

Procediments, protocols i processos en el treball social sanitari. Desenvolupament d'indicadors

Dolors Colom Masfret

PID_00206297

Índex

Introducció.....	5
1. El treball social sanitari en les organitzacions sanitàries: justificació i funcions.....	11
1.1. El treball social en l'Organització Mundial de la Salut	16
1.2. La transformació del sistema sanitari en el seu funcionament i en el seu entorn	16
1.3. Les magnituds de la narrativitat	17
2. El treball social sanitari en el Sistema Nacional de Salut.....	19
2.1. Salut pública	20
2.2. Atenció primària	22
2.3. Atenció especialitzada	23
2.4. Atenció d'urgència	25
2.5. Prestació farmacèutica	26
2.6. Prestació ortoprotètica	26
2.7. Productes dietètics	27
2.8. Transport sanitari	27
2.9. Assistència sanitària el pagament de la qual s'ha de reclamar a tercers	27
2.10. Serveis d'informació i documentació sanitària	28
2.11. Cartera de serveis complementària de les comunitats autònomes	28
2.12. Cartera de serveis de les mutualitats	29
3. El mètode científic en el treball social sanitari.....	30
3.1. Tipologia de programes d'intervenció	31
3.2. El sistema d'informació en el marc legal estatal	32
4. Els procediments i els protocols en treball social sanitari. Definició. Els processos socials sanitaris: generals i específics.....	34
4.1. Definicions bàsiques	34
4.2. Exemple de procediment general: el mètode bàsic en el servei de treball social sanitari	35
4.3. Els protocols en el servei de treball social sanitari	36
5. Processos socials sanitaris.....	39
5.1. Aspectes que s'han de considerar sobre els processos socials sanitaris	41

5.1.1. Errors conceptuals sobre els processos socials sanitaris	42
5.1.2. La tipologia del procés social sanitari es confon amb el recurs	42
5.1.3. El procés social tangible es confon amb l'activitat	43
6. La complexitat	46
6.1. Graus de complexitat	46
6.2. La complexitat relacionada amb el nombre de professionals que intervenen	46
7. La generació d'indicadors	47
Bibliografia	49

Introducció

Helen H. Perlman escriu el següent sobre el primer procediment de resolució de problemes:

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

Referència bibliogràfica

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

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

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

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

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

- Quins serveis donem en l'actualitat?
- Com els prestem?

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

- Aquests serveis que prestem, com els definim?
- Quant del que diem que fem ho fem i, a més, arriba a les persones? Com hi arriba?
- Com ens ajustem a aquest nou marc legal que es crea el 2003?

D'altra banda:

- Les nostres intervencions, són beneficioses per a les persones?
- Com ho sabem?

En aquestes preguntes, gairebé elementals, que s'ha de fer tot professional pel que fa als efectes benèfics de les seves intervencions professionals, posant una atenció especial en això de professionals, hi trobem els procediments i els protocols, els processos i els indicadors. Una part de la nostra feina és ser capaços d'identificar la part social, aquest ambient que sosté o enfonsa la persona, que fa que es recuperi o es posi malalta, que tingui una malaltia o un desequilibri mental. I això sempre (excepte justificacions majors) incloent-hi la família.

Abans de continuar, hem de fer una primera anotació essencial. No hem de confondre el treball social sanitari amb els serveis socials, si bé en molts casos el tractament social recolza d'alguna manera en algun programa o servei social de suport. En aquest cas, els serveis socials són mitjans per a aconseguir els objectius marcats en cada pla de treball. Els serveis socials hi són; com indica la paraula, són serveis. També són serveis els serveis sanitaris, i no per això els confonem amb les professions que els integren. El treball social sanitari treballa amb les persones, amb les seves famílies, elabora el diagnòstic social sanitari i, partint d'aquest diagnòstic, de vegades necessita el suport dels serveis socials, però el treball amb la persona, amb la família, amb la comunitat, es continua fent de persona a persona, sigui on sigui la persona afectada.

La pràctica del treball social sanitari es basa en teories, conceptes i principis, en metodologies, procediments i protocols que giren al voltant dels aspectes socials de la malaltia, de com aquests aspectes l'han propiciada i de com aquesta malaltia els pot propiciar. Amb aquest coneixement ampliem les nostres actuacions als aspectes preventius de malestar generat per la malaltia i promotors del benestar generats per la salut. Tot això s'ha d'esdevenir i propiciar dins una organització, un servei de treball social sanitari, que prèviament hem definit i estructurat perquè no aparegui com un servei desprofessionalitzat i carregat d'improvisació, que sense criteri reacciona a la realitat.

La malaltia és el denominador comú present en cada cas social sanitari. En funció de la penetració d'aquesta malaltia en l'àmbit social de cada persona, el treball social sanitari aplica un mètode o altre i presta un servei o altre, depenent del diagnòstic social sanitari. Així, veiem que un àmbit és el mètode de treball, el procediment o protocol aplicat, el camí d'estudi i elaboració del diagnòstic social sanitari, el qual, al seu torn, ens permet elaborar un pla de treball, i un altre àmbit és la prestació del servei o serveis per a ajudar la persona i la seva família a afrontar la situació.

