

El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit

Pilar Porcel i Omar



El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit

Pilar Porcel i Omar



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARIS

Editat sota la Direcció Científica de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Consell Editorial

Josep Antoni Bombí Latorre
Josep Monterde Junyent
Àlvar Net Castel
Josep M^a Carrera Macià
Lluís Blanch Torra

Coordinació editorial

Olga Mestres

2008 Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears
Filial del Vallès Occidental
Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona. Espanya

Reservats tots els drets. El contingut d'aquesta publicació no pot ser reproduït, ni transmès mitjançant cap procediment electrònic o mecànic, la fotocòpia i la gravació magnètica incloses, ni registrat per cap sistema de recuperació, en cap forma, ni per cap mitjà, sense la prèvia autorització per escrit del titular dels drets d'explotació de l'obra.

Dipòsit legal: GI-1430/08

Imprès a Espanya

*La vida és la continuïtat
de situacions canviants*

Dr. Moisès Broggi

Índex

| | |
|--|----|
| Pròleg | |
| Joaquim Ramis i Coris | 9 |
| El perquè d'aquest treball | 11 |
| Capítol 1 | |
| Estructura del Sistema Sanitari a Catalunya | 17 |
| Capítol 2 | |
| Fonaments del treball social en l'àmbit del Sistema Sanitari. Una mica d'història | 31 |
| Capítol 3 | |
| El treball social en l'àmbit de l'atenció primària de salut | 39 |
| Capítol 4 | |
| El treball social en el complex marc dels hospitals de la XHUP | 53 |
| Capítol 5 | |
| L'atenció sociosanitària | 65 |
| Capítol 6 | |
| Diversificació i dispersió de recursos. La coordinació i la comunicació són possibles | 81 |
| Capítol 7 | |
| Conclusions | 85 |
| Capítol 8 | |
| Bibliografia | 87 |
| Capítol 9 | |
| Agraïments | 89 |

Pròleg

El dret a la salut és un dret inalienable a la persona humana. Aquest concepte, acceptat de sempre, s'ha anat fent més exigent a mesura que s'ha millorat la lluita contra la malaltia.

La lluita en favor de la salut i contra la malaltia, s'havia concebut anys enrere com un afer exclusivament dels metges, però en el curs dels anys –des de final de segle XIX, i especialment al llarg del segle XX– s'anà constatant que, malgrat els avenços en les possibilitats de diagnosticar les malalties, dels descobriments tècnics i científics i l'arribada de nous fàrmacs d'una extraordinària eficàcia, el metge no és –en absolut– l'única persona que tenia –i té– la responsabilitat de la seva guarició.

En la conservació de la salut –o en la seva restauració– hi tenen molt a veure altres paràmetres i altres professionals de les ciències de la salut. El medi ambient, l'alimentació, la manera de viure, la competitivitat, l'estrès, el treball, la societat en què ens movem i altres circumstàncies que envolten els humans, influeixen d'una manera prou evident; per això, la conservació i la restauració de la salut és un afer que afecta els diferents professionals que estan implicats en aquests camps, i per tant, també tenen quelcom a dir-hi. I és per aquest motiu que la defensa de la salut cada vegada més s'ha entès com un afer multidisciplinari en el qual, segurament, el metge hi ha d'exercir d'una manera preferent, sense oblidar que altres professionals poden completar el seu treball i, fins i tot, tenir-hi una aportació tant o més important que l'específicament mèdica. És per totes aquestes circumstàncies que la tasca del Treballador/a Social s'ha consolidat com una feina, en molt casos, insubstituïble.

Pilar Porcel ens presenta un treball en què desenvolupa la tasca dels treballadors socials, i ho fa comentant-ho amb una perspectiva històrica: des d'anys molt endarrerits fins a l'actualitat i, a la vegada, comentant la diversa legislació que s'ha anat desenvolupant darrerament.

Aquesta conveniència –o fins i tot l'obligació per llei– de la presència dels Treballadors Socials en el contingut de lleis aprovades pel Parlament espanyol i també en el darrer Estatut de Catalunya, ha estat conseqüència d'una major preocupació per la salut i el benestar dels ciutadans. I si bé la majoria d'entitats de salut han complert aquesta normativa, la bona relació entre els diferents professionals de la salut, i en especial amb el treballador/a social, no ha estat reeixida per a la resta de professionals fins que no s'ha comprès ben clarament que la seva presèn-

cia dins de l'equip mèdic ha ajudat a solucionar problemes propis dels pacients o de llurs famílies.

L'estudi de Pilar Porcel s'ha desenvolupat en tres diferents camps sanitaris: l'assistència primària, els hospitals i els centres socio-sanitaris. Acaba el seu estudi amb la certesa que hi ha prou treballadors socials amb suficient capacitat acadèmica per fer una bona feina en qualsevol dels tres camps. Falta solament que es cregui en el benefici d'aquest treball social... i falta, també, que l'administració i els propis serveis sanitaris s'adonin dels avantatges que representa una atenció integral dels ciutadans.

Crec que aquest estudi ha d'interessar tots els que hem treballat en un o altre dels tres camps estudiats. I que moltes vegades hem enyorat –i hem trobat a faltar– aquest ajut d'un treballador/a social que ens recordarà que la cura i la guarició d'un malalt no serà completa sense tenir en compte que no és solament la malaltia, el que s'ha de curar, sinó que és un pacient amb tota la càrrega psicològica, social i familiar el que s'ha d'atendre.

Joaquim Ramis i Coris

El perquè d'aquest treball

La història de les ciències de la salut és tan antiga com el món. Els homes emmalaltien i emmalalteixen des de sempre i també des de sempre han buscat el remei als seus mals. L'home tendeix a gaudir de la vida i en aquesta escomesa dedica i ha dedicat molts esforços.

La història de les ciències de la salut és tan antiga com els homes. Des d'Hipòcrates, al segle V abans de Crist, fins avui, d'una manera o altra s'han buscat remeis als nostres mals i molt sovint els trobem en la recerca dels experts, en l'observació del que passa en el nostre entorn i en la relació i les confidències compartides entre el malalt i el metge. En conseqüència, podem dir que la comunicació entre la persona malalta i el terapeuta ha estat una relació constant i constantment millorada. Val a dir que aquest intercanvi de sentiments i coneixements ha estat al llarg del temps una relació amb més èxits que no pas fracassos.

Des de l'antigor fins fa quatre dies la relació metge / malalt era una relació a duo que solia generar una forta dependència del malalt cap al metge. Dependència que s'ha anat aigualint a mesura que els descobriments científics anaven constituint una xarxa d'especialistes que saben molt d'una part molt petita del complex engranatge de la personalitat humana i no tant –per no dir gens– del que està passant en el conjunt.

Només fa quatre dies que algú va descobrir que no hi havia malalties sinó persones malaltes i que les possibilitats d'èxit referides a la curació estava en relació directa amb aspectes tan poc sanitaris com pot ser la cultura, la situació socioeconòmica, la capacitat de relació i la companyia dels altres. En definitiva, en la seva història de vida, en els seus condicionants genètics o en situacions ambientals de difícil incidència. És a dir, les reaccions biològiques gairebé mai responen a una fórmula matemàtica.

A mesura que els científics feien noves descobertes d'actors patògens i de nous fàrmacs per a combatir-los, els professionals de les ciències de la salut s'adonaven de la quantitat d'aspectes que incidien en la millora de les persones malaltes, aspectes que sobrepassaven els descobriments tècnics i científics de recent descoberta.

A final del segle XIX Virginia Henderson ja va definir que l'home era un ésser biopsicosocial. És a dir, que per mantenir o aconseguir una vida saludable l'ésser humà inclou necessàriament l'equilibri entre els vessants físic, mental i social. Davant aquesta realitat és molt important aprofundir en la recerca d'agents pro-

vocadors de malalties, saber més de tècniques de cura per compensar les destrosses patològiques, adquirir un coneixement exhaustiu de l'anatomia i la fisiologia humanes, és a dir tot allò que té a veure amb la biologia, però de cap manera no es pot obviar el paper cabdal de la psicologia i de tots els fenòmens que es produeixen en la psique de la persona, el seu pensament, les seves expectatives, l'afectivitat, les pors i angoixes, les formes de conducta o la percepció de la realitat. D'altra banda, a mesura que s'aprofundeix en el coneixement de la immensa complexitat humana, es descobreix també que els aspectes socials, aquells que tenen a veure amb la relació interpersonal, amb la capacitat o amb la incapacitat de trobar resposta en l'entorn, ja sigui en els recursos personals i els serveis de la comunitat, o bé en els recursos específics de caire institucional, planen com una llosa sobre la persona malalta.

L'any 1948 l'Organització de les Nacions Unides (ONU) crea l'Organització Mundial de la Salut (OMS), amb l'objectiu de promoure accions encaminades a millorar la salut global de la població. En la primera reunió d'aquesta institució celebrada a Ginebra el mateix any de la seva constitució, defineix la salut com *"un estat de complet benestar, físic, mental i social"*. És a partir d'aquesta definició formal i institucional que es comença a donar importància al factor social com element cabdal en la vida i la salut de les persones.

Va ser pel setembre de 1976 quan els metges i biòlegs en llengua catalana, reunits a Perpinyà, formularen una nova definició molt més positiva de la salut: *"La salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa"*. Els metges, aquells professionals que tradicionalment tenien l'última paraula en la seva relació amb el malalt, reconeixien que s'havia superat una llarga etapa en la qual els processos biològics eren els únics a tenir en compte i començaven a entendre que havia arribat l'hora d'aplicar una atenció integral al pacient sense oblidar les característiques del seu entorn, la seva història personal i la seva participació en el procés terapèutic.

Des d'Hipòcrates fins ara la medicina s'ha complicat molt, i l'estructura social també. S'ha acabat aquella pràctica mèdica que es realitzava dintre l'esfera del que es podria considerar privat, la casa, la família, fins i tot l'hospital... i s'ha entès que la pràctica mèdica s'ha convertit en un fenomen públic compartit.

En la mesura que l'organització sanitària ha anat prenent cos i la supervisió de l'Administració ha anat assumint la responsabilitat de facilitar a tota la població una oferta de serveis de salut de fàcil accés, pràcticament gratuït i sense discriminacions, també s'ha tingut en compte anar introduint en els diferents serveis de salut eines que fan possible una atenció correcta dels aspectes biològics, psicològics i socials del ciutadà. No només del ciutadà malalt sinó també d'aquell que pot estar en risc d'emmalaltir o d'aquell altre a qui cal una rehabilitació que millori la seva qualitat de vida, sense oblidar el que té possibilitat d'una reinserció en la comunitat.

És a dir, l'atenció mèdica s'ha obert a les activitats preventives, curatives i rehabilitadores, a la vegada que ha deixat de ser una pràctica privada per esdevenir un afer públic de caràcter universal de responsabilitat política i de l'Administració Pública. L'estructura i la pràctica sanitàries emanen d'un mandat legislatiu, que genera drets i deures tant per a l'Administració com per al ciutadà.

A Catalunya disposem d'un conjunt legislatiu prou complet que fa possible una bona estructura dels serveis de salut, una bona xarxa d'equipaments i un col·lectiu de professionals ben preparats que, conjuntament amb una planificació adient, permeten aconseguir una atenció als problemes de salut de la població en la seva multiplicitat d'aspectes i amb reconeguda eficàcia.

Si la història ens situa els metges com els professionals més antics de les ciències de la salut, el pas del temps ha professionalitzat altres activitats relacionades amb la pràctica terapèutica.

No va ser fins el 1854 que Florence Nightingale va adonar-se que no només amb bona voluntat i generositat n'hi havia prou per tenir cura dels malalts. La complexitat terapèutica reclamava tècniques específiques, un pla de cures i el coneixement del perquè es produïen algunes situacions, així com metodologia per a l'aplicació de mesures terapèutiques innovadores. És en aquest moment que es creen les infermeres a les quals cal reconèixer la importància i l'eficàcia de la seva feina. Va ser la senyora Nightingale qui va donar la categoria de professionals a aquest col·lectiu, a la vegada que les dotava de coneixements acadèmics per exercir com a tals.

Però la persona continua sent un ésser biopsicosocial. Bons coneixements biològics, farmacològics i terapèutics no són suficients per assolir aquesta manera de viure que defensen els metges i biòlegs en llengua catalana.

Les professions sanitàries s'han diversificat i, com és natural, encara mantenen un pes específic biològic molt important, però s'han anat introduint altres aspectes i unes formes d'abordatge de les patologies molt més eficients que en èpoques anteriors. Qualsevol professional ja no deslliga la malaltia de la persona, ja no deslliga el dany físic dels sentiments.

Durant el 1931 es crea la primera Escola de Treball Social a Catalunya. Els primers treballadors socials que van exercir com a tals ho feren, precisament, en l'àmbit de la salut.

Els primers que van rebre una atenció integral van ser els malalts mentals. Els treballadors socials foren els primers que tingueren en compte que l'estat de salut d'aquests malalts millorava quan s'intervenía des dels tres aspectes que conformen la personalitat humana. No cal dir que és precisament aquest col·lectiu de pacients els que generen més distòcia social i tenen més dificultats de reinserció comunitària.

La guerra incivil espanyola va malmetre el camí iniciat i la pau de la dictadura va pretendre esborrar del mapa tota activitat procedent d'etapes anteriors.

La intervenció dels treballadors socials, en tots els àmbits, però en l'àmbit de la salut també, va patir un fort retrocés sense que s'aconseguís anorrear-los del tot.

És a partir de la instauració de la democràcia a l'Estat espanyol i de la creació del que s'ha dit "Estat de les Autonomies", que es comença a perfilar una nova organització del Sistema Sanitari amb un suport normatiu consistent que preveu aquesta atenció integral vers la persona malalta. És en el moment que la Generalitat de Catalunya assumeix les competències en matèria de salut quan s'inicia el que vol ser una reforma sanitària a Catalunya. És en aquest moment que el treballador social –i altres professionals de les ciències de la salut– s'incorporen al Sistema de Salut del país.

El treballador social no fa diagnòstics, no recepta, no opera, no demana proves complementàries... però la seva tasca, poc quantificable, ha de ser molt eficaç per millorar la qualitat de vida dels ciutadans. És l'únic professional amb preparació acadèmica adequada i expertesa adients amb capacitat d'intervenir en les anomalies que afecten la part social del conjunt de la persona humana. La intervenció dels treballadors socials en els equips terapèutics en qualsevol nivell assistencial de l'estructura del sistema, és imprescindible.

El treballador social en l'àmbit de la salut té una doble tasca pel que fa a l'abordatge de les situacions socials anòmales dels pacients i les seves famílies. (Recordem que tots nosaltres creixem en un nucli familiar de convivència.) D'una banda, incidir i orientar situacions personals concretes i, de l'altra, introduir la visió del treball social en l'activitat habitual generada dintre el Sistema de Salut. El treballador social posa de manifest les situacions personals dels pacients, sobretot aquells aspectes que generen més dubtes, angoixes i que poden tenir una incidència negativa en el procés patològic. Els treballadors socials ajuden en el dia a dia els altres professionals de les ciències de la salut per caminar cap a una acció més coordinada.

En un món economicista com el que estem vivint, sembla que el més important és gastar el mínim possible sense valorar el cost global en despesa sanitària de qualsevol ciutadà al llarg de la seva vida, ni tampoc els aspectes negatius que incideixen en la seva major o menor qualitat de vida. Si cal, estalviarem professionals, material fungible, recursos de tota mena... Les conseqüències a mig o llarg termini no tenen cap valor, qui dia passa any empeny. En aquest entorn, els treballadors socials sembla que podrien ser un col·lectiu fàcil d'eliminar del Sistema Sanitari. Pensem que no és així. "Que els estalvis no ens foradin les estovalles." També el temps dels ciutadans, la duplictat de demandes i d'actuacions, les angoixes i inseguretats, poden ser elements que generin més despesa que no pas estalvi.

El treballador social no és només un gestor de recursos, és segons l'Assemblea de la Federació Internacional de Treballadors Socials celebrada a Montreal el juliol de 2000 *"Aquella disciplina de la qual es deriva l'activitat professional del treballador*

social. Té per objectiu la intervenció davant les necessitats socials per promoure el canvi, la resolució dels problemes de les relacions humanes i l'enfortiment i la llibertat de la societat per incrementar el benestar, mitjançant la utilització de teories sobre el comportament humà i els sistemes socials i aplicant la metodologia específica que integra el treball social de cas, grup i comunitat. El Treball Social intervé en aquells punts en què les persones interactuen en el seu entorn. Els principis dels drets humans i la justícia són fonamentals per al treball social". D'aquesta definició, d'altra banda molt recent, es desprèn que el treballador social ha de ser present en tota activitat relacionada amb la persona considerada individualment, en grup o des de la comunitat que visqui alguna situació anòmla que afecta el seu benestar, personal i familiar. Amb una intervenció metodològicament adient és més fàcil poder superar aquests condicionants. En l'àmbit de la salut, també.

El treballador social no és el professional dels marginats, és el professional amb suficient preparació acadèmica, amb capacitat i expertesa demostrada i coneixedor dels recursos disponibles per intervenir en situacions de conflicte sigui quina sigui la causa que el provoqui.

El present treball pretén posar a la llum tot allò que es pot perdre sense la intervenció directa, planificada, insistent i avaluada dels treballadors socials. És des de la interdisciplinarietat exercida en el marc de l'estructura sanitària actual que avançarem en la qualitat de vida dels ciutadans. És des d'aquesta perspectiva i prenent com a referent l'espai territorial de Catalunya que podrem fer una ullada a la realitat actual tant vista des de la teoria com de l'experiència dels professionals implicats.

Analitzarem l'estructura del Sistema Sanitari a Catalunya i el paquet legislatiu que el suporta i deixarem sentir la veu de l'experiència. Preguntarem als protagonistes que impulsaren la realitat actual i també l'experiència dels professionals que estan a primera línia d'actuació avui en dia i en els diferents nivells estructurals del Sistema. És a dir, analitzarem el que fan, el que podrien fer i quins són els resultats de la seva tasca.

Intentarem descobrir quines són les noves problemàtiques sociosanitàries, quins reptes demana la societat catalana del segle XXI i quines són les respostes possibles, aquelles que generen la pràctica, ja que en teoria hi ha solucions per a tot.

