat autònoma determini i en qualsevol cas ha de comprendre:

a) Les cures sanitàries de llarga durada.

b) L'atenció sanitària en la convalescència.

c) La rehabilitació en pacients amb dèficit funcional recuperable.

3) La continuïtat del servei l'han de garantir els serveis sanitaris i socials mitjançant la coordinació adequada entre les administracions públiques corresponents".

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

Hem de tenir present 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 el marc de l'Ordre del DOGC⁴, de 29 de maig de 1986. Al principi, buscava donar resposta a les necessitats detectades tant pel sistema sanitari com pel 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 s'hi 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 anomenats *centres sociosanitaris* (CS). 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 CS mantenien contacte amb els serveis socials, en ple desenvolupament i expansió, amb els programes d'atenció a domicili i amb les residències dites *socials*.

⁽⁴⁾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 invalidadora i degenerativa, malaltia terminal per càncer o altres processos.

L'article 2 del Decret 92/2002 de la Generalitat de Catalunya deia dels centres i serveis sociosanitaris que "són els que presten conjuntament i de manera integrada una atenció especialitzada sanitària i social". El model del programa "Vida als anys" preveia 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 tenir en compte la persona globalment i no únicament en relació amb els seus problemes físics. Això implicava que el tractament també anava més enllà de les clàssiques cures tècniques, de manera que abordava els components psicològics, socials, relacionals, comunitaris, etc. El conjunt que constituïa la base del model d'atenció estava format pel malalt, per la seva família i per l'equip assistencial. L'objectiu era aconseguir el benestar del nucli d'intervenció i garantir la continuïtat de l'assistència.

5.2. Els serveis

Els serveis d'internament en centres socio sanitaris són els següents:

- Unitat de llarga estada.
- Unitat de mitjana estada.
- Unitat de convalescència i de subaguts.
- Unitat de cures pal·liatives.
- Unitat de sida.

Els serveis alternatius són els següents:

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

5.3. Els clients

L'atenció socio sanitària dins el 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 invalidadores.
- Persones amb malalties psíquiques cròniques com, per exemple, la demència senil.
- Malalts terminals oncològics i altres malalties.
- Persones que després de superar la fase aguda de la malaltia, o amb un grau moderat de dependència, requereixen cures o teràpia de rehabilitació abans de reintegrar-se a la comunitat.

5.4. El finançament

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

b) Per a convalsència i cures pal·liatives. El finançament era exclusivament a càrrec del mòdul sanitari. Alhora, des del 1999, aquestes dues unitats van introduint el pagament segons la complexitat dels malalts.

5.5. La qualitat

El programa va crear un conjunt d'instruments per a mesurar i avaluar el grau de qualitat de les prestacions dels serveis. Per fer-ho, 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.

5.6. El present de l'atenció sociosanitària a Catalunya

Actualment, i segons apareix a la pàgina web de la Generalitat⁵, els serveis d'atenció sociosanitària s'han reorganitzat en tres famílies. Queda patent que hi ha serveis i programes que conformen una seqüència de prestacions.

⁽⁵⁾Generalitat de Catalunya. [Data de consulta: 30 d'octubre de 2009].
<http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_sociosanitaria.htm>

Les famílies de serveis són les següents:

a) Centres sociosanitaris:

- Unitat de llarga estada.
- Unitat de mitjana estada: convalsència.

- Unitat de mitjana estada: cures pal·liatives.
- Unitat de mitjana estada polivalent.
- Unitat de tractament de la sida.
- Unitat d'avaluació integral ambulatoria en geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius.

b) Hospitals de dia socio sanitaris.

c) Altres recursos:

- UFISS que actuen en l'àmbit hospitalari.
- UFISS que actuen en l'àmbit comunitari:
 - PADES.
 - Equips de teràpia en observació directa ambulatoria.

"L'atenció socio sanitària segueix un model d'atenció integral i multidisciplinària que garanteix una atenció de qualitat a les persones grans, els malalts crònics amb dependència i les persones en situació terminal. El CatSalut garanteix als seus assegurats i assegurades l'atenció socio sanitària a través dels diversos recursos d'internament destinats a persones que necessiten una atenció sanitària de tipus geriàtrica o psicogeriàtrica. L'atenció socio sanitària es dirigeix també als malalts amb demència, les cures pal·liatives i l'atenció a les persones amb malaltia crònica evolutiva i tendent a la discapacitat. En definitiva, l'atenció socio sanitària es dirigeix a les persones dependents, no autosuficients i que requereixen una ajuda, vigilància o cura especial".

<http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_sociosanitaria.htm> [Data de consulta: 17 de juny de 2008].

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

Al llarg d'aquests anys, els progressius canvis polítics han comportat canvis en l'estratègia i el desenvolupament de l'atenció socio sanitària. Vegem-ne alguns exemples:

- 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 dels treballadors socials sanitaris és promocionar els recursos. El text que hi ha tot seguit es basa en el llibre *La atención sociosanitaria del futuro*, publicat el 1997 i que ja està exhaurit. S'han revisat les fitxes de programes que es van crear i que continuen formant part de la xarxa de serveis d'atenció sociosanitària, pensant en les persones i alliberats de les cotilles administratives.