Les accions professionals que es desprenen d'aplicar les teories del treball social sanitari han de quedar clarament diferenciades d'aquelles que es desprenen d'altres tipus d'ajuda provinents de la filantropia i la caritat.

Si bé el treball social com a professió moderna neix en l'àmbit de la medicina i de la justícia, de vegades el mateix desenvolupament de la societat i les estructures de l'estat del benestar ha fet que el treball social sanitari fos molt qüestionat. En general, als treballadors socials sanitaris els és impossible de

presentar en un gràfic els efectes benèfics que aconsegueixen amb les seves intervencions. Avui dia, les tecnologies permeten de saber ràpidament el nombre d'aquestes intervencions, però això convindrem que no és treball social sanitari, sinó un recompte d'activitat. Per tant, un primer començament és assumir-se com a treballadors socials sanitaris amb la responsabilitat que això comporta.

Diguem de passada que són qüestionaments més parlats que escrits. Recordem que es fa servir el concepte *treball social sanitari* i no pas *treball social en salut* perquè, precisament, és el qualificatiu de *sanitari* el que el contextualitza. A més, el treball social generalista o de qualsevol altra especialitat contribueix a millorar la salut de la població en el concepte més ampli. La salut és molt més que la sanitat.

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

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

Així, d'una banda, tenim una disciplina que és el treball social sanitari i, de l'altra, tenim unes estructures i una organització que són les que han de permetre als professionals, en general, d'aplicar els seus coneixements, les seves tècniques. Les estructures i l'organització no han de diluir ni impedir als professionals d'aplicar els seus coneixements i teories, i això es pot fer quan s'han definit prèviament els procediments o els protocols propis de treball social sanitari. Què vol dir això? Que formar part d'un procediment o protocol mèdic, o d'infermeria, o interdisciplinari, és un assoliment, però, a més, que el servei de treball social sanitari ha de disposar dels seus propis instruments, com tenen la resta de professions.

Els sistemes sanitaris evolucionen constantment, tant en la part de les estructures físiques com dels coneixements mèdics científics. Això a part, però, cada vegada estan més sotmesos a models de gestió estrictes en els quals el principi de cost-eficàcia i cost-eficiència regeix la majoria de les decisions gerencials.

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

El treball social sanitari s'inscriu en l'àmbit de la persona, de la seva família i del seu entorn, i sobre la persona a què s'intervé perquè sigui la persona la que pugui canalitzar els seus nous camins. Això, però, no es dóna per atzar, ni de manera espontània, sinó que recolza en una meticulosa planificació del servei.

La importància de saber aplicar les diferents definicions cada vegada té més relleu. La proliferació de conceptes en l'àmbit de la gestió dels serveis sanitaris, sia en l'esfera de la medicina, o de la infermeria, o del treball social sanitari, genera la necessitat d'aclarir la seva aplicació des de la disciplina que correspongui a la realitat a la pràctica assistencial. Això preserva els principis i valors d'aquesta disciplina i la distingeix de les altres. Per això, en aquest mòdul emfatitzem que estem definint els procediments i protocols de treball social sanitari, els processos i serveis de treball social sanitari, els indicadors de treball social sanitari.

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

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

Obrim un parèntesi breu per demanar-nos de què parlem quan parlem de *treball social sanitari*. La resposta és una: d'ajuda. Què motiva la nostra intervenció, però? La malaltia? Circumstàncies de precarietat i carència associades a la malaltia? Altres causes? Les demandes que rebem de les persones, dels altres professionals, són procedents, considerant la naturalesa del treball social sanitari? O per contra es produeix una desviació entre aquesta demanda i la que és la nostra responsabilitat com a treballadors socials sanitaris? Les respostes a totes aquestes qüestions les trobem quan comencem a treballar amb procediments i protocols, quan tenim definits els serveis principals i els processos d'aquests serveis, quan establim indicadors bàsics que ens permeten d'observar tendències. Tanquem el parèntesi.

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

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

- Segueix teories del treball social (sanitari). Recordem de quina manera es refereix a aquestes teories Malcolm Payne:
Robert L. Barber les defineix de la manera següent:

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

"Grup d'hipòtesis, conceptes i constructes, basats en fets i observacions que miren d'explicar un fenomen particular".
- Segueix els principis i valors del treball social (sanitari). En la *Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (2009), Chris Clark assenyala els valors següents, que són els clàssics, si bé estan una mica més elaborats:
 - El valor i la singularitat de cada persona.
 - El dret a la justícia.
 - La reivindicació de la llibertat.
 - L'essencialitat de la comunitat.
- Es dona sota els auspicis d'un marc legal. Actualment, com hem assenyalat en altres ocasions:
 - La Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
 - La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.
 - La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

Lectures recomanades

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

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

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

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

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

La presència d'un indicador de risc o d'uns quants no implica que hi hagi problemes que requereixin intervencions professionals, però els qui ho han de determinar són els treballadors socials sanitaris.