Estructura del Sistema Sanitari a Catalunya

En plena dictadura franquista ja es va fer el primer pas per dotar la població treballadora (cotitzadora a la Seguretat Social) de prestacions sanitàries públiques i gratuïtes. La llei de la Seguretat Social del 1944 determina la possibilitat d'una atenció medicosanitària pública per als assalariats compatible amb altres tipus d'assegurances i, a la vegada, obre la porta al dret d'aquests treballadors a rebre compensacions econòmiques quan, per malaltia o edat, no els fos possible treballar. L'estructura de l'invent contempla ja dos nivells assistencials diferenciats: Els metges de capçalera i els hospitals.

Aquesta nova situació va obligar també a participar-hi les oficines de farmàcia, ja que el medicament és imprescindible en qualsevol intervenció terapèutica. Per tant, es va haver de crear i estructurar un sistema de receptes mèdiques que avallessin la gratuïtat en l'adquisició del medicament per part del ciutadà i, per altra banda, que servissin de factura amb càrrec a la Seguretat Social. Molt aviat es va veure que el nou invent no era sostenible si no hi participava la butxaca del treballador. De mica en mica s'han anat incrementant els percentatges de participació dels ciutadans en aquesta despesa. Concepte i pràctica que avui encara perduren.

De totes maneres hem de dir que no és fins que no s'inicia el procés democràtic a l'Estat espanyol que no es comença a elaborar un paquet de mesures legals i normatives prou consistents per poder parlar d'un Sistema Sanitari Públic ben estructurat i dotat econòmicament de cobertura universal. Les prestacions sanitàries públiques actuals sobrepassen els límits dels treballadors assalariats. Avui, tots els ciutadans amb residència estable o provisional a l'Estat tenen dret a una atenció mèdica, hospitalària i farmacèutica amb algunes limitacions, però no excepcions.

Seguidament farem un repàs, ni que sigui breu, de la legislació vigent, que ens ajudarà a entendre el panorama que fa possible incorporar i avaluar la incidència del treball social en els mecanismes d'intervenció en matèria de salut per als ciutadans de l'Estat espanyol en general i els de Catalunya en particular.

Constitució Espanyola

Si llegim habitualment la premsa diària ens pot cridar l'atenció la quantitat de referències que es fa d'un text legal de tan àmplia volada i que, pel seu contingut formal, només hauria de ser referent de juristes i legisladors. Però no, la Constitució

Espanyola sembla el catecisme de primer de bàsica, tothom en parla com expert, tots hi diuen la seva encara que la majoria no sàpiguen ni on el poden trobar per llegir.

La Constitució Espanyola del 1978 trenca amb el passat dictatorial per posar les bases a una nova manera de fer política, més participativa i democràtica i estableix una nova forma d'organització administrativa de l'estat. A la vegada, determina una sèrie de drets i deures que afecten tant els governants com la ciutadania.

Segurament el que cal remarcar d'aquest text és que implanta una nova fórmula de relació política i administrativa instituint el que es coneix com "Estat de les Autonomies"; la qual atorga diferents competències i capacitats de decisió als Parlaments autonòmics, d'abast territorial ben limitat i, a la vegada, promou els grans principis rectors de la política social i econòmica d'Espanya (capítol tercer).

Només un breu repàs pel que fa al tema que ens pertoca.

Article 43

- 1. Es reconeix el dret a la protecció de la salut.*
- 2. Correspon als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i a través de les prestacions i dels serveis necessaris. La llei establirà els drets i els deures de tothom en aquest punt.*
- 3. Els poders públics fomentaran l'educació sanitària, l'educació física i l'esport. Facilitaran també la utilització adequada del lleure.*

Article 50

Els poders públics garantiran la suficiència econòmica als ciutadans durant la tercera edat, mitjançant pensions adequades i actualitzades periòdicament. Amb independència, en promouran el benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els problemes específics de salut, habitatge, cultura i lleure.

En aquest context ens sembla interessant destacar que es determinen quines han de ser les competències pròpies de cada un dels nivells politicoadministratius de l'organització de l'Estat. L'article 149 delimita les competències exclusives de l'Estat en diverses matèries i s'atorga al mateix estat algunes responsabilitats que fan referència al Sistema de Salut. Recordem, doncs, el que assenyalava aquest article constitucional:

Article 149.16

Sanitat exterior. Bases i coordinació general de la sanitat. Legislació sobre productes farmacèutics.

Article 149.17

Legislació bàsica i règim econòmic de la Seguretat Social, sens perjudici que les Comunitats Autònomes n'executin els serveis.

La resta de competències atenyen el que es pugui determinar en els Estatuts d'Autonomia corresponents. Pel que fa a Catalunya, només cal fer una revisió de l'Estatut vigent per adonar-nos que les normatives desplegades i les que estan pendents de desplegar fan possible que, de mica en mica, es pugui anar introduint el treball social al quefer quotidià, de manera que, un cop avaluada la seva incidència, es pot comprovar com a poc a poc millora substancialment el dia a dia de professionals i ciutadans incrementant-los la qualitat de vida que suposadament és matèria prioritària.

Estatut de Catalunya

Un cop establert el gran marc legal de referència, cal anar avançant i concretant la seva aplicació en el territori de Catalunya. El 1979 sembla que arriba el moment d'assentar les bases que permetin un desenvolupament competencial i el finançament corresponent per tal que es pugui plasmar l'activitat, els serveis i prestacions que incideixen directament en la salut i la qualitat de vida dels ciutadans.

Si la Constitució Espanyola del 78 determina que l'Estat s'organitza en Comunitats Autònomes i que és imprescindible dotar-les de mitjans legals, tècnics i econòmics que permetin dur a terme les competències que tenen assignades, l'Estatut d'Autonomia de Catalunya del 79 ens atorga competències en matèria de salut i de serveis socials.

Durant el 1979 s'aprova el primer Estatut d'Autonomia de Catalunya, el qual consolida el primer pas per tal que la Generalitat de Catalunya pugui desenvolupar una sèrie de competències tant en matèria d'assistència social com sanitària.

Article 9

La Generalitat de Catalunya té competències exclusives [entre moltes altres] en Assistència social.

Article 17

Correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'estat en matèria de sanitat interior.

Per tant, l'Estatut del 79 posa a mans de la Generalitat l'obligació d'organitzar un Sistema Sanitari propi, això sí, en certa manera, encotillat per la Llei General de sanitat del 1986.

La vida continua i és bo adequar normatives jurídiques i administratives a les exigències del temps. Catalunya –encara que hi ha qui vol posar pals a les rodes– camina amb pas ferm i tossuderia per assolir més responsabilitat col·lectiva i més capacitat per decidir les seves prioritats en tots els aspectes: polític, econòmic, de

gestió i en tots els àmbits que afecten directament i indirecta la vida dels ciutadans de Catalunya.

Amb l'objectiu d'ampliar la capacitat d'autogovern, el Parlament de Catalunya elabora una nova proposta d'Estatut que permeti continuar avançant en el procés col·lectiu dintre una societat democràtica que faci possible dotar-la d'instruments, equipaments, recursos i serveis que millorin la qualitat de vida dels ciutadans, Estatut que no ha estat lliure de retallades, entrebancs i promeses incompletes per part del Govern de l'Estat o de grups de l'oposició.

Avui, els catalans tenim un nou text estatutari aprovat el 18 de juny de 2006 i que representa un tímid pas endavant en aquest llarg i tortuós camí de l'autonomia plena.

El tema que ens ocupa –el treball social en l'àmbit de la salut– no consta específicament en el contingut global d'aquest text legislatiu, però sí que remarca quines són les competències que en matèria de salut i de serveis socials atorga a la Generalitat de Catalunya. Analitzats aquests continguts ens adonem que és imprescindible el treball conjunt i coordinat de tècnics d'ambdós sistemes –salut i serveis socials– en tots aquells aspectes de la vida de les persones relacionades amb les malalties i altres problemes generats per la manca de salut.

L'article 162 del vigent Estatut de Catalunya ordena tot allò que fa referència a la sanitat, salut pública, ordenació farmacèutica i productes farmacèutics i determina competència exclusiva en totes aquestes matèries amb l'excepció de l'ordenació farmacèutica, restringida per l'article 149.16 (*Sanitat exterior. Bases i coordinació general de la sanitat. Legislació sobre productes farmacèutics*) i en alguns casos en què la competència serà compartida.

Article 162.3

Correspon a la Generalitat, en tot cas, la competència compartida en els àmbits següents:

- a) L'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les prestacions i els serveis sanitaris, socio-sanitaris i de salut mental de caràcter públic en tots els nivells i per a tots els ciutadans.*
- b) L'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació, i l'execució de les mesures i les actuacions destinades a preservar, protegir i promoure la salut pública en tots els àmbits, incloent-hi la salut laboral, la sanitat animal amb efectes sobre la salut humana, la sanitat alimentària, la sanitat ambiental i la vigilància epidemiològica.*
- c) La planificació dels recursos sanitaris de cobertura pública i la coordinació de les activitats sanitàries privades amb el sistema sanitari públic.*
- d) La formació sanitària especialitzada, que inclou l'acreditació i l'avaluació de centres; la planificació de l'oferta de places; la participació en l'elaboració de les con-*

vocatòries i la gestió dels programes de la formació especialitzada i les àrees de capacitat específica i l'expedició de diplomes d'àrees de capacitat específica.
e) *El règim estatutari i la formació del personal que presta serveis en el sistema sanitari públic.*

Aquest mateix text legislatiu determina competència exclusiva en matèria de serveis socials que inclouen:

Article 166.1

Correspon a la Generalitat de Catalunya la competència exclusiva en matèria de serveis socials, que inclou en tot cas.

- a) La regulació i l'ordenació de l'activitat de serveis socials, les prestacions tècniques i les prestacions econòmiques amb la finalitat assistencial o complementàries d'altres sistemes de previsió pública.*
- b) La regulació i l'ordenació de les entitats, els serveis i els establiments públics i privats que presten serveis socials a Catalunya.*
- c) La regulació i l'aprovació dels plans i els programes específics dirigits a persones i col·lectius en situació de pobresa o de necessitat social.*
- d) La intervenció i el control dels sistemes de protecció social complementària privats.*

Després de fer un repàs, molt per sobre, als grans textos legislatius vigents haurem d'anar aterrant en la resta de la normativa per a l'aplicació d'aquests gran principis. I en aquest aspecte hem de dir que l'Estat s'atorga el dret de dictar Lleis Orgàniques d'obligat compliment en tot el seu territori i això fa que el Parlament de Catalunya hagi d'adequar la seva tasca parlamentària a algunes disposicions estatals. Aquest és el cas de la Llei General de Sanitat del 1986 a la qual ens referim seguidament.

Llei General de Sanitat. **(Llei 14/1986, de 25 d'abril. General de Sanitat)**

Des de la Llei de Bases del 1944 que constituïa l'eix vertebrador del que seria el Sistema Sanitari Públic a l'Estat espanyol però que, de moment, només hi tenien dret els treballadors assalariats i tan sols contemplava la cobertura de l'atenció a la malaltia i les prestacions farmacèutiques, arriba la Llei General de Sanitat del 1986 que estableix una estructura i unes prestacions universals i, a la vegada, configura l'ordenació territorial. La Llei General de Sanitat implanta com a eix vertebrador del sistema les Àrees Bàsiques de Salut, les qual caldrà adaptar a la idiosincràsia de les diferents Comunitats Autònomes. Les ABS inclouran en el seu fer i desfer de cada dia una concepció integral de la sanitat de manera que sigui possible gestionar

totes les prestacions pròpies del sistema sanitari des del mateix territori. A la vegada, pretén la integració d'aquells centres i establiments gestionats per les corporacions locals per tal de donar coherència i al mateix temps millorar l'atenció ciutadana, així com promoure la participació de les entitats específiques sense descarregar la intervenció dels Ens Locals.

La Llei, a més de regular totes aquelles accions que facin possible el dret a la protecció de la salut, també determina que són beneficiaris d'aquest dret tots els espanyols i els ciutadans estrangers residents a l'Estat. Oblida d'una vegada per totes el concepte d'assalariats per incorporar a les prestacions sanitàries tots els ciutadans sense distinció laboral, social o econòmica.

Si donem un cop d'ull a l'article 6 ens adonem que amb aquest mandat es perfila una nova concepció del que ha de ser la salut de les persones –concepció que va molt més enllà de l'atenció a la malaltia– i que pren importància l'atenció a les dificultats personals i col·lectives. Repassem el contingut d'aquest article 6 i també de l'article 18 que fa referència a les obligacions de les administracions públiques.

Article 6

- 1. Promoció de la salut.*
- 2. Promoure d'interès individual, familiar i social mitjançant l'adequada educació sanitària de la població.*
- 3. Garantir accions sanitàries dirigides a la prevenció de les malalties.*
- 4. Garantir l'assistència en tots els casos de pèrdua de salut.*
- 5. La rehabilitació funcional i la reinserció social del pacient.*

Article 18

Les Administracions Públiques a través dels Serveis de Salut desenvoluparan:

- Educació sanitària com element primordial per a la millora de la salut individual i comunitària*
- Atenció Primària integral incloent-hi, a més de les accions curatives i rehabilitadores, aquelles de promoció de la salut, prevenció de la malaltia tant individual com comunitària.*
- Assistència especialitzada que inclou l'atenció a domicili, l'hospitalització i la rehabilitació.*
- Prestació de productes terapèutics precisos.*
- Programes d'atenció vers la població de major risc i de prevenció de les deficiències tant congènites com adquirides.*
- Programes d'orientació en el camp de la planificació familiar.*
- Protecció, promoció i millora de la salut laboral.*

En tot aquest seguit d'activitats el treball social té coses a dir ja que la persona, malalta o sana, en situació de risc o cuidadora, ha de tenir la possibilitat de trobar

suport i resposta a tots aquells aspectes que incideixen, en major o menor grau, en la seva qualitat de vida.

Aquesta llei fa un pas endavant per assolir un bon sistema de salut. Inclou, per primera vegada en la història del país, la salut mental, fins aquest moment la branca més oblidada de les responsabilitats administratives. El malalt psiquiàtric no existia en el sistema públic de salut i la seva atenció era competència de les Diputacions en el capítol de la beneficència. També poden trobar resposta a les seves necessitats de salut totes aquelles persones que, per un motiu o altre, reclamen serveis sanitaris i socials els quals han de quedar coberts en l'àmbit comunitari potenciant els recursos assistencials en els sectors ambulatori, d'hospitalització parcial o a domicili.

De la Llei General de Sanitat, comuna per a tot l'Estat, es desprèn que organitza de forma primmirada tots els nivells del Sistema Sanitari, ja que marca els límits de gestió i funcionament dels serveis d'atenció directa, però també de direcció i participació comunitària i apunta de manera explícita l'obligació de dotar el sistema de salut de tots aquells professionals que facin possible l'atenció integral dels ciutadans considerats individualment, en el seu entorn familiar i en la comunitat, sense oblidar que a la vegada és una llei prou oberta que permet que les Comunitats Autònomes defineixin com s'aplica aquest mandat legislatiu en cada un dels territoris de l'Estat.

La Llei 14/86 permet a la Generalitat de Catalunya estructurar el seu propi Sistema Català de Salut i, en conseqüència, legislar, normativitzar i gestionar tota l'activitat que generin els ciutadans en matèria de salut i, a la vegada, donar cobertura pública a altres aspectes específics que cregui convenient de prestar atenció, amb llibertat de vincular-los a un nivell assistencial o a un altre.

Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (Llei 15/1990 de 9 de juliol)

L'Estatut de Catalunya de 1978 ja transferia a la Generalitat les competències en matèria de salut, encara que moltes d'aquestes competències han estat condicionades per lleis orgàniques de l'Estat i sempre per una valoració econòmica a la baixa de les competències transferides. De totes maneres, el Parlament de Catalunya té prou capacitat per ordenar els recursos existents de manera que sigui possible una major eficàcia en l'atenció de les mesures de salut per a la població.

La Llei 15/1990 d'Ordenació Sanitària de Catalunya s'ajusta a una concepció integral i integrada del Sistema Sanitari propi del país, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. La llei declara la universalització dels recursos per a tots els ciutadans residents a Catalunya, pretén superar les dificultats terri-

torials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris i afavoreix la promoció individual, familiar i social per a la salut mitjançant, entre altres, una adequada educació sanitària i una correcta informació sobre els recursos sanitaris existents.

Aquesta llei crea el SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (art. 3 i 4): *“Per portar a terme unes adequades organització i ordenació del sistema sanitari de Catalunya, es crea el Servei Català de la Salut, que té com objectiu últim el manteniment i la millora del nivell de salut de la població mitjançant el desenvolupament de les funcions que li són encomanades... El Servei Català de la Salut és un ens públic de naturalesa institucional, dotat de personalitat jurídica pròpia i plena capacitat per al compliment de les seves finalitats, que resta adscrit al departament de Sanitat i Seguretat Social...”*

En el contingut d'aquesta llei hi ha alguns elements de cabdal importància en la seva repercussió en l'atenció directa a la població. En l'article 41 es configuren les Àrees Bàsiques de Salut:

Article 41: Naturalesa i funcions

- 1. L'Àrea Bàsica de Salut és una unitat territorial on es presta l'atenció primària de salut d'accés directe de la població, i que constitueix l'eix vertebrador del sistema sanitari en l'àmbit del qual desenvolupa les seves activitats l'Equip d'Atenció Primària.*
- 2. L'Equip d'Atenció Primària és el conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris, amb actuació en l'Àrea Bàsica de Salut, que desenvolupa de manera integrada, mitjançant el treball en equip, actuacions relatives a la salut pública i la promoció, la prevenció, la curació i la rehabilitació de la salut individual i col·lectiva de la població de l'Àrea Bàsica. Aquestes activitats es realitzen principalment en el marc d'una estructura física denominada Centre d'Atenció Primària. Integren l'Equip d'Atenció Primària:*
 - a) Personal sanitari*
 - a.1) Personal mèdic*
 - Metges generals d'atenció primària*
 - Pediatres-puericultors d'atenció primària*
 - Odontòlegs-estomatòlegs d'atenció primària*
 - a.2) personal auxiliar sanitari*
 - Ajudants tècnics sanitaris/diplomats en infermeria d'atenció primària*
 - Auxiliars de clínica d'atenció primària*
 - a.3) Assistents socials d'atenció primària*
 - a.4) Aquells professionals sanitaris o vinculats a la sanitat que es determinin en funció de les necessitats assistencials de l'àrea.*
 - b) Personal no sanitari*
 - c) Els funcionaris sanitaris locals dels cossos de metges i de practicants titulars, que s'han d'incorporar a l'Equip d'Atenció Primària en els termes que preveu la normativa vigent.*

3. Per a desenvolupar una millor atenció integral s'ha de promoure que els Equips d'Atenció Primària es coordinin amb els recursos socials de les Administracions locals existents.

