

# Mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari

María Antonia Rocabayera Andreu  
Ana M. Rodríguez Reyes

PID\_00206346



# Índex

<b>1. La intervenció comunitària.....</b>	<b>5</b>
1.1. Treball social sanitari comunitari: breu recorregut històric .....	5
1.2. Models teòrics del treball social (sanitari) comunitari .....	7
1.3. Intervenció metodològica en el treball social (sanitari) comunitari .....	8
1.4. Treball social sanitari comunitari .....	9
1.4.1. Competències del treball social sanitari comunitari .....	10
1.4.2. Concreció d'accions .....	12
<b>2. Les fonts del mètode d'intervenció comunitària en el treball social sanitari.....</b>	<b>16</b>
2.1. Treball social comunitari .....	16
2.2. Treball social sanitari .....	17
2.3. Atenció primària de salut i medicina familiar i comunitària .....	18
<b>3. En la pràctica del mètode d'intervenció comunitària en el treball social sanitari.....</b>	<b>22</b>
<b>4. Algunes idees per a reflexionar.....</b>	<b>23</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>25</b>



# 1. La intervenció comunitària

## 1.1. Treball social sanitari comunitari: breu recorregut històric

Els conceptes de comunitat i treball comunitari són previs al treball social com a disciplina. En el transcurs del segle XIX, arran de l'expansió de la industrialització i del procés accelerat d'urbanització, es creen centres socials que apunten cap a la integració social per a millorar les condicions socials. Neixen amb el moviment *settlement* ('assentament'), fundat pel sacerdot Barnett amb la seva esposa a Anglaterra: alumnes d'Oxford convivia amb els "desheretats" i contribuïen a millorar la seva vida, alhora que prenien consciència de les seves condicions de vida i de la necessitat de promoure reformes socials. La seva intervenció, d'inici, va ser individual i posteriorment va passar a un treball grupal i cooperatiu.

Als EUA, Jane Addams va fundar la Hull House a Chicago el 1889; els treballadors socials convivia amb la gent pobre i oferien atenció personal, treball en grups i també amb el veïnatge. Addams va liderar l'Escola de Chicago, principal escola de pensament social de l'època i en la qual es defensava la idea que els problemes socials es generaven per les condicions de la societat (Revolució Industrial) i no per la personalitat dels individus. Així, era necessari un canvi social que s'havia de basar en coneixements científics i plantejava que, per a treballar pel canvi, primer s'han de conèixer les condicions socials de la comunitat.

La sistematització teòrica de l'organització comunitària va sorgir, també als EUA, als anys trenta. Va ser Jesse F. Steiner qui va definir el mètode d'organització de la comunitat:

"Una manera organitzada de treballar que tendeix a resoldre conflictes i a crear les possibilitats d'un progrés consistent".

J. F. Steiner (1930). "Community Organizations: Myth or Reality". *Social Forces* (vol. 8, núm. 3).

L'any 1956, un grup d'experts de l'ONU va elaborar un document, *Desenvolupament de la comunitat i serveis connexos*, en el qual apareix la primera definició oficial de *desenvolupament de la comunitat*:

"Són els processos en els quals l'esforç d'una població se suma als del seu govern per millorar les condicions econòmiques, socials i culturals de les comunitats, integrant aquestes comunitats en la vida del país i permetent-los contribuir plenament al progrés nacional".

### Nota

El crèdit consta de diversos apartats. El primer apartat ("La intervenció comunitària"), l'autora de la qual és Maria Antonia Rocabayera Andreu. Per al màster s'ha ampliat amb els següents: "Les fonts del mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari", "Mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari" i "Algunes idees per a reflexionar", l'autora dels quals és Ana María Rodríguez Reyes.

L'any 1962 l'Associació Nacional de Treballadors Socials dels EUA va definir l'organització de la comunitat, o treball comunitari, com a mètode i camp d'actuació dels treballadors socials.

A Espanya, la situació era ben diferent (la realitat política –dictadura–, amb una idea paternalista i de beneficència cap a la ciutadania), no va ser fins ben entrada la dècada dels seixanta que es va començar a notar un impuls en el camp de l'assistència social. En l'àmbit del treball social comunitari, alguns sectors es van interessar per les idees de l'ONU sobre el desenvolupament de la comunitat i de la mà d'experts formadors, com ara Marco Marchioni, es van impulsar alguns projectes comunitaris que es van expandir al territori espanyol. Això succeïa en un moment d'esperança en el canvi sociopolític i amb el desig de crear les condicions per al desenvolupament econòmic i social a través de la participació activa de la comunitat, buscant i fomentant líders locals i intentant trobar ajudes econòmiques per a desenvolupar els projectes.

En la dècada dels vuitanta, amb el restabliment dels drets de la ciutadania impulsats pel nou sistema democràtic i consolidats amb la Constitució de 1978, es va crear el Sistema Públic de Serveis Socials. Va ser aquesta una etapa de finançament de la professió en la qual es van impulsar alhora el treball social i els serveis socials. Després d'un primer moment d'"eufòria" per la restauració dels drets socials i civils de la ciutadania i amb un important treball comunitari dels professionals –vinculats als moviments veïnals i polítics–, va sorgir l'anomenada nova *qüestió social*, que va evidenciar els efectes de la fallida de l'estat de benestar –ja constatada als països democràtics europeus– i que va comportar la remodelació del recentment creat Sistema Públic de Serveis Socials<sup>1</sup>, en la qual els professionals es van dedicar, bàsicament, al treball individual i familiar amb una gestió dels problemes socials burocratitzada.