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

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

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

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

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

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

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

Està acceptat àmpliament que quan una persona està malalta es produeix una ruptura en les seves xarxes socials, laborals, afectives. La malaltia sempre trenca la dinàmica personal i social de les persones que la pateixen i, en un grau diferent, la dels membres de la seva família. Parlem dels membres perquè ca-

dascun viu de manera diferent la malaltia del seu parent, i hem de saber quina percepció en tenen cadascun. Aquesta ruptura es fa més palesa i és més important quan l'atenció requereix l'estructura hospitalària, que indica la separació de les persones de casa seva.

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

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

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

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

Aquesta ruptura, el sorgiment de noves necessitats temporals o indefinides, la major part de les vegades es pot resoldre amb mitjans propis. Quan estudiem aquesta variable en el nostre establiment (no és extrapolable d'un centre a un altre), ens trobem que la família assumeix la majoria de les noves responsabilitats.

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

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

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

Lectura complementària

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

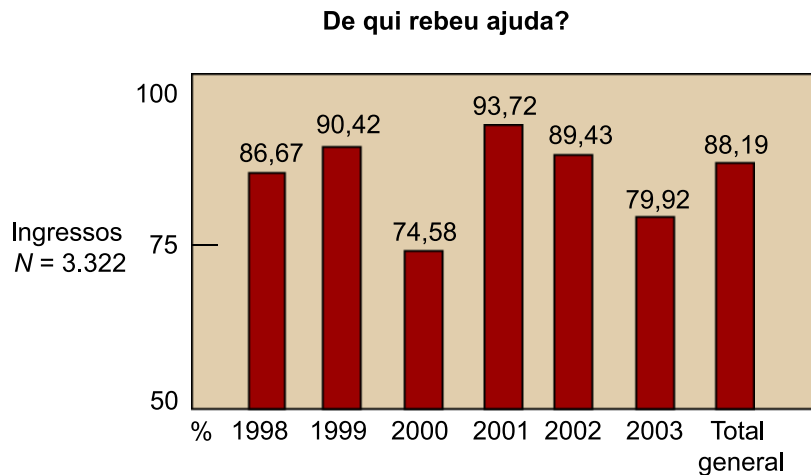
Lectura complementària

A. Siebert (2007). *La resiliència*. Barcelona: Alienta Optimiza.

De qui rebeu ajuda?	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	Total general %
De serveis públics			1,69	1,12	0,66	3,77	1,14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

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



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

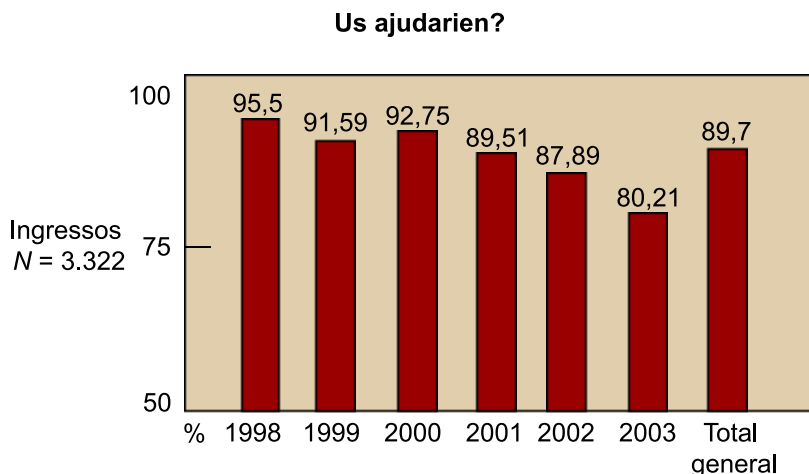
Veiem que la mitjana dels sis anys dóna un suport familiar dels malalts, segons les seves pròpies respostes, del 88,19%. Centrem l'atenció sobre l'1,14% que diu que rep ajuda dels serveis públics i l'1,69% que diu que en rep dels serveis privats. Insistim que aquestes variables no són extrapolables,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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lectures complementàries

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

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

seva família i la seva xarxa social. Per a això, però, ha de seguir procediments o protocols. La hipòtesi comuna que es fa servir, com hem esmentat, és que aquesta última donarà el suport i la continuïtat al domicili a les indicacions terapèutiques que necessiti el malalt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lectures complementàries

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Les magnituds de la narrativitat

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

Exemple

Hauríem de poder completar la fórmula següent:

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

Avui disposem de mitjans i eines que permeten de substituir la narrativitat per l'empirisme. Aquesta informació permet a la direcció de cada establiment de gestionar sobre les necessitats reals i no pas sobre el que s'opina. Hem d'emfatitzar l'àmbit local, que és l'espai que acull les persones. Tot això permet d'establir un sistema natural de seguiment de la població en situació de risc.