Seguint l'articulat d'aquesta Llei, s'inclou l'ordenació funcional hospitalària creant la XARXA HOSPITALÀRIA D'UTILITZACIÓ PÚBLICA (XHUP) (article 41) com instrument adreçat a la prestació d'assistència sanitària pública a aquells pacients que requereixen atenció hospitalària aguda. A la vegada, la mateixa Llei reconeix una XARXA D'HOSPITALS PER A CRÒNICS (article 48) a fi de possibilitar una ordenació adequada del dispositiu sanitari públic d'atenció al malalt crònic, que s'ha d'ajustar a les previsions contingudes en aquest Capítol.

No cal dir que la complexitat humana en relació amb el manteniment de seu estat de salut està determinada per factors ambientals, culturals, de creences però també de l'estructura i l'organització del propi Sistema sanitari.

A l'Estat espanyol, amb uns governs tradicionalment intervencionistes, han dissenyat un sistema sanitari poc flexible, que reclama un desplegament normatiu important i un paquet pressupostari considerable. Tot plegat fa que l'assumpció dels seus objectius per a tota la població sigui difícil i car.

Llei 8 / 007 de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut (ICS)

És aquesta l'última Llei que el Parlament de Catalunya ha aprovat per acabar d'arrodonir el marc legislatiu que faci possible el mandat Estatutari en aquesta matèria.

Hauríem de situar aquesta Llei en el marc històric de la sanitat pública de Catalunya.

A partir del mandat estatutari de transferir competències en matèria de salut a la Generalitat de Catalunya, calia crear una entitat gestora de la Seguretat Social i dels serveis i prestacions sanitaris de la Generalitat. Amb aquesta finalitat es crea per Llei, el 14 de juliol de 1983, l'Institut Català de la Salut (ICS).

Després de 24 anys, i reconeixent el fort impuls que l'ICS ha donat a la sanitat pública per adaptar-se a les necessitats de salut de la ciutadania en cada moment, tenint en compte l'entrada al mercat d'altres proveïdors, havia arribat el moment de fer un acte de normalització institucional que permetés que aquest institut deixés de ser exclusivament un ens gestor de la Seguretat Social i es convertís en un instrument de referència de la política sanitària de la Generalitat.

Per la Llei 8/007 del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut, es crea una empresa pública amb personalitat jurídica pròpia i plena capacitat d'obrar per al compliment de les seves funcions (art. 1).

Llegint el text d'aquesta llei, sembla una bona llei, més dinàmica i participativa, que basa la seva activitat a través de contractes-programa amb el Servei Català de la Salut, amb marcades responsabilitats per als càrrecs directius i un clar control financer, però que ho deixa obert a l'aprovació dels estatuts que han de regular l'organització i el règim de funcionament. És una llei molt nova que cal desplegar amb una certa rapidesa per tal d'evitar buits legals i vicis adquirits.

No podem oblidar que l'ICS és el proveïdor de serveis sanitaris que gestiona més ABS de Catalunya però, a la vegada, també sembla el més repatani en la contractació de professionals de treball social i que, ben sovint, pacta amb els ajuntaments un treball conjunt entre l'atenció primària municipal i sanitària en benefici de reforçar l'estructura i la demanda de la població en general, però en detriment del treball conjunt i continuat amb l'equip de salut. El futur ens donarà la resposta, quan potser ja no hi serem a temps a rectificar, però si s'oblida aquest vessant en el fer i desfer quotidià de la pràctica sanitària, és possible que ens quedem amb una pèrdua dels aspectes socials intrínsecs a la persona. Si no ens prenem seriosament la incorporació del treballador social en els diferents nivells assistencials del sistema és més que probable que assumim com a natural aquella vella, antiga, avorrida i inamovible resposta: "No hi ha recursos, el posem en llista d'espera, vagi a veure en... que és el professional que li toca, etc." La llei de l'ICS pot resoldre aquestes situacions si no s'oblida de preveure la incorporació sistemàtica del treball social en els diferents equips de salut i, a la vegada, incorporar mecanismes de coordinació dintre i fora del sistema.

No oblidem que les preocupacions del malalt i la seva família són físiques, psíquiques i socials i que s'han d'atendre a l'uníson i sense compartiments.

La llei de l'ICS tanca, de moment, tot el paquet legislatiu que ha de permetre desenvolupar una bona política sanitària a Catalunya. Descentralitzada i propera al ciutadà, amb objectius de salut, i amb eines de gestió financera adequades i clares. La dotació de personal és en aquest moment el que ens ha de preocupar.

No oblidem tampoc, en cap moment, que el CatSalut ha de marcar prioritats i exigències en totes les seves activitats: Pla de salut, contractes amb els diferents proveïdors, etc. El CatSalut ha de marcar les directrius corresponents per tal que els aspectes socials de la població siguin plenament atesos.

L'ICS i els altres proveïdors del sistema han de prestar els mateixos serveis, amb les mateixes qualitats, professionalitat i dedicació i amb una equitat salarial que faci impossible tenir professionals de primera i de segona.

Fins aquí, un breu repàs del marc legislatiu que ha fet possible estructurar el Sistema Català de Salut segons l'esquema expressat a continuació:

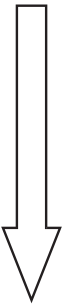
Organigrama del sistema de salut a Catalunya

GENERALITAT DE CATALUNYA



Institució en què s'organitza políticament l'autogovern de Catalunya i és integrada pel Parlament, el president de la Generalitat i el Govern. Les competències de la Generalitat li són atorgades per Llei Orgànica de l'Estat (Estatuts d'Autonomia) i referendats pel poble de Catalunya. El Govern s'organitza per Departaments al capdavant dels quals hi ha un Conseller/a.

DEPARTAMENT DE SALUT



Creat pel Decret 421/2006 de 8 de novembre, de creació, denominació i determinació de l'àmbit de competència dels Departaments de l'Administració de la Generalitat de Catalunya.

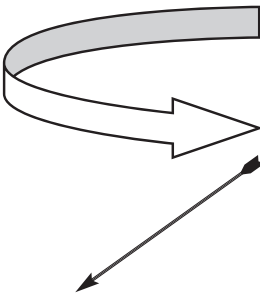
El Departament de Salut té responsabilitat en:

- Política sanitària

Del Departament de Salut depenen:

- El Servei Català de la Salut
- L'Institut Català de la Salut
- Els equipaments sociosanitaris
- L'Institut d'Estudis de la Salut

SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (CatSalut)



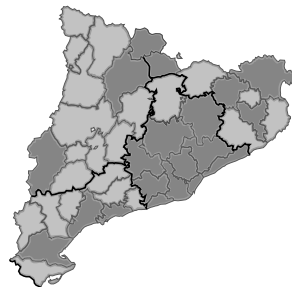
Ens públic que garanteix el dret a la protecció de la salut de tota la ciutadania de Catalunya.

- Compra de serveis a les entitats proveïdores.

Desplegament en el territori (Regions Sanitàries)

L'objectiu de les quals és gestionar en cada un dels territoris (Regions Sanitàries) la política sanitària que determina el Departament de Salut.

- Alt Pirineu i Aran
- Lleida
- Camp de Tarragona
- Terres de l'Ebre
- Girona
- Catalunya Central
- Barcelona



Nivells assistencials del Sistema de Salut a Catalunya

Qui executa la tasca assistencial?

CatSalut a través de contractes de serveis a diferents entitats proveïdores s'organitza segons diferents nivells assistencials amb objectius específics en cada un d'ells:

ATENCIÓ PRIMÀRIA:

Objectius:

- Prestar atenció a totes aquelles patologies que poden ser ateses en consulta ambulatoria o a domicili, és a dir, totes aquelles atencions a la salut de la població que no requereixen atenció hospitalària.
- Fer el seguiment de totes aquelles patologies cròniques per evitar-ne aguditzacions o complicacions no desitjades.
- L'educació sanitària de la població i la promoció de mesures que millorin la salut pública realitzades dintre o fora de l'ambulatori.
- Programes específics de prevenció de salut tant individual com comunitària.
- Incidència en tots aquells aspectes que tenen a veure amb la salut pública ja sigui personal o ambiental, preventiva o educativa...

ATENCIÓ HOSPITALÀRIA:

Objectius:

- Atenció a totes aquelles patologies més complexes –ja sigui per la seva etiologia, ja sigui per la complexitat tècnica d'intervenció– que no poden ser adequadament ateses a domicili.
- Seguiment a través de consultes externes dels postingressos mentre no es pugui derivar a l'atenció primària o es pugui donar l'alta definitiva.
- Serveis d'urgència per atendre aquelles situacions molt greus que reclamen la complexitat de l'atenció hospitalària i per donar suport o compensar aquelles situacions a les quals l'atenció primària no pot donar resposta.
- Coordinació amb els altres nivells assistencials, de manera prioritària amb l'atenció primària i sociosanitària però també amb els recursos socials i comunitaris del territori de referència.

ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA

Objectius:

- Atenció d'aquells pacients que, per causa dels condicionaments socials, no poden retornar al seu domicili però que tampoc la complexitat de la seva malaltia no fa aconsellable romandre a l'hospital.
- Procurar la recuperació funcional, tant com sigui possible, de patologies cròniques invalidants.
- Facilitar la màxima qualitat de vida a aquells malalts en la fase terminal de la seva vida.
- Potenciar i facilitar la participació de la família en l'acompanyament del procés patològic, sigui quina sigui la situació final del malalt.

L'execució de tots aquests objectius es du a terme a través dels diferents proveïdors, els quals són els encarregats, mitjançant els convenis corresponents, de garantir la millora de salut dels catalans tenint en compte l'atenció integral i contemplant l'atenció, la prevenció, la rehabilitació i la reinserció social tant d'aquelles malalties més banals com de les més complexes.

Resum

En la complexitat humana en tots els seus aspectes, tant de la vida individual com de la col·lectiva, hi coincideixen variables tan diverses que mai dos i dos fan quatre. Però, sobretot, quan parlem del manteniment i la recuperació del seu estat de salut no cal dir que està determinada per factors genètics, ambientals, culturals, de creences però també de l'estructura del propi sistema que hi ha de donar resposta.

A l'Estat espanyol, amb un govern tradicionalment intervencionista s'ha anat dissenyant un sistema sanitari carregat de normes, d'una estructura administrativa encarcarada i poc flexible que no ha tingut en compte les característiques de cada territori, la qual cosa fa que fer arribar les prestacions del Sistema a la totalitat de la població de Catalunya sigui una tasca difícil i a la vegada cara.

Com es pot veure en la descripció legislativa que hem exposat fins ara, els diferents òrgans competencials, les responsabilitats de cada uns dels nivells de l'Administració i la diversitat territorial del país fan que els destinataris de les prestacions siguin o puguin ser diferents a Barcelona o al Pallars –posem per cas. Si a això afegim que hi ha formes organitzatives igualitàries per a tot el territori estatal podem comprendre que la pràctica pot ser més difícil del que en teoria sembla. De totes maneres, a Catalunya disposem d'un sistema sanitari complex però fortament recolzat per un paquet legislatiu potent. Això és un pas important per consolidar els objectius de l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

En aquest context, el treball social s'incorpora en el teixit dels recursos sanitaris del sistema de salut, no per bona voluntat dels gestors sinó per prescripció legislativa. Aquest fet reconeix la capacitat i les habilitats específiques d'aquests professionals en la millora de la qualitat de vida de les persones, enteses des de la seva globalitat i des de la seva complexitat personal i familiar.

El treballador social és el professional amb una preparació acadèmica reconeguda, amb habilitats en el treball amb equips multidisciplinaris, dinamitzador de les capacitats individuals i familiars i coneixedor dels recursos comunitaris existents en cada territori, del perfil i objectius de cada un d'ells així com dels circuits i condicions d'accés.

La incorporació del treballador social en els diferents nivells assistencials del sistema aporta un valor afegit a la ciutadania, però també al propi Sistema ja que, si es tenen en compte totes les característiques i circumstàncies que incideixen en

cada cas, és més que probable que s'estalviarien baixes laborals, tant les provoca- des per somatitzacions d'origen psicològic o social com per necessitats dels cui- dadors. És més que probable que, atenent el pacient des dels tres vessants que incideixen en les persones (biològic, psicològic i social), els estalvis en fàrmacs es farien notar.

Si això és així, per què hi ha tantes places de treballadors socials no cobertes en els diferents nivells assistencials del Sistema?

Segurament la resposta a aquesta pregunta la trobaríem en la manca de comu- nicació entre els polítics que prenen les decisions i els professionals que fan la feina. Entre uns i altres no hi ha la comunicació suficient. També és possible que hi tingui a veure algun factor econòmic i, fins i tot, m'atreviria a dir que hi ha una falsa competència entre els serveis socials municipals i els del Sistema de Salut, com si amb unes bones comunicació i coordinació l'atenció a la població no en sortís beneficiada.

Quins serien, doncs, els motius pels quals la normativa només es compleix a mitges? D'entrada, i amb la voluntat d'anar-los desgranant una mica més al llarg d'aquest treball, podríem dir que hi ha tres grans motius que ho expliquen:

- **El desconeixement de la feina** que fan els treballadors socials incorporats en qualssevol dels nivells organitzatius del Sistema.
- **Manca d'una informació correcta.** Sembla com si els professionals del treball social estiguessin més preocupats per fer que no per explicar què fan i com ho fan i, sobretot, com si encara no haguessin après que el treball en equip és una tècnica que els és pròpia.
- Tal com ho manifesten alguns gestors del sistema de salut, **tenim la filosofia però ens falta la pràctica.**
- Estem poc acostumats a **tenir en compte les històries de vida i les condi- cions individuals i familiars** tant en les sessions clíniques com a l'hora de determinar processos terapèutics i aplicar els recursos adients i possibles.

Analitzant nivell per nivell, potser en traurem l'entrellat.

Fonaments del treball social en l'àmbit del Sistema Sanitari. Una mica d'història

Era l'estiu de l'any 1973 que, per iniciativa de Montserrat Kirchner, directora de l'Escola Catòlica d'Ensenyament Social, es va encarregar als sociòlegs Joan Estruch i Antoni M. Güell un treball que analitzés la professió dels assistents socials. En el pròleg d'aquest estudi, que va veure la llum pel maig del 1976, els autors manifesten: *"Las causas del estudio hay que buscarlas, pues, en el doble hecho: por una parte, en la situación de crisis por la que atraviesa la profesión de asistente social desde hace unos años, debido –como veremos– a una multiplicidad de factores, entre los que destacaríamos aquí la indeleble huella del origen ideológico de la profesión, su condición eminentemente femenina, la relativa inconcreción de las tareas que debe desempeñar el asistente social, y el carácter discutible de los intentos de reorientación habidos hasta ahora."*⁽¹⁾

Avui, després de més de 30 anys, segurament podríem dir que estem davant d'una situació de crisi molt similar a la que va motivar l'estudi de Joan Estruch i Antoni M. Güell.

Si som una mica primmirats podríem dir que el treball social a Catalunya –també en altres indrets, però això no consola– es troba en una crisi permanent, gairebé crònica. La situació política ha canviat, la legislació específica també, la consideració tècnica dels professionals sens dubte, però la multiplicitat de factors que hi incideixen no ha superat la situació crítica detectada en l'estudi esmentat.

Amb tot, la primera Escola de Treball Social a Catalunya, creada el 1932, preparava les seves alumnes posant èmfasi, sobretot, en la promoció de la classe obrera a fi que, mobilitzant els seus recursos personals i comunitaris es produís el canvi social que la ciutadania reclamava i que l'entorn social podia fer possible. En els seus Plans d'Estudi ja incloïen la metodologia d'intervenció especialitzada, entre elles: el treball social en l'àmbit sanitari.

Més tard, la creació de l'Escola de Visitadores Socials Santa Teresa (curs 1950-51), per iniciativa del Dr. Sarró i ubicada a l'Hospital Clínic de Barcelona, va donar un gran impuls a l'atenció psiquiàtrica i, més endavant, a tot el ventall dels altres aspectes relacionats amb la salut de la població.

1. Joan Estruch i Antonio M. Güell. *Sociología de una profesión. Los asistentes sociales* (p. 7).

Segons es desprèn de l'estudi Estruch-Güell, a l'any 1974 el 20,6% dels professionals en exercici ho feien en l'àmbit de la sanitat. Hi ha una dada curiosa en aquest camp:⁽²⁾

Sanidad. Tampoco en este campo difieren sensiblemente los resultados en términos absolutos, de los ya comentados. Veamos, pues, cuáles son en términos relativos las diferencias más significativas: las asistentes sociales empleadas en el campo sanitario destacan del resto por el tiempo consagrado a entrevistas (tanto con sus clientes, como con otras personas), a los rapports y a las reuniones con otros asistentes de la misma entidad. En cambio, efectúan proporcionalmente menor número de visitas a domicilio, se dedican menos a gestiones y tramitaciones, y trabajan poco con grupos. Los responsables del campo sanitario interrogados insisten especialmente, como tarea propia del asistente social, en la confección de una historia social del cliente y en su misión de enlace entre éste, sus familiares y el centro sanitario. Parece que en este campo, y a diferencia de lo que ocurría en el caso anterior, las asistentes sociales trabajan más con personas que con papeles, si bien prevalece también aquí la "reunionitis" obsesiva.

Segons l'opinió expressada pels propis assistents socials preguntats pels senyors Estruch i Güell, l'assistent social era una professional desconeguda i incompresa per la societat –avui, no és desconeguda però encara continua sent molt incompresa. Solament ha reconegut la tasca d'aquest professional aquella petita part de la societat que, per causa de patir situacions adverses que, més sovint del que voldríem, ens depara la vida, ha estat atesa per un treballador social quan ha viscut algun problema de salut personal o d'algun familiar. Pel que fa a la resta de la societat, encara és el gran incomprès, incomprensió extensible a institucions i empreses contractants.

Moltes vegades ens preguntem per què es dona aquesta situació poc considerada vers els treballadors socials en qualsevol àmbit, també en el sistema de salut, quan l'experiència demostra que la seva intervenció modifica sensiblement la qualitat de vida de les persones malaltes i les seves famílies. Se m'acut que tal vegada podria ser perquè hem parlat més de quantitat que de qualitat i no hem estat capaços de valorar l'impacte econòmic positiu i el valor afegit que representa en el conjunt del sistema de salut.