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 tingut una pèrdua important de les seves capacitats però tenen possibilitats de recuperació.
- **Unitat de pal·liatiu.** Atén persones amb una esperança de vida no superior a sis mesos. Preveu les seves necessitats, físiques, psíquiques i emocionals. També les de la seva família o xarxa social. Les atencions s'acaben amb l'ajuda a la família en l'elaboració del dol després de la defunció del familiar.
- **Unitat de llarga estada.** Facilita cures intermèdies o intenses a persones que no es poden estar a casa seva i tampoc no necessiten la sofisticació de l'hospital d'aguts.
- **Unitat polivalent de derivació.** A Espanya no n'hi ha. És una unitat que acull persones donades d'alta mentre no poden ingressar en la unitat o el programa requerit.
- **Unitat d'emergències socials.** Acull persones víctimes d'una emergència que necessiten, a més d'un espai per a viure, 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.** Substitueix la llar i acull (temporalment o indefinidament) persones que tenen una situació sanitària i social que 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 o alguns serveis. El programa aporta aspectes comuns d'atenció sanitària, social i rehabilitadora.

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 hagin d'establir un diagnòstic mèdic de demència senil o d'Alzheimer. Inclou la possibilitat d'atenció diürna. Presta atenció als familiars.
- b) Psicogeriatria de llarga i curta estada.** Facilita cures intermèdies i intenses a persones grans amb un diagnòstic de malaltia mental. Inclou la possibilitat d'atenció diürna. Presta atenció als familiars.
- c) Pisos tutelats per a malalts 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 d'inserció. Ensenya a les famílies a fer cures senzilles o activitats complementàries, per 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 perquè la finalitat que tenen és fer activitats artesanals, en les quals els assistents coneixen o volen aprendre alguna artesanía, com, per exemple, ceràmica, macramé, escultura. 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, ergonomia, etc., per 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 continuar vivint a casa seva:

- **Treballador familiar.** Personal auxiliar amb formació en treball familiar que es desplaça al domicili de la persona i l'ajuda en les activitats de la vida diària (preparació del menjar, ajuda en la higiene personal, ajuda a la família per a atendre la persona malalta, etc.). La cura se centra en la persona i la seva educació per a afrontar la nova situació.
- **Auxiliar de la llar.** Personal qualificat que es desplaça al domicili de la persona i l'ajuda en activitats com netejar, comprar, preparar el menjar, arreglar les plantes.
- **Servei d'infermeria.** Personal diplomad en infermeria que es desplaça al domicili de la persona i l'atén en activitats pròpies com, per exemple, controlar de l'evolució de decúbits o aplicar determinats tipus de teràpies.
- **Servei mèdic.** Un metge es desplaça al domicili per prestar l'atenció determinada a la persona o fer-ne el seguiment.
- **Servei d'alimentació i dietètica.** D'una banda, es transporta el menjar al domicili i, de l'altra, s'orienta en l'educació alimentària corresponent persones que han de seguir dietes específiques. Personal format en dietètica i nutrició que 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 són principalment els professionals de

l'atenció socio sanitària, el desenvolupament, l'aplicació i l'èxit es deu a l'esforç col·lectiu dels voluntaris. També cal considerar la possibilitat de tenir ajudes de mecenatge que col·laborin en 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 socio sanitària.
- **Servei de farmàcia a domicili.** Programa d'educació sobre l'ús dels medicaments que aprofita la infraestructura i el servei de farmàcia de la xarxa d'atenció socio sanitària. Facilita medicació a domicili.
- **Banc d'ortesis** (cadires de rodes, croses, ulleres). S'ocupa de recuperar els mitjans mecànics (llits hidràulics, grues, etc.) que per millora o per defunció es deixen de fer servir. Facilita aquest material a les persones que requereixen suports semblants, amb la condició que l'han de tornar.
- **Famílies d'acolliment.** Programa que facilita la interacció entre les persones clients de l'atenció socio sanitària i famílies que s'ofereixen i poden assumir la seva atenció.
- **Trucada telefònica diària.** Dins el programa s'organitza un pla de trucades telefòniques entre el client i els seus éssers estimats (familiars i amistats), aquells amb els quals la persona considera que té una relació més pròxima.
- **Visita d'acompanyament.** Visita que rep el client de persones familiars i amigues per acompanyar-la.
- **Visita i passejada.** Visita que rep el client de persones amigues i a part de la família, per fer-li companyia en les passejades amb la freqüència que es donin.

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 recolzarà l'estructura teòrica.

6.7. Programa de serveis d'infermeria

Els programes de serveis d'infermeria són els següents:

- **Alimentació oral o parenteral** (autònoma o assistida). Facilita 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 o alimentació enteral. Per a les persones que requereixen alimentació assistida, el personal responsable defineix el programa específic d'atenció que, segons el grau de dependència, ha de ser coberta pels professionals.