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

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

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

- El primer moment clau va ser l'assenyalat: l'aprovació de la Llei general de sanitat 14/1986, de 25 d'abril.
- El segon moment important va ser l'aprovació del Reial decret 63/1995, de 20 gener, publicat en el *Butlletí Oficial de l'Estat* (BOE) el 10 febrer de 1995 (núm. 35, pàg. 4538). S'hi desplegava l'ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut, a les quals llavors es va anomenar *modalitats*.
- El tercer moment clau en el desenvolupament del Sistema Nacional de Salut va ser l'aprovació de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat, l'article 7.1 de la qual introdueix el terme *catàleg de prestacions* i l'article 8 el de *cartera de serveis* del Sistema Nacional de Salut.
- El darrer moment clau d'aquesta cronologia del desenvolupament del Sistema Nacional de Salut dels darrers anys es va donar el 16 de setembre de 2006, amb la publicació en el BOE 16212 del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre.

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

Taula 3. Cronologia de les transferències sanitàries a Espanya

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

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

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

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

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

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

Els àmbits d'actuació són els següents:

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

2.1. Salut pública

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

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

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

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

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

El treballador social sanitari identifica poblacions amb hàbits, conductes, entorns ambientals i realitats circumstancials molt pròxims al risc.

Les seves propostes recolzen en recerques àmplies per a confirmar o rebutjar les hipòtesis creades. Les noves realitats socials de risc social sanitari obren noves dimensions a la intervenció dels treballadors socials sanitaris en l'àmbit específic de la prevenció i l'educació en salut pública. La seva intervenció se sustenta en la demografia i l'economia i actua amb els professionals de medicina preventiva i d'epidemiologia. Els treballadors socials sanitaris d'altres àmbits són una gran font d'informació, i poden informar els titulars en salut pública de noves realitats de risc detectades a partir de l'anàlisi periòdica de la seva activitat. Poden promoure estudis de diversa índole: les causes socials dels reingressos hospitalaris, de l'incompliment terapèutic, de l'absentisme en el seguiment mèdic, la claudicació familiar, l'increment de les addiccions, etc.

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

2.2. Atenció primària

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

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

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

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

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

Al costat dels treballadors socials sanitaris de l'atenció especialitzada estableix protocols de coordinació i derivació. L'objectiu és la màxima integració entre tots dos àmbits. El treball integrat permet de tenir més garantia en el seguiment dels casos que provenen de l'atenció especialitzada sense haver de repetir determinades tasques per a obtenir informació.

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

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

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

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

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

2.3. Atenció especialitzada

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

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

Com mostra el paràgraf anterior, l'atenció especialitzada pren el protagonisme, gairebé sempre davant situacions crítiques i agudes. Això s'esdevé quan es produeix l'agudització d'algun procés clínic que no es pot tractar en l'atenció primària, una emergència o accident, quan cal fer proves que requereixen una preparació especial, cirurgies ambulatòries, etc. De la mateixa manera que en

Lectura complementària

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

l'atenció primària s'esmenten poblacions, en aquest cas es dona per descomptat que les poblacions són les mateixes, però la prioritat la tenen la malaltia i l'àrea on té lloc el procés clínic.

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

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

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

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

Considera la gravetat de la malaltia i el suport social necessari al domicili valorant les possibilitats del nucli familiar de prestar-lo. Estudia, d'una banda, la percepció de la persona, l'autodiagnòstic, i, de l'altra, les xarxes socials més pròximes que té. Treballa amb aquestes xarxes i sobre aquestes xarxes per evitar la ruptura per claudicació. Això implica prevenir i establir un pla de treball orientat a evitar la pèrdua de la qualitat de vida, de discriminació o marginació social quan deixi l'hospital.

A més, en la seva funció de recerca i promoció de recursos, per mitjà dels òrgans directius de l'hospital, aporta als responsables locals de planificació informació útil per a establir prioritats i cobrir les necessitats sorgides durant l'ingrés, identificant els serveis més necessaris dins l'àrea sanitària.

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

2.4. Atenció d'urgència

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

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

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

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

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

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

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

Lectura complementària

Per a ampliar la informació sobre les situacions socials traumàtiques consulteu l'obra següent:

A. L. Arricivita (2003). "Situaciones sociales traumáticas (emergencias-urgencias): espacios de acción del trabajador social". *Revista de Trabajo Social y Salud* (núm. 45).

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

2.5. Prestació farmacèutica

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

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

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

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

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

2.6. Prestació ortoprotètica

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

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

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

Grups de risc

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

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

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

2.7. Productes dietètics

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

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

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

2.8. Transport sanitari

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

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

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

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

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

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

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

2.10. Serveis d'informació i documentació sanitària

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

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

En el servei de treball social, tots els punts inclouen el següent:

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

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

2.11. Cartera de serveis complementària de les comunitats autònomes

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

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

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

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

2.12. Cartera de serveis de les mutualitats

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

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

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

3. El mètode científic en el treball social sanitari

El mètode científic és un procediment o conjunt de procediments. S'expressa amb deduccions i induccions. El procediment es desplega en les fases següents:

- L'observació d'un fet.
- L'establiment d'hipòtesis.
- La definició dels objectius.
- La recollida de dades.
- El tractament de les dades.
- La interpretació.
- Els resultats que confirmaran, o no, les hipòtesis.
- La discussió.
- Les noves línies de recerca.