Seguint aquest repàs per la història de la professió en relació amb la seva incidència en el camp sanitari hem de citar l'estudi que, per encàrrec del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, va fer l'empresa Progress, els resultats del qual es van publicar el 1997. Aquest estudi ens mostra xifres concretes de la incidència dels professionals en aquest àmbit. Reconeix un

2. *Obra citada* (p. 122).

increment molt important dels serveis socials polivalents i que a l'hora de la recollida de dades hi ha la possibilitat de respostes múltiples. De totes maneres sabem que aquests condicionants poden emboirar els números absoluts, l'estudi de Progress remarca:

Àmbit o temàtica a la qual orienta de manera preferent la seva activitat

| Àmbit | Percentatge |
|-------------------------|-------------|
| Sanitat (AP, H, i SS) | 22.5 |
| Drogodependències | 12.4 |
| Salut mental | 11.4 |
| Sida | 10.0 |

No és banal la quantitat de professionals implicats en aquest àmbit. Per adonar-nos que es mantenen el sentit i l'operativitat de la incidència del treball social en aquest sector, actualment (juny de 2007), d'un total de 4.617 col·legiats a Catalunya, 436 ho fan en l'àmbit sanitari, és a dir, el 9,44% de la totalitat dels col·legiats. Entenem que la immensa majoria dels professionals en actiu formen part del Col·legi Oficial.

| Número total | Nivell assistencial |
|--------------|------------------------------------|
| 47 | Hospitals |
| 33 | Atenció Primària |
| 118 | Salut Mental |
| 47 | Drogodependències |
| 191 | Altres (no consta l'especificitat) |
| 436 | |

També l'estudi de Progress remarca que una de les causes d'aquesta confusió de funcions que no acaben de definir amb claredat les tasques del treballador social té molt a veure amb el treball en equip i, en l'àmbit de la salut, l'equip és imprescindible. La dada més significativa que segons l'estudi cal retenir és que *"un 17,8% dels treballadors socials que treballen en equip considera la seva incidència més elevada que la resta de membres de l'equip en el resultat final de la intervenció. Per contra, únicament un 4,7% creu que la seva incidència és menor"*.⁽³⁾

3. Els Diplomats en treball social i Assistents Socials de Catalunya. Situació, perfil i expectatives (p. 159).

Carme Rubí⁽⁴⁾ recorda, entre moltes altres coses, que el treball social, aplicat en qualsevol àmbit d'intervenció, ha de ser capaç de gestionar els recursos amb la màxima rendibilitat econòmica i amb la màxima eficàcia social. També ens recorda l'insistent discurs d'Octavia Hill, la gran teòrica de la Charity Organisation Society, a través del qual insistia, per activa i per passiva, en la necessitat de formació adequada tant per als professionals com per al personal voluntari: *"S'ha d'aprendre a tractar la gent, a comprendre les condicions en què viu i el mitjans que poden aplicar-se per millorar-les."* Són precisament la comprensió de les condicions de vida i les històries personals dels pacients els puntals de la forta incidència que el treball social aporta en l'àmbit de la salut, ja que altres professionals que hi intervenen reforcen el seu punt de vista en aspectes més tècnics que no pas vivencials.

Diversos professors de les Escoles Universitàries de Treball Social, formadors de moltes promocions de Diplomats en aquesta matèria, han incidit en la conveniència d'aplicar les tècniques pròpies del treball social en l'àmbit de la salut. Així, podríem remarcar les aportacions del Dr. Oriol Martí⁽⁵⁾ en el que en podríem dir la inclusió, lenta però metòdica, dels canvis conceptuals –tant en l'àmbit legislatiu com social– de les atencions a la salut de les persones en l'Espanya contemporània.

Des de les Corts de Cadis amb el "Código Sanitario" fins a l'estructuració i la consolidació d'un Sistema Públic d'atenció a la salut de les persones, han passat una mica més de cent anys, però els canvis han estat importants i sense retorn.

Aquest autor,⁽⁶⁾ en l'obra citada, hi dedica una bona part de les seves aportacions. Quan en el capítol referent a Àrea de treball social parla de la **interdisciplinarietat**, ens diu que la seva aplicació *"té molt a veure amb l'aproximació científica a la naturalesa humana". La interdisciplinarietat ha d'esdevenir, per força, la pedra angular de la discussió científica i filosòfica.*

Val la pena remarcar uns pensaments del professor Martí:⁽⁷⁾ *"I si la medicina biològica que usa les tècniques quirúrgiques i farmacològiques ha fracassat a l'hora de donar respostes vàlides a la malaltia humana en un sentit global, molt més han fracassat les solucions que les teories dites de l'enginyeria social donen als problemes de la col·lectivitat, entesa com a suma natural d'individus. El fracàs de les concepcions fins ara explicades hauria facilitat, en un moment concret de la història, enfront de les profundes limitacions del reduccionisme biològic, l'aparició de les professions dites 'socials', les quals alhora varen sofrir progressives divisions i subdivisions, amb la intenció d'actuar 'millor' o 'més científicament' damunt dels 'subjectes' necessitats d'aquestes*

4. *Introducción al trabajo social* (p. 55).

5. *Treball social. Conceptes i eines bàsiques* (p. 316).

6. *Obra citada*, p. 426 i ss.

7. *Obra citada*, p. 431.

*intervencions socials. Molt sovint, però, sota pretesos sabers tècnics 'molt específics' s'amaga una mala aplicació dels sabers mèdics: veiem com un ventall de 'noves professions socials' parlen sovint d'història clínica d'exploració, de diagnòstic, o de terapèutica, i no són capaces de sortir d'aquests terrenys, quan el seu és un altre ben diferent... –encara que sigui dit d'una manera molt concisa– ...és possible resoldre la problemàtica de la comunitat humana i dels éssers humans amb els esquemes del pensament exposats anteriorment: és imprescindible partir de l'essència mateixa del fenomen humà, del **conflicte**, que en aquest cas –ja ho deia fa molt temps Aristòtil– és, primer social, en segon lloc psicològic i finalment biològic. Aquests tres nivells s'entrecreuen, es modulen i es multipliquen mútuament. Però cal repetir que l'aspecte dominant, el més important, és el social; per això qualsevol problema humà requereix, en primer lloc, uns abordatges des d'una explicació conflictivista i globalitzadora, és a dir històrica.*

Més endavant i parlant de la participació de la comunitat en la presa de consciència de les seves necessitats col·lectives, el Dr. Martí acaba dient: "La participació és l'altre punt del qual se sosté la interdisciplinarietat, perquè representa l'extensió de les interfases socials i la real capil·laritat dels tècnics en el teixit social!"⁽⁸⁾

A mesura que va passant el temps, la introducció dels aspectes socials en l'atenció dels processos d'emmalaltir van prenent consistència i l'aportació del treball social és imprescindible per aconseguir els objectius terapèutics vistos tant des de la prevenció, com des de l'atenció assistencial i la reinserció a la comunitat. Des d'aquí voldria recordar les encertades aportacions del professor Oriol Martí ja citat en altres indrets d'aquest treball.

Oriol Martí ha volgut aprofundir en el tema i oferir una obra de divulgació universitària que serveixi de porta d'entrada a sanitaris, treballadors socials, psicòlegs, etc. per al coneixement de totes les qüestions relacionades amb la salut pública.

Durant l'any 2003, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya va publicar el *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya* com estratègia que permeti orientar la presa de decisions pel que fa al desenvolupament de les professions sanitàries, promoure iniciatives i actuacions dirigides a garantir la coherència entre les necessitats socials i la competència professional, a la vegada que es pugui donar resposta a les necessitats dels ciutadans atenent criteris d'eficàcia, eficiència i qualitat.

Entre les professions sanitàries reconegudes pel Govern de la Generalitat, els grans oblidats són els treballadors socials específics i no s'entén gaire per què.

L'any 2003 ja era vigent la Llei d'acreditacions dels centres hospitalaris (1982) i el Decret 84/1986 de 21 de març de mesures per a la reforma de l'Atenció Primària de salut a Catalunya. Ambdós textos legals reconeixen i consoliden els treballadors

8. *Obra citada*, p. 434.

socials dintre del Sistema. En principi, sembla una contradicció entre el que diu la llei i la consideració de les professions sanitàries en dos textos de la mateixa Generalitat.

Repassant les Memòries de les diferents institucions sanitàries consta la inclusió d'aquests professionals en els catàlegs de personal contractat. Per què la Generalitat se n'oblida? Tot un misteri.

També l'any 2003, l'experiència i el bon fer d'aquests professionals en espais específics –salut mental, drogodependències, sida, atenció pal·liativa, etc.– és palesa, reconeguda i valorada, però a la vegada la gran oblidada. Per què? Segurament perquè mai ningú (ni professionals, ni gestors, ni tampoc l'Administració) ha quantificat el valor afegit que el treball social aporta a la qualitat de vida dels ciutadans.

¿Potser és que s'ha perdut la visió del treballador social com a puntal mobilitzador dels recursos personals i familiars amb capacitat per modificar situacions individuals i col·lectives? ¿Potser que els professionals hagin valorat més el fer quotidià d'atenció a les persones oblidant presentar resultats quantitius, però també qualitius, a les institucions de les quals depenen?

No ho sé. Aquest és un fenomen que caldria analitzar amb profunditat. Amb més profunditat del que permet aquest treball que teniu entre mans. La qualitat de vida de les persones malaltes passa per la intervenció mèdica, farmacèutica, d'infermeria, etc., però també per la intervenció del treballador social en una tasca conjunta, coordinada i ben travada.

Per acabar, m'agradaria recordar la definició que fa Montserrat Colomer sobre la professió de Diplomada en Treball Social:⁹ *“L'Assistent Social és el professional que té encomanada la tasca d'ajudar les persones que es troben en dificultats socials (tant en l'aspecte individual com en el col·lectiu), perquè siguin capaces de superar-les amb els seus propis mitjans o utilitzant els recursos establerts en la comunitat. L'objectiu del treball social és atendre, no solament els problemes manifestos, sinó també realitzar una tasca preventiva: crear serveis, recursos, els mitjans més adients per tal de prevenir les causes que provoquen el desequilibri social”.*

En la persona amb problemes greus de salut, sobretot si aquests problemes són crònics, d'evolució lenta i de llarga durada o fortament invalidants, la intervenció del treball social és imprescindible per promoure els canvis necessaris que ajudin a superar situacions adverses, que s'ajustin a la realitat personal i familiar dels pacients que els pateixen i, a la vegada, que puguin oferir els recursos comunitaris existents.

Hi ha un treball, relativament recent, (novembre 2004 – març 2005) de la Comissió de Salut del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, titulat *Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari*, que té el valor de síntesi pel que fa a concretar les competències d'a-

9. *Obra citada*, p. 448.

quests professionals en l'àmbit específic de l'atenció sanitària. Entre les competències pròpies d'aquests professionals, la Comissió de Salut assenyala:

- *Han de facilitar la inserció i integració en l'àmbit sociofamiliar i fomentar nous hàbits de salut i de relació amb el seu entorn que afavoreixi la seva responsabilitat i presa de decisions de forma autònoma en la millora de la seva salut, benestar i qualitat de vida.*
- *Realitzarà un seguiment de la problemàtica social de l'usuari i el seu entorn directe, ha d'atendre les demandes i necessitats d'individus o grups de població, gestionarà els recursos comunitaris i socials i col·laborarà en la promoció de les actuacions precises per al tractament i la prevenció de les emergències o problemes tant per l'individu, per la família, grup o comunitat.*
- *És el responsable de valorar la situació sociofamiliar de l'usuari sobre el qual es dirigirà la seva intervenció i proposarà els objectius, les estratègies i els recursos que millorin i afavoreixin el seu progrés de reintegració en l'entorn familiar i social.*

En definitiva, els eixos fonamentals del treball social en l'àmbit de la salut exposat en el document que estem comentant, són:

- A. Promoure el desenvolupament de les capacitats de la persona de manera que permetin resoldre els problemes socials individuals i col·lectius.*
- B. Vetllar pels drets i deures de la persona atesa i la família en el marc legal de la dignitat i la bioètica, proporcionant la facultat de lliure elecció, d'adaptació i de desenvolupament personal.*
- C. Advocar perquè s'adoptin polítiques socials justes i equitatives i perquè s'estableixin els recursos o alternatives als recursos existents.*

Resum

Hem de reconèixer l'escassetat de literatura en aquest aspecte, però n'hi ha la suficient per poder defensar la incorporació i el manteniment de professionals del treball social en tots els àmbits i nivells del Sistema Sanitari.

La història de la professió així ens ho explica. Els estudis sociològics referits a Catalunya ho demostren. I la consulta a altres professionals del sistema que han viscut l'experiència, adverteixen que seria anar enrere i fer un trist favor a la població en general i també als professionals perdre una pota del trípod que configura la persona humana.

El treballador social no és només aquell professional coneixedor de la dinàmica dels recursos comunitaris, és qui té capacitat acadèmica i habilitats per modificar actituds i fer un bon acompanyament de les persones davant situacions de salut difícils, però també té capacitat per dinamitzar l'equip terapèutic o endegar treballs grupals amb col·lectius de pacients que tenen una problemàtica comuna o viuen situacions difícils, modificant vivències i punts de vista pel fet de compartir aquestes experiències.

El treball social en l'àmbit de l'atenció primària de salut

Com tots sabem, l'Administració és més lenta que una tortuga coixa però, quan una tortuga es posa a caminar, sempre arriba al seu destí.

Si a aquesta lentitud hi afegim poques ganes de tirar endavant els acords i compromisos polítics i, molt més encara, si comporten una cessió de diners, és fàcil entendre que, digui el que digui l'Estatut, cantin el que cantin els discursos polítics, la transferència d'aquelles competències que el marc legislatiu atorga a la Generalitat de Catalunya han estat molt lentes per part del Govern de l'Estat i pausades per part del de Catalunya.

Tan bon punt es pren la decisió política d'estructurar l'atenció de les persones malaltes, ja es planteja fer-ho a partir de dos grans nivells assistencials diferenciats. Un primer nivell l'objectiu del qual és l'atenció d'aquells malalts que poden ser atesos al seu domicili –atenció primària / metges de capçalera–, i un segon nivell per aquells que, per causes diverses, no poden ser-ho –la xarxa hospitalària i la xarxa sociosanitària pròpies de les patologies invalidants i de llarga durada que generen un fort impacte emocional i en fa difícil la cura i l'atenció des d'altres nivells assistencials.

Els diferents textos legislatius promulgats al llarg de la història mantenen aquesta diferència de nivells d'atenció. Amb el pas del temps, el coneixement més concís de les diferents patologies i la complexitat de l'estructura del sistema sanitari no modifica aquesta organització bàsica assumida com a natural per la població i, amb el temps, s'incorpora a un o altre nivell el que s'ha conegut com "especialitats mèdiques", els metges especialistes.

Aquesta realitat organitzativa ens arriba i es manté en el moment en què la Generalitat assumeix les competències en matèria sanitària i es manté conjuntament amb la voluntat d'ordenar el sistema segons uns criteris més racionals, globals, integradors del que s'havia fet fins en aquell moment.

Aquesta diferenciació de nivells assistencials és el que ens porta a repassar per separat un i altre nivells assistencials encaixats en el marc legislatiu vigent, la seva organització administrativa però, sobretot, escoltant la veu del seus protagonistes: el treballadors socials de l'àmbit sanitari.

Comencem, doncs, per l'atenció primària. Aclarim-nos una vegada per totes sobre què fem què no fem, què podem fer i què no hauríem de fer des de les Àrees Bàsiques de Salut.

Què diu la legislació

El 21 de març de 1985, el President de la Generalitat de Catalunya, Molt Honorable senyor Jordi Pujol, promovia el primer pas del que hauria de ser la gran reforma de l'atenció primària de salut i el DOGC núm. 527 publicava el Decret 84/1985 de reforma de l'atenció primària, a través del qual s'establí una nova organització del Sistema Sanitari que abastava el seguiment de la salut individual de tota la població i en tots els seus aspectes: preventiu, assistencial i rehabilitador, a la vegada que s'establí l'obligatorietat de la història clínica que feia possible la continuïtat assistencial dels ciutadans tenint sempre a la vista els antecedents familiars i els diferents tractaments a què els pacients es trobaven sotmesos durant tota la vida.

S'acabava d'una vegada per totes anar al metge amb els resultats d'anàlisis diverses, prospectes de medicació i altres papers a la butxaca. La història clínica recollia amb força més rigor l'evolució de l'estat de salut personal quan s'arriba a la consulta.

Aquesta reforma incorpora un element important que afecta directament l'objectiu d'aquest treball. Els equips bàsics d'atenció primària contempen la inclusió de la figura del treballador social, classificat com a personal sanitari no facultatiu.

Aquest Decret consolida l'atenció primària de salut com a primer graó d'accés del ciutadà a l'assistència sanitària, integra l'atenció preventiva, curativa, rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat. L'esperit d'aquesta reforma inclou que tota intervenció o activitat que es pugui fer des de l'atenció primària no es faci des d'altres nivells del sistema. Serà l'atenció primària la que donarà el suport convenient a situacions més complexes ateses en l'àmbit hospitalari i exercirà de referent per a la població.

El desplegament del decret 84/1985 ha estat més llarg del que en un moment s'havia previst perquè ha patit dos inconvenients molt importants: els diners i els professionals. Una reforma d'aquesta envergadura és cara, molt cara, reclama inversió i nous contactes per als treballadors que han de dur a terme les tasques del dia a dia. I són els diners el que condiciona l'èxit de l'objectiu proposat i ha estat la precarietat econòmica el que fa trontollar la consolidació d'aquesta reforma.

D'altra banda, no es començava de zero, hi havia gent que ja treballava en l'atenció primària, però ho feien en un horari més restringit i sense cap responsabilitat compartida. La incorporació dels diferents professionals de totes les categories a aquesta moguda pretenia que es fes de manera voluntària, motivada i amb ganes.

Això va ser un èxit durant les primeres etapes de la reforma i un inconvenient per acabar-la. Els drets adquirits i els interessos personals de molts professionals han alentit considerablement el desenvolupament total d'aquesta reforma.

El desplegament de l'atenció primària

Avui hem de dir que el desplegament de l'atenció primària es pot donar per acabat. Quantitativament es pot afirmar que el desplegament del Decret 84/1985 ha estat molt més llarg del que s'havia previst en el moment de la seva publicació, però podem afirmar que avui (març del 2008), totes les 347 Àrees Bàsiques previstes estan en funcionament encara que, des de la perspectiva de qualitat, faltin millores importants.