<sup>(1)</sup>C. Verde (2008). "La exigencia de renovación del trabajo social en contextos postbienestaristas". *RTS* (pàg. 184).

"El Estado asistencial se limita a hacer frente, como puede, al incremento de demandas sociales, atendiendo sólo las demandas inmediatas e individuales, gestionando de forma cada vez más burocrática prestaciones reducidas y vacías de contenido científico y donde no se pueden atender las demandas colectivas, ni intervenir en las causas por una falta de tiempo, espacios y órganos de coordinación y de intervención compartida, con dificultad para implicar a la población en procesos educativos y participativos necesarios para invertir tendencias negativas y conseguir resultados permanentes".

M. Marchioni (2003). *La acción social en y con la comunidad*. Saragossa: Ed: Certeza.

En aquests últims anys s'han procurat noves alternatives, amb l'objectiu de "recontextualitzar", "ressituar", "reconceptualitzar" la professió i transformar un malestar palès i que E. Alonso ja va definir l'any 1989 com a victimisme paralitzant o lamentació improductiva.

A la fi dels anys noranta i principis del segle XXI hi ha hagut diferents iniciatives. Per exemple, a Catalunya l'any 1997 el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya va impulsar el Pla general de desenvolupament social, econòmic i comunitari i es va basar en el model francès, les experiències del Quèbec i les orientacions de M. Marchioni. En l'actualitat hi ha

seixanta-un plans comunitaris en els quals intervenen diferents institucions, organitzacions del tercer sector, etc. (escola, salut, habitatge... associacions de veïns, plataformes...); hi trobem el treballador social.

## 1.2. Models teòrics del treball social (sanitari) comunitari

Entre les teories contemporànies<sup>2</sup> del treball social, la de **potenciació/defensa** i la de **sistemes** són les que tenen com a objectiu definit la comunitat. La primera, poc utilitzada, tendeix a centrar-se en el paper defensor del treball social. Així, per a aquest model, fomentar la potenciació en comunitats oprimides és una resposta categòrica als corrents polítics i econòmics que aviven l'opressió (Russell-Erlich i Rivera, 1986). La defensa té com a objecte promoure el control i la participació dels clients en les seves respectives vides, en la seva comunitat i en els serveis que reben. Unida a la idea de defensa hi ha la idea de normalització, amb treballs com els de Rose i Black (1985), que descriuen un projecte per a promoure una manera de vida independent per a malalts mentals en la comunitat. També s'ha pogut comprovar que aquest plantejament ha influït en el camp assistencial residencial, així com en l'aprenentatge de les persones incapacitades (Towell, 1988 i Sinclair, 1988). És un model creixent als Estats Units que també s'ha estès al Regne Unit i ha tingut un paper rellevant en la intercessió per la independència de la gent disminuïda.

<sup>(2)</sup>M. Payne (2002). *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Barcelona: Editorial Paidós.

Amb tot, la teoria de sistemes és la que ha tingut i té un impacte més gran en el treball social comunitari. Basada en la teoria de sistemes generals (Von Bertalanffy, 1971), proposa que tots els organismes són sistemes compostos de subsistemes, de manera que els sistemes formen part al seu torn d'uns micro-sistemes. Pincus i Minahan (1973) sostenen que la gent, per poder portar una vida satisfactòria, depèn dels sistemes del seu entorn social immediat, per la qual cosa el treball social hi ha d'intervenir. Segons aquests autors hi hauria diversos sistemes bàsics del treball social: sistema d'agent de canvi (TS i les organitzacions on treballen), sistema del client social (clients, famílies, grup, comunitat amb la qual col·labora el TS), sistema d'objectiu (clients diana) i sistemes d'acció (clients amb els quals treballa el sistema d'agent de canvi).

El 1980 Germain i Gitterman, amb el seu "model de vida", van establir la base de la **teoria dels sistemes ecològics**; aquest model considera que la gent està constantment en una situació d'intercanvi adaptatiu amb molts i diferents aspectes del seu entorn. Tots dos canvien i són canviats per l'entorn; així, Bronfenbrenner (1987) diu que el desenvolupament humà és el procés mitjançant el qual la persona va adquirint una concepció més àmplia, diferenciada i vàlida del seu ambient, i es fa capaç d'ajustar-s'hi i de participar en el seu manteniment i en la reestructuració en diferents nivells de complexitat (microsistema, mesosistema, ecosistema i macrosistema).

Un dels aspectes més analitzats en les teories de sistemes són **les xarxes i els sistemes de suport social**. Sluzki (1996) defineix la xarxa social de la manera següent:

“El nicho interpersonal de la persona que contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí mismo. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis o situación problemática”.

C. Sluzki (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa.

### 1.3. Intervenció metodològica en el treball social (sanitari) comunitari

Aquesta intervenció ha de tenir rigor metodològic, i ha de sistematitzar la intervenció. Segons Matilde du Ranquet, el mètode del treball social (sanitari) es compon, com la resta de mètodes, de quatre etapes: recollida de dades, diagnòstic social, formulació i engegada d'un pla d'acció i avaluació dels resultats obtinguts.

Natividad de la Red esmenta en la seva obra els **models operatius més freqüents** en el treball social comunitari:

- Metodologia d'acció, en la qual estableix quatre fases:
  - Estudi-recerca.
  - Programació.
  - Execució.
  - Avaluació.
  
- Model agònic com a mètode d'intervenció social<sup>3</sup>. Ens referim a “la intervenció professional qualificada en procés de canvi que es pot efectuar en individus, grups i també en organitzacions o fins i tot en altres conjunts més amplis”. Es distingeixen tres tipus d'intervenció:
  - Ajuda psicosocial.
  - Assessorament/orientació.
  - Intervenció pedagògicoformentativa.
  