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

Centrats en el camp social, qualsevol informació aïllada, fins i tot essent important i vital per a cada persona a la qual pertany, no deixa de ser una realitat personal i singular. Partint d'aquesta unitat, no podem extrapolar ni projectar cap conclusió generalitzable a altres persones, encara que presentin característiques i circumstàncies semblants. No és la mateixa cosa atendre una persona que necessita ajuda per a les activitats de la vida diària, donar suport a la seva família, que partint de moltes persones ateses amb les mateixes necessitats, basant-nos en l'atenció de moltes famílies, proposar una sèrie de programes per a cobrir les necessitats d'aquest tipus de població.

En l'àmbit social sanitari sempre es dona aquest fet d'anar del cas particular al col·lectiu i partint del col·lectiu projectar programes específics. En l'avaluació periòdica revisem les fórmules actuals i en proposem de noves. Això, però, solament es pot fer quan la informació s'obté seguint la mateixa metodologia i procediments. Llavors, amb l'anàlisi d'aquesta informació podem establir escenaris entorn de les circumstàncies estudiades, disposar de les tendències i les distribucions i, progressivament, conformar un model assistencial i d'atenció psicosocial d'acord amb la població atesa i no amb una altra, d'acord amb la resolució de les seves necessitats. Això, tanmateix, requereix un ordenament i una planificació previs de la informació i de la manera d'obtenir-la. En l'era

de la tecnologia, un dels requisits indispensables de l'activitat assistencial és l'estructura dels sistemes d'informació, els quals han de facilitar tant l'atenció com la recerca.

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

3.1. Tipologia de programes d'intervenció

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

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

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

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

- **Els programes socials d'atenció sistemàtica.** Cada equip de treball té el seu propi treballador social. És la gestió social en temps real mentre la persona rep tractament mèdic. Sistemàticament i simultàniament fem l'estudi social partint del paradigma que considera la malaltia la causant d'alteracions en l'àmbit social. Com que també sabem que hi ha moltes persones que poden resoldre aquestes alteracions sense ajuda, fem un cribratge per identificar les que positivament requeriran suport social professional. Llavors, seguint el procediment del mètode bàsic de treball social, aprofundim en els efectes psicosocials que imprimeix la malaltia sobre la persona i la seva família, en qualsevol grau. Amb el diagnòstic social sanitari s'estableix el procés social, en el qual hem d'incloure la persona. Com a membres actius de l'equip de treball, fem la visita diària juntament amb la visita mèdica i d'infermeria. Això elimina la demanda.
- **Els programes socials de detecció.** Semblants als d'atenció sistemàtica, se'n distingeixen pel fet que un treballador social sanitari pot estar inscrit en diversos equips sanitaris. Apliquem criteris de risc social sanitari, validats prèviament, per a identificar la població sobre la qual es farà el cribratge social sanitari. Identifiquem els problemes i dificultats de les persones ateses i ens avancem als probables dèficits socials que afectaran la seva recuperació o convalescència. Cada probabilitat recolza en estudis previs dins l'establiment que ens indica el pes real de risc de cada característica o circumstància. Els programes de detecció es basen en les circumstàncies presents i l'estudi social es fa sense una demanda específica. El treballador social sanitari defineix els criteris indicatius per a fer l'estudi social prelimi-

nar i descartar o corroborar l'existència d'adversitats per a gestionar. Això no exclou la demanda. En els programes socials de detecció, el treballador social sanitari, fins i tot treballant en equip, no està solament integrat a un en particular sinó a uns quants, i per tant la seva intervenció està subjecta a diversos grups d'indicadors de risc segons les especialitats mèdiques en què intervingui.

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

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

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

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

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

Referència bibliogràfica

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

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

4. Els procediments i els protocols en treball social sanitari. Definició. Els processos socials sanitaris: generals i específics

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

Ida M. Cannon

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

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

4.1. Definicions bàsiques

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

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

Referència bibliogràfica

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

4.2. Exemple de procediment general: el mètode bàsic en el servei de treball social sanitari

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

- **Coneixement global del camp d'acció professional.** Els treballadors socials sanitaris hem de conèixer i estudiar les variables demogràfiques i epidemiològiques de la zona d'influència del nostre establiment. En general, disposem d'informació epidemiològica sobre les característiques de la població que ja és atesa i sobre la qual, potencialment, durem a terme la intervenció. Com que la societat és dinàmica, el camp d'acció professional també ho és.

La intervenció professional del nou mil·lenni la recolzem sobre un sistema d'informació propi del servei de treball social sanitari integrat al general, que minimitzi l'aleatorietat i permeti de monitorar els canvis socials de l'àrea d'influència de l'establiment i alhora el retroalimentari per a preveure les tendències de futur. Les fonts d'informació són bàsiques per a tenir el coneixement més ampli de les variables que interactuen.

