
Criterios de asignación de trabajadores sociales sanitarios en los centros de salud de Barcelona en base a recursos disponibles y a necesidades de la población

Trabajo Final de Máster – MU de Trabajo Social Sanitario

Autor: Jordi Riba Cebrián

Directora: Dolors Colom Masfret

Febrero – junio 2018



Esta obra está bajo una licencia de Reconocimiento-No comercial-Compartir
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/deed.ca>)

Agradecimientos

A Dolors Colom, quien
me animó a cursar el Máster y que me
ha apoyado en decisiones profesionales.

A mi pareja Cristina y a mis hijos Aleix y Pau,
Que han sufrido el no poder estar
más horas conmigo por tener que
dedicarle tiempo a las PEC.

Índice

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
PALABRAS CLAVE	5
KEY WORDS	5
INTRODUCCIÓN	6
LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO	7
LA APS EN CATALUNYA	10
LAS RATIOS DE POBLACIÓN POR TSS EN LA APS	13
RESUMEN INTRODUCTORIO	14
HIPÓTESIS DE TRABAJO	15
OBJETIVOS	15
METODOLOGÍA	16
POBLACIÓN ATENDIDA PONDERADA POR EDAD.....	18
LOS GRUPOS DE MORBILIDAD AJUSTADA (GMA)	19
EL ÍNDICE SOCIOECONÓMICO COMPUESTO (ISC)	20
RESULTADOS	22
CONSIDERACIONES PARA LA CREACIÓN DE LA TABLA.....	22
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA LITORAL	23
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA ESQUERRA.....	24
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DRETA	25
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNTANYA.....	26
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31

Resumen

Este trabajo pretende dar respuesta a la dificultad de encontrar ratios equitativas entre profesionales del trabajo social sanitario de los centros de salud a la hora de asignar nuevos recursos profesionales.

Los índices de morbilidad y de situación socioeconómica de la población asignada al equipo, junto con el análisis de la población atendida ponderada por edad, podrían ayudar a definir los recursos necesarios de trabajo social sanitario.

Objetivo: lograr una distribución óptima de profesionales por Equipo de Atención Primaria para conseguir la equidad de atención de la persona y repartir las cargas de trabajo entre profesionales.

Metodología: Para calcular cuántos trabajadores/as sociales sanitarios/as debemos asignar a cada equipo aplicando criterios de equidad relacionados con las necesidades poblacionales, hemos considerado básicamente la población de referencia de cada Área Básica de Salud atendida en el último año y ponderada según la edad, según la morbilidad y según el nivel de privación socioeconómico.

Resultados: 22 equipos precisarían refuerzo y 10 equipos tendrían menor carga asistencial relativa. Los Servicios de Atención Primaria Litoral y Muntanya son en los que la población tiene más carga de morbilidad y peor índice socioeconómico.

Conclusiones: La carga de morbilidad, la privación socioeconómica y la edad son factores determinantes del nivel de salud y de las necesidades de soporte social y sanitario de la población, así como datos notablemente objetivos, por lo que consideramos que son criterios que deben aplicarse tanto para asignar recursos como para distribuirlos de forma equitativa y proporcional a las necesidades de los pacientes.

Abstract

This work aims to respond to the difficulty of finding equitable ratios among professionals of the health social work in health centers when it comes to assigning new professional resources.

The morbidity and socioeconomic status indices of the population assigned to the team, together with the analysis of the attended population weighted by age, could help to define the necessary resources of health care social work.

Objective: To achieve an optimal distribution of professionals by Primary Care Team to reach equity of attention of the patient and distribute workloads among professionals.

Methodology: To calculate how many health social workers should be assigned to each Primary Care Team applying equity criteria related to population needs, we have basically considered the reference population of each Basic Health Area attended in the last year and weighted it according to age, morbidity and socioeconomic deprivation level.

Results: 22 teams would need reinforcement and 10 teams would have a lower relative social care burden. The Primary Care Services “Litoral” and “Muntanya” are the ones whose population has a higher morbidity burden and a worse socioeconomic index.

Conclusions: Morbidity burden, socioeconomic deprivation and age are decisive factors of the health level and the social and health support needs of the population, as well as remarkably objective data, which is why we consider these criteria must be applied to allocate resources so as to distribute them equitably and proportionally to patient’s needs.

Palabras clave

Ratio, trabajador/a social sanitario, atención primaria de salud, grupos de morbilidad ajustados, índice socioeconómico compuesto

Key Words

Ratio, health social worker, primary health care, adjusted morbidity groups, composite socioeconomic index

Introducción

Mediante la planificación de los recursos humanos las organizaciones tienen que identificar sus necesidades actuales y anticiparse a sus necesidades futuras de personal, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. De tal forma que se pueda asegurar que haya suficientes recursos humanos disponibles, con la competencia adecuada para dar la atención sanitaria requerida y de calidad a la población.

En general, el análisis de dimensionamiento de una plantilla, como estudio cuantitativo (volumen/carga de trabajo) y cualitativo (calidad del trabajo) que es, exige visualizar cada departamento como una “unidad de negocio” interdependiente que cuenta con recursos materiales y humanos, que constan de una serie de procesos, sistemas de gestión y herramientas para transformar y consumir estos recursos y que finalmente genera unos productos y servicios a clientes internos o externos de la organización. Para cuantificar la carga de trabajo se deben identificar y analizar los procesos, puestos de trabajo que participan y tiempos medios empleados para realizar las funciones y tareas asignadas.

Revisando la bibliografía sobre la asignación de recursos humanos a equipos de trabajo, y centrados en el personal sanitario, se han encontrado fórmulas de cálculo para el dimensionamiento de unidades hospitalarias, basados en medidas directas y en medidas indirectas¹.

Los instrumentos basados en medidas directas del tiempo consumido en el cuidado de los pacientes, se basan en una descripción exhaustiva de las actividades de cuidado, ponderadas de acuerdo con el tiempo de ejecución. Miden el tiempo de cuidado a partir de las actividades que se han realizado o se prevee realizar a un paciente durante un período de tiempo determinado. Algunos de estos métodos son:

Instrumento	Autor	Año
PRN	M. Chagnon	1969
SIIPS	Gobierno francés	1986
Proyecto Signo II	Ministerio de Sanidad y Consumo	Años 90

Los sistemas de medición indirecta, tienen como principal desventaja que han sido diseñados basándose en un marco teórico que no refleja las actividades, y están basados en indicadores en función de las necesidades de los pacientes y su grado de dependencia.