- Model ecològic/sistèmic, seguint Pincus i Minahan, que estableixen tres etapes en el procés:
  - Anticipació empàtica: comprèn l'avaluació del problema i la recollida de dades.
  - Realització del treball previst: comprèn contactes inicials, negociació de contractes, formació dels sistemes d'acció, manteniment i coordinació dels sistemes d'acció.
  - Procés de comiat; acabament de l'acció canviant i avaluació.

#### Referències bibliogràfiques

M. du Ranquet (2007). *Los modelos en trabajo social. Intervención con familias*. Madrid: Siglo XXI.

N. de la Red (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI.

<sup>(3)</sup>J. Hernández Arista (1991). *Acción Comunitaria e intervención social*. Madrid: Editorial Popular.



## 1.4. Treball social sanitari comunitari

Després d'aquest breu repàs de la història del treball social comunitari i del marc teòric o conceptual, examinarem el que és el tema central, el treball social sanitari comunitari.

La definició mateixa de *salut* i la declaració d'Alma-Ata, punt àlgid per a la transformació de l'atenció primària de salut, ja estableixen una sèrie d'estratègies per a aconseguir el màxim nivell de salut de la ciutadania. Per a això, tant les accions com les intervencions comprenen, a més dels aspectes curatius, les activitats de prevenció i promoció de la salut. Per a poder-ho materialitzar es necessita la participació activa dels clients i també de la comunitat, com a element estratègic fonamental. Cada vegada hi ha una sensibilitat més gran, tant dels polítics i dels gestors, com dels professionals de la salut, per portar a terme estratègies per a implicar i capacitar la comunitat en la millora o manteniment de la salut. Alguns dels projectes més estesos són el voluntariat, la dinamització de grups d'ajuda mútua, les campanyes de sensibilització (hàbits saludables, dies internacionals), la promoció de la salut i el diagnòstic de salut del territori (amb participació de la ciutadania).

Habitualment el posicionament se situa més en la línia de la "utilització" dels clients i no tant en l'apoderament i el protagonisme de la ciutadania a través de la participació comunitària.

Són nombrosos els textos que ofereixen guies per a poder iniciar projectes comunitaris. La filosofia dels centres de salut també preveu la intervenció comunitària: promoció de la salut, educació sanitària, però la realitat és ben diferent i, encara que hem enumerat diferents iniciatives de treball comunitari en l'àmbit de la salut, és obvi que hi ha dificultats per a portar-ho a terme. En referència al treballador social sanitari podríem enumerar els factors següents:

- La falta de temps: un temps que es dedica, bàsicament, a l'atenció individual i familiar. Una atenció que no té fi, atès que les necessitats són infinites, mentre que els recursos (entesos en el sentit ampli de la paraula) són finits. El treballador social sanitari actua moltes vegades d'"apagafocs" en haver de donar respostes immediates a problemes urgents (per exemple, altes hospitalàries no planificades, ingrés ociosanitari urgent davant una situació de claudicació familiar, etc.).
- Falta de competència professional, entesa com el conglomerat de coneixements teòrics, habilitats, actituds i aptituds en l'àmbit comunitari.
- Dificultat en el lideratge de projectes en l'equip de salut; cada vegada és més visible el rol que està assumint la infermeria en aquest terreny (per exemple, programa de salut i escola).

El reconeixement d'aquests punts febles del treball social sanitari no ha de paralitzar la nostra intervenció, tot al contrari, hem de buscar les estratègies necessàries per a poder-los superar i també per a innovar en el treball social sanitari en general i, en concret, en l'àmbit comunitària.

Com s'ha de fer pot semblar *a priori* gairebé una quimera, però veurem que no ho és i per a això fem unes propostes:

- Una visió transversal de la nostra intervenció (mirada ecològica/sistèmica). No és possible continuar parlant actualment de tres nivells d'intervenció: individual/familiar, grupal i comunitària. S'ha d'entendre que tots tres es retroalimenten i que l'atenció als clients pot anar de l'individual al comunitària, passant pel grup; del grup a la comunitat o a l'atenció individual, o també, és clar, només una d'elles. Dependrà de les necessitats que hàgim d'atendre, dels objectius establerts, etc.
- Necessitat de sistematitzar les nostres intervencions a partir del procediment social sanitari, entès aquest com la base d'una activitat complexa i seqüenciada per a obtenir una finalitat.
- La intervenció ha de ser eficaç (com ho fem), eficient (amb qui ho fem) i ha de tenir una meta per assumir (avaluació).
- Adequar la nostra intervenció a les necessitats reals de la ciutadania; veure més enllà del present amb una visió de futur avalada, en la mesura del possible, per l'evidència científica, i acceptar el risc per a canviar el que no funciona (contrastat i demostrat tècnicament).
- Adquirir la competència professional que ens habiliti per poder liderar, potenciar, intervenir en el gran ventall de possibilitats que ofereix el treball social sanitari comunitària en l'atenció primària de salut. Quan parlem de competència professional, ens referim al conjunt de coneixements, habilitats, motivacions i capacitats que posseeix una persona i que li permet executar de manera reeixida una activitat.