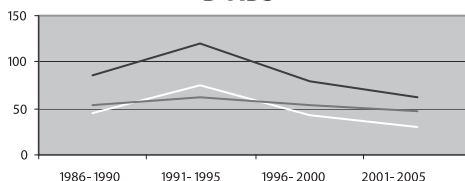
Atesa la complexa situació del país amb nuclis urbans mitjans i petits, amb una configuració urbana i rural de vegades poc definida i amb una important dispersió territorial, és difícil aconseguir l'objectiu i l'esperit de la reforma com són els d'acostar els recursos d'atenció primària al més a prop possible de la ciutadania, per la qual cosa s'ha previst l'existència de consultoris locals i, en molts casos, el reforç de l'atenció domiciliària. L'estreta col·laboració de la Generalitat amb els ajuntaments ha fet possible l'existència de 821 consultoris locals. Gràcies a aquest suport estructural, l'equip d'atenció primària es desplaça per atendre nuclis de població més petits sense desvincular-se del Centre d'Atenció Primària.

La situació sociològica de la població catalana del 2008 és diferent de la del 1985. L'arribada –gens controlada– de població immigrada, sobretot de països no comunitaris, amb cultura, costums, creences, maneres de fer i parlars diversos, i amb conceptes diferents de la vida, la salut i la malaltia, amb necessitats d'informació, orientació i educació sanitària, han col·locat l'atenció primària en una situació compromesa per assolir els objectius polítics, de gestió i assistencials que volia impulsar aquesta reforma. L'Administració ha seguit molt lentament unes estratègies prefixades que no ha modificat en relació amb els canvis de perfil de la població catalana i la pressió sobre els professionals és més punyent cada dia que passa.

Només quatre números que ajuden a visualitzar el desplegament de les ABS en relació amb la cobertura dels treballadors socials en aquest desplegament:

| ANY | ABS | T. S. | % |
|-----------|-----|-------|-------|
| 1986-1990 | 85 | 45,0 | 52,94 |
| 1991-1995 | 121 | 76,0 | 62,81 |
| 1996-2000 | 79 | 43,1 | 54,56 |
| 2001-2005 | 62 | 29,2 | 47,10 |
| | 347 | 193,3 | 55,71 |

EVOLUCIÓ DE LA CONTRACTACIÓ D'ABS



Des d'un primer moment va semblar que la població de referència assignada a una ABS, tenint en compte la possibilitat d'intervenció del treballador social, quedava una mica massa folgada i, per tant, es va estimar la contractació parcial d'aquest professional. Segons dades del Departament de Salut, es destina un 0,3 % de treballadors socials per cada 10.000 habitants.

La gràfica ens permet veure dues coses: el desplegament del decret 84/1985 s'ha fet a diferents velocitats. Es pot comprovar que durant els anys 1991-1995 es va fer un esforç important, però que la contractació de treballadors socials segueix un traçat paral·lel a la posada en marxa dels nous equips. La segona cosa a remarcar és que, si considerem els percentatges, ens adonem que es representen amb una línia recta. Durant tot el procés es manté al voltant del 55 %.

La veu de l'experiència

Si volem saber quin és el valor afegit que el treball social aporta al sistema sanitari català, no hi ha altre remei que preguntar-ho als seus protagonistes.

Em primer lloc hem de tenir en compte que un Decret no surt per generació espontània. En un primer moment, ara fa 25 anys, es van començar a posar en marxa algunes ABS com a Pla Pilot del que hauria de ser la reforma. Avaluant aquesta experiència es va arribar a dues conclusions:

- a. La reforma de l'atenció primària de salut era possible, necessària i ben acceptada.
- b. El desplegament en el territori hauria de ser esglaonat i comptar amb la incorporació dels professionals de manera voluntària.

A més de la voluntat política d'impulsar una tasca d'aquesta envergadura, com la que representa la reforma de l'atenció primària de salut, cal l'aplicació del saber i el benfer d'algú que hi doni forma, contingut tècnic i filosòfic, que faciliti eines de gestió, algú que impulsi l'execució del projecte.

No hi ha dubte que el motor de tota aquesta moguda ha estat la doctora Helena Ris. Hem parlat directament amb ella i ens ha semblat oportú transcriure la conversa.

L'alma mater de la reforma de l'atenció primària. Entrevista amb la Dra. Helena Ris

La doctora Helena Ris era, l'any 1985, Cap de Secció d'atenció primària de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària (DGOPS) del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Formava part de l'equip del Dr. Xavier Palet, professionals, tots ells, entusiasmats perquè l'atenció primària esdevingués de debò el primer graó d'entrada al Sistema de Salut.

En aquell moment Catalunya estava compromesa en una profunda transformació. En l'àmbit de l'estructura i de les prestacions sanitàries, també. El marc legislatiu ho feia possible, la ciutadania ho desitjava i li convenia i la voluntat política estava disposada a fer-ho realitat. Per això, la Dra. Ris va rebre l'encàrrec de tirar endavant una reforma en profunditat de l'atenció primària de salut, i gràcies al seu treball i al dels seus col·laboradors el 21 de març de 1985, mitjançant el Decret 84/1985 de reforma de l'atenció primària, s'inicia el desplegament de les Àrees Bàsiques de Salut i la incorporació en els equips assistencials de treballadors socials.

La reforma de l'atenció primària ha estat un procés llarg en el temps, molt més llarg del que s'havia previst, costós econòmicament i ha hagut de vèncer fortes resistències arrelades en la monotonia tant de professionals com d'una part de la població que no estava disposada a fer res per aconseguir el canvi. L'inici de la reforma queda tan remota que molts ciutadans ja ni recorden que, en un temps no gaire llunyà, l'atenció sanitària era deficitària, impersonal i donava resposta, només, a la simptomatologia de la malaltia i la indicació farmacològica. Durant tot aquest temps la dinàmica de la vida quotidiana, els canvis poblacionals i la possibilitat d'accés a la informació de tot allò que fa referència a la salut, ajuda a tenir una percepció encara més allunyada d'aquell any 1986 del segle passat, en què s'iniciava aquesta reforma.

Hem volgut parlar directament amb la Dra. Ris perquè ens expliqui què va induir al Govern de la Generalitat a dur a terme aquesta tasca. En primer lloc li preguntem.

• Calia aquesta reforma?

Evidentment que calia. No oblidem que tots plegats procedíem de les Declaracions d'Alma Ata i per tant estàvem convençuts que les coses s'havien de fer d'una altra manera.

La situació de l'estructura sanitària a Catalunya era molt diferent segons que es tractés de zones urbanes o zones rurals.

A les zones urbanes, els metges atendien la consulta ambulatoria dues hores, de dilluns a dissabte, i molt sovint l'atenció domiciliària la delegaven a col·legues sense cap mena de relació clínica entre l'un i l'altre. El pacient conservava els prospectes de la medicació (que a la vegada li servien per fer més receptes) i els resultats de les analítiques eren tan poc clars que quan anava al metge, o aquest el visitava a domicili, es feia difícil saber què prenia o què havia pres. Les infermeres, com a tals, no existien, més aviat hi havia unes noies que transcrivien receptes i poca cosa més. El metge ho feia tot i de pressa.

A les zones rurals, l'atenció era força més personalitzada ja que a cada poble hi havia el seu metge d'Assistència Pública Domiciliària (APD). El metge estava disponible

les 24 hores, de dilluns a diumenge, cada dia de tot l'any. La relació amb la població de referència era molt més estreta però, evidentment, aquesta no era una situació desitjable per ningú.

Davant aquest panorama, és fàcil de comprendre que la reforma de l'atenció primària era imprescindible. I ens hi vam posar.

• Quan el Decret estableix que els equips estaran formats per professionals sanitaris (facultatius i no facultatius), entre ells s'inclou els treballadors socials. Quin paper es pensava que podien assumir i què podien aportar al Sistema?

Es partia d'una desorganització molt ben organitzada i amb diferències importants segons que es tractés d'una zona rural o una zona urbana, amb greuges comparatius tant en l'aspecte salarial, com d'accés a la formació continuada o amb mitjans d'intervenció terapèutica.

No oblidem que ja hi havia hagut la Declaració d'Alma Ata i, per tant, és donava molta més força als components biopsicosocials de les persones que no a la simple relació diagnòstica i terapèutica.

La reforma de l'Atenció Primària forçava els professionals a treballar en equip, per tal d'atendre correctament el pacient i, per tant, era lògic que professionals d'infermeria i de treball social s'integressin plenament en el treball dels clínics aportant les especificitats de cada professió i afavorint la resposta adequada a les necessitats de la població.

L'assistent social és, era i ha de ser l'element que aporta expertesa per detectar situacions socials anòmales que van més enllà de la pura malaltia, tant si són fruit de la demanda com si són descobertes a través de l'atenció i, a la vegada, disposa del coneixement dels recursos comunitaris –institucionals o no– que poden ajudar a apaivagar el dolor de la persona i la família. D'altra banda, la integració del treballador social en els equips d'atenció primària facilita la connexió amb els serveis socials municipals o de la Generalitat.

El treballadors socials aporten a l'atenció primària de salut aquell plus qualitatiu que, qualsevol intervenció amb les persones, ajuda a millorar o a apaivagar situacions adverses, en aquest cas, situacions de salut.

Vull recordar que tant el Decret com el Reglament que fa possible el seu desplegament preveu un treballador social per cada 25.000 habitants. Això dona un marge de maniobra per millorar considerablement la salut de la població amb una visió àmplia del problema i una aplicació raonada dels recursos. Si s'amplia la població de referència o es disminueix el nombre de professionals, aleshores l'objectiu que es proposava la Reforma no es pot aconseguir.

• Han passat més de 20 anys, vostè ha assumit diferents responsabilitats dintre la sanitat pública però mai no ha estat desvinculada de l'atenció primària.

ria. Què ha canviat en l'esperit, però també en la forma, d'aquell mandat normatiu encara vigent?

Hem de constatar un avenç en positiu en relació amb la resta de serveis del Sistema. L'atenció primària és el que més ha canviat en els darrers anys, encara que el disseny inicial no s'hagi dut a terme en la seva totalitat.

Són molts els factors que han incidit en què això sigui així. Podríem destacar la resistència de la ciutadania que, molt sovint, no està disposada als canvis, hi tenen com una mena de respecte i desconfiança. Després s'ha vist que l'atenció primària contemplada des de la seva globalitat no era tan eficaç com es preveia i per això, i amb l'objectiu que tingués capacitat de resoldre tots els problemes de salut de la població, s'han posat en marxa programes específics que la reforçaven, com per exemple el programa del nen sa, el de l'atenció a malalts crònics o el d'atenció domiciliària, entre altres.

Hi ha altres aspectes que no acaben de donar els resultats esperats. Quan es va pensar a establir les visites programades o la cita prèvia era per facilitar l'accés i no per dificultar-lo, i de vegades això no ha funcionat com era previst.

La incorporació dels professionals d'infermeria amb l'exercici i la responsabilitat de les tasques que els són pròpies, ha millorat substancialment l'atenció a l'usuari.

En un principi es va pensar que calia dotar convenientment l'atenció primària dels seus propis serveis d'urgència, s'apropava el servei al ciutadà i, a la vegada, es podien descarregar els serveis de l'hospital, però els serveis d'urgència són cars i ha costat molt posar-los realment en marxa.

La incorporació del treballador social, a més de ser el professional amb formació específica en tècniques d'intervenció i aportar la seva expertesa en l'atenció integral de la persona malalta, havia de facilitar la coordinació entre l'atenció primària i l'hospital, cosa que des d'una perspectiva general es pot valorar satisfactòriament.

Estic convençuda, i és voluntat de la reforma de l'atenció primària, que des de l'atenció primària s'ha de poder resoldre la majoria de les situacions sociosanitàries i derivar només aquelles que realment els calgui la intervenció d'una institució més complexa com pot ser l'hospital.

Amb la reforma de l'atenció primària es van crear les condicions favorables per facilitar la relació i la col·laboració mútua entre aquesta atenció primària i l'hospital de referència. Per això, l'atenció primària ha de poder resoldre els problemes que es generen després de l'alta hospitalària i l'hospital ha de poder i voler donar suport a les necessitats de la primària. Quan es va pensar en la integració dels especialistes a l'atenció primària hi havia una clara voluntat política i professional de consolidar aquesta relació i, a la vegada, s'evitaven desplaçaments de la població amb els costos de temps, diners i molèsties que això representa.

La reforma de l'atenció primària ha obligat a superar moltes resistències personals, institucionals, culturals, de manera de fer... algunes imputables a l'Administració, però també als professionals i la ciutadania.

• Quines han estat les dificultats més punyents que han marcat la incorporació dels treballadors socials a les ABS?

La reforma de l'atenció primària ha estat un procés més llarg del previst per dos motius importants: una manca de diners i una clara resistència d'alguns professionals clínics. El Col·legi de Metges, si bé no va posar pals a les rodes, tampoc no va donar cap empenta per accelerar el projecte inicial. Hi havia greuges salarials, incompatibilitat horària (recordem que molts metges treballaven dues hores a la sanitat pública i, a més, exercien la medicina privada), i segurament el nou model feia preveure una pèrdua d'autonomia ja que el treball en equip obliga a prendre decisions conjuntes, a registrar l'activitat quotidiana i a deixar palesa la pràctica professional a la història clínica. De totes maneres, a mesura que la reforma anava avançant i apareixien els EBAS (Equips Bàsics d'Assistència Sanitària) i la introducció del treball per objectius, la classe mèdica s'ha incorporat al procés amb més il·lusió i fermesa.

Els pioners de la reforma de l'atenció primària estaven convençuts que la incorporació en els equips assistencials d'un treballador social donarien a aquests equips unes mires molt més àmplies del coneixement dels pacients, però moltes vegades només se'ls tenia en compte com a gestors de recursos i val a dir que, en alguna ocasió, el propi professional assumia aquest rol.

No oblidem que els recursos econòmics eren i són molt escassos i la reforma exigia molts diners. No només en concepte de sous dels professionals –els metges passaven de treballar dues hores a treballar-ne sis, s'incorporava infermeria amb funcions pròpies i treballadors socials–, sinó també en reformes estructurals que fessin possible treballar d'una manera diferent.

De totes maneres he de dir que, també, aquestes dificultats es manifestaren de manera diferent en les àrees urbanes –on les millores assistencials eren paleses– que en les àrees rurals, en què la població percebia la reforma com una pèrdua. El poble ja no tenia el metge les 24 hores sinó que, a partir de segons quines hores o quins dies, havia de connectar amb l'ABS que li quedava lluny, desavinent, i es podia trobar un professional que no coneixia.

Pel que fa als treballadors socials, en algun territori es va entrar en una certa competència, segurament per la manca de definició de funcions específiques entre el treballador social de l'ABS i el seu col·lega del municipi. Ha costat molt fer entendre que entre ambdós hi ha d'haver-hi coordinació i col·laboració en la intervenció de casos concrets, però mai competència professional ja que, mentre un té com objectiu atendre situacions socials anòmales provocades en qualsevol àmbit de la persona i la seva família, el treballador social del Sistema Sanitari incideix en aquelles situacions provocades per la manca de salut i, a la vegada, posa sobre la taula de l'equip terapèutic aquelles connotacions socials que poden modificar el procés de la malaltia.

• Segons el seu punt de vista, quins valors afegits aporta el treball social en l'atenció primària de salut?

En primer lloc, i sense cap mena de dubte, el treballador social aporta expertesa en detectar situacions socials anòmales i capacitat d'intervenció en aquests casos, a la vegada que té coneixement real dels recursos socials aplicables.

També cal remarcar que el treballador social és el professional amb la preparació adient per donar suport a l'equip davant situacions sociosanitàries més o menys complexes, i orientar aquelles situacions de salut que no milloren per la presència de situacions conflictives en la pròpia persona malalta, la seva família o en l'entorn.

El treballador social té al seu abast la possibilitat de comunicació, col·laboració i coordinació amb els recursos de la comunitat.

La incorporació plena en els equips sanitaris aporta molta més coherència i més coneixements entre els seus membres. Pel fet d'estar integrat en l'equip i participar en les sessions clíniques pot aportar-hi una visió de la dinàmica social que incideix, vulguem o no, en la salut integral de la persona malalta.

El treballador social de l'ABS té, o ha de tenir, molta més facilitat de coordinació amb els altres professionals tant del Sistema de Serveis Socials com dels de les institucions sanitàries.

No oblidem que anar a l'ambulatori és normal per a tothom i hi ha un sector de la població que té unes febleses socials estretament relacionades amb problemes de salut. Per tant, per què derivar-los a altres estaments si es pot resoldre des de l'ABS?

• ¿Aquesta timidesa en la contractació d'aquests professionals en les noves ABS ha estat només un problema econòmic, o hi han intervingut altres factors com podrien ser un afany de poder dels ajuntaments, poca clarificació de funcions per part del mateix col·lectiu de professionals, o...?

Podríem dir que de vegades la no contractació d'aquest professional ha estat per un mal concepte d'estalvi i ben segur que també pot haver-hi un afany de protagonisme per part dels ajuntaments però, en els darrers anys, hi ha hagut una tendència a dispersar en lloc de consolidar i una tendència a gestionar recursos en detriment de la mobilització de les causes que provoquen situacions de conflicte.

El que és important són els resultats però, és clar, si l'assistent social no treballa colze a colze amb l'equip de salut, difícilment aquest equip gaudirà del suport i l'expertesa d'aquell professional.

L'atenció social primària municipal i la del Sistema de Salut no estan en competència sinó que es complementen. Potser seria bo protocol·litzar i instrumentalitzar la coordinació entre ambdós sistemes per evitar duplicitat d'actuacions, malgastar temps i recursos i, a la vegada, desorientar la població.

• Per acabar. Creu que s'han de mantenir aquests professionals incorporats als EAP?

Sense cap mena de dubte. L'Assistent Social ha d'estar integrat en els equips d'atenció primària si es vol tenir una visió global acceptable d'aquell sector de la població que pateix problemes de salut.

(Entrevista realitzada el 7 de setembre de 2007.)

El treball social en les Àrees Bàsiques de Salut

Va ser l'any 1993 –quan alguns equips d'atenció primària ja tenien un certa experiència per poder valorar el seu treball des de la quotidianitat– que el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya va publicar, en la seva col·lecció de Monografies d'Atenció Primària, *El treball social a les àrees bàsiques de salut*.