Algunos de estos métodos son:

Instrumento	Autor	Año
MEDICUS	Jelinek	1974
M. EXCHAQUET	N. Exchaquet y L. Zublin	1971
M. MONTESINOS	A. Montesinos	1979
IPSI	EE.UU.- Francia	1985
DNS	E. Clini	1999

Dentro de estos métodos de medición indirecta, D. Colom (2008)² plantea uno, de forma teórica, para el cálculo de recursos humanos del servicio de trabajo social sanitario en un modelo de intervención por programas dada la dificultad de poder valorar los recursos humanos en un modelo de intervención a demanda.

El método que D. Colom plantea consiste en asignar tiempos medios a las actividades y acciones de la intervención social en cada programa.

D. Celdrán³, D. C. (2015) también establece, para primaria de servicios sociales la ratio de profesional según las funciones de los trabajadores sociales en las unidades de trabajo social.

En trabajo social sanitario existe la dificultad de no tener descritos los servicios que se ofrecen de forma detallada en cada programa, con lo que el cálculo de tiempos para cada uno de ellos deviene difícil.

Hasta el momento actual el autor no ha encontrado más bibliografía sobre el dimensionamiento en trabajo social sanitario (y menos enfocada a la atención primaria de salud), por lo que se propone un método basado en la morbilidad, situación socioeconómica y población atendida por el equipo de atención primaria de salud.

La atención primaria de salud y la evolución del trabajo social sanitario

Podemos situar el origen de la Atención Primaria de Salud (APS) a partir de su definición en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, en 1978, en la cual se expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial, de proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define APS como *“la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”*⁴.

En fechas cercanas a la declaración de Alma Ata, cobra protagonismo el modelo holístico de Laframbroise (1973)⁵ que explicaría la producción o pérdida de salud según una serie de determinantes, y que fue desarrollado por Marc Lalonde⁶, ministro de sanidad canadiense. Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por 4 grandes determinantes:

- Estilos de vida y conductas de salud
- Medio ambiente
- Biología humana
- Sistema de asistencia sanitaria.

Años después, en la conferencia de Bethesda Tarlov (1999), se describe un esquema de determinantes de salud más evolucionado, en el que se incluyen 5 niveles, incorporando los determinantes ambientales comunitarios (familia, escuela, vecindario, empleo, instituciones locales, etc.) añadidos al medio ambiente considerado como el ambiente físico, climático y contaminación.

Sobre estos determinantes ambientales comunitarios ya trabajó en Boston el Dr. Richard Clarke Cabot, contratando a la primera trabajadora social sanitaria (TSS), la señora Isabel Garnet Pelton, el 3 de octubre de 1905, para que visitara a los pacientes que acudían a la clínica y recopilara al alta información en el domicilio que no se podía hacer en la consulta. Y es que el Dr. Cabot percibió que los factores ambientales y sociales (hoy llamados determinantes sociales) podían ser los responsables de determinadas enfermedades.

Y es que la TSS es el profesional experto en el estudio y diagnóstico de los factores sociales que afectan a la salud de las personas en los centros sanitarios. La información que proporcionan las TSS es fundamental para la gestión y optimización de los recursos de las instituciones sanitarias (Colom, 2012)⁷.

El trabajo social sanitario es la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario (atención primaria, la atención socio sanitaria o la atención especializada) y cuyo objetivo es de facilitar una buena salud, prevenir la enfermedad y ayudar a los enfermos y a sus familias a resolver los problemas sociales y psicosociales relacionados con la enfermedad⁸.

En España, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁹, en su capítulo II artículo 18.2, argumenta que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones como "*La atención primaria **integral** de la salud, incluyendo, además de las acciones*

curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad”.

La misma Ley General de Sanidad, define en su artículo 56.2.a que: *“En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria”.*

La APS se convierte en el primer punto de acceso de las personas al sistema público de salud. Tradicionalmente en España, los servicios de APS se han ofrecido en centros de salud en los que trabajan básicamente médicos de familia, enfermeras y profesionales administrativos. Estos equipos son los encargados de llevar a cabo las funciones básicas de la APS, definidas en La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁰, que en su artículo 12.1, de prestaciones de la atención primaria, la define como *“el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el **trabajo social**”.*

Es este punto de la Ley 16/2003 el que toma relevancia, dado que incluye el Trabajo Social como actividad en la APS. Anteriormente, no obstante, ya se había iniciado la incorporación de las TSS en los centros de salud, aunque ésta se produce de forma desigual en los distintos territorios. No se observa, por otra parte, que se encuentren definidos los recursos sanitarios que se destinarían a garantizar esta prestación de forma generalizada con criterios de equidad, calidad, seguridad y eficiencia.

En el punto 2, del mismo artículo 12, describe que la APS comprenderá:

- a) *La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.*
- b) *La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.*
- c) *Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.*
- d) *Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.*
- e) *La rehabilitación básica.*

- f) *Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.*
- g) *La atención paliativa a enfermos terminales.*
- h) *La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.*
- i) *La atención a la salud bucodental.*

La APS en Catalunya

Anteriormente a todas estas normativas mencionadas, en 1979, el Estatuto de Autonomía de Cataluña, aprobado por la Ley Orgánica 4/1979, de 18 de diciembre¹¹, establece en su artículo 17 las competencias que corresponden a la Generalitat de Catalunya en materia de seguridad social, entre las que destacan:

- El desarrollo legislativo
- La organización y administración de todos los servicios relacionados con las materias de sanidad.

Posteriormente, y previo al traspaso de la competencia de Sanidad a las diferentes Comunidades Autónomas, la Generalitat de Catalunya creó en 1980 el primer Mapa Sanitario de Cataluña¹², que representó un hecho histórico al especificar por primera vez la delimitación territorial y los tipos y estructuras sanitarias que se necesitaban. El Mapa fue un verdadero plan estratégico al plantear los principios de las reformas que se llevaron a cabo posteriormente, sobre todo en el ámbito de la atención primaria y la atención hospitalaria.

El 15 de julio de 1981 mediante el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)¹³, se puso en marcha el traspaso de servicios e instituciones a la Generalitat.

Pasados 2 años, en 1983, la Generalitat de Catalunya crea el Institut Català de la Salut (ICS), mediante la Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, la asistencia y los servicios sociales de Catalunya¹⁴, como entidad gestora

de la Seguridad Social para desplegar las competencias en materia sanitaria y para ejecutar los servicios que se le habían traspasado.