- **Higiene 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 amb l'aplicació de mesures preventives i terapèutiques d'acord amb els programes sanitaris i socials.
- **Teràpia ocupacional.** Estimula i educa les persones en les seves capacitats amb les ajudes de pròtesis i d'ortosis adequades. Organitza i promou activitats per estimular el benestar físic, psíquic i social de les persones.
- **Podologia.** Manté els peus en bon estat. Atén les afeccions o deformacions dels peus.
- **Programa de prevenció de nafres.** Prevé les úlceres de decúbit amb mobilitzacions periòdiques i una dieta adequada amb les proteïnes necessàries per a evitar les nafres. Educa en l'ús de detergents i material indicat per a la prevenció. Activa la circulació sanguínia.
- **Programa de prevenció de la incontinència.** Promou la màxima autonomia en el control d'esfínters. Reeduca la persona en l'activitat d'eliminació i de control d'esfínters. Estableix un horari fix en què s'acompanya la persona en la higiene. Si la persona porta una sonda vesical, s'han de fer 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. Crea 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.** Promou el benestar per a normalitzar i facilitar les millors condicions de vida prevenint l'aïllament i la desadaptació social.

Contribueix a conservar la plenitud de les facultats de les persones ateses. Redueix l'estrès que causen els canvis de salut.

- **Atenció psicològica.** Dóna suport professional i tractament de conflictes i problemes psicològics de les persones. Atén els trastorns emocionals ocasionats per la pèrdua d'autonomia –i complementa així el tractament sanitari– que no es poden tractar des del treball social sanitari. Ajuda i supervisa els professionals que es vegin afectats per l'estrès que comporta l'atenció a persones discapacitades i malaltes.
- **Programa d'acolliment.** Dóna la benvinguda a la persona i la informa de l'organització dels serveis que l'atendran. Busca un clima de cordialitat i comoditat per a la persona i evitar-li la sensació d'abandó.
- **Programa de manteniment de la xarxa social.** Ajuda a mantenir les relacions socials de la persona. Intenta evitar que la malaltia impliqui un trencament.
- **Programa de cooperació interserveis.** Contribueix a rendibilitzar l'atenció amb respostes ràpides als professionals que identifiquen persones amb situacions d'alt risc social. Evita la deterioració amb respostes eficaces.
- **Programa d'alta.** Gestiona la tornada 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.** Promou la participació de les persones implicades en el funcionament i desenvolupament de l'atenció sociosanitària.
- **Biblioteca i premsa.** Promou la lectura i la motivació de la persona per participar en els debats i les tertúlies que es generin. Ajuda a mantenir una activitat mental i intel·lectual.
- **Programa d'atenció pastoral.** Contribueix a mantenir els costums religiosos, respectant la llibertat de religió.
- **Programa de voluntariat.** Facilita a les persones relacions d'afecte i de companyia per a alimentar el sentiment d'autoestima.
- **Programa de dinamització comunitària.** Ajuda a mantenir i promoure activitats d'intercanvi amb la comunitat.
- **Programa de visites socials.** Programa visites per a actes concrets en dates específiques i per a ampliar la dimensió de les seves relacions personals.
- **Programa de trucada telefònica amistosa.** Contribueix amb la trucada a mantenir la persona vinculada a la societat i ajudar-la a sentir-se part d'un

tot. Que vegi altres persones, que es preocupi d'ella mateixa i, sobretot, que s'interessi per ella mateixa.

- **Programa de manteniment de costums i hàbits.** S'interessa pels costums i els hàbits de la persona per mantenir-la dins un ambient semblant al que tenia a casa seva, en cas d'estar ingressada en algun establiment, o perquè, en cas que continuï a casa seva, aquest ambient no es deteriori.
- **Programa de vacances.** Facilita una continuïtat a allò que té per costum fer la persona.
- **Programes de cinema fòrum.** Projectant pel·lícules estableix un diàleg estimulant que té en compte l'abans, l'ara i el després. Amb el joc de la interpretació i l'anàlisi del film, facilita la relació amb altres persones.
- **Perruqueria, barberia i estètica.** Ajuda a mantenir la imatge personal, que és bàsica per a evitar el desànim i l'abandó de l'aspecte físic, que sempre danya l'autoestima.
- **Activitats d'oci i temps lliure.** Promociona activitats d'oci que responguin als interessos particulars de les persones, i no tant al que els professionals pensen que volen les persones.
- **Activitats socioculturals.** Promou la participació en els actes culturals que tinguin lloc a l'àrea de residència.
- **Programa de musicoteràpia.** Contribueix a comunicar emocions i a fer exercicis sincronitzats amb la música. Ajuda a mantenir o incrementar en la persona la capacitat de sentir, de coordinar, de comunicar les emocions amb el suport de la música.
- **Programa d'educació física.** Contribueix a millorar la flexibilitat i l'elasticitat del cos amb l'exercici físic.
- **Transport.** Promou el desplaçament de les persones amb ajudes als tipus de transport.

6.9. Programa de serveis mèdics

Els programes de serveis mèdics són els següents:

- **Atenció mèdica.** Fa el seguiment mèdic i control periòdic per a evitar les hospitalitzacions en sales d'aguts. Gestiona l'atenció mèdica mirant de no diversificar la informació.