- **Interpretació de les dades.** Activitat per la qual s'estableix el primer diagnòstic per a dissenyar l'estratègia d'organització i circuits. Si bé la interpretació de les dades és el nus gordià de la planificació dels programes i recursos futurs del servei de treball social sanitari, prèviament a aquesta interpretació hem de garantir la qualitat i veracitat de la informació sobre la qual treballarem. L'anàlisi de les tendències s'ha de sustentar en valors representatius tractats de tal manera que facilitin una ràpida lectura de la realitat i l'evolució que segueix. Cal reiterar també que això permet, recolzats en el mètode científic, de promoure recursos dins les diverses realitats de la zona geogràfica de la qual procedeixen les persones ateses. Un dels avantatges que té l'organització hospitalària és la sectorització de la majoria dels hospitals, cosa que permet de delimitar la població susceptible d'atendre. La interpretació de dades s'ha de sostenir sobre les dades que hi ha i no pas sobre els tòpics que marquen l'imaginari. Hi ha determinats resultats que poden donar origen a la hipòtesi que sempre s'han de validar.
- **Diagnòstic social sanitari.** És el centre de gravetat de la intervenció social. El diagnòstic social sanitari l'emmet en exclusiva el treballador social sanitari¹. És el seu objectiu principal. Metafòricament parlant, el diagnòstic social sanitari és l'equivalent a l'ADN del cas social sanitari. La proporció dels seus components, el pes que implica cadascun per a la resta, la influ-

Referència bibliogràfica

M. Colomer (1974). "Método de trabajo social". *Revista de Trabajo Social* (núm. 55).

⁽¹⁾De la mateixa manera que el diagnòstic mèdic l'emmet el facultatiu o el diagnòstic d'infermeria l'emmet la infermeria.

ència sobre la persona considerant la seva resiliència el converteix en únic i distingeix un cas d'un altre. Per la importància que té, al diagnòstic social sanitari hi dedicarem el crèdit següent.

- **Pla de treball.** Inclou els objectius. Assenyala els processos que requereix la resolució del cas social sanitari. Defineix els passos que s'han de seguir, la cronologia, les persones de suport i el temps d'execució.
- **Execució.** No l'hem de veure com una cosa que s'esdevé al final. És constant des del principi. Cada intervenció professional comporta una reacció en la persona o el seu nucli de convivència o xarxa social. L'execució en el treball social sanitari no és una cosa que s'esdevé com a punt final d'una intervenció, o com a colofó, des del primer contacte. La persona és sempre testimoni de la manera com va tenint lloc l'execució de la seva atenció. Per a completar l'execució hem de pensar en un instrument que permeti de recollir les variables actuant que marquen els punts crítics de cada cas. Aquesta informació és la que passarà a la base de dades del sistema d'informació.
- **Avaluació.** La circularitat del mètode bàsic de treball social i dels procediments de treball social sanitari es manifesta en l'avaluació quan es posa en relleu el que s'ha fet globalment i considera el que s'ha acabat o queda pendent, els beneficis socials de la intervenció professional, etc. En què ha millorat la vida de les persones la nostra intervenció. Les dades obtingudes en l'avaluació retroalimenten el procediment general i constitueixen una plataforma de nou **coneixement global del camp d'acció professional** sobre el qual es poden marcar els objectius i estratègies per al període següent. També en aquesta fase es poden promoure canvis justificats per les noves realitats que es vagin identificant.

L'aplicació de procediments és una via científica d'intervenció perquè regula unes fases comunes a l'atenció. Les circumstàncies particulars que caracteritzen el Sistema Nacional de Salut determinen patrons de la intervenció del servei de treball social sanitari que el distingeixen d'un servei de treball social d'un altre àmbit. No es parla del "què" sinó del "com".

4.3. Els protocols en el servei de treball social sanitari

Un protocol és un procediment que s'aplica a una situació determinada. Ara assenyalarem algunes de les definicions més comunes de *protocol* a fi d'establir les corresponents assimilacions i aplicacions des del treball social sanitari.

Lectura complementària

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

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

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

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

Dictionary of Public Health, Oxford University Press

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

Diccionario de la lengua española, Real Acadèmia Espanyola

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

Diccionari enciclopèdic de medicina, Enciclopèdia Catalana

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

Sempre exigeix uns passos singulars i particulars que s'han demostrat els més eficients. Com el procediment, és una eina de treball consensuada pels qui l'hagin d'aplicar. Per exemple, a "cures pal·liatives" hi podem trobar dos procediments:

- Procediment d'atenció a les persones en fase terminal de la vida.
- Procediment d'atenció a la família de les persones en fase terminal de la vida.

Quan n'hem de dir *protocol* i quan n'hem de dir *procediment*? De vegades, sobretot al principi, quan ens comencem a endinsar en l'aplicació dels conceptes, es produeix una mica de confusió. La diferència principal és que el procediment és més general, mentre que el protocol queda subjecte a una circumstància o realitat específica amb prou entitat per a tractar-la singularment. Al seu torn, però, el protocol pot contenir circumstàncies generals, com hem vist en l'exemple anterior. Optar per una denominació o l'altra depèn dels continguts i de la contextualització. És un exercici d'aplicar la definició i saber-la aplicar bé.