Desde sus inicios, el ICS asumió las funciones del antiguo Instituto Nacional de Salud que, entre otros, incluían la gestión de los hospitales y centros de atención primaria y de atención extrahospitalaria de la Seguridad Social. También asumió la concertación de servicios sanitarios con las entidades que no eran propiedad de la Administración. Por tanto, el ICS se convierte en entidad gestora y a la vez proveedora de recursos sanitarios hasta 1989.

En 1991, después de 2 años de transición con una Dirección General de Recursos Económicos del Sistema Sanitario, entró en funcionamiento el Servei Català de la Salut (CatSalut), como ente público cuya finalidad era gestionar la sanidad catalana. Fue el primer servicio de salud de una comunidad autónoma que se creó como ente público. Esto es fruto de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) que el Parlamento de Cataluña aprobó el 14 de junio de 1990¹⁵.

Con la aprobación de la LOSC y la creación del CatSalut como un ente público de carácter institucional se consolida el sistema sanitario mixto propio de Cataluña. El CatSalut aprovecha todos los recursos sanitarios existentes, independientemente de su titularidad, para conseguir una homogeneización adecuada de las prestaciones y una utilización correcta de los recursos humanos y materiales, de acuerdo con la tendencia general de los países más avanzados.

Con la LOSC, el ICS pasa de ser gestor y proveedor de recursos sanitarios a solamente proveedor de los mismos. Es por eso que, en la actualidad, conviven diferentes proveedores de APS, incluso en una misma ciudad.

En 1985 se ejecuta la Reforma de la APS, mediante el “Decreto 84/1985, de 21 de marzo, de medidas para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña”¹⁶ en el que se concreta la delimitación de un marco territorial que permite una sectorización operativa de la red asistencial; la integración y coordinación entre los diferentes estamentos del personal sanitario y entre los diversos niveles asistenciales, y la asunción de actividades de promoción de la salud, atención psicosocial y rehabilitación, elementos todos ellos que coadyuvarán en el necesario acercamiento del sistema sanitario al usuario.

Aparece por primera vez en la normativa la **atención psicosocial** buscando acercar la APS a la definición de salud de la OMS: *“La salud, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto de salud es un objetivo*

*social sumamente importante en todo el mundo...*¹⁷. Y es en el artículo 6.2.a del Decreto 84/1985, cuando define el personal sanitario que integrará el equipo de atención primaria (EAP), que especifica “asistentes sociales de atención primaria”. Es la primera normativa de APS en Catalunya que **incluye a los trabajadores/as sociales como personal sanitario** integrado a los equipos de atención primaria junto a personal médico (Médicos generales - Pediatras puericultores - Odontólogos-estomatólogos) y a personal auxiliar sanitario (Ayudantes técnicos sanitarios diplomados en enfermería - Auxiliares de clínica).

Lamentablemente, esto no se tuvo en cuenta en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias¹⁸ que no incluye al Trabajo Social como profesión sanitaria, con lo que fue recalificada su categoría profesional, siendo en la actualidad Técnico Medio de Gestión y Servicios.

Pero siguiendo con el Decreto 84/1985, en su artículo noveno, define las funciones del EAP:

- a) *La atención sanitaria individual y colectiva en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia a la población adscrita al Equipo, en coordinación con los servicios de especialidades médicas del Sector.*
- b) *La ejecución de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la educación sanitaria directa de la población.*
- c) *Las tareas de rehabilitación propias de un primer nivel asistencial.*
- d) *La participación en programas de docencia y formación de los profesionales de atención primaria.*
- e) *La elaboración y ejecución de programas de investigación en el ámbito de la atención primaria.*
- f) *La realización de los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.*
- g) *La elaboración del diagnóstico de salud del Área Básica.*
- h) *La autoevaluación de las actividades realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en los programas generales de evaluación y control de calidad de la asistencia primaria.*
- i) *La cumplimentación y envío a los órganos del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el Instituto Catalán de la Salud de la documentación que se solicite para la evaluación exhaustiva de las actividades del Equipo y su rendimiento.*
- j) *Todas aquellas otras, de análoga naturaleza, que se determinen para alcanzar una mejor atención primaria de la población.*

Y termina diciendo que los diferentes profesionales del equipo trabajarán coordinadamente en todas las actividades dirigidas al desarrollo de las funciones mencionadas. Con lo que explicita que las funciones de la TSS son las mismas que el resto de profesionales sanitarios del EAP.

Las ratios de población por TSS en la APS

En el Decreto 84/1985 se define el área básica de salud (ABS) como la unidad territorial elemental donde se presta la APS. Y en su punto 2a, dice que abarcará una población entre 5.000 y 25.000 habitantes, pudiendo llegar hasta 40.000 habitantes. Lo mismo dice el artículo 1.2 del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud¹⁹

Por otro lado, la Orden de 6 de mayo de 1990, de aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los EAP²⁰, en su artículo 21, especifica que *“En aquellos casos en que el asistente social o el odontólogo estén asignados a más de una ABS, el director del sector correspondiente, de acuerdo con los profesionales y los EAP afectados, deberá establecer su horario de colaboración con cada uno”*, con lo que se sobreentiende que ambos profesionales pueden ser compartidos entre diferentes equipos, siendo esta la realidad que ha permanecido (y aún perdura) durante muchos años.

Porcel, 2008²¹, visualiza los ritmos de despliegue de la reforma de la APS en Cataluña en relación a la cobertura de TSS en los diferentes años (ver tabla 1).

Período	Número de TSS	ABS de nueva creación
1986 – 1990	45	85
1991 – 1995	76	121
1996 – 2000	43	79
2001 – 2005	29	62
Total	193	347

Tabla 1. Incorporación de TSS en las nuevas ABS. A partir de los datos de Porcel, 2008.

También apunta Porcel que *“según datos del Departamento de Salud, se destina un 0,3% de trabajadores sociales por cada 10.000 habitantes”*. Esto supondría una ratio de 33.300 habitante por TSS.

Datos aportados por el Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya²² confirman la evolución ascendente de TSS, dado que en 2011 ya existían 241 profesionales en las

369 ABS existentes en Cataluña, y mantiene el número de 0,3 profesionales por cada 10.000 personas asignadas.

Haciendo un salto en el tiempo, en mayo de 2017, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya presenta la Estrategia Nacional de la Atención Primaria y Salud Comunitaria (ENAPISC)²³, que viene a ser una nueva reforma de la APS, y anuncia la presencia de una TSS en cada EAP. A pesar del anuncio, el desarrollo de la ENAPISC se ha visto dificultado por la situación política de Cataluña y la falta de aprobación de los presupuestos de 2018, con lo que el documento que define la reforma aún no ha visto la luz.