- **Atenció psicogeriatrica.** Atén i prevé l'aparició de trastorns psíquics. Tracta conflictes des de la psicologia i el treball social sanitari.
- **Consultors especialistes.** Dóna atenció mèdica en les malalties específiques que no pugui tractar el personal propi.
- **Programa de prevenció de la demència senil i d'Alzheimer.** Identifica els primers símptomes que puguin indicar la presència d'una demència senil o d'Alzheimer.
- **Epidemiologia i redisseny de programes.** Promou la recerca per 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 fer suggeriments de manera anònima. Pot ser tant una bústia física com una bústia a Internet.
- **Enquestes de satisfacció.** Hem de saber 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 els punts que generin insatisfacció i introduir canvis acompanyats d'un pla de comunicació.
- **Enquestes d'opinió.** Hem de saber mitjançant el mètode científic l'opinió que susciten els serveis de la xarxa d'atenció socio sanitària.
- **Panel 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.** Els ingressos s'han de fer amb la voluntat de la persona.
- **Gestió d'incapacitats i tuteles.** Hem d'evitar irregularitats en la gestió del patrimoni i de les voluntats de la persona.

- **Gestió de patrimonis.** Hem de facilitar suport legal a les persones per resoldre temes relacionats amb el seu patrimoni, els seus negocis i altres béns de rendes.
- **Testaments.** Hem de mirar que no hi hagi irregularitats en les herències i en el traspàs de patrimonis i de garantir la voluntat del client en el seu testament.

6.12. L'accés a l'atenció sociosanitària

Una societat que es defineix a si mateixa com del benestar, moderna i democràtica ha de garantir a les persones l'accés als serveis que crea i també la gestió més adequada. La garantia de l'accés és donar credibilitat a l'organització. L'atenció sociosanitària adquireix un paper bàsic, ja que atén persones que estan 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.

Com a treballadors socials sanitaris de l'atenció sociosanitària hem de saber tot el que acompanya l'accés: temps d'espera; suports que rep la persona mentre s'espera; costos socials de l'espera. No podem caure en arguments simples com, per exemple, que les persones que s'estan a l'hospital d'aguts reben atencions, mentre que les que s'estan a casa estan desateses. En contra del que caldria esperar, l'hospital es converteix en la primera solució a determinats conflictes que, si bé al darrere hi ha un problema de salut, tenen un contingut principalment social.

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

6.12.1. Garantir l'accés per mitjà d'un programa de l'alta

El procediment del programa de la planificació de l'alta és el programa per excel·lència que garanteix la gestió correcta de les necessitats i de l'ocupació de places. La planificació de l'alta en una organització sociosanitària segueix els mateixos passos que en els hospitals d'aguts. No obstant això, hi ha punts que hem de tenir en compte:

- Tècnicament, el procés comença en una àrea diferent de la receptora. Això vol dir que l'organització sociosanitària rep una persona que ja ha estat orientada i informada i, per tant, s'ha format un criteri (correcte o equivoccat) sobre el que requereix.
- El client o la seva família arriben a l'organització sociosanitària amb una experiència prèvia que pot haver resultat positiva o negativa i que projecten sobre la nova organització.
- La confiança inicial sol continuar dipositada en els professionals de l'hospital d'aguts o de l'atenció primària, la qual cosa facilita que el malalt pugui qüestionar determinades decisions del nou equip; aquest equip s'ha de prendre aquesta actitud com a habitual i gestionar la confiança.

En el cas de les persones procedents d'un hospital d'aguts, la coordinació entre àmbits ha de ser extrema, perquè la coordinació només es dona quan es comença a treballar el cas conjuntament. El centre d'aguts atén la persona des del principi de l'ingrés, per a la qual cosa estableix un pla terapèutic, però l'organització sociosanitària és qui dona continuïtat a aquest pla. Per això és important que el pla terapèutic esmentat es dugui a terme en conjunt.

A més, si la participació del malalt i la seva família ha estat activa des del començament, no costarà gaire 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 organitzacions (hospital d'aguts, atenció sociosanitària, atenció primària) es pot veure malmesa quan n'hi ha una que actua partint de 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 fa servir una persona, no la pot fer servir una altra. Parlem d'un bé rival. L'ús d'instruments de gestió pot fer que es burocratitzi l'assignació de places i serveis. L'absència d'aquests instruments ens 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 perso-

nes. L'ocupació de les places recolza en l'estudi de cada situació; cal evitar la despersonalització i la burocratització de les respostes. Les escales i els barems han de servir de suport per a les decisions, però no han de ser l'única via.

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

Si bé globalment la informació està centralitzada en una llista única, cada persona cobreix les seves necessitats a partir de les prestacions d'una unitat determinada. Cada programa ha de tenir la seva pròpia llista, i un requisit 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 a què opten, a fi de garantir l'ocupació més adequada de places.