#### **1.4.1. Competències del treball social sanitari comunitària**

En les competències del treball social sanitari comunitària hem de tenir en compte els punts següents:

- Coneixements –és el saber– teòrics/tècnics.
- Habilitats –és el saber fer. Posar en pràctica els coneixements tècnics, les habilitats socials i cognitives que permetin fer ús de les competències de caràcter tècnic i social: ser capaços de veure més enllà del present i tenir, o crear, visió de futur, posseir capacitat de diàleg, estar predisposats a expe-

rimentar noves formes de relació (cooperació), mostrar capacitat de lideratge i per a treballar en equip, tenir motivació.

- Actituds –és el saber estar. Són el posicionament professional: valors i creences, respecte, tolerància, solidaritat, responsabilitat, compromís, justícia. És el posicionament ideològic (entès aquest com la defensa dels drets de la ciutadania) i també el posicionament psíquic (predisposició mental i emocional).
- Aspectes motivacionals –és el voler fer.
- Capacitats –és el poder fer. Capacitat personal.

Aquestes competències, com és lògic, les hem d'aplicar en conjunt amb la resta de l'equip, aprofitar els coneixements compartits. La normativa vigent obliga i requereix que es facin accions comunitàries i d'educació per a la salut<sup>4</sup>.

També s'han de desenvolupar aspectes de participació ciutadana, acció social en salut i implicació de la comunitat en la resolució de tots els aspectes que no solament generen malaltia, sinó aquells que hem de promoure per mantenir i potenciar la salut de la població, entesa segons la definició de l'OMS.

Tot això des dels centres de salut, amb l'elaboració de la cartera de serveis (a partir de la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut de l'any 2003) i aprofitant les noves tecnologies que tenim a l'abast (diferents fonts d'informació com les que ofereix el Ministeri de Sanitat, les conselleries de salut, les societats científiques, els grups de treball d'atenció primària orientada a la comunitat, el Fòrum de Promoció de la Salut).

Idees en relació amb el treball social sanitari comunitària:

- Superar plantejaments reduccionistes afrontant prejudicis i estereotips que limiten el camp de mira.
- Crear una comunitat operativa, activa i dinàmica, posant en contacte, relacionant, vinculant, creant i ampliant xarxes socials per a poder anar dibuixant l'espai comunitària<sup>5</sup>.
- Contribuir a la creació/potenciació de recursos des del context comunitària mateix, ja que és més rendible (com a concepte ampli) que donar-los des de l'àmbit institucional.
- Les institucions demanen respostes immediates a demandes explícites, amb resultats tècnics immediats i quantificables. En això estem "atrapats" quan ens referim al "col·lapse d'agendes" que no ens permeten parar a pensar, a incorporar la dimensió comunitària que a la llarga és molt més

<sup>(4)</sup>V. Navarro; A. Martín-Zurro (coord.); C. Violán (ed.) (2009). *Proyecto investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*. Exemplar per a la consulta en els recursos de l'aula.

<sup>(5)</sup>S. Navarro (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid: Editorial CCS.

rendible i descongestionadora, en atribuir a la població la responsabilitat sobre el seu propi benestar.

A continuació s'exposa un supòsit pràctic d'intervenció comunitària des del treball social sanitari.

### **Experiència del treball social sanitari dels equips d'atenció primària de salut de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)**

Com l'atenció individual/familiar ens condueix al treball grupal i tots dos convergeixen en el treball social sanitari comunitari en un camí d'anada i tornada, amb parada en les diferents estacions de la intervenció professional, i com la teoria ens condueix a la pràctica (de forma més o menys conscient i estructurada)?

La intervenció se situa en una població limítrofa amb Barcelona, amb una alta densitat demogràfica producte dels moviments migratoris dels anys cinquanta i seixanta i del desenvolupisme franquista. La ciutat disposa de sis equips d'atenció primària de salut, tots pertanyents al mateix proveïdor de serveis sanitaris, l'Institut Català de la Salut. Tots els equips disposen d'un treballador social sanitari.

Els treballadors socials sanitaris van liderar i van promoure la implicació dels equips de salut en el treball comunitari i, des dels inicis del funcionament dels centres de salut a la ciutat, van impulsar diferents actuacions i iniciatives comunitàries (celebració de dies internacionals, participació en activitats promogudes per diferents organismes de la ciutat, etc.); també van impulsar la creació del **voluntariat en salut**, grup estable i vinculat als centres de salut de la ciutat.

En un segon moment van elaborar, juntament amb un grup de professionals d'infermeria i el suport dels professionals de medicina familiar i comunitària, el projecte "**Cuidar i cuidar-se**". Aquest projecte en tot moment va tenir el suport dels gestors d'institució. S'hi potenciar la **intervenció grupal educativa** (liderada per infermeria), i també la formació de **grups socioterapèutics** de cuidadors de malalts de llarga durada (liderats i conduïts pels treballadors socials sanitaris i amb la participació-observació de professionals d'infermeria).

Un altre aspecte que preveu el projecte és la **necessitat de cura cap al professional**, la qual cosa es va plasmar en la posada en marxa dels **grups Balint** en els centres de salut que ho van demanar.

De la convergència de les dues iniciatives, ja consolidades, el voluntariat i el projecte "**Cuidar i cuidar-se**" va néixer una **associació**, **ACUIVOL** (Associació de Cuidadors i Voluntaris de Santa Coloma de Gramanet) que, després d'un primer tutelatge professional, va iniciar el camí d'emancipació i adultaesa, i ofereix suport als cuidadors de la ciutat que ho demanen, amb activitats de caràcter lúdic, suport psicològic i social, i amb una funció reivindicadora cap als organismes competents.