Resumen introductorio

- Las ABS tienen una población de entre 5.000 y 40.000 habitantes de población asignada.
- La TSS forma parte de los equipos de APS, aunque no todos los EAP disponen de TSS y la distribución es irregular.
- En Catalunya diferentes fuentes en los últimos años establecen que la ratio genérica de TSS es de 0,3 TSS por cada 10.000 habitantes, lo que vendría a supondría tener una ratio de 1 profesional por cada 33.300 habitantes.
- La ENAPISC establece la presencia de 1 TSS en cada EAP, con las diferencias de población existente entre ellos.

A diferencia de las TSS, sí que se han analizado el número de pacientes, así como su comorbilidad entre otras características, que formarían parte del cupo asignado a cada uno de los médicos de familia o a las enfermeras de la APS. En este sentido, se acepta con frecuencia que los ciudadanos asignados a un médico oscilarían entre 1500 y 1800 pacientes.

Atendiendo a la evolución de la APS, en el sentido de la importancia de atender de forma integral y con una perspectiva holística la salud de las personas y de integrar la visión social y sanitaria con este fin, podemos concluir que la figura y labor de la TSS está cobrando un justo protagonismo. Llegados a este punto, será necesario objetivar su peso entre los distintos miembros que conforman un equipo de APS, así como sus funciones y objetivos.

El presente trabajo está planteado con el propósito de encontrar un método de cálculo de la necesidad de TSS en los equipos de atención primaria que garanticen la consecución de los objetivos esperados con sus aportaciones.

Hipótesis de trabajo

Las hipótesis que se plantean son las siguientes:

1. Una mayor morbilidad de la población atendida por el equipo de atención primaria se correlaciona positivamente con una mayor carga asistencial del trabajador social.
2. Las poblaciones con una situación socioeconómica baja se correlacionan positivamente con una mayor carga asistencial del trabajador social sanitario.
3. El número de profesionales asignados se correlaciona positivamente con la población atendida ponderada por edad del equipo.

Objetivos

Objetivo general

Hacer una distribución óptima de profesionales por Equipo de Atención Primaria (EAP) de la Gerencia Territorial Barcelona (GTB), del Institut Català de la Salut, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- a. Población atendida ponderada por edad
- b. Grupos de morbilidad ajustada
- c. Indicador socioeconómico compuesto.

Objetivos específicos

1. Conseguir la equidad de atención de la persona independientemente del EAP que tenga asignado, teniendo en cuenta las TSS que trabajan en la GTB..
2. Repartir las cargas de trabajo entre profesionales para lograr la equidad en su carga de trabajo.

Metodología

Este trabajo parte de uno previo realizado en la GTB en otras categorías (medicina de familia y enfermería), en el que se han considerado los factores de edad, morbilidad e índice socioeconómico (ISC), donde se establece que la población atendida ponderada óptima por médico de familia / enfermera es de 1200 pacientes en aquellos Equipos de Atención Primaria (EAP) con una situación de morbilidad y de ISC media respecto del total de los EAP de Barcelona.

Esta población, o cupo de pacientes asignados, variará en tramos de 10% arriba o abajo según la situación de morbilidad y según la situación de ISC del EAP.

Datos iniciales

La GTB está dividida en 4 servicios de atención primaria, que agrupan diferente número de EAP cada uno.

En la siguiente tabla número 2 vemos como cada servicio tiene distribuida la población atendida ponderada, los profesionales de trabajo social que trabajan en ese servicio, y la ratio actual de población atendida ponderada media por profesional (la última fila incluye los datos globales de todo la GTB):

POBLACIÓN ATENDIDA PONDERADA					
	NIÑOS	ADULTOS	TOTAL	PROFESIONALES ACTUALES	RÀTIO
SAP LITORAL	33.304	177.936	211.240	15	14082,67
SAP ESQUERRA	35.569	234.042	269.612	13,5	19971,26
SAP DRETA	22.779	172.006	194.785	9,5	20503,68
SAP MUNTANYA	44.350	263.752	308.102	19,5	15800,10
GTB	136.003	847.736	983.739	57,5	17108,50

Tabla 2: Población atendida ponderada a septiembre de 2017 y número de TSS

Por tanto, la GTB tiene una población atendida ponderada de 983.739, con 57,5 profesionales, lo que supone una ratio por profesional de aproximadamente población atendida ponderada de 17.000.

Considerando el total de TSS de Barcelona y haciendo una distribución proporcional a la de médicos de familia y enfermeras, observamos que un cupo de una TSS de un EAP con una morbilidad y un ISC en la media, sería de 17.000 pacientes. El tamaño

de los cupos de las TSS variará en tramos de 10% por encima o por debajo según la situación de morbilidad (medida a través de los GMA) y según la situación del ISC de los distintos EAP, de la misma manera que varía la población asignada para los médicos de familia y enfermeras.

Se equipara la población atendida ponderada óptima de médico/enfermera (ver tabla 3) a la correspondiente para TSS.

CUPO DE MÉDICO DE FAMILIA	OBJECTIU DE POBLACIÓN ASIGNADA PARA TSS EN EQUIPOS DE ADULTOS
1000	13600
1100	15300
1200	17000
1300	18700

Tabla 3: Población atendida ponderada óptima para TSS en equipos de adultos o adultos y niños

En el caso de las líneas pediátricas (equipos con población asignada menor de 15 años) el cupo óptimo para pediatras y enfermeras pediátricas se establece en 1000 pacientes, en aquellos equipos con mejores GMA e ISC. En estos mismos equipos, a la TSS le correspondería una población asignada atendida 17.000 (ver tabla 4). En los equipos con mayor carga de morbilidad y peor ISC los cupos para pediatras y enfermeras varían entre 800 y 1000 pacientes por profesional.

CUPO DE MÉDICO PEDIATRA	OBJECTIU DE POBLACIÓN ASIGNADA PARA TSS EN LÍNEAS PEDIÁTRICAS
800	13600
900	15300
1000	17000

Tabla 4: Población de 0 a 14 años atendida ponderada óptima para TSS en exclusivos de líneas pediátricas

Para calcular cuántos TSS debemos asignar a cada EAP aplicando criterios de equidad relacionados con las necesidades poblacionales, hemos considerado básicamente la población de referencia de cada ABS atendida en el último año y ponderada según la edad, según la morbilidad y según el nivel de privación socioeconómico de la población de las distintas ABS.

Población atendida ponderada por edad.