Així, havent definit els diferents tipus de clients, hem d'establir les llistes d'espera corresponents. Aquesta organització de la llista també respon a la necessitat de mantenir l'equilibri entre el grau d'autonomia o dependència de les persones ateses i les càrregues del personal assistencial. L'ingrés és 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 s'ha reconegut un dret pel qual s'han d'esperar. Hem de tenir present tot el que comporta estar en una llista d'espera, a més de l'espera mateixa. Implica complir tràmits i gestions, de vegades complicats i envoltats de la problemàtica que ha generat la demanda mateixa.

Sabem que les persones tributàries de l'atenció sociosanitària experimenten canvis freqüents en l'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 fa que, quan es materialitza l'ingrés, no arribi una persona que tingui unes característiques que requereixen més o menys atenció.

Uns altres aspectes són el control de les persones mortes durant l'espera, les persones amb canvis de zona de residència, o les persones la situació de les quals ja no necessita 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 unes males companyes de viatge. Quan un equip professional ha enfocat malament la necessitat diagnòstica, a l'equip receptor li és molt difícil reorientar-la de manera adequada. La població que utilitza serveis genera expectatives sobre el tipus de suport i el temps que duraran, per la qual cosa hem de conèixer aquestes expectatives per a evitar males interpretacions.

Ens hem de comunicar 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, i que la finalitat és aconseguir la seva autonomia i independència. Correspon a tots els professionals transmetre aquest missatge, però són els treballadors socials sanitaris els que el poden tractar més bé des de les emocions i les motivacions de la persona. Davant qualsevol canvi, els objectius terapèutics també es modifiquen. Aquest canvi es pot donar tant en positiu (gràcies a la millora) com en negatiu (per culpa d'un empitjorament). En tots dos casos hi ha unes expectatives i hem d'ajudar la persona a reelaborar-les.

Per això el seguiment és bàsic.

6.14. Atenció a les famílies

Després del malalt, la família és el primer recurs. Sabem, però, que la malaltia, sobretot la llarga malaltia, acaba afectant la família, els seus membres. Hem d'estudiar la família i establir-hi un diagnòstic social sanitari que inclogui la persona malalta.

Hem de saber les possibilitats reals de la família. Pot passar 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 dimensions i cada organització ha de saber d'on ve, on és i cap on vol anar o ha d'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'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix els indicadors de la manera següent:

"Variables que sirven para medir los cambios, es decir, son medidas indirectas o parciales de una situación compleja".

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

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

"En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla. [...] La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes, frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo, etcétera utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos. [...] Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por su validez (si efectivamente mide lo que intenta medir) y confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados)".

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

En les notes metodològiques, l'Institut Nacional d'Estadística ofereix la descripció següent:

"Davant els indicadors objectius de salut, la percepció de la salut que s'obté amb 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, necessita aquest tipus d'informació subjectiva com un altre element primordial per a planificar i adoptar mesures de salut pública. També constitueix un instrument fonamental en l'avaluació de les polítiques sanitàries".

<www.ine.es>

Per a saber fins a quin punt s'ha avançat poc o molt, els treballadors socials sanitaris recolzen en els indicadors. La societat en general fa servir indicadors:

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

- Indicadors de salut.
- Etcètera.

El motiu principal pel qual ens fa falta definir els indicadors de l'atenció sociosanitària és poder disposar d'elements quantificables sobre els resultats i sobre l'activitat global que es duu a terme 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 hem de confondre la qualitat amb la quantitat. Els indicadors serveixen per a avaluar l'activitat d'avui, comparant-la amb valors anteriors de la mateixa organització o, fins i tot, amb valors d'altres amb una estructura semblant. Ens ajuden a establir tendències i comparacions.

Per a analitzar i comparar l'activitat que hi ha hagut, hem de convertir els nombres absoluts del volum d'activitat executada en les diferents unitats en indicadors propis que any rere any hem de relacionar els uns amb els altres. Entre els indicadors més usuals hi ha els d'ús, els de població i els d'activitat.

Hi ha diversos tipus d'indicadors:

- Indicadors de cobertura del programa X.
- Indicadors d'activitat.
- Indicadors d'ús.
- 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'ús. Informen de les característiques d'ús de l'organització sociosanitària. En aquest cas es tenen en compte aspectes de les organitzacions que demanen 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 fa la demanda, motius socials i sanitaris que la motiven, persones que gràcies al suport poden continuar a casa seva, etc. Els indicadors d'ús 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 **exercit** en una unitat de temps.
- El volum de treball que **es podria exercir** dins el mateix servei en la mateixa unitat de temps.

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

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

A mesura que s'adquireix i s'amplia la informació de la població, es poden identificar motius de més o menys importància per a justificar l'ús de determinats programes socio sanitàris en comptes d'uns altres.

7.1. Indicadors d'activitat

Els indicadors d'activitat 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 només de l'activitat que hi ha hagut, no de la que hi podria haver hagut, 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 fetes 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 visites successives:** calcula la relació que hi ha 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 ja que posa en relleu la poca efectivitat de les visites. Es pot pensar en una retroacció exagerada.