De fet, l'objectiu d'aquesta publicació va ser recollir l'experiència d'un grup força nombrós de treballadors socials d'equips d'atenció primària, contractats des de l'inici de la reforma. Després de 3 anys d'obrir-se camí dintre d'un món tan tancat, gairebé exclusiu de metges i infermeres sense cap paper rellevant d'aquestes últimes, com el que havia representat l'atenció primària fins aquell moment, ja havia arribat l'hora de deixar plasmat negre sobre blanc la seva aportació en la millora de l'atenció integral a la persona malalta i la seva família, havia arribat l'hora d'explicar l'experiència dels treballadors socials en el si de la reforma de l'atenció primària i el Departament en va ser sensible, tal com ho demostra la publicació de l'obra esmentada.

¿Quines són les aportacions del treball social en tota la dinàmica que s'està duent a terme amb la reforma de l'atenció primària de salut? Amb la incorporació dels treballadors socials en els EAP es pretenia trencar la creença que els problemes de salut eren competència gairebé exclusiva dels professionals de la medicina. Es va demostrar que, per entendre la complexitat de la persona i la seva salut, cal tenir en compte el pes específic del seu context social, la influència de l'entorn i la història de la vida de cadascú.

Aquest voler caminar plegats ha permès posar en contacte dos mons tan distants com podrien semblar el dels professionals de la salut i el del treball social. Treballar plegats, amb objectius comuns i punts de vista distints ha fet descobrir, a uns i altres, que l'objectiu de la intervenció professional és aconseguir la millor qualitat de vida de les persones, i les persones són les mateixes, malaltes o sanes, riques o pobres, autòctones o immigrades. Les persones som éssers complexos, irrepetibles i els nostres problemes repercuteixen, amb més o menys intensitat, en el nostre estat global.

Els treballadors socials s'incorporen de ple en els equips d'atenció primària com un membre més de l'equip, participen de les sessions clíniques, utilitzen una única història clínica a la qual registren la situació del ciutadà en qüestió i informen, si es

dóna el cas, d'aquelles situacions de vulnerabilitat que cal tenir present a l'hora de marcar pautes terapèutiques.

En un principi –segons es desprèn de l'obra comentada– la població que més es beneficia d'aquesta activitat són els pacients amb patologies cròniques, malalts terminals i malalties infeccioses amb fort risc de contagi, però també la població infantil amb dificultats biopsicosocials o la població envellida amb pèrdues físiques, psíquiques i amb situacions socials anòmales, o aquells malalts amb patologies neurodegeneratives amb poca incidència però amb molta complexitat, graus importants de dependència i fort impacte emocional.

Amb el pas del temps, i aprofitant que l'atenció primària és la porta d'entrada al sistema, s'ha pogut incidir en altres col·lectius amb problemes sociosanitaris, en programes d'educació per a la salut o en teràpies de grup amb problemàtiques comunes.

Els equips d'atenció primària tenen competències assistencials de la comunitat que, per definició, no és estàtica sinó canviant i, a la vegada, mostra trets diferents en un o en un altre territori. Aquesta circumstància ha permès endegar programes d'actuació comunitària adequats a les característiques de cada ABS. Programes que poden anar des d'accions d'orientació en problemes de salut fins a intervencions de caràcter grupal per al col·lectiu específic. La novetat més important és que aquesta tasca no és un afer individual, no és responsabilitat d'un sol professional sinó de tot l'EAP. És en el si de la reunió d'equip que metges, infermers i treballadors socials aporten el seu coneixement de problemàtiques concretes, que es contemplen des de diferents vessants acadèmics i conclouen en una resposta conjunta i consensuada.

Quan l'EAP incorpora a la seva activitat habitual tasques de docència o recerca, el treballador social no en queda al marge, ja que és imprescindible presentar als alumnes la realitat tal com és i el vessant multidisciplinari que tenen els problemes de salut.

Moltes vegades, els recursos socials i de la comunitat no estan a l'abast del sistema de salut i caldrà cercar-los fora de l'ABS. Aquest model assistencial comporta necessàriament establir mecanismes de coordinació dintre i fora de l'àmbit territorial de l'EAP.

S'entén per coordinació aquella activitat professional encaminada a posar en interacció altres professionals, equipaments, serveis socials i de la comunitat o recursos de tota mena per tal de proporcionar una atenció suficient i integral, evitant duplicitats i optimitzant els recursos existents.⁽¹⁰⁾

10. *El treball social a les ABS*, p. 61.

Qualsevol activitat ha de poder ser evaluable. El treball social que es realitza a l'atenció primària de salut, també.

L'avaluació és "un judici de valor basat en el mesurament i la comparació entre una situació de partida i la situació en cada etapa cronològica, o entre aquestes situacions i el model normatiu estàndard, prèviament establert.

L'avaluació ha de donar les línies directrius per portar a terme els canvis possibles del sistema supervisat i, per tant, serà cabdal disposar d'un bon sistema d'informació.

Quan parlem d'avaluació es fa referència no solament a la part final de qualsevol cicle de programació, sinó també a la valoració i l'anàlisi de tota activitat professional realitzada." (11)

La història clínica és l'eina fonamental de la documentació de l'equip d'atenció primària i qualsevol intervenció del treballador social ha de quedar constatada a l'HCAP (Història Clínica d'Atenció Primària). De totes maneres, hi ha situacions que reclamen informes detallats sobre la situació d'un usuari, necessaris per a l'abordatge del cas. Registrar i guardar aquesta documentació complementària no està en contradicció amb el registre corresponent a l'HCAP.

Aquests són alguns dels aspectes més rellevants que expressen les pioneres de la reforma de l'atenció primària. Han passat més de 15 anys i potser ha arribat el moment de saber què ha canviat amb el pas del temps i de l'experiència.

Els treballadors socials que avui exerceixen com a tals a les ABS

Han passat molts anys des de la publicació de la Monografia esmentada (d'altra banda, avui exhaurida) i no estaria de més revisar-la i fer-ne una publicació actualitzada. De totes maneres, i sense el rigor i l'extensió que caldria, sí que ens sembla oportú demanar l'opinió i el punt de vista d'aquest col·lectiu.

Les primeres treballadores socials s'incorporaren a la reforma al voltant del 1990 (amb l'excepció d'alguns plans pilot que s'iniciaren l'any 83 del segle passat). Moltes d'elles, encara avui, continuen incorporades a l'atenció primària i, per tant, la seva experiència és prou extensa i intensa perquè les seves aportacions ens ajudin a valorar el perfil de les activitats dels EAP en el moment actual.

Els treballadors socials consultats porten entre 1 i 19 anys fent aquesta feina i, si l'experiència és un grau, la seva opinió té un valor més que acceptable. Resumim el que ens han dit del seu dia a dia.

11. *Obra citada*, p. 73.

Activitats que es fan actualment

- Assistència individual i familiar. Aportar, si cal, informació sobre la situació familiar, social, econòmica, de les condicions de l'habitatge i de l'entorn del malalt i la seva família per tal de poder elaborar les línies d'actuació més adients.
- Coordinació entre institucions, recursos i serveis socials tant públics com privats.
- Participen en projectes comunitaris.
- Fan el seguiment del Pla d'actuació per tal d'adequar-lo a la dinàmica del procés patològic.
- Gestió per a la reutilització de material i ajuts tècnics i ortopèdics.
- Tasques de recerca.
- Suport a cuidadors de malalts a domicili.
- Atenció domiciliària.

Activitats que es podrien fer

- Participar més activament en els treballs de recerca que es duen a terme dintre l'ABS.
- Iniciar treballs amb grups de malalts, a la vegada que es poden promoure grups d'acció social amb voluntaris i agents organitzats de la comunitat.
- Més treball comunitari i participatiu amb les institucions vives del territori (associacions de veïns, escola, etc.)
- Millorar la comunicació i la relació amb els hospitals de referència.
- Més treball preventiu.
- Promoure grups d'autoajuda en el marc territorial de referència.
- Promoure sessions sobre aspectes de salut dirigits a familiars i cuidadors sense excloure persones de la comunitat.
- Sensibilitzar l'equip d'atenció primària respecte a les implicacions socials que comporta la malaltia.

També els hem consultat quines són les dificultats més remarcables a destacar tot pensant que, si l'administració les coneix i les té en compte, milloraria sensiblement el seu treball, però també el del l'equip i que ben segur repercutiria en el benestar de la població. Entre aquestes dificultats remarquen:

- Manca de suport administratiu.
- Pertànyer a dues ABS dispersa i dificulta la integració en l'EAP.
- Manca d'un coordinador específic que sigui treballador social (similar a l'adjunt d'infermeria.)
- Dificultat d'accés als recursos socials, molts d'ells de titularitat o gestió municipal, i lentitud en la seva resolució.
- Canvis sovintejats en el personal. D'aquesta manera és impossible consolidar l'EAP.

Resum

La incorporació del treball social a l'estructura de l'atenció primària de salut afegeix qualitat de vida a la població i millora la qualitat assistencial en general perquè:

- Permet viure des de dintre els problemes de salut i, a la vegada, facilita als professionals sanitaris una millor comprensió de les condicions personals, familiars i de l'entorn.

- Pot fer de mediador entre alguna decisió mèdica i la realitat familiar del malalt.
- Pot i ha de participar en els Comitès de Bioètica.
- A més d'atendre la demanda, pot participar activament en els processos terapèutics de cada pacient.
- Es constata un insuficient coneixement de les capacitats i habilitats dels treballadors socials per exercir dintre de l'àmbit sanitari subvalorant que, amb la seva aportació tècnica i metodològica, es podria millorar la qualitat de vida dels ciutadans i la relació entre els professionals de l'ABS. Ajuda a descobrir situacions de risc sociofamiliars ja sigui per manca de comprensió de la realitat, tant per part del malalt i la família com del terapeuta.
- Pot ser un eficaç col·laborador a l'hora de redactar protocols assistencials específics i de supervisar el seu seguiment.
- Ajuda a "normalitzar" la intervenció del treballador social en segons quines situacions sociofamiliars sense riscos d'estigmatització, ja que per la porta del CAP hi entra tothom, malalts greus i malalts lleus, rics i pobres, savis i analfabets, grans i joves...

Consultats els gestors i proveïdors d'aquesta activitat ens diuen que abans de conèixer la tasca dels professionals del treball social en l'àmbit sanitari no entenien quin paper podien tenir en la dinàmica habitual de l'atenció primària però que, després d'aquesta experiència, els semblen imprescindibles.

El treball social en el complex marc dels hospitals de la XHUP

En temps de la prehistòria de la pràctica mèdica, molt abans que els establiments sanitaris fossin coneguts com **hospitals**, els mags, bruixots, filòsofs i estudiosos entenien la importància de guarir aquelles situacions que avui coneixem com a manca de salut. Estudiosos d'altre temps, i també els d'ara, entenien que aquelles situacions anòmales atenyien la totalitat de la persona, entenien i entenen que les malalties afecten el cos però també l'esperit de qui les pateix i que moltes d'aquestes situacions no poden ser ateses a domicili.

Molt abans que l'atenció als problemes de salut tinguessin una estructura ben travada com la que coneixem actualment, ja existien institucions anomenades hospitals situades a les cruïlles dels camins amb la missió de donar acollida als viants. Eren una mena d'hostals amb serveis d'atenció a les persones. En aquests hospitals ja s'oferia una atenció integral a qui trucava a la porta. El caminant, ric o pobre, el pelegrí o simplement el saltacamins, quan paraven a l'hospital, hi trobaven aliments calents, aixopluc, roba neta i atenció i cura a ferides i altres malures i, quan es donava el cas, fins i tot, s'ajudava a ben morir. Per tant, l'atenció social en el marc hospitalari no és cosa d'avui sinó que arrenca d'un passat força remot.

Segons remarca el Dr. Jacint Reventós en la seva *Història dels hospitals de Catalunya* "Les realitats presents de Catalunya i els hospitals serien difícilment explicables sense el fil conductor del cristianisme."⁽¹²⁾ Foren els monestirs els primers nuclis d'estudiosos en moltes matèries del saber, del pensament i de la ciència i, a la vegada, espai de reclusió de caminants, pobres, malalts i persones sense refugi. A mesura que avança la història es camina amb pas ferm i decidit cap a la institució sanitària actual.

En el Diccionari de Mn. Alcover i Francesc Moll es defineix el terme hospital com "La casa on s'acullen pelegrins, pobres o malalts".

Podríem dir doncs que, des de l'Edat Mitjana, s'entén l'hospital com un centre d'acollida molt més semblant al que avui entenem per centre sociosanitari que no pas a la idea actual d'institució de tecnologia punta, diversificat, molt especialitzat i bastant deshumanitzat.

12. Jacinto Reventós. *Història dels hospitals de Catalunya*. Vol. I, p. 21.

És més que probable que, amb la intervenció dels treballadors socials en el marc d'un hospital modern, s'ajudi a trobar l'equilibri entre l'aplicació de les tecnologies més sofisticades i l'atenció a la persona amb la seva pròpia història de vida, la seva família, el seu entorn i les seves circumstàncies.

No és l'objectiu d'aquest treball fer un repàs de la història dels hospitals a Catalunya, però sí que ens ha semblat adient arrencar de temps llunyans per centrar-nos en la conjuntura i la dinàmica dels hospitals actuals, limitant-nos en aquest capítol a fer un retrat del que coneixem per hospitals d'aguts inscrits dintre la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). De totes maneres, el comportament dels hospitals de la XHUP i d'altres d'iniciativa privada, sigui quin sigui el model organitzatiu, difereixen molt poc dels hospitals públics pel que fa a la incorporació de professionals del treball social en la plantilla dels centres.

Lluny de l'estructura orgànica dels hospitals a Catalunya, lluny d'altres reflexions a l'entorn de la institució hospitalària, el que en proposem és reflexionar sobre què fem i què no fem els treballadors socials en l'àmbit de l'hospital.

Què fem i què no fem als hospitals

Els hospitals d'aguts de Catalunya tenen la seva pròpia història molt similar a la resta d'hospitals del món. Han passat de ser centres d'acollida de pelegrins, de ser centres d'atenció a persones malaltes ateses, principalment, per congregacions religioses amb més bona voluntat que tècnica, a tenir l'estructura actual de centres complexos amb capacitat de donar resposta a tota mena de patologies amb dificultat de ser ateses a domicili o aquelles situacions que requereixen de l'aplicació de mesures d'alta tecnologia.

La realitat dels temps actuals, els avenços importantíssims de les ciències de la salut i la percepció com a dret que té la ciutadania a trobar resposta a totes les seves necessitats de salut, reclama una actuació ferma i decidida per tal que, aprofitant la multitud de recursos disponibles –de personal, tècnics, econòmics, etc.– la resposta sigui la més adient possible. De totes maneres, no es pot oblidar que el protagonista de tota aquesta activitat és la persona malalta, moltes vegades molt malalta, que viu immersa en situacions personals, familiars o socials complexes que compliquen encara més el problema de salut tant si és greu i persistent en el temps com si és puntual, però no per això menys important.

Hi ha patologies que modifiquen substancialment les condicions de vida de qui les pateix i de les persones del seu entorn. Patologies ateses en l'àmbit hospitalari però que, més tard o més d'hora, la persona que les pateix haurà de retornar al seu domicili de vegades en unes circumstàncies diferents a les que vivia amb anterioritat a l'ingrés a l'hospital.

Ens hem de remuntar als inicis del segle XX quan, per primera vegada, el Dr. Cabot va posar sobre la taula la conveniència d'atendre les persones malaltes des d'una visió global tenint en compte tots els aspectes que tenen incidència en la persona. Aquesta és l'única manera d'aconseguir una interrelació dels factors biològics, psicològics, socials i culturals que repercuteixen en un millor benestar de la persona malalta i unes més grans confiança i tranquil·litat als seus familiars. A partir d'aquesta manera d'abordar els problemes de salut es poden mobilitzar els recursos adequats necessaris per aconseguir els objectius terapèutics proposats.

Les primeres treballadores socials a Catalunya ja ho feren en l'àmbit hospitalari i, d'una manera específica, en l'atenció de malalts mentals. Avui, però, són moltes altres les patologies que reclamen insistentment la intervenció del treballador social.

Si entenem la salut com una manera de viure al més autònoma possible, és evident que no es pot separar el que és social d'allò que és sanitari, ja que la persona és única i un aspecte i l'altre (el social i el de salut) estan vinculats, són dependents i, en molts casos, determinants de la qualitat de vida de la persona i del seu entorn immediat, en el present i en el futur.

Des d'aquesta perspectiva la societat catalana, i sobretot els gestors de la sanitat pública, s'adonaren d'aquest fet i incorporaren a les plantilles dels hospitals generals treballadors socials.

Què diu la legislació

De fet, molts hospitals grans o algunes unitats hospitalàries específiques, ja havien incorporat el saber dels treballadors socials molt abans que el Govern de la Generalitat posés ordre i legislés per tal de consolidar l'estructura hospitalària de què avui disposem.

L'any 1982 –dos anys després de recuperar la Generalitat de Catalunya– el Govern fa un primer pas i publica l'Ordre d'acreditació hospitalària, el desenvolupament de la qual estableix que tots els hospitals comptaran amb una Unitat d'Assistència Social (DOGC 325, maig 1983). Dos anys més tard (1985), una Ordre del Departament de Sanitat regula l'Estructura Orgànica dels Hospitals de la Seguretat Social de Catalunya, per la qual adscriu aquestes unitats a les d'Atenció al Pacient. Al cap de cinc anys (maig 1990) una nova Ordre rectifica l'anterior i determina que les Unitats de Treball Social dependran jeràrquicament i funcional del director gerent, màxima autoritat de l'hospital, cosa que a la pràctica difícilment es compleix. Precisament perquè, segons les dimensions de l'hospital, una altra dependència administrativa fa més eficaç el treball i la comunicació dels treballadors socials hospitalaris.

Des de la perspectiva legal, el reconeixement que la intervenció del treballador social en l'àmbit hospitalari aporta qualitat assistencial en la dinàmica de la pròpia

institució és un fet evident ja que, segons manifesten els treballadors socials en un document intern del Consorci Hospitalari de Catalunya, *“El treball social hospitalari tracta l'impacte emocional que la malaltia genera en els usuaris i/o entorn, diagnosticant i tractant les seves relacions interpersonals per assegurar i millorar el retorn al seu medi habitual. Possibilita, amb la seva actuació, una operativitat en l'equip de salut que es tradueix en eficàcia i economia de temps, potenciant els mitjans de què disposa l'hospital per tenir cura dels seus usuaris.*

El treballador social hospitalari és un professional més de tots els serveis que l'usuari malalt i/o família poden necessitar com un servei especialitzat en l'àmbit sanitari, que tracta directament la problemàtica generada per la situació de crisi (entesa com qualsevol procés de canvi), tant física, emocional, com social.”