El pas que va culminar la intervenció professional va ser plasmar les diferents accions en un pla d'intervenció (les taules de l'apartat 1.4.2, "**Concreció d'accions**"), el qual estableix el nivell d'autonomia/dependència<sup>6</sup> del pacient, la intervenció individual/grupal i comunitària tant amb ell com amb el seu cuidador, o els seus cuidadors, i els nivells de prevenció (primària, secundària i terciària), amb una visió participativa de la comunitat.

Es constata la vinculació amb diferents equipaments, projectes i iniciatives de la ciutat (activitats al centre de dia municipal, tallers de memòria als casals, associació de dones, de fibromiàlgia, contra el càncer, etc.).

<sup>(6)</sup>M. A. Rocayera Andréu; J. Rodríguez Molinet (2005). "Intervención social en las dependencias". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 72, pàg. 37-62).

### **1.4.2. Concreció d'accions**

Acció sobre l'ancià fràgil

Atenció individual	Detecció. Valoració de necessitats
Autonomia pacient	Ancià fràgil

Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tallers de memòria</li> <li>• Tallers de conservació d'habilitats</li> <li>• Vinculació a grups existents o de nova creació</li> </ul>
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariat com a acompanyament i suport en el passeig</li> <li>• Voluntariat per a activitats concretes (receptes, acompanyaments mèdics, etc.)</li> <li>• Activitats lúdiques, de caràcter trimestral, dirigides als més grans de 75 anys que viuen sols i no presenten altres indicadors de fragilitat, i de caràcter mensual per als altres.</li> <li>• Totes elles són acompanyades pels voluntaris</li> </ul>
Àmbit de prevenció	Primària. Secundària

## Acció sobre persones semidependents

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració de necessitats</li> <li>• Contenció</li> <li>• Intervenció familiar</li> <li>• Aplicació de recursos de suport a domicili i estades temporals per al descans de cuidadors</li> </ul>
Autonomia pacient	Semidependents
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerrades informatives a grups de malalts amb patologies concretes</li> <li>• Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per a patologies</li> </ul>
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariat com a acompanyament i suport en el passeig</li> <li>• Activitats lúdiques de caràcter mensual per a pacients acompanyats de voluntaris</li> </ul>
Àmbit de prevenció	Terciària

## Acció sobre persones amb alta dependència

Atenció individual	Detecció: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració de necessitats</li> </ul>
Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració de necessitats</li> <li>• Contenció</li> <li>• Intervenció familiar</li> <li>• Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius</li> </ul>
Autonomia pacient	Alta dependència
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies</li> </ul>
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariat com a acompanyament a domicili i substitució del cuidador en el seu temps lliure</li> </ul>
Àmbit de prevenció	Terciària

## Acció sobre el cuidador d'ancià fràgil

Atenció individual	Detecció <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració de necessitats</li> </ul>
Cuidador principal	D'ancià fràgil
Atenció grupal	
Atenció comunitària	

Àmbit de prevenció	Primària
--------------------	----------

## Acció sobre el cuidador de persones semidependents

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració de necessitats</li> <li>• Contenció</li> <li>• Intervenció familiar</li> <li>• Aplicació de recursos de suport a domicili i estades temporals per al descans de cuidadors</li> </ul>
Cuidador principal	De malalts semidependents
Atenció grupal	Programa "Cuidar i cuidar-se" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerrades informatives per a millorar la cura del malalt i l'autocura del cuidador</li> <li>• Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies</li> <li>• Grups socioterapèutics a cuidadors amb sobrecàrrega i risc de claudicació</li> </ul>
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associació de Cuidadors i Voluntaris de Santa Coloma (ACUIVOL)</li> <li>• Xerrades de sensibilització a la població respecte de la figura del cuidador</li> </ul>
Àmbit de prevenció	Secundària

## Acció sobre el cuidador de persones amb alta dependència

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració de necessitats</li> <li>• Contenció</li> <li>• Intervenció familiar</li> <li>• Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius</li> </ul>
Cuidador principal	De malalts amb alta dependència
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies</li> <li>• Grups de socioterapèutics a cuidadors amb sobrecàrrega i risc de claudicació</li> </ul>
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associació de Cuidadors i Voluntaris de Santa Coloma (ACUIVOL)</li> <li>• Xerrades de sensibilització a la població respecte de la figura del cuidador</li> </ul>
Àmbit de prevenció	Secundària

## Acció sobre el cuidador de persona terminal

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoració de necessitats</li> <li>• Contenció i intervenció familiar</li> <li>• Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius</li> </ul>
Cuidador principal	De malalt terminal
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies</li> </ul>
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la mort del malalt, vinculació amb l'associació de suport al dol</li> </ul>
Àmbit de prevenció	Secundària

I per acabar... i amb el desig que només sigui el principi, aquest pensament d'Eina Nora Dabas:

“Se aprende que es más valioso saber formularse una pregunta que tener todas las respuestas, que se accede mejor a la construcción de conocimiento analizando un error que sin haberse equivocado nunca”.

E. Nora Dabas (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Barcelona: Editorial Paidós.

## 2. Les fonts del mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari

Es podria dir que a Espanya el mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari sorgeix a mesura que es professionalitzen els serveis socials de base i, en concret, la metodologia del treball social comunitari, el treball social sanitari, l'atenció primària de salut i de manera més específica la medicina familiar i comunitària. Per tant, i a tall d'introducció, seria interessant que els professionals del treball social sanitari amb la intenció d'exercir el mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari tinguessin nocions de les disciplines esmentades.