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

7.2. Indicadors d'ús de la unitat

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

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

$$\text{Indicador ús/clients} = \frac{\text{Primeres visites clients unitat X}}{\text{Total visites "clients+familiars+altres" unitat X}} \times 100$$

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

$$\text{Indicador ús/familiars} = \frac{\text{Primeres visites familiars unitat X}}{\text{Total visites "clients+familiars+altres" unitat X}} \times 100$$

c) **Indicador ús/altres:** estableix la relació entre les visites d'altres persones (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.

$$\text{Indicador ús/altres} = \frac{\text{Primeres visites altres unitat X}}{\text{Total visites "clients+familiars+altres" unitat X}} \times 100$$

d) **Indicador ús/medicina:** estableix la relació entre les 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.

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

e) **Indicador ús/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.

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

f) **Indicador ús/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.

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

7.3. Indicadors de rendiment

Els indicadors de rendiment informen del volum de treball de cada professional i de les activitats fetes en la unitat de temps o període d'estudi. Serveixen per a comparar la productivitat dels 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 professional:** 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 en la unitat segons la demografia, la independència funcional, la capacitat econòmica, el grau d'instrucció, etc. També informen dels serveis mèdics més habituals amb els quals es treballa, per exemple.

a) **Indicador ciutat de residència:** considerant les diverses procedències geogràfiques, estableix la relació de clients segons la població de procedència. Podem diferenciar entre ciutats i pobles. La informació serveix per a determinar la proporció de clients segons la 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'han establert en el protocol, estableix la relació de clients. La informació serveix per a determinar la proporció de clients segons la independència funcional i comparar-les entre si, sia en funció de les estades mitjanes, o de l'ús de recursos, o dels 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 preveu les persones i les seves famílies com el primer recurs de manera que se'n promogui la independència i que l'ús de recursos comunitaris quedi com a últim extrem.

a) **Indicador d'integració en 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 canvis i manteniment del nucli familiar.

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

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

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

7.6. Indicadors de demanda social

Els indicadors de demanda social informen de les persones ateses que fan alguna demanda al servei de treball social sanitari. Segons l'organització, es presenta 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 demana en relació amb la que no demana.

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

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 enfront d'altres demandes.

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

c) **Indicador de no-demanda:** estableix la relació entre la població que no fa cap demanda en relació amb la que sí que en fa. La informació serveix per a determinar el pes de la població que no fa cap demanda encara que presenti indicadors de risc.

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

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 necessiten suports formals i els clients que no. La informació serveix per a determinar el pes de la població que es diagnostica que té necessitats postalta en relació amb la que no.

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

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 en la unitat.

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

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-necessitat: 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 la cobreix.

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

7.8. Indicadors d'ús

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

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

$$\text{Indicador d'ús de suport} = \frac{\text{Total ús de suports}}{\text{Total població atesa en la xarxa}} \times 100$$

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

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

c) Indicador d'ús de suport A (sobre suports usats): un altre indicador d'ús de suport és el que estableix la relació entre l'ús d'un recurs determinat i la totalitat de la població que fa servir recursos, sempre immediatament després de l'alta. La informació serveix per a determinar el pes de cada suport usat en relació amb la totalitat de suports usats.

$$\text{Indicador d'ús de suport A (sobre suports usats)} = \frac{\text{Total ús de suport A}}{\text{Total població que fa servir suports}} \times 100$$

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

$$\text{Indicador de no-ús de suport} = \frac{\text{Total població que no fa servir suports}}{\text{Total població atesa en el programa}} \times 100$$

7.9. Indicadors de qualitat

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

7.9.1. Adequació dels suports

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

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

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, ho manifesten.

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

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, ho manifesten.

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

7.10. Altres grups d'indicadors complementaris

Tot seguit 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 al mal ús dels aparells.
 - Reparacions degudes a problemes de fabricació.
 - Reposicions (bombetes, gots, endolls, etc.).
 - Nombre d'accidents dins el 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 que hi ha hagut 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 escares.
 - 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, sense renunciar als seus objectius, i de l'altra, millorar els resultats i, com a conseqüència d'això, la qualitat percebuda. No parlem 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 qualitat filtrada per les persones. De la mesura de la satisfacció també se n'ha dit *mesura tova*, precisament perquè es basa en l'anàlisi de percepcions i actituds de persones i no pas en criteris objectius.

Hi ha molts 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 ara "activitat orientada a superar el que ja està bé", proposat per Peter F. Drucker, o "activitat orientada a la millora sense fi", proposat per William E. Deming. L'atenció sociosanitària inclou 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 amb aquesta pràctica. La sistematització de les anàlisis de satisfacció permet assolir certs objectius:

- Saber fins a quin punt l'atenció sociosanitària complau les expectatives de les persones ateses.
- Identificar el grau de satisfacció en cada unitat i serveis que constitueixen el centre.
- Avaluar les expectatives dels clients amb les possibilitats de l'organització.
- Promoure canvis per a acostar-se tant com es pugui al que vol la ciutadania i que siguin possibles per a les unitats.
- Aportar els elements tècnics i pedagògics per a aconseguir una societat comprensiva amb les funcions de la xarxa d'atenció sociosanitària.
- Fer un seguiment de 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 està a cavall del bé més preuat, la vida, i la seva possible pèrdua, la mort, associada a dolor i solitud. La mesura de la satisfacció del client, en l'atenció sociosanitària, està condicionada per un ampli ventall de variables intangibles, que parteixen del seu món emocional i perceptiu i hi recolzen.