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

- Procediment de primer acolliment a persones sense història de treball social sanitari.
- Procediment del programa de la planificació de l'alta sanitària en treball social sanitari.
- Procediment de treball social sanitari per a l'atenció als més grans de vuitanta anys.

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

- Protocol de primer acolliment a les dones sense història de treball social sanitari que demanen protecció.
- Protocol per al registre de les activitats relacionades amb el programa de cures pal·liatives.
- Protocol de treball social sanitari per a l'atenció a les persones que han patit la pèrdua d'un familiar en accident de trànsit.

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

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

5. Processos socials sanitaris

Un procés s'explica com un conjunt d'activitats necessàries per a prestar i oferir un servei o producte de valor per al client (no s'ha de confondre amb *consumidor*). El terme *client* implica que hi ha un professional que informa, assessora i orienta el client que li fa una consulta o li demana ajuda.

Vegem algunes de les definicions de *procés*.

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

R. Colomer i J. Rustullet (pàg. 122)

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

M. Hammer i J. Champy (pàg. 44)

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

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

En analitzar aquesta darrera definició, especialment, és procedent de demanar-se si, llavors, un procés és un servei. La resposta és que no, però amb matisos. Un procés no és un servei, sinó el conjunt d'activitats que es duen a terme i s'executen per a oferir un servei. El servei és la denominació final, i en la denominació s'hi inclouen les activitats que abans cal haver identificat, i en alguns casos, definit. Per exemple, "servei de suport psicosocial i ingrés temporal per al descans del cuidador principal de malalts amb diagnòstic d'Alzheimer". Aquest servei implica nombroses activitats: fer entrevistes amb diferents membres del cas social sanitari, fer gestions amb altres professionals, generar informació sobre la qüestió particular, conèixer els centres on es pugui accedir, registres, comunicats, etc. Per tant, per a dir que hem prestat tal servei o tal altre, abans hem hagut de fer aquest conjunt d'activitats, sense les quals no hi ha servei. El servei no és mai "tramitar l'ingrés del malalt d'Alzheimer perquè el el cuidador principal descansi" perquè descrit així reïfiquem la persona, i aquest tràmit, a més, no necessita cap formació específica. Els serveis que prestem des de treball social sanitari responen a la definició de *servei*.

Què és un servei prestat des de treball social sanitari? Fins ara hem parlat de procediments, de protocols, de processos, que totes les activitats que conformen un procés s'acaben amb un servei de valor per al client. Llavors, cal definir què és un servei i, a més, quins serveis es presten des de treball social

Referències bibliogràfiques

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

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

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

sanitari. Quan sapiguem anomenar alguns dels serveis que prestem, identificarem també les activitats necessàries per a prestar aquests serveis, cosa que, acadèmicament, es defineix com a *procés*.

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

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

R. Colomer i J. Rustullet

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

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

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

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

Un procés social, per la naturalesa que té, equival a una tipologia de suport. Les més habituals inclouen el suport psicosocial en: l'atenció a domicili, l'atenció residencial, el centre de dia i el centre sociosanitari.

El procés sanitari s'associa en general al diagnòstic sanitari, mentre que el procés social s'associa a la tipologia de suport o al que anomenem *servei o conjunt de serveis*. Cada procés sanitari conté (o pot incorporar) la intervenció social, que, seguint els seus propis procediments, desemboca al seu torn en el començament d'un procés social. Tanmateix, això no permet d'establir una associació permanent ni estable entre el procés sanitari i el procés social. Les persones ateses dins el mateix procés sanitari ho seran, a més, en processos socials diferents. Per exemple, totes les persones dins el procés de fractura de

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

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

fèmur, càncer de cèrvix o insuficiència respiratòria, per posar alguns exemples, rebran suports socials diferents. Aquests suports seran confirmats pel diagnòstic social sanitari.

Alguns dels aspectes que s'han de considerar sobre els processos socials són els següents:

- Impliquen el desenvolupament paral·lel o seqüencial d'activitats i gestions per a aconseguir un servei final definible i mesurable. *A priori* no es pot determinar l'activitat que comportarà la gestió del procés. Per exemple: "el suport psicosocial en l'atenció a domicili per a educar en l'organització de la llar" és un procés social; l'"atenció a domicili" és una tipologia de suport; la gestió de l'atenció a domicili requerirà, en cada cas social, elements particulars. Més endavant, aquesta atenció s'associarà a un recurs que la materialitzarà, però el recurs no és el procés.
- Hi ha tipologies de suports diferents que conceben processos socials diferents, si bé tots comparteixen activitats i gestions semblants. Per exemple, continuant amb el procés social "atenció a domicili", convoca entrevistes, visites, trucades telefòniques, reunions, enviament d'informes, etc. El procés social d'"atenció residencial", però, també es nodreix de totes aquestes activitats. El que varia al cap i a la fi és la tipologia de suport, però no les activitats que les integren.
- Els processos socials sanitaris comencen sempre quan s'ha establert el diagnòstic social sanitari, sense el qual el que es fa és respondre de manera reactiva a una demanda.