Para el cálculo de cargas asistenciales se pueden tomar 3 tipos de poblaciones:

- a) La población asignada: la que tiene una ABS asignada, vaya o no vaya a visitarse al centro, dado que es población que potencialmente puede ser atendida.
- b) La población atendida: consideramos que es la población asignada que se ha visitado en el último año.
- c) La población atendida ponderada: se trata de la población atendida a la que se le asigna un peso relativo distinto en función de intervalos de edad, atendiendo al hecho de que a mayor edad las necesidades de servicios sanitarios son mayores. En nuestro caso, hemos utilizado para la ponderación los resultados de la Encuesta de salud de Catalunya de 2006 (tabla núm. 5)²⁴

TRAMO DE EDAD	VALOR ESCA 2006
0-2	2,06
3-7	0,99
8-14	0,67
15-44	0,62
45-64	1,12
65-74	1,75
>74	1,67

Tabla 5: Ponderación por edad

Si analizamos la tabla 5, es fácil ver como un niño de 0 a 2 años pesa 2,06. Esto se produce porque el volumen de intervenciones que debe hacer el pediatra y la enfermera de pediatría en esta edad son altas (control de peso y talla, vacunaciones, evolución del neonato, introducción de alimentos, etc.). El peso del niño disminuye en la etapa de 3-7 años, en el que se sitúa cerca del valor 1; y vuelve a disminuir en la etapa de 8-14 años, en los que la asistencia a las visitas de control son cada 2-3 años y las vacunaciones testimoniales, dado que en muchos casos se producen en el centro escolar.

El intervalo de edad de 15 a 44 años es el de menor peso, dado que se trata del joven y adulto sano que sólo acude a la atención primaria (AP) por situaciones agudas, básicamente.

Y a partir de esta edad, en la que empiezan a debutar patologías crónicas, el consumo de servicios de la AP aumenta y, por tanto, también el peso atribuido a cada intervalo de edad.

Los grupos de morbilidad ajustada (GMA)

Los GMA son “*índices que proporcionan la carga de morbilidad de los individuos a partir de la jerarquización de las patologías otorgando un peso diferencial a cada una de ellas a partir de criterios clínicos proporcionados por grupos de expertos y / o de análisis estadísticos basadas en la mortalidad o en la utilización de servicios sanitarios*”²⁵.

La mayoría de enfermos atendidos en el ámbito de la AP presenta multimorbilidad (especialmente en enfermedades crónicas), y esta aumenta con la edad (Monterde, 2016).

Monterde manifiesta también que los agrupadores de morbilidad son útiles para estratificar la población, lo que a su vez es útil para:

- a) La gestión clínico-asistencial: permitiría identificar la población en riesgo, tanto en población general, como en cupos de médicos, o a nivel de determinados grupos de pacientes, como por ejemplo los enfermos crónicos.
- b) La epidemiología y la administración sanitaria: dado que facilitaría una distribución equitativa de recursos a partir de las necesidades asistenciales específicas de las áreas de gestión.

Los GMA están estructurados teniendo en cuenta 2 factores:

1. La multimorbilidad: se recoge en grandes grupos donde se clasifica a los usuarios teniendo en cuenta la tipología de sus enfermedades (aguda, crónica, u oncológica), y en el caso de presencia de enfermedad crónica, identificando si esta es única o no (multimorbilidad). Los grupos de morbilidad generados son los siguientes:
 - i. Población sana.
 - ii. Embarazo y/o parto.
 - iii. Patología aguda.

- iv. Enfermedad crónica en un sistema.
 - v. Enfermedad crónica en 2 o 3 sistemas.
 - vi. Enfermedad crónica en 4 o más sistemas.
 - vii. Neoplasias en el período.
2. La complejidad: que se obtiene a partir de indicadores como la mortalidad, ingresos (urgentes, programados, médicos y quirúrgicos), visitas en atención primaria, consulta externa, urgencias (atención primaria – especializada), prescripción, medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria, Hospital de día, estancias en centros sociosanitarios, salud mental, etc. En resumen, la complejidad queda recogida a partir de tres grandes bloques de información:
- i. Mortalidad
 - ii. Necesidades asistenciales
 - iii. Prescripción

En definitiva, los GMA ofrecen información a nivel individual, como es la etiqueta clínica con el resumen de las principales enfermedades presentes en cada enfermo (sin limitación en cuanto al número de ellas), y una cuantificación numérica de la complejidad (índice de complejidad) que permite la estratificación directa de la población basándose en la morbilidad.

En nuestro caso hemos considerado que aquellos EAP de Barcelona que tengan una carga de morbilidad igual o superior al 0,095 (media del índice GMA en la ciudad de Barcelona) deberían recibir más soporte de TSS que los equipos con cargas de morbilidad inferiores al 0,095.

El Índice Socioeconómico Compuesto (ISC)

El último factor que modificará la carga asistencial de la TSS es el Índice Socioeconómico Compuesto (ISC), que es un “indicador socioeconómico *compuesto* que sintetiza siete indicadores: población exenta de copago farmacéutico, población con rentas inferiores a 18.000 €, población con rentas superiores a 100.000 €, población con ocupaciones manuales, población con instrucción insuficiente, mortalidad prematura y hospitalizaciones potencialmente evitables”²⁶.

El ISC se interpreta como un índice de privación: valores más elevados suponen niveles socioeconómicos más bajos. Entendemos privación como las necesidades no satisfechas como consecuencia de falta de recursos, no únicamente económicos.

Más privación supone una presión asistencial más grande sobre los servicios AP, pero también otras situaciones en que los servicios de AP pueden tener un efecto mitigador importante (hospitalización evitable y mortalidad prematura).

Los valores de ISC van de cero a 100, siendo el valor cero el correspondiente a una mejor situación socioeconómica y 100 el valor correspondiente a una mayor privación.

Según la distribución relativa de los equipos de Barcelona en esta escala, hemos considerado asignar mayor recurso de TSS a aquellos EAP con un ISC mayor de 35 puntos.

Para hacerse una idea del ISC, en la próxima tabla número 6, compararemos los datos de 2 equipos, uno con un ISC de 100, máxima privación (Badalona 5 - Sant Roc) y otro con un ISC de cero, en este caso Barcelona 5D – Sarrià (no perteneciente a la GTB).