### 2.1. Treball social comunitari

Circumstàncies molt semblants a les actuals (una gran crisi econòmica) a mitjan anys seixanta provoquen una fractura en el model de benestar social als països anglosaxons d'aquella època i el qüestionament de la política social que molts països havien desenvolupat fins llavors. Els moviments socials s'enforteixen i generen la institucionalització dels serveis socials que promouen i introdueixen el model d'intervenció comunitària com a objectiu estratègic que tracta d'unir la pràctica diària amb la visió i transformació de la societat.

Al nostre país i com ha succeït al llarg de la història, els primers serveis socials més propers als models actuals es comencen a implantar cap als anys setanta, si bé, com hem vist, els serveis de treball social sanitari en hospitals es remunten a la fi de la dècada dels cinquanta. A poc a poc i una vegada s'instaura la democràcia a Espanya, s'aniran transformant en el que ens ha portat al model actual de benestar social: sanitat, serveis socials i educació.

És a partir d'aquesta posada en marxa, quan al nostre país s'aniran desenvolupant les metodologies d'intervenció que de manera genèrica serien classificades com a intervencions de caràcter individual, grupal i comunitari. La intervenció se centra fonamentalment en dues dimensions: la individual (centrada en el cas concret, l'individu) i la col·lectiva (centrada en els grups i la comunitat).

#### Nota

Per obtenir més informació, podeu consultar:

V. Ortún (dir.) (2011). *La re-fundación de la atención primaria*. Barcelona: Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES / Universidad Pompeu Fabra / Springer Healthcare Communications Ibérica ("Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria").



## 2.2. Treball social sanitari

Des de la posada en marxa del projecte de la història clínica per a l'assistència primària, on per primera vegada (al nostre país) s'inclou el perfil del treballador social sanitari dins dels equips de salut d'atenció primària, moltes són les propostes, enteses com a plans, programes, projectes, etc., que els diferents governs, tant el central com els autonòmics, han dissenyat i intentat engegar per aconseguir una atenció integral i integradora dels usuaris dels serveis sanitaris; però la veritat és que en l'actualitat i tal com recull Dolors Colom en l'article "Salud y trabajo social: la evolución de una profesión apasionante":

"Cada vez más, en foros profesionales en donde se citan directivos y profesionales con largo recorrido y experiencia, se escucha que todo lo que se dice ya se dijo y sólo cabe la acción que lo materialice, sobre todo para las personas a quienes se dirigen los servicios".

En definitiva, es tractaria de reconèixer que a hores d'ara, per una raó i una altra, ha estat impossible arribar a l'objectiu tan desitjat i esperat.

La integració i la coordinació integrada dels serveis als territoris amb una finalitat única: donar a les persones allò que necessiten, en el moment en què ho necessiten i en el lloc en què ho necessiten, i sempre amb la màxima eficàcia i eficiència possible.

Tal com recull Dolors Colom en el seu article:

"El **trabajo social** dedica su atención a las personas, grupos y comunidades para ayudar a concienciar y resolver las situaciones conflictivas y de carencias que se producen en la evolución de la sociedad".

"El **trabajo social sanitario** colabora a potenciar y/o alcanzar la salud, entendida tal y como fue definida en el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana como una forma de vivir autónoma, solidaria y dichosa".

Recull, a més, com a funcions i competències del treballador social sanitari les següents:

- Atenció directa al malalt i/o família: estudi sociofamiliar; informació o orientació; assessorament; motivació; suport, tractament social continuat.
- Actuació en relació amb el centre hospitalari: treball en relació amb la comunitat, programes d'educació sanitària, promoció de recursos, coordinació i col·laboració amb serveis socials diversos.

### Referències bibliogràfiques

*La historia clínica per a l'assistència primària. Informes tècnics d'assistència sanitària* (núm. 2, 1a. ed., 1984, juliol). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Á. Sanz Cintora (2001, octubre). *Acción Social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica*. Departamento de Psicología y Sociología ("Acciones e Investigaciones Sociales", núm. 13).

D. Colom (2006, juny). "Salud y Trabajo Social: la evolución de una profesión apasionante". *Revista de Treball Social (RTS)* (núm. 177, dedicat a *Estat de benestar: Reflexions per al treball social*). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.

Finalment, la mateixa Dolors Colom, en l'article citat, ens informa de com el treball social en salut i concretament, sanitari, tant en atenció especialitzada com en atenció primària, ha anat desapareixent del "mapa", s'ha anat difuminant tant als hospitals, com als centres de salut, fins al punt d'esdevenir irrelevant per a l'organització, tant pública com privada.

### 2.3. Atenció primària de salut i medicina familiar i comunitària

La Constitució espanyola de 1978 estableix, en l'article 43, el dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària de tots els ciutadans. La regulació de les accions que permeten fer efectiu el dret a la protecció de la salut es recull en un conjunt de normes amb rang de llei: la Llei general de sanitat (1986), la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (2003), la Llei de garanties i ús racional del medicament (2006), la Llei general de salut pública (2011) i el **Reial decret llei de mesures urgents per a la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i la millora de la qualitat i la seguretat (2012)**.

#### Nota

Per obtenir més informació, podeu consultar les lleis i decrets esmentats en aquest punt.

Els principis i criteris substantius que permeten l'exercici d'aquest dret són els següents:

- Finançament públic, universalitat i gratuïtat dels serveis sanitaris en el moment de l'ús.
- Drets i deures definits per als ciutadans i per als poders públics.
- Descentralització política de la sanitat a les comunitats autònomes.
- Prestació d'una atenció integral de la salut procurant alts nivells de qualitat degudament avaluats i controlats.
- Integració de les diferents estructures i serveis públics al servei de la salut en el Sistema Nacional de Salut.