La xarxa hospitalària a Catalunya ofereix un total de 56 hospitals públics amb 13.635 llits, la qual cosa ens permet afirmar que el país disposa de centres hospitalaris molt propers a la població. Però, a més, amb professionals competents, amb capacitat d'incidir amb eficàcia des de situacions que podríem classificar de banals fins a alta tecnologia, i tots ells compten amb equips de treballadors socials.

La veu de l'experiència

Una de les coses que remarquen professionals i gestors és que als hospitals s'ha d'implantar la cultura del treball transversal, la qual trenca la dinàmica de la superespecialització i la visió que tot allò que no és meu que se'n responsabilitzi un altre. S'ha de prendre consciència que la fortalesa del treball multidisciplinari millora la qualitat de vida de l'usuari i la relació dels professionals de l'hospital, encara que tots plegats són conscients que dintre de la complexa situació hospitalària això és força difícil.

La dinàmica mèdica moderna ha optat per l'especialització. Cada vegada són més els professionals que saben molt d'una part molt petita del cos humà, del seu funcionament i la seva patologia, però obliden que el cos és un tot, que quan mous un dit del peu es belluga el cervell, els pulmons i els músculs de la cama i s'oblida, també, que un grau determinat d'estrès pot provocar un infart de miocardi.

És evident que no totes les patologies ni totes les situacions familiars requereixen la intervenció de tots els professionals de les ciències de la salut, però també és innegable que hi ha circumstàncies que reclamen la intervenció d'un professional amb una formació específica. El treballador social també. Per tant, el treballador social és una peça clau davant situacions cròniques, invalidants, de fort impacte emocional o aquelles que poden estar subjectes a recursos socials no gestionats per l'hospital o simplement aquelles que, per la complexitat social de l'entorn fa molt difícil, per no dir impossible, el retorn a domicili en el moment de l'alta.

Un dels trets característics de la intervenció del treballador social en l'àmbit hospitalari és tota aquella activitat relacionada amb les situacions de l'alta. Una

bona intervenció del treballador social dóna tranquil·litat a l'hora de l'alta, supri-meix angoixes i facilita la coordinació amb l'atenció primària, amb els serveis socials municipals, o amb altres recursos de la comunitat.

Una de les intervencions específiques d'aquests professionals la podem situar enfront de situacions de maltractaments, ja siguin infringits a infants, ancians o dones. Quan es presenten situacions d'aquesta mena, l'hospital ja disposa de protocols escrits que determinen les actuacions de cada un dels professionals implicats.

L'organització i l'estructura de les Unitats de Treball Social depenen molt de cada hospital però, sigui com sigui, l'accés a aquest servei hospitalari pot fer-se per dues vies: 1) A demanda, ja sigui per part del mateix malalt o la seva família, ja sigui per pròpia iniciativa del treballador social o per recomanació del personal assistencial del centre. 2) Per imperatiu dels propis professionals, és a dir, per mandat protocol·lari. Sigui per una via o per una altra, el que està garantit és que la primera acollida és pràcticament immediata.

Observant l'estructura de les Unitats de Treball Social dels diferents hospitals de Catalunya, ens adonem que el seu dimensionament condiona tant el nombre de professionals com la dependència administrativa però, a més, es constata una variabilitat de funcions específiques que els són encomanades. Hi ha hospitals que han estructurat unitats específiques de treball social i els professionals adscrits s'organitzen per especialitats mèdiques; en d'altres aquesta organització recau en les plantes de referència. Hi ha hospitals que, a més del que en podríem dir unitats generalistes, designen un o dos professionals a unitats complexes com poden ser salut mental, urgències, banc de sang, etc. i la ràtio de professionals en relació amb el nombre de llits presenta tota mena de combinacions possibles i desiguals.

Hi ha dos aspectes que caldria potenciar per tal que, de veritat, les connotacions socials de cada usuari tinguessin la consideració que es mereixen.

El treballador social ha de ser un membre més de cada un dels equips terapèutics i ha de poder participar amb ells en la presa de decisions cosa que, amb l'estructura i la dinàmica actuals dels centres hospitalaris públics, és del tot impossible però s'ha de buscar la manera de fer encaixar totes les peces d'aquest trencaclosques. La incorporació d'aquest professional hauria d'estar protocol·litzat per tal que, davant unes situacions determinades (maltractaments, altes complicades, situacions de dependència adquirides a partir de la causa que ha provocat l'ingrés a l'hospital, malalties en situació terminal, etc.) la seva intervenció fos imprescindible. Val a dir que en els hospitals de Catalunya aquesta protocol·lització, en determinades situacions, és un fet quotidià, però en canvi queden per concretar moltes possibles intervencions del treballador social que beneficiarien el malalt i la seva família.

Si dins de l'hospital es potenciés la cultura de contemplar el vessant social com un aspecte més del procés patològic individual, i en paral·lel es produís un increment de plantilla, l'atenció a la població en sortiria beneficiada.

El treballador social ha de participar en els Comitès de Bioètica. Les seves aportacions podrien donar llum per contribuir a una millor orientació a l'hora de prendre decisions.

La inclusió del treball social en la dinàmica hospitalària hauria d'impulsar el treball en equip –que no vol dir consulta interprofessional– i, a la vegada, introduir en el dia a dia hospitalari la cultura que hi ha vida més enllà de l'hospital.

En una societat on sembla que tot es pot etiquetar de social i qualsevol persona, majoritàriament sensible, es creu que pot assumir i donar resposta a les necessitats socials de qui sigui, i sobretot si es tracta d'un malalt ingressat a l'hospital, relegar el treball social a tasques purament de gestió de recursos malbarata el gran potencial d'habilitats i tècniques específiques que el treballador social ha adquirit durant tots els anys que ha esmerçat en la seva formació acadèmica, en les hores de pràctiques prèvies a la diplomatura i en l'experiència adquirida amb l'exercici professional.

D'altra banda, a partir dels anys 80, s'ha propagat que els serveis socials d'atenció primària –de competència municipal i comarcal– eren o havien de ser els referents de tota activitat social dirigida als ciutadans d'un territori determinat, fent creure a la població que tota situació anòmala o vulnerable ha de passar per la porta de l'Ens Local, obviant tot el que té de positiu la interdisciplinarietat i l'atenció a la persona de forma integral.

Una cosa és gestionar els recursos socials públics i l'altra el treball social contemplat en tota la seva dimensió.

La derivació cap a... dificulta (per no dir elimina) el treball en equip dintre els hospitals, ja que es difumina la conscienciació dels professionals formats en altres disciplines, els referents basats en què les mancances o desajustaments socials retarden o distorsionen el procés curatiu del pacient i, en darrer terme, entre aquest anar i venir d'un servei a un altre, qui se'n ressent és la qualitat de vida del malalt i el benestar del conjunt familiar.

Ni totes les situacions socials anòmales provocades per un procés d'emmalaltir es poden resoldre des dels recursos hospitalaris, ni és convenient derivar el pacient i la seva família sistemàticament d'una institució a una altra. La comunicació i la coordinació entre els diferents gestors de recursos, serveis i prestacions han d'evitar complicar la vida d'aquells que de per si ja la tenen prou difícil.

Hem demanant als treballadors socials dels diferents hospitals de Catalunya quines són les tasques més prevalents que estan duent a terme i quines es podrien implantar per tal de millorar la dinàmica professional en les institucions hospitalàries, i ens hem trobat amb dificultats per aglutinar-les amb més o menys uniformitat ja que és tanta la variabilitat dels encàrrecs específics per part dels directors dels centres hospitalaris, tanta l'organització administrativa interna dels diferents hospitals, les ràtios de professionals en relació amb el nombre total de llits, però també

el de les especialitats mèdiques que contempen els diferents hospitals, així com la disponibilitat de recursos de la comunitat i la facilitat de desplaçament dels diferents territoris, que ho ha fet del tot impossible.

De totes maneres, sí que es perfilen activitats comunes dels treballadors socials dels hospitals de Catalunya.

Pels resultats obtinguts en aquesta consulta, ens ha cridat l'atenció molt favorablement que en algun dels hospitals de la XHUP una de les funcions encomanades a un treballador social és la de Cap del Servei de la Unitat d'Atenció al Client.

Aquest és un càrrec que pot exercir qualsevol professional de les ciències de la salut amb formació complementària de mediació, vocació d'escoltar i capacitat de canalitzar les queixes i reclamacions. Quan diem qualsevol professional, afirmem categòricament que **el treballador social també.**

És dona la circumstància que el treballador social sap moure recursos, en coneix les característiques i condicions d'accés, cosa que facilita moltes vegades la solució de queixes contra la institució hospitalària de les quals no és del tot responsable. D'altra banda, pot fer propostes assenyades per millorar defectes detectats en el propi hospital. En definitiva, aquest és un càrrec que té per objectiu defensar el client no només en aquelles incomoditats sofertes i manifestades durant l'estada al centre sinó, també, aquelles altres mancances percebudes durant l'estada a l'hospital o al moment de l'alta.

En definitiva, el treballador social que assumeix el càrrec de Cap d'Atenció al Client, també exerceix de Director de la Unitat de Treball Social, és a dir, dirigeix, coordina i supervisa el treball social del centre hospitalari, dona una adequada atenció als usuaris amb problemes derivats del procés assistencial i, al mateix temps, capta la seva opinió i rep la informació necessària respecte al centre i el seu funcionament. Aquest coneixement li permet proposar i endegar mesures correctores.

De totes maneres, no volem dir que la responsabilitat de la Unitat d'Atenció al Client l'hagi d'exercir un treballador social de forma habitual, però sí que, quan es dona el cas, aporta un valor nou que beneficia tant el client com la institució.

Als hospitals hi ha massa equips terapèutics –molts d'ells molt tancats a un grup determinat de professionals i a una disciplina determinada– per entendre que el treball social pot millorar la intervenció de tots ells de manera plena. Tampoc no hi ha prou treballadors socials per cobrir l'ampli ventall d'equips dintre dels quals l'opinió del treballador social ajudaria a millorar la seva pràctica terapèutica, ni la dinàmica del treball en equip multidisciplinari està implantat en la quotidianitat hospitalària. És per això que els treballadors socials actuen a demanda.

Tradicionalment, la demanda més insistent era la dificultat de l'alta. Dificultat de l'alta, sobretot, de l'ancià fràgil o de persones soles amb discapacitat per a les activitats de la vida diària, ja sigui instrumental o funcional. Actualment, a causa del

fenomen de la immigració, es constata una tendència generalitzada a demanar la intervenció del treballador social en situacions anòmales provocades pel canvi de la realitat social. Hi ha dos aspectes cabdals que tenen a veure tant amb el fet de la vulnerabilitat de la població immigrada (menys recursos personals i de suport informal, situacions irregulars, problemes d'entesa i comprensió per causa de l'idioma, dificultat d'accés als recursos socials, problemes econòmics entre altres) com per la concepció cultural amb què viuen algunes situacions com poden ser les pràctiques preventives o algunes terapèutiques aplicables impròpies dels seus països d'origen. Hi ha un tercer col·lectiu que emergeix amb força a l'hora de demanar la intervenció del treballador social dintre de l'hospital, i que està relacionat amb l'àrea d'obstetrícia. Molt sovint hi arriben embarassades, de qualsevol edat, amb estat de gestació divers i sense cap mena de control, la qual cosa pot representar parts complicats, o si més no, delicats i amb un risc important. Dones gestants sense suport familiar, i fins i tot rebutjades. D'altra banda, també es demana la intervenció del treballador social quan els pares manifesten la seva voluntat de renúncia del nadó.

Un altre aspecte important que reclama la intervenció del treballador social està estretament lligat a l'entorn de les malalties infeccioses, sobretot la sida. Encara avui, aquesta malaltia està envoltada de molts tòpics. Els estudiosos del tema i el personal sanitari estan convençuts que un diagnòstic precoç i unes mesures terapèutiques adequades milloren considerablement la salut d'aquests pacients. La població en general, i el malalt en particular, encara creu que el contagi és fortuït, que val més callar i anar passat, que els símptomes són poc importants, que no hi ha pràctiques de risc i això toca a qui toca...

Per resumir, encara podem remarcar que hi ha un altre col·lectiu de malalts que reclamen la intervenció del treballador social. Són aquells malalts oncològics tant en el moment del diagnòstic com en un estat avançat del procés patològic. El fort impacte emocional tant per al malalt com per a la seva família, la variabilitat de recursos de tota mena que caldrà mobilitzar durant tot el procés i les dificultats en el moment de la mort, fan imprescindible la intervenció del treballador social com a referent de tot el procés i, a la vegada, element coordinador i d'enllaç entre el pacient, la seva família, l'equip terapèutic i els diferents recursos de la comunitat en cada territori.

Però als hospitals també es treballa amb protocols o per processos assistencials. I és en aquest sentit que es disposa de documents escrits d'obligat compliment en els quals es remarca que la intervenció del treballador social hi ha d'estar integrada. A tall d'exemple assenyalarem una mostra ja que la variabilitat dels diferents hospitals fa impossible la concreció exhaustiva:

- Protocol d'intervenció en malalts hospitalitzats.
- Protocol d'intervenció en malalts subsidiaris de pròtesi total electiva de genoll i maluc.

- Protocol d'intervenció de la UFISS de geriatria en pacients amb fractura de fèmur.
- Protocol d'intervenció en gestants i nadons en risc.
- Protocol d'intervenció de la UFISS de pal·liatiu en pacients neoplàsics.
- Protocol d'intervenció en pacients amb AVC.
- Protocol d'intervenció en persones maltractades.
- Protocol d'intervenció en el serveis de malalties infeccioses.

Una consideració a part mereix el que podria ser la intervenció del treball social en els serveis d'urgència dels hospitals, tal com assenyala Cristina Milian en la seva intervenció en el I Congreso Nacional de Trabajo Social Hospitalario (juny 2007).

Cristina ens recorda que els serveis d'urgències dels hospitals faciliten l'accés lliure a l'atenció mèdica de totes aquelles situacions de distorsions de la salut que, segons el propi criteri del pacient, no poden esperar i la intervenció mèdica ha de ser immediata. Moltes vegades, juntament amb les disfuncions orgàniques que es presenten a urgències hi ha una urgència emotiva que també cal tractar. També arriben als serveis d'urgències pacients amb patologies conegudes associades al cicle vital, trastorns psiquiàtrics o simptomatologia derivada del consum de tòxics. En última instància, hi ha la possibilitat remota, però ben real, de situacions produïdes per una emergència o catàstrofe.

El treballador social en un servei d'urgències hospitalari ha d'atendre els problemes no sanitaris que manifesta el pacient i/o la seva família, ja que la no resolució d'aquests problemes interfereix en la dinàmica del servei. El treballador social, també, proporcionarà el suport i la contenció necessaris per tal que quan es produeixi l'alta del servei es faci en condicions òptimes.

És evident que la intervenció del treballador social en el servei d'urgències permet activar al més ràpidament possible els protocols adequats en cada circumstància i començar tasques de coordinació, interna i externa, que permetin millorar l'estada del pacient a l'hora de l'alta d'urgències, ja sigui perquè presenti situacions sociosanitàries anòmales, o altres problemàtiques específiques (menors d'edat, sense sostre, població immigrada irregular, turistes, etc.).

Tampoc no es pot oblidar que en els serveis d'urgències es produeixen situacions de crisi, algunes de caire individual com podria ser la mort inesperada o un pacient en situació agònica, etc., i d'altres més generals que provoquen l'activació del Pla General de Catàstrofes.

Recollint l'experiència de Cristina Milian, és important, i a més hi ha arguments que així ho avalen, la incorporació a dedicació plena dels treballadors socials als serveis d'urgències hospitalaris perquè:

- El servei d'urgències és una de les portes d'accés al sistema sanitari i el treballador social la porta al sistema de serveis socials.

- El servei d'urgències és un lloc privilegiat per a l'atenció precoç dels riscos socials aguts o de llarga durada i l'atenció immediata permet iniciar el procés de seguiment de la situació.
- És un espai idoni per a la informació d'aquells pacients tributaris d'una intervenció professional.
- Quan un hospital aposta per proporcionar als seus clients una atenció integral i de qualitat ha de preveure la possibilitat d'una atenció global des del servei d'urgències i, per tant, la inclusió en ell dels treballadors socials ha de ser conseqüència d'aquesta aposta.
- El treballador social és el professional que pot facilitar el pas per urgències a les famílies de pacients crítics, de persones que ja arriben cadàvers o en situació terminal i, també, d'aquelles que seran de difícil maneig a domicili.
- No oblidem que el treballador social també pot ser adequat per al professional del mateix servei.

Cristina Milian remarca la necessitat d'intervenció del treballador social en un servei d'urgències, sense que això exclouï i limiti altres intervencions d'aquest professional. No acaba aquí la missió del treballador social en l'àmbit hospitalari, també la Comissió de Salut del Col·legi de Diplomats en T.S. i AA.SS. de Catalunya remarca que:

- El treballador social dóna suport a la persona malalta, a la família i al cuidador principal mitjançant l'assessorament, l'orientació i la informació sobre els recursos socials, sanitaris, psicològics i jurídics.
- El treballador social assessora sobre la malaltia i les seves conseqüències tant per al malalt, com per a la família i la persona cuidadora, per tal d'aconseguir l'adaptació a la nova situació, potenciant les capacitats personals.
- El treballador social pot promoure grups d'autoajuda i espais socioeducatius per tal de facilitar eines per al desenvolupament de les capacitats de la persona malalta, la família i el cuidador principal.
- El treballador social ha de participar en les reunions interdisciplinàries de l'hospital per tal de dissenyar conjuntament un pla d'intervenció global, respectant la confidencialitat i sensibilitzant l'equip sobre les implicacions socials que comporta la malaltia.
- El treballador social ha de participar en accions que garanteixin la continuïtat assistencial.