Indicador	Equipo ISC cero	Equipo ISC 100
Esperanza de vida	84,6 años	80,7 años
Población exenta de copago	1,6%	13%
Población con rentas inferiores a 18.000 euros	41,9%	75,9%
Población con rentas superiores a 100.000 euros	9,80%	0,02%
Población con ocupaciones manuales	18,5%	65%
Población con instrucción insuficiente	7,3%	37,3%
Tasa de mortalidad prematura (x 1.000 habitantes)	2,17	2,69
Hospitalizaciones evitables (x 1.000 habitantes)	3,45	9,96

Tabla 6: Comparativa de indicadores que componen el ISC entre los 2 equipos

Resultados

A continuación, mostramos los datos de los diferentes servicios de atención primaria de la GTB mediante las tablas siguientes:

- Servicio de Atención Primaria Litoral: tabla núm. 7
- Servicio de Atención Primaria Esquerra: tabla núm. 8
- Servicio de Atención Primaria Dreta: tabla núm. 9
- Servicio de Atención Primaria Muntanya: tabla núm. 10

En las siguientes tablas podemos ver la siguiente información:

EQUIPO: nomenclatura del equipo de atención primaria o línea pediátrica.

GMA: Media de GMA del equipo. Azul claro GMA inferior al 0,095. Azul fuerte GMA igual o superior al 0,095.

ISC: valor del índice socioeconómico compuesto. Blanco ISC inferior a 35. No calculado para los equipos de líneas pediátricas (NC).

PROF.TSS: número de TSS actuales en cada equipo.

CARGA.TSS: población atendida ponderada del equipo.

OBJ.TSS: población atendida ponderada óptima de la TSS considerando características de edad, GMA y ISC de cada centro/equipo.

TSS.DIF: Diferencia entre TSS actual por equipo y TSS considerado óptimo: variación existente entre las TSS actuales en el equipo y los óptimos.

Consideraciones para la creación de la tabla

Los datos de GMA y CARGA.TSS e ISC han sido proporcionados por el equipo de análisis de datos de la GTB y son de fecha septiembre de 2017.

Los datos de PROF.TSS han sido facilitados por el Área de Trabajo Social Sanitario de la GTB, a fecha de diciembre de 2017.

El campo OBJ.TSS, que oscila entre 13.600 y 18.700, se calcula de la siguiente forma:

- La población atendida ponderada óptima para el trabajador social sanitario en los equipos en los que no existe afectación de GMA ni ISC es de 17.000 (GMA entre 0,075 y 0,095 e ISC menor de 36).

- Cuando existe afectación en a nivel de morbilidad (GMA) o situación socioeconómica (ISC) la población ponderada óptima disminuye en un 10%, situándose en 15.300 personas.
- En caso que la afectación sea tanto a nivel de morbilidad como de situación económica, la población ponderada óptima disminuye en un 20%, situándose en 13.600 personas.
- Por último, en aquellos casos excepcionales, donde el GMA es inferior a 0,075, y la situación socioeconómica es muy buena, se aumenta la población ponderada óptima en un 10%, quedando en 18.700 personas.

Para el cálculo de la variable TSS.DIF se divide la población atendida (CARGA.TSS) entre la población óptima (OBJ.TSS) y al resultado se le resta la cantidad de profesionales actuales (PROF.TSS).

Un valor positivo de la variable TSS.DIF implica mayor carga relativa asistencial para la TSS en comparación con otros profesionales de la GTB. Y un valor negativo implica que la TSS tienen una menor carga asistencial relativa que lo otros profesionales de su categoría en la GTB.

Servicio de Atención Primaria Litoral

EQUIPO	GMA	ISC	PROF.TSS	TSS		
				CARGA.TSS	OBJ.TSS	TSS.DIF
1B	0,078	40,71	1	15.985	15300	0,04
1C	0,090	39,18	1	9.865	15300	-0,36
1D	0,099	70,16	2	16.722	13600	-0,77
1E	0,098	54,92	1	14.761	13600	0,09
10B	0,098	25,92	1	23.588	15300	0,54
10C	0,090	37,32	1	18.819	15300	0,23
10D	0,111	66,30	1,8	21.679	13600	-0,21
10G	0,094	35,13	1	17.947	15300	0,17
10H	0,103	44,52	1	15.702	13600	0,15
10J	0,103	35,13	1	17.739	13600	0,30
10I	0,112	63,25	1	12.490	13600	-0,08
MINA	0,119	86,07	1	13.555	13600	0,00
LPDRASSANES	0,153		1	4.712	13600	-0,65
LPCLLOT	0,102		0,2	7.678	15600	0,29

Tabla 7: Cálculo de ratio para los equipos del Servicio de Atención Primaria Litoral

En el SAP Litoral hay 14 equipos, de los que la 10 tienen GMA elevado y 11 un ISC elevado.

4 equipos (10B, 10C, 10J y LPCLLOT) precisarían de más profesionales (TSS.DIF $\geq 20\%$). 4 equipos (1C, 1D, 10D, LPDRASSANES) presentan un TSS.DIF $< 20\%$, con lo que tienen menor carga asistencial relativa.

Servicio de Atención Primaria Esquerra

EQUIPO	GMA	ISC	PROF.TSS	TSS		
				CARGA.TSS	OBJ.TSS	TSS.DIF
2A	0,083	28,01	1	23.518	17000	0,38
2B	0,079	21,40	1,2	18.966	17000	-0,08
2D	0,104	21,69	0,6	12.053	15300	0,19
3B	0,093	45,84	1	16.458	15300	0,08
3C	0,123	65,17	1	11.627	13600	-0,15
3H	0,080	47,78	1	13.272	15300	-0,13
3D	0,098	38,30	1,5	25.444	13600	0,37
3E	0,087	25,05	1,8	30.018	17000	-0,03
3G	0,086	25,05	1	18.821	17000	0,11
4A	0,084	14,83	0,5	18.844	17000	0,61
4B	0,071	4,07	0,5	12.777	18700	0,18
5A	0,063	1,10	0,5	15.850	18700	0,35
5B	0,068	3,33	0,5	25.253	18700	0,85
LPMANSO	0,068		0,4	8.488	18700	0,05
LPMARINA	0,151		0	4.185	13600	0,31
LPSANTS	0,078		1	14.037	17000	-0,17

Tabla 8: Cálculo de ratio para los equipos del Servicio de Atención Primaria Esquerra

En el SAP Esquerra hay 16 equipos, de los que la 4 tienen GMA elevado y 4 un ISC elevado.

6 equipos (2A, 3D, 4A, 5A, 5B y LPMARINA) precisarían de más profesionales (TSS.DIF $\geq 20\%$). No hay ningún equipo presente una carga asistencial relativa negativa (TSS.DIF $< 20\%$).