El Sistema Nacional de Salut (SNS) es configura com el conjunt coordinat dels serveis de salut de l'Administració de l'Estat i els serveis de salut de les comunitats autònomes que integra totes les funcions i prestacions sanitàries que, d'acord amb la llei, són responsabilitat dels poders públics.

El Sistema Nacional de Salut espanyol és un model de sistema amb competències i finançament descentralitzades per comunitats autònomes en 17 serveis autonòmics de salut. Està regulat des del Consell Interterritorial de Salut, organisme de competència estatal dependent del Ministeri de Sanitat i Consum.

Els ciutadans d'estats que no pertanyen a la Unió Europea tenen els drets que els reconeguin les lleis, els tractats i convenis subscrits.

Correspon al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat la proposta i execució de la política del Govern en matèria de salut, de planificació i assistència sanitària i de consum, i també l'exercici de les competències de l'Administració General de l'Estat per a assegurar als ciutadans el dret a la protecció de la salut.

Així mateix, li correspon la proposta i execució de la política del Govern en matèria de cohesió i inclusió social, de família, de protecció del menor i d'atenció a les persones dependents o amb discapacitat, i d'igualtat, i també de lluita contra tota classe de discriminació i contra la violència de gènere.

**Al llarg d'aquests últims tres anys, amb l'objectiu de reestructurar algunes de les estructures existents, s'han aprovat els reials decrets següents:**

- Reial decret 1823/2011, de 21 de desembre, pel qual es reestructuren els departaments ministerials.
- Reial decret 1887/2011, de 30 de desembre, pel qual s'estableix l'estructura orgànica bàsica dels departaments ministerials.
- Reial decret 200/2012, de 23 de gener, pel qual es desenvolupa l'estructura orgànica bàsica del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat i es modifica el Reial decret 1887/2011, de 30 de desembre, pel qual s'estableix l'estructura orgànica bàsica dels departaments ministerials.

El Sistema Nacional de Salut s'organitza en dos entorns o nivells assistencials, atenció primària i atenció especialitzada, en els quals l'accés espontani dels ciutadans i la complexitat tecnològica estan en relació inversa.

L'atenció primària posa a disposició de la població una sèrie de serveis bàsics en una isòcrona de quinze minuts des de qualsevol lloc de residència. Els dispositius assistencials principals són els centres de salut, on treballen equips multidisciplinaris integrats per metges de família, pediatres, personal d'infermeria i personal administratiu, i que poden disposar també de treballadors socials, llevadores i fisioterapeutes.

**L'atenció especialitzada es presta en centres d'especialitats i hospitals, de manera ambulatoria o en règim d'ingrés.** Després del procés assistencial, el pacient i la informació clínica corresponent retornen novament al metge d'atenció primària, el qual, pel fet que disposa del conjunt de les dades de la biografia sanitària del pacient, garanteix la visió clínica i terapèutica global.

Això permet que la continuïtat de les cures es caracteritzi per l'equitat, independentment del lloc de residència i de les circumstàncies individuals d'autonomia, atès que l'atenció arriba fins al domicili del pacient.

En l'atenció primària i dins de la cartera de serveis del Sistema Nacional de la Seguretat Social, desenvolupada en un mòdul anterior, es preveuen les activitats següents, entre d'altres:

- Promoció de la salut
- Educació sanitària
- Prevenció de la malaltia
- Manteniment i recuperació de la salut
- Rehabilitació física
- Treball social

**L'atenció especialitzada preveu en la seva cartera de serveis les activitats següents, entre d'altres:**

- Promoció de la salut
- Educació sanitària
- Prevenció de la malaltia

L'especialitat de medicina familiar i comunitària és una especialitat mèdica reconeguda a Espanya des de l'any 1978. Amb l'aprovació de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, la medicina de família i comunitària es converteix en la base fonamental de l'atenció primària.

Representa la recuperació d'una atenció de qualitat propera al ciutadà, alhora que constitueix la garantia dels principis del dret a la protecció de la salut i del deure de tutela de la salut pública reconeguts en la Constitució.

Totes aquestes activitats, dirigides a les persones, a les famílies i a la comunitat, sota un enfocament biopsicosocial, les presten equips interdisciplinaris, cosa que garanteix la qualitat i accessibilitat a aquestes activitats, i també la continuïtat entre els diferents àmbits d'atenció en la prestació de serveis sanitaris i la coordinació entre tots els sectors implicats.

El mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari pot tenir un paper fonamental o estel·lar en la prestació d'aquests serveis.

### 3. En la pràctica del mètode d'intervenció comunitària en el treball social sanitari

Com s'ha vist al llarg del capítol, el treball comunitari en el treball social sanitari es construeix a partir de les fonts de tres especialitats (treball social comunitari, treball social sanitari i medicina familiar i comunitària). Per tant, el seu mètode o metodologia d'intervenció sorgeix, com no podria ser d'una altra manera, d'aquestes tres especialitats.

Quina metodologia s'hauria de posar en pràctica perquè la praxi del mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari sigui reeixida?

**La pràctica del mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari exercit des d'una visió biopsicosocial hauria de tenir en compte els aspectes següents:**

- Una visió i una estratègia ecològica de les circumstàncies i dels processos d'actuació.
- Una visió i una estratègia participativa de tots els actors implicats.
- Una visió i una estratègia transversal en el desenvolupament dels processos.

L'aplicació d'aquestes tres visions a l'hora d'engegar el mètode seran fonamentals per a poder desenvolupar les funcions de prevenció, rehabilitació i promoció de la salut, tant si s'exerceixen des del marc de l'atenció primària de salut com des de l'atenció especialitzada.