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*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

Referències bibliogràfiques

- P. F. Drucker (1993). *Administración para el futuro* (pàg. 268 i 269). Badalona: Editori-al Parramón.
- 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 i 119, pàg. 2-4).

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 clients no vegin els serveis sociosanitaris com una gran superfície comercial. Això reclama 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 el resultat de la qualitat de cada part del procediment, però sobretot dels processos. A diferència del sector industrial, en què una peça defectuosa es detecta a l'acte i es pot substituir de seguida per una altra, en l'atenció sociosanitària, com passa en la sanitària, no es pot reposar l'error en el moment de produir-se.

La població sol tenir expectatives respecte de la manera com serà la relació amb els professionals que l'atendran. Quan aquesta relació no té els continguts que s'imaginava la persona, es pot generar malestar i descontentament, i per tant pot augmentar la sensació d'insatisfacció. És important, quan es fan 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 –l'arribada al centre– i l'alta. Per a gestionar aquests episodis, ajuda conèixer la vivència de les persones o la seva família respecte a la prestació. Això permet als treballadors socials sanitaris 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 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 exclusivament a partir de queixes o reclamacions materialitzades en un escrit o, al contrari, per falta d'aquestes queixes.

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

I. Salzberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial* (pàg. 23-26). Argentina: 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 sociosanitari. Diagnosticar en sociosanitari. Tractar en sociosanitari. Planificar en sociosanitari

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

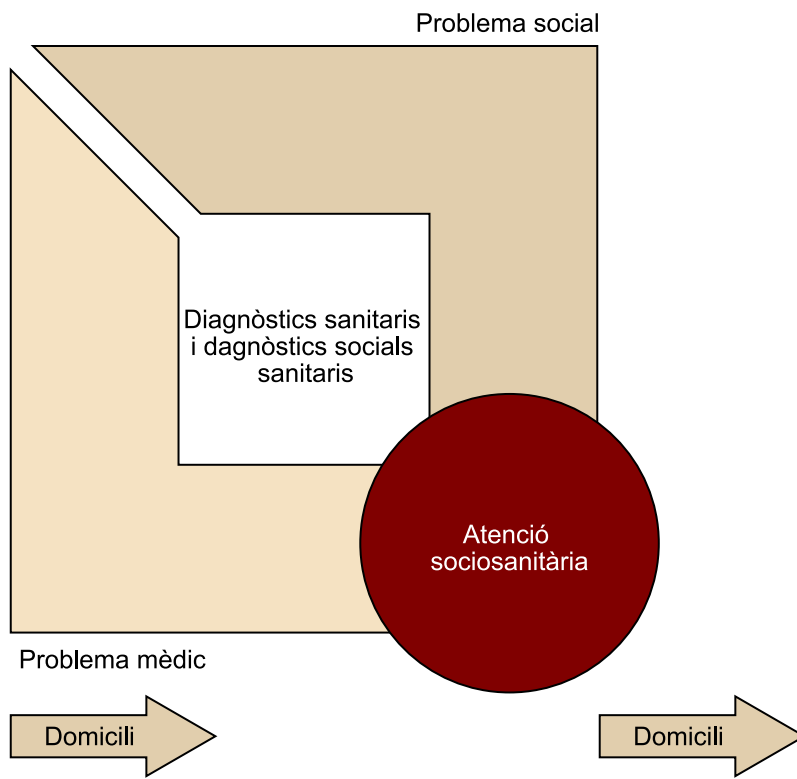
En l'àmbit sociosanitari, com hem vist, hi convergeixen múltiples circumstàncies en què el factor humà és present. L'atenció sociosanitària atén la pèrdua de recursos personals i vitals. Des del treball social sanitari intervenim en les mateixes esferes, però, en aquest cas, amb una marcada necessitat de cures 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, fan servir tècniques d'intervenció i recolzen en instruments. En el cas de l'atenció sociosanitària també ens hem d'emparar en el mètode científic. La implicació i la participació de la persona malalta i el seu nucli de convivència també són imprescindibles. En l'atenció sociosanitària recolzem en procediments mixtos, els quals definim en conjunt i considerant sempre aquesta tercera via que integra l'àmbit sanitari i el social.

Lluny d'una suma de burocràcies de programes independents, l'atenció sociosanitària 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-hi, en la tercera via. Continuant amb la metàfora, els equips professionals de l'atenció sociosanitària són els ponts que permeten la unió entre les dues ribes. Per això fa tanta falta 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.