Servicio de Atención Primaria Dreta

EQUIPO	GMA	ISC	PROF.TSS	TSS		
				CARGA.TSS	OBJ.TSS	TSS.DIF
2H	0,078	17,71	1	21.676	17000	0,28
6A	0,080	22,09	1	19.349	17000	0,14
6B	0,088	26,22	1	15.909	17000	-0,06
7A	0,088	33,70	1	17.651	17000	0,04
7G	0,080	30,43	1	22.290	17000	0,31
9A	0,095	36,72	1	29.403	13600	1,16
9C	0,080	38,67	1	23.161	13600	0,70
10E	0,075	32,81	1	11.943	17000	-0,30
10F	0,070	29,95	1	16.758	18700	-0,10
LPMARAGALL	0,073		0,5	10.210	18700	0,05
LPPARECLARET	0,056		0	6.436	18700	0,34

Tabla 9: Cálculo de ratio para los equipos del Servicio de Atención Primaria Dreta

En el SAP Dreta hay 11 equipos, de los que sólo 1 tienen GMA elevado y 2 un ISC elevado.

5 equipos (2H, 7G, 9A, 9C y LPPARECLARET) precisarían de más profesionales (TSS.DIF $\geq 20\%$). Un sólo equipo (10E) presenta una menor carga asistencial relativa (TSS.DIF $< 20\%$).

Servicio de Atención Primaria Muntanya

EQUIPO	GMA	ISC	PROF.TSS	TSS		
				CARGA.TSS	OBJ.TSS	TSS.DIF
7C	0,089	56,45	1,5	16.746	15300	-0,41
7D	0,081	38,28	1	24.406	15300	0,60
7E	0,087	42,48	1	25.860	15300	0,69
7F	0,095	35,55	1	18.229	13600	0,34
8C	0,105	52,28	1,2	19.926	13600	0,27
8BD	0,095	51,10	1,8	21.688	13600	-0,21
8E	0,095	66,45	1	14.366	13600	0,06
8F	0,091	51,75	1	23.305	15300	0,52
8G	0,110	75,64	1,5	14.019	13600	-0,47
8H	0,115	83,86	1	13.588	13600	0,00
8I	0,107	69,98	1	15.906	13600	0,17
9E	0,086	62,00	1	11.788	15300	-0,23
9F	0,129	81,06	1	9.119	13600	-0,33
9H	0,095	34,88	1	24.358	13600	0,79
9I	0,095	34,88	0,8	17.050	13600	0,45
MiR	0,081	54,60	2	25.833	15300	-0,31
LPRIO	0,130		0,5	5.455	15300	-0,14
LPSANDREU	0,087		0,2	6.459	17000	0,18

Tabla 10: Cálculo de ratio para los equipos del Servicio de Atención Primaria Muntanya

En el SAP Muntanya hay 18 equipos, de los que 11 tienen GMA elevado y 14 un ISC elevado.

7 equipos (7D, 7E, 7F, 8C, 8F, 9H, 9I) precisarían de más profesionales (TSS.DIF $\geq 20\%$). Y 5 equipos (8BD, 8G, 9E, 9F, MiR) presentan una menor carga asistencial relativa (TSS.DIF $< 20\%$)

Discusión

A nivel de la GTB, 22 equipos precisarían refuerzo (tabla 11) y 10 equipos tendrían menor carga asistencial relativa (tabla 12).

EQUIPO	GMA	ISC	PROF.TSS	TSS		
				CARGA.TSS	OBJ.TSS	TSS.DIF
10B	0,098	25,92	1	23.588	15300	0,54
10C	0,090	37,32	1	18.819	15300	0,23
10J	0,103	35,13	1	17.739	13600	0,30
LPCLOT	0,102		0,2	7.678	15600	0,29
2A	0,083	28,01	1	23.518	17000	0,38
3D	0,098	38,30	1,5	25.444	13600	0,37
4A	0,084	14,83	0,5	18.844	17000	0,61
5A	0,063	1,10	0,5	15.850	18700	0,35
5B	0,068	3,33	0,5	25.253	18700	0,85
LPMARINA	0,151		0	4.185	13600	0,31
2H	0,078	17,71	1	21.676	17000	0,28
7G	0,080	30,43	1	22.290	17000	0,31
9A	0,095	36,72	1	29.403	13600	1,16
9C	0,080	38,67	1	23.161	13600	0,70
LPPARECLARET	0,056		0	6.436	18700	0,34
7D	0,081	38,28	1	24.406	15300	0,60
7E	0,087	42,48	1	25.860	15300	0,69
7F	0,095	35,55	1	18.229	13600	0,34
8C	0,105	52,28	1,2	19.926	13600	0,27
8F	0,091	51,75	1	23.305	15300	0,52
9H	0,095	34,88	1	24.358	13600	0,79
9I	0,095	34,88	0,8	17.050	13600	0,45

Tabla 11: Equipos de la GTB con mayor carga asistencial relativa

De los 22 equipos con mayor carga asistencial, 5 tienen un GMA y un ISC elevado. Otros 5 tiene un GMA elevado; y otros 5 un ISC elevado.

Estos 22 equipos sólo disponen de 18,2 profesionales

La mayor carga asistencial relativa se produce por:

- Falta de profesionales en 4 equipos (tiene compartido el profesional).

- Mayor población atendida ponderada del equipo (15 equipos tienen más de 18.700 habitantes, que es la población atendida ponderada óptima de la TSS).
- La población atendida ponderada óptima del grupo de 22 equipos es de 338.600 personas, y tiene una población atendida ponderada de 437.000.

EQUIPO	GMA	ISC	PROF.TSS	TSS		
				CARGA.TSS	OBJ.TSS	TSS.DIF
1C	0,090	39,18	1	9.865	15300	-0,36
1D	0,099	70,16	2	16.722	13600	-0,77
10D	0,111	66,30	1,8	21.679	13600	-0,21
LPDRASSANES	0,153		1	4.712	13600	-0,65
10E	0,075	32,81	1	11.943	17000	-0,30
8BD	0,095	51,10	1,8	21.688	13600	-0,21
8G	0,11	75,64	1,5	14.019	13600	-0,47
9E	0,086	62,00	1	11.788	15300	-0,23
9F	0,129	81,06	1	9.119	13600	-0,33
MiR	0,081	54,60	2	25.833	15300	-0,31

Tabla 12: Equipos de la GTB con menor carga asistencial relativa

De los 10 equipos con menor carga asistencial, 5 tienen un GMA y un ISC elevado. 1 tiene un GMA elevado; y otros 3 un ISC elevado.

Estos 10 equipos disponen de 14,1 profesionales.