Resum

L'hospital és una institució molt complexa, que rep pacients de tota mena: pacients amb patologies senzilles, programades i de retorn a domicili sense cap mena de

problema, pacients amb un bon suport familiar i amb capacitat plena de prendre decisions però, també, pacients en situació crítica, sense suport familiar o amb un suport tan alterat emotivament que sense la intervenció de professionals amb habilitats sociosanitàries i coneixedors dels recursos de la comunitat, la tasca hospitalària encara seria més difícil. Per resumir el que s'ha dit fins ara, podríem dir:

- És imprescindible el treball social en els serveis de salut, sigui quin sigui el seu àmbit d'intervenció: l'atenció primària, els hospitals d'aguts, en els centres sociosanitaris i en les unitats d'atenció de patologies específiques (salut mental, sida, oncologia i fins i tot als serveis d'urgències, per citar-ne algunes) sense que això signifiqui menystenir o infravalorar els serveis socials dels ens locals o d'altres serveis i institucions.
- A més dels protocols ja establerts caldria buscar mecanismes de comunicació continuada entre les diferents unitats hospitalàries per tal que el treball social fos un aspecte més del seu fer habitual.
- Segurament el treballador social s'ha d'implicar més quan es presenten situacions punyents o s'han de donar males notícies, etc. No és just ni ètic que, davant aquestes situacions complexes, doloroses i que provoquen un fort impacte emocional a qui les rep, ho faci un professional en solitari. És molt millor fer-ho conjuntament des dels diferents vessants biopsicosocials.
- Segurament les tasques específiques encomanades als primers treballadors socials de l'àmbit hospitalari són sensiblement diferents a les actuals, ja que la dinàmica i l'estructura social del segle XXI no té res a veure amb la de mitjan segle passat.
- El fort impacte de la població immigrada dintre la dinàmica hospitalària, els costums i formes de vida diferents del que estem habituats, la cultura sanitària distinta, els problemes d'entesa i comprensió per causa de l'idioma etc., reclamen nous serveis i noves formes d'atenció i, en conseqüència, més hores d'intervenció del treballador social.
- Hi ha un fet que crida l'atenció. Els hospitals van ser les primeres institucions sanitàries que van incorporar a la seva plantilla els treballadors socials però, en canvi, encara avui, les ràtios d'implantació estan calculades a la baixa i molts professionals de l'hospital saben de la seva existència però no de la seva feina.
- Per poder proporcionar una atenció integral i de qualitat des del moment que el malalt entra per la porta de l'hospital, ja sigui pels serveis d'urgències o a través d'una intervenció programada, creix la previsió de riscos socials, tant temporals com de llarga durada, la qual cosa ens anima a iniciar actuacions immediates i fer el seguiment posterior.

L'atenció sociosanitària

Entenem per atenció sociosanitària aquell conjunt d'actuacions específiques dirigides a persones amb malalties cròniques, d'evolució lenta, que generen importants graus de dependència i fort impacte emocional. Aquelles situacions de manca de salut que, moltes vegades, de forma continuada o temporal, compliquen i distorsionen la seva atenció en el domicili, però que difícilment requereixen un ingrés hospitalari i el seguiment des de l'atenció primària no pot arribar a donar resposta de manera adequada a les exigències prou complexes d'aquest tipus de situacions.

La situació de salut d'aquestes persones va aparellada amb altres situacions socials anòmales o simplement, donada la complexitat de cada cas, és molt difícil adequar la dinàmica familiar amb l'atenció al malalt. Aquests processos són de llarga durada i, per tant, s'ha de buscar l'equilibri que faci possible mantenir amb normalitat fins allà on sigui possible la vida familiar (laboral, de relació o d'oci, etc.) i la cura a la persona malalta. Per això, malalt i família viuen una situació que implica l'atenció des dels dispositius del sistema de salut, i una altra que reclamen recursos i prestacions de la xarxa dels serveis socials.

Des de la perspectiva de la responsabilitat administrativa són els Departaments de Salut i d'Acció Social els que, de forma estreta i coordinada, han de posar a l'abast d'aquest sector de ciutadans els recursos i activitats necessaris que facin possible millorar la situació personal i familiar dels afectats.

Pensem que l'actuació sociosanitària inclou tot el que fa referència a relacions produïdes per causa de l'edat, és a dir, tots aquells processos lligats a la geriatria, a patologies complexes de causa molt diversa la situació de les quals ocasiona un fort impacte emocional a les persones directament relacionades amb qui les pateix. També mereixen una atenció sociosanitària les persones afectades de processos psiquiàtrics molt evolucionats, sense oblidar tota una altra sèrie de malalties neurològiques amb una prevalença limitada que semblen poc importants si es té en compte el volum de persones afectades, però molt important si es contemplen les discapacitats que generen i la quantitat de recursos humans i materials que mobilitzen. I encara hem de considerar dins aquest àmbit de l'activitat sanitària els grans discapacitats físics i intel·lectuals, com a conseqüència d'accidents de trànsit i laborals els quals, per la seva complexitat terapèutica, reclamen una atenció integral intensa i continuada i un fàcil accés als recursos de serveis socials i de la comunitat.

L'atenció socio sanitària ha de ser:

- INTEGRAL, és a dir, que doni resposta a TOTES les necessitats dels malalts.
- GLOBAL, és a dir, que desenvolupi mesures a cada un dels àmbits d'atenció personal, de la promoció de l'autonomia i, si és possible, de la seva reinserció a la comunitat.
- INSERIDA en la comunitat d'acord amb les característiques pròpies del país.
- INTERDISCIPLINÀRIA, és a dir, amb la intervenció terapèutica de diferents professionals amb objectius comuns i amb capacitat d'avaluar els resultats.
- HARMÒNICA en el desenvolupament dels recursos adequats per tal de donar resposta a les necessitats definides amb criteris objectius.

Aquest és el model vàlid per a totes aquelles situacions en què els aspectes socials i els aspectes sanitaris incideixen en un mateix pacient.

En aquest capítol farem un repàs de tot allò que podríem incloure sota el paraguai del model socio sanitari però, pel fet de la complexitat de cada una de les situacions i de la resposta que l'Administració Pública hi dona, ho tractarem en tres apartats diferenciats: l'atenció socio sanitària tradicional, aplicable a processos geriàtrics, incidents que requereixen un grau de recuperació intensa o malalts en fase terminal; la salut mental i tota la complexitat terapèutica i de control per tal d'assegurar la màxima estabilitat possible dels pacients; i el conjunt de situacions complexes, poc quantioses en el conjunt de les incidències de salut però que generen un important consum de recursos de tota mena, col·lectiu que pateix i que calla, que sembla que ningú no se'ls escolti però que un dia o altre (sense que sigui massa tard) caldrà prendre-s'ho seriosament.

L'estructura socio sanitària tradicional

En primer lloc farem un repàs a l'estructura socio sanitària tradicional, aquella que és l'hereva del programa "Vida als Anys".

A partir de l'últim terç del segle passat la població catalana presentava un important increment de l'envelliment amb una major incidència de certes malalties que comporten una pèrdua de capacitats per a les activitats de la vida diària –instrumental i funcional–, una pèrdua o deteriorament cognitiu, amb modificacions o no de la conducta, amb la consegüent distorsió de les unitats de convivència. Ja en aquell moment s'observa que moltes persones ancianes ingressades a l'hospital per causes força diverses no poden, en el moment de l'alta, retornar al seu domicili ja que la situació personal i familiar no ho fa possible. D'altra banda, els requeriments terapèutics recomanats eren d'una atenció constant i l'oferta de centres residencials per a la gent gran no estaven dotats de serveis mèdics i d'infermeria que aquesta tipologia de pacients requeria.

Amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu, el 29 de maig de 1986 el Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear el Programa "Vida als Anys" que integrava els serveis socials i sanitaris en una mateixa i única prestació.

Hi va haver la coincidència que, també durant aquells anys, es va dur a terme l'acreditació dels hospitals d'aguts, amb la qual cosa es va constatar que algun hospital petit i alguna clínica de tota la vida no podien oferir la complexitat de l'atenció hospitalària actual però, en canvi, tenien personal sanitari que, amb molt poca formació específica, podien adquirir les habilitats i l'expertesa suficient per a donar resposta a la demanda de les persones grans malaltes i amb greus problemes socials a l'esquena.

A partir dels anys 80 del segle passat, Catalunya vivia una situació molt favorable per desenvolupar un model d'atenció personalitzat tenint en compte la multifactorialitat de situacions complexes i la reorganització del sector. Si realment a l'hora de la veritat no va ser bufar i fer ampolles, hem de dir en honor a la veritat que s'hi van posar els esforços, els diners i la il·lusió per consolidar un model d'atenció que el temps ha demostrat prou eficaç i sostenible.

El primer recurs a posar en marxa foren les **Unitats de llarga estada** pensades per tenir cura, donar suport i rehabilitar (fins on fos possible) persones grans amb malalties cròniques de llarga evolució i amb necessitat de cures persistents fins a poder-los assegurar un entorn segur i estable. Les unitats de llarga estada poden convertir-se en "tota l'estada" quan l'evolució del procés patològic evoluciona negativament, o simplement d'estada limitada quan l'objectiu terapèutic evoluciona favorablement o les condicions familiars són unes altres i el malalt pot retornar al seu domicili. També poden significar una bona ajuda en aquelles situacions en què s'aconsella la institucionalització temporal del pacient per descans de la família.

En aquell moment, i durant molts anys posteriors, les residències per a la gent gran eren institucions substitutives de la llar però, quan la complexitat terapèutica era important, no tenien recursos per facilitar la cura requerida. Actualment aquesta situació ha canviat una mica i moltes residències –no totes– ja estan en condicions per assolir els objectius proposats pel model d'atenció sociosanitari. Hi ha problemes de finançament però no de competència professional.

El temps i l'experiència han aconsellat destinar a les unitats de llarga estada algunes places específiques per a pacients amb deteriorament cognitiu i demència, sobretot quan viuen moments que presenten problemes de conducta, riscos de fuga o agitació continuada.

Als inicis dels anys 90, els gestors de la sanitat pública s'adonen que hi ha una sèrie de pacients amb malalties de base descompensada en què, superada la fase aguda, els cal un temps per recuperar aquelles funcions que han estat afec-

tades. L'alta hospitalària no és possible, però mantenir l'ingrés a l'hospital no els facilita la recuperació adequada. L'hospital no és la institució adequada per donar aquest tipus de resposta terapèutica ni el domicili pot assegurar el confort d'aquests pacients. Per aquest motiu es posa en marxa les **Unitats de convals-cència** (actualment, mitja estada) que s'ubiquen en els centres socio-sanitaris i que garanteixen una forma específica d'atenció i programes de rehabilitació personalitzats.

Dintre aquest procés reorganitzatiu de l'època, els oncòlegs van adonar-se que, per millorar l'atenció de pacients amb càncer avançat o altres malalties inguaribles en fase terminal, era bo disposar d'**Unitats de cures paliatives** a partir de les quals es podia oferir una atenció individualitzada procurant el control dels símptomes i del dolor, prioritzant el confort del pacient, donant-li el suport emocional necessari i facilitar una estreta relació entre el malalt i la seva família. Les unitats de paliatius trenquen l'esquema tradicional de l'organització hospitalària i asseguren un espai prou còmode i prou flexible que faci possible a la família poder passar el màxim de temps possible amb el seu familiar malalt, fent-li companyia i resoldre o plantejar, si cal, les noves situacions que poden esdevenir, com la de la mort o les posteriors a ella.

Aquesta és la situació, sense entrar en detalls, de l'oferta de serveis socio-sanitaris institucionals pensada per donar resposta a les necessitats de persones majoritàriament ancianes, però també adultes amb patologies invalidants i irreversibles. De totes maneres, la xarxa de recursos socio-sanitaris posa a l'abast dels ciutadans altres recursos alternatius al d'internament, com són els **hospitals de dia**, on el pacient amb malalties i incapacitats físiques o psíquiques hi acut per rebre un tractament integral i per retornar després al seu domicili, i també aquells malalts socio-sanitaris que reclamen una atenció continuada que la família no pot cobrir durant el dia, però no cal un internament institucional.

En l'actualitat, i a efectes de contractació, l'Administració distingeix només dues consideracions diferenciades –mitja i llarga estada– i són els proveïdors els que s'organitzen segons les seves disponibilitats, la seva demanda i les necessitats de cada moment.

L'oferta global de servis socio-sanitaris a Catalunya, segons assenyala la Generalitat de Catalunya en la publicació *Salut en xifres* de maig de 2007, és la següent:

| Servei | Centres | Llits | Places |
|------------------|---------|-------|--------|
| Llarga estada | 79 | 5.557 | |
| Mitja estada | 66 | 2.388 | |
| Hospitals de dia | 66 | | 1.650 |

L'objectiu d'aquesta activitat és precisament l'atenció integral a través d'un equip interdisciplinari que treballi amb unitat d'interessos terapèutics. Equip integrat per:

- Metges
- Personal d'infermeria i auxiliars
- Treballadors socials
- Fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals i altres professionals que cada situació personalitzada així ho aconselli.

Implantar un model d'atenció diferent del tradicional ha estat una tasca relativament fàcil. El Govern de la Generalitat va apostar fort per oferir aquest nou model assistencial i va fer tot el que estava al seu abast per consolidar-lo, incrementar-lo i fer un desplegament territorial al més equitatiu possible. Hi havia els espais que deixaven lliures els hospitals comarcals amb infraestructures i equipaments de fàcil adequació i, a més, el personal que s'hi integrava estava suficientment motivat per treballar d'una altra manera. La cosa va ser més complicada a l'hora de posar en marxa mecanismes eficients de coordinació amb la xarxa d'atenció primària de salut, perquè exigia un treball complementari d'atenció a unes patologies cròniques molt evolucionades i en constant procés evolutiu, o xocava amb la dinàmica dels hospitals ja que això d'haver de preveure l'alta per evitar col·lapses a la planta venia de nou. I és per això que es varen crear uns equips multidisciplinaris d'orientació i suport a un i altre nivells assistencials.

Els PADES (Programa d'Atenció Domiciliària. Equip de suport) constitueixen un element de suport per als professionals de l'atenció primària de salut però, també, per als professionals dels serveis socials municipals i, a la vegada, fan de connexió entre els diferents recursos assistencials existents. Aquests equips estan constituïts per un o dos metges, dues o tres infermeres i un o dos treballadors socials, encara que és possible incorporar-hi altres professionals si l'especificitat de l'equip i la voluntat del proveïdor contractant ho estimen convenient. Actualment hi ha 77 PADES distribuïts per tot el territori del país.

Les UFISS (Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries) emplaçades dintre dels hospitals d'aguts, tenen per objectiu millorar l'atenció en l'àmbit de referència. La seva tasca està dirigida a valorar els casos complexos en el camp de la geriatria o de les cures pal·liatives, sense descartar altres tipus de patologia de característiques similars. Les UFISS tenen també la missió de donar suport i facilitar la consulta dels professionals de la resta de l'hospital i la connexió amb els recursos i els professionals externs al centre.

Han passat vint anys de la posada en marxa d'aquest nou model assistencial i es pot dir que ha generat una manera de fer que incideix gratament en el benestar d'aquells malalts que, per les característiques específiques i la cronicitat i l'evolució de la seva malaltia, d'altra manera no ho aconseguïen.

A partir de la descripció del model d'atenció socio sanitària a Catalunya podem deduir que la tasca específica dels treballadors socials en aquest àmbit ha estat cabdal. Si és important la seva intervenció en qualsevol nivell del Sistema de Salut, ho és molt més en aquestes situacions en què la guarició no és possible, però tenir una bona cura de les carències físiques, socials, emocionals i psicològiques del malalt, saber escoltar, saber respectar els silencis i, a la vegada, treballar amb objectius comuns, possibilitar la comunicació amb la totalitat de l'equip terapèutic i fer participar el malalt (quan això és possible) i la família en la presa de decisions, és una tasca que afavoreix la qualitat de vida d'un col·lectiu que ho té difícil. Ens atreviríem a dir que els treballadors socials són una part important en aquest afer.

Una reflexió a part mereixen les residències tant per a discapacitats com per a persones ancianes. Les residències, pel fet de tenir una dependència orgànica del Departament d'Acció Social i Ciutadania no eximeixen al sistema de salut de donar-hi un cop d'ull i fer un seguiment dels processos patològics dels residents, ja siguin aguts o crònics. La majoria de vegades el seu ingrés a la institució arrenca de situacions socials anòmales i no de problemes de salut, però quan la situació ha canviat, els PADES han de donar al personal cuidador, si més no, l'orientació i el suport que cada cas reclama. Les residències han passat de ser uns serveis per a persones grans amb dificultats personals i sense família amb capacitat de tenir-ne cura, a ser centres que, en major o menor grau, acullen persones amb patologies cròniques, molt incapacitades i amb poc o gens suport social.

També a les residències es posa de manifest la necessitat del treball en equip, treball en equip que no vol dir juxtaposició de criteris sinó plans individuals consensuats amb objectius comuns i corresponsabilitat de totes les actuacions. La multidisciplinarietat és imprescindible per fer bé aquesta feina i la intervenció del treballador social insubstituïble.

De vegades podem tenir la sensació que el treball social en una residència –petita, mitjana o gran, pública, privada o mixta– és un valor afegit però del qual es pot prescindir si l'estalvi de la quantitat que representa el seu salari, generalment més baix que en altres nivells assistencials del sistema de salut, pot ajudar a equilibrar els pressupostos de la institució. I això no és veritat. Si ens creiem de debò que la persona, ja sigui anciana o jove, és un tot, haurem de contemplar els aspectes de salut, d'atenció medicofarmacològica, d'infermeria, els trets psicològics i emocionals, però també els de relació amb l'entorn. Per tant, el treball colze a colze de forma conjunta i continuada de la interdisciplinarietat no és altra cosa que donar l'atenció deguda a la persona vulnerable i que té necessitats.

El treball social no és allò que pot esperar sinó una peça més del conjunt assistencial de les residències.

Un altre aspecte que es desprèn d'aquesta col·laboració interdisciplinària té a veure amb la relació amb les famílies. El resident no és un ésser aïllat que viu unes circumstàncies especials en un moment determinat de la seva vida i que no tenen res a veure ni amb el passat ni amb el futur. El resident du incorporat de forma indestriable la seva història de vida en la qual hi ha tingut un paper determinant la seva família. En el moment d'ingrés a una residència o a una unitat de llarga o de mitja estada, segons quina sigui l'acollida, així serà la qualitat personal durant el temps que passi en el centre. Si una persona gran la deixen a la porta de la residència i la família apreta a córrer, o si la traslladen des d'un hospital sense donar-li cap mena d'explicació, o si en el centre la reben amb