Al llarg del postgrau hem vist la diferència entre l'ajuda filantròpica i l'ajuda des del treball social sanitari. No ens estendrem en aquest punt. Recordem, però, la necessitat d'establir el diagnòstic social sanitari partint de la base d'una recerca dels fets i amb tècniques professionals que segueixen uns procediments específics. Si bé la societat civil sol anar per davant dels serveis, podem reconèixer que, al seu moment, la resposta en forma d'atenció sociosanitària va ser àgil. Aquesta atenció sorgia de la necessitat de determinats col·lectius de població, gairebé sempre persones en un estat crític, a les quals feia falta aten-

ció sanitària i atenció psicosocial. I encara que l'atenció començava amb la presència de la malaltia, a mesura que passaven els dies, es posaven en relleu els problemes psicosocials associats a aquesta nova realitat.



Evolució dels problemes sanitaris i dels problemes socials sanitaris en l'ingrés hospitalari

La figura mostra gràficament un ingrés. Veiem que en el moment de l'admissió el problema mèdic concentra tota l'atenció, mentre que, a mesura que passen els dies i el problema es va pal·liant o orientant, poden començar a sorgir problemes psicosocials que dificulten 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 acostar l'atenció sociosanitària cap a les seves jerarquies. Així, el sistema sanitari s'ha convertit avui en el gestor directe de les prestacions de l'atenció sociosanitària, i fins i tot sense dades generals, podem dir per l'experiència que l'accés a aquest sistema depèn més de les necessitats sanitàries que de les psicosocials i sanitàries.

L'atenció sociosanitària concep serveis o programes amb entitat pròpia que integren l'àmbit sanitari i el social sistemàticament i dins un sistema assistencial específic.

9. El progrés de l'atenció sociosanitària depèn de l'R+D +i. Reflexió final

Un dels punts febles que cal corregir és, com hem anat dient, l'habitual confusió de l'atenció sociosanitària amb la coordinació sociosanitària o amb l'atenció integral o amb el model biopsicosocial. Ara hi hem d'afegir una altra confusió, la que esmenta el treball social sanitari com si fos treball social general o especialitzat; en aquest cas, parlem de treball social sanitari. Essent estrictes amb el terme, el treball social sanitari, com hem assenyalat més amunt, és el que exerceix qualsevol professional dins l'atenció sociosanitària, però sens dubte és un gran reduccionisme. Deixant de banda aquesta última observació referida al treball social sanitari, totes les descripcions anteriors són elements de l'atenció sociosanitària, però no són l'atenció sociosanitària.

El punt central de l'atenció sociosanitària, cal insistir en això, 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 el coneixement dels altres perquè la seva acció particular, des de la seva disciplina, sigui benèfica per a la persona i la seva família. Un exemple gràfic és el d'un bodegó. Quan es parla d'un bodegó, se sap *a priori* que es tracta d'una pintura en què hi ha diferents elements. Un element, un objecte sol, no conforma un bodegó. Aquesta definició, al concepte d'*atenció sociosanitària*, li ve donada 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 desenvolupament s'ha de basar en el mètode científic, que parteix d'una acció recolzada 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 i protocols, i les actituds. Planerament, ens referim a aquests coneixements que hem adquirit i continuem adquirint cada dia, 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, és a dir, en l'atenció primària, l'atenció especialitzada i, per descomptat, l'atenció sociosanitària, és el següent: l'estudi; el diagnòstic social sanitari (definir els processos assistencials); el tractament, i finalment, l'avaluació, que no és més que un nou estudi.

Parlem d'un procediment perquè les fases del treball social sanitari s'han de complir obligatòriament. Cadascuna condiona la següent. Sense una recollida exhaustiva d'informació no podem definir el diagnòstic social sanitari, ni el procés o processos assistencials dins els quals atendrem la persona o la seva família. I sense un diagnòstic social sanitari, sense haver identificat els processos de treball socials sanitaris, no podem començar cap tipus de tractament social sanitari. Els procediments garanteixen també que es puguin fer 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 no hem de confondre l'ajuda que ens arriba de la filantropia amb l'ajuda que ens arriba del treball social sanitari.

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

"La cura de la salut (i de les cures continuades) pot ser catastròficament costosa. Hi ha moltes necessitats de cures que són impredecibles, i per això és vital protegir 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 la persones, sinó també de protegir-les dels costos financers de la malaltia, reduir el dany a la dignitat i a l'autonomia, i la por i la vergonya que sovint comporta la malaltia".

World Health Organization (2003). "Key policy issues in long-term care". *World Health Reports 2000*. Ginebra ("Collection on Long Term Care").

Bibliografia

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).

Charles, C. 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).

Cortina, A. i altres (1997). *Rentabilidad de la ética para la empresa*. Madrid: Fundación Argentaria ("Economía Española").

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

Druker, P. F. (1993). *Administración para el futuro*. Badalona: Editorial Parramón.

Friedman, M.; Friedman, R. (1980). *Free to Choose*. Nova York: Harcourt Brace Jovanovich.

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

Illich, I. (1991). "La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales, nuevas iniciativas y planteamientos". *Anthropos* (núm. 118 i 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*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

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

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

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

Reporte bienal de Texas sobre discapacidades (2008).

Salzberger-Wittenberg, I. (1970). *La relación asistencial*. Argentina: Amorrortu Editores.

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

Internet:

www.ine.es

http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_sociosanitaria.htm [Data de consulta: 30 d'octubre de 2009].