La menor carga asistencial relativa se produce por:

- Exceso de profesionales en el conjunto de los 10 equipos (5 equipos tienen más de un profesional).
- La población atendida ponderada óptima teórica del grupo de 10 equipos dado el número de profesionales es de 201.960 personas, y tiene una población atendida ponderada de 147.367.

La suma de la variable TSS.DIF de los 22 equipos con mayor carga relativa es de 10,69; la suma de la misma variable, de los 10 equipos con menor carga relativa, es de -3,83 (estos equipos podrían distribuir a sus profesionales en otros equipos con mayor carga asistencial relativa).

La diferencia de los 2 valores (10,69 – 3,83) nos da un resultado de 6,86.

Para lograr la equidad en todos los equipos con las condiciones de población ponderada óptima precisaríamos 7 profesionales más en la GTB redistribuyendo, además, aquellos que en la actualidad tienen menor carga asistencial relativa.

El SAP Litoral y el SAP Muntanya son en los que la población tiene más carga de morbilidad y un peor ISC. Ambos servicios tienen ya en la actualidad mejor ratio de profesionales que los otros servicios (Dreta y Esquerra).

Este dato es un sesgo importante que no permite la demostración de 2 de las hipótesis planteadas, dado que no se puede demostrar que una mayor morbilidad se correlacione con mayor carga asistencial, ni que la población con un ISC bajo produzca más carga asistencial al trabajador social sanitario.

Ahora bien, el número de profesionales asignados sí se correlaciona positivamente con la población atendida ponderada por edad del equipo.

Conclusiones

- La carga de morbilidad, objetivada mediante GMA u otras herramientas, la privación socioeconómica y la edad son factores determinantes del nivel de salud y de las necesidades de soporte social y sanitario de la población, así como datos notablemente objetivos, por lo que son criterios que deben aplicarse tanto para asignar recursos como para distribuirlos de forma equitativa y proporcional a las necesidades de los pacientes.
- Tipificar los equipos de atención primaria según sus características etarias, de morbilidad y socioeconómicas permite hacer una redistribución de recursos y realizar nuevas asignaciones, así como detectar déficits asistenciales de forma más objetiva.
- La equidad que se deriva de aplicar estos criterios impacta tanto en los profesionales, dado que podemos comparar sus cargas de trabajo y equilibrarlas, como en los pacientes, que reciben un recurso más adecuado a sus necesidades.
- Cabe destacar que la información cuantitativa debe complementarse siempre con información cualitativa a la hora de tomar decisiones en la asignación de recursos y este modelo no mide la parte cualitativa del trabajo que realizan los profesionales. En este sentido, sería necesario ampliar la investigación teniendo en cuenta diversos factores como:
 - La dispersión territorial del área básica de salud.
 - Encargos laborales específicos a algún profesional.
 - Liderazgo de proyectos específicos: comunitaria, cronicidad, calidad, etc.
 - Modelo de trabajo social ejercido.
 - Existencia de población inmigrante de habla no hispana.
 - Etc.
- Por otra parte, es preciso avanzar en la identificación y registro de condicionantes sociales específicos, así como de las intervenciones realizadas por las TSS y sus resultados, en la historia clínica informatizada, para avanzar en la asignación adecuada y óptima de recursos de TSS.
- Hacer este tipo de mediciones permite asignar nuevos profesionales en función de una necesidad contrastada poblacionalmente y no subjetivamente. También permite redistribuir, en algunos casos, a los profesionales para así ajustar equitativamente la carga asistencial entre ellos, dado que este modelo permite comparar la carga asistencial entre profesionales.

Bibliografía

1 Gil, M. F. H. (2015). Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia).
<https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/45705>. Consultada el 30 de abril de 2018.

2 Colom Masfret, D. (2008). El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica. Siglo XXI de España Editores.

3 Martínez, D. C. (2015). Ratio profesional y funciones de los trabajadores sociales en las unidades de trabajo social. *Trabajo social hoy*, (75), 89-102.
http://www.trabajosocialhoy.com/documentos_ver.asp?id=131. Consultado el 30 de abril de 2018.

4 Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
Consultado el 12 de febrero de 2018.

5 Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393.

6 Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

7 Colom, D. (2012). El Trabajo social sanitario como herramienta de gestión. *Sedisa*, 14-24.

8 Morro Fernández, L. (2017). Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos. Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 137-160.
<https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.08> Consultado el 6 de marzo de 2018.

9 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>. Consultada el 6 de marzo de 2018.

10 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>. Consultado el 12 de febrero de 2018.

11 Estatuto de Autonomía de Cataluña, aprobado por la Ley Orgánica 4/1979, de 18 de diciembre. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-30178>. Consultado el 6 de marzo de 2018.

12 De la Puente, M. L., & Gomáriz, R. (2010). El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud. *CatSalut*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

13 Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1981-16668. Consultada el 6 de marzo de 2018.

14 Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad, y de la asistencia y los servicios sociales de Cataluña. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=DOGC-f-1983-90041 Consultado el 12 de febrero de 2018.

15 LLEI 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.
http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=48426. Consultado el 11 de marzo de 2018.

16 DECRET 84/1985, de 21 de marzo, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya".
http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=240562&language=ca_ES. Consultado el 12 de febrero de 2018.

17 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.)
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Consultado el 12 de febrero de 2018.

18 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>. Consultado el 6 de marzo de 2018.

19 Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-2574>. Consultado el 6 de marzo de 2018.

20 la Orden de 6 de mayo de 1990, de aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los EAP.
http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=72552. Consultado el 12 de febrero de 2018.

21 (Porcel, P. (2008). El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit. Monografies mèdiques col, 1.). Disponible en https://www.academia.cat/html/843/mo_me13.pdf
Consultado el 12 de febrero de 2018.

22 Central de resultados. Atención Primaria. Diciembre 2012.
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fixers_estatics/central_resultats_atencio_primaria_2012.pdf. Consultado el 12 de febrero de 2018.

23 Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Estrategia Nacional de la Atención Primaria y Comunitaria (ENAPISC)
http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/

24 Enquesta de salut de Catalunya 2006 (ESCA). Servei Català de la Salut. Document tècnic. Barcelona. Departament de Salut i Seguretat social. Generalitat de Catalunya, 2006.

http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/enquesta_exament2006_article. Consultado el 6 de marzo de 2018.

25 (Emili Vela. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
<http://blog.aguas.cat/2017/02/02/gma-morbiditat/>. Consultado el 12/02/2018).

26 Cristina Colls. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
<http://blog.aguas.cat/tag/copago-farmaceutico/?lang=es>. Consultado el 12/02/2018).