#### **Nota**

Per obtenir més informació, podeu consultar el material de la professora Maria Antonia Rocabayera Andreu.

## 4. Algunes idees per a reflexionar

La greu crisi que pateix el país ha portat al fet que els governs prenguin mesures molt restrictives pel que fa a les prestacions del nostre sistema de benestar social actual, la qual cosa està portant a la pèrdua de moltes de les fites aconseguïdes en aquestes últimes dècades. Preocupen molt especialment algunes de les propostes del **Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, que estableix les noves mesures de reforma del sistema sanitari públic. D'una manera especial, la reintroducció del concepte d'assegurat i beneficiari que limita de fet l'accés a l'assistència sanitària pública**, propostes que suggereixen una reculada imparable a models de protecció social i a un estat de benestar social anteriors a l'any 1986.

La nova situació –l'exclusió de l'assistència pública dels col·lectius que no cotitzin a la Seguretat Social amb el risc de marginació, com els immigrants “sense papers” o els joves en atur o les famílies que hagin esgotat les prestacions per desocupació, etc.– sembla dibuixar nous entorns que no són tan nous. En definitiva, **sembla que estem en aquella idea de Friedrich Nietzsche de l'“etern retorn”**.

Passem a narrar una experiència del **Dr. Jordi Gol i Gurina** (metge de família com a ell li agradava anomenar-se).

“Un home gran es va trencar la cama perquè l'escala de casa seva estava poc il·luminada i no es veia prou un replà amb un graó que quedava completament dissimulat pel color del paviment, de manera que en aquesta escala ja s'havien produït tres fractures de coll de fèmur. L'home, amb el fèmur arreglat, va quedar coix, i tenia grans dificultats per a sortir de casa seva a causa precisament de la disposició de l'escala”.

“El defecte hospitalari paral·lel consisteix en exploracions que substitueixen el jurídic clínic: demanem-li tota la «seqüència d'anàlisi» i tota la «seqüència de radiografies» en lloc de raonar quins feien falta. Sobreabundància de mitjans d'exploració que evitin l'esforç i la responsabilitat de pensar, i que evidentment no donarà bon fruit”.

“Al nostre país, si bé d'una banda som encara molt lluny de tenir un sistema sanitari suficient, de l'altra, ja patim un consum sectorialment aberrant, tant de medicació com de freqüentació del sistema. Una sanitat insuficient i fomentadora del consumisme; una, doncs, sanitat qualitativament dolenta”.

J. Gol i Gurina (1984). “Ideologia i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi”. *Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Escola Superior d'Assistents Socials.

**Aquesta narrativa la feia el Dr. Gol i Gurina l'any 1984 en una classe dirigida a futurs treballadors socials.**

Realment us sembla que això va ser narrat fa trenta anys?

És, potser, aquesta greu crisi econòmica una gran oportunitat per a donar-nos una nova possibilitat de reprendre el rumb perdut fa tants anys? Poden ser en aquesta ocasió els professionals del treball social i en particular els especialistes del treball social sanitari que apliquen el mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari, una de les pedres angulars del nou sistema de benestar social del segle XXI?

Al llarg de la nostra història s'han fet infinitat de propostes, de plans, de dissenys organitzatius, per a promoure el treball interdisciplinari dels equips de salut als territoris. Però en l'actualitat continuem fent voltes a la gran roda. Potser en aquests moments de greus dificultats econòmiques i socials, **en aquesta nova –o no tan nova– situació, el treball comunitari s'albira com una de les estratègies més importants per a reconduir la situació, treball comunitari on els professionals del treball social que apliquen el mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari poden ser una peça clau per a recuperar el malaguanyat estat del benestar social espanyol del segle XXI.**



## Bibliografia

- Bronfenbrenner, U.** (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Colom, D.** (2006). "Salud y Trabajo Social: la evolución de una profesión apasionante". *Estat de benestar: Reflexions per al Treball social. Revista de Treball Social (RTS)* (núm. 177). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya** (1984). *La historia clínica per a l'assistència primària. Informes tècnics d'assistència sanitària* (núm. 2., 1a. ed.). Barcelona.
- Germain, C.; Gitterman, A.** (1980). *The Life Model of Social Work Practice*. Nova York: Columbia University Press.
- Gol i Gurina, J.** (1984). "Ideologia i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi". *Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Escola Superior d'Assistents Socials.
- Pincus, A.; Minahan, A.** (1973). *Social Work Practice: Model and Method, Itasca, Ill.* Peacock.
- Rose, S. M.; Black, B. L.** (1985). *Advocacy and Empowerment: Mental Health Care in the Community*. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Russel-Erlich, J. L.; Rivera, F. G.** (1986). "Community empowerment as a non-problema". *Journal of Sociology and Social Welfare* (vol. 13, núm. 3, pàg. 451-465).
- Sanz Cintora, Á.** (2001). *Acción Social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica*. Departamento de Psicología y Sociología ("Acciones e Investigaciones Sociales", núm. 13).
- Sinclair, E.** (1988). "The formal evidence". A: *National Institute for Social Work, Residential Care: a positive choice*. Londres: HMSO.
- Towell, D.**(comp.) (1988). *An Ordinary Life in Practice*. Londres: King Edward's Hospital Fund.
- Von Bertalanffy, L.** (1971). *General Systems Theory: Foundations, Development, Application*. Londres: Allen lane [Trad. cast.: *Teoría General de los sistemas*. Madrid: FCE, 1976.]