Les activitats i les tècniques són les bastides que permeten al treballador social sanitari de teixir els elements que donaran lloc al procés social sanitari que, finalment, es concretarà en un recurs. Una característica dels processos, i la diferència que hi ha amb els procediments, és que els procediments són la guia que cal seguir, mentre que els processos, fins i tot tenint els mateixos components, varien d'un cas a un altre que pot requerir més o menys atenció en nuclis d'intervenció diferents.

5.1. Aspectes que s'han de considerar sobre els processos socials sanitaris

- Impliquen el desenvolupament paral·lel o seqüencial d'activitats, tasques i gestions que no són exclusives del procés per a aconseguir un servei final definible i mesurable. Per exemple, l'"atenció a domicili" és un procés social, respon a una tipologia de suport psicosocial i atenció a domicili per a ajudar a organitzar la llar. No l'hem de confondre amb un recurs, si bé aquest recurs és el que materialitzarà el procés. No és el procés, però.

- Hi ha tipologies de suports diferents que conceben processos socials diferents i, per tant, serveis diferents, encara que tots comparteixin activitats i gestions semblants perquè la persona es pugui beneficiar del servei o la prestació. Per exemple, en la mateixa línia, un procés social d'"atenció a domicili" convoca entrevistes, visites, trucades telefòniques, reunions, etc. També en convoca, però, un procés social d'atenció residencial. No hem de confondre els elements que fan possible el procés amb el procés mateix.
- Els processos socials comencen per la manifestació o l'observació d'un o de diversos problemes socials, vinculats a una malaltia aguda o crònica.

5.1.1. Errors conceptuals sobre els processos socials sanitaris

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

- La tipologia del procés social sanitari es confon amb el recurs.
- El procés social tangible es confon amb l'activitat.

5.1.2. La tipologia del procés social sanitari es confon amb el recurs

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

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

Tipologia de suport material dins els processos socials sanitaris	Recursos de la zona
Atenció a domicili	<ul style="list-style-type: none"> • Atenció a domicili dels serveis socials de la zona El Centre • Atenció a domicili del Casal del Pensionista • Atenció a domicili Santa Teresa • Atenció a domicili del SAD El Millor
Establiments residencials	<ul style="list-style-type: none"> • Residència Sant Josep • Residència Matilde • Residència de gent gran Sant Antoni

Tipologia de suport material dins els processos socials sanitaris	Recursos de la zona
Establiments residencials assistits	<ul style="list-style-type: none"> • Residència assistida Els Gira-sols • Residència assistida La Integral
Establiments sociosanitaris	<ul style="list-style-type: none"> • Centre sociosanitari L'Aurora

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

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

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

Amb tots els processos socials sanitaris, els serveis finals i la titularitat dels recursos que hi hagi, hem d'elaborar un atlas sectorial de processos (serveis prestats des de treball social sanitari) i recursos que segons el format que tingui pot resultar una bona guia de serveis de suport sempre actualitzada.

5.1.3. El procés social tangible es confon amb l'activitat

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

Taula 6. Activitats i tècniques dels processos socials tangibles

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

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

Una de les característiques dels processos socials sanitaris és que la majoria són rivals o, dit en altres termes, excloents els uns amb els altres. Una persona tractada dins un procés d'"atenció a domicili" no està tractada en un procés d'"establiment residencial". Aquesta rivalitat es fa extensible als "recursos" dins el mateix procés social sanitari. No es poden fer servir dos recursos iguals alhora. No es pot viure a la "residència A" i alhora viure a la "residència B". Les activitats i les tècniques no determinen el procés, però són la bastida des de la qual es construeix el procés social i dona lloc a l'atenció final sota el guiatge d'un recurs concret. A tall d'exemple, la taula següent il·lustra l'afirmació del punt anterior.

Taula 7. Relació de processos, activitats i tècniques

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

Tipologies de suport material dins els processos socials sanitaris	Activitats i tècniques comunes a tots els processos socials sanitaris	
	Activitats	Tècniques
9) Unitats d'avaluació geriàtrica ambulatoria		
10) Etc.		

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

6. La complexitat

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

6.1. Graus de complexitat

Taula 8. Graus de complexitat

De la gestió psicosocial	És el grau de complexitat que està associat al conjunt de variables que reuneix la persona i, dins les variables, el valor per definició operacional (per exemple, prenent un format d'escala del tipus Lickert, el grau que té en aquella persona en concret).
De la gestió del suport de recursos	Dins els principals processos socials sanitaris (tipologies de suport) hi ha diferents graus de complexitat que impliquen diferents graus d'intervenció per al servei de treball social en relació amb els recursos que assumiran la responsabilitat de l'atenció.

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

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

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

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

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

7. La generació d'indicadors

L'OMS defineix els indicadors de la manera següent:

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

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

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

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

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

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

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

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

Enllaços d'interès

www.ine.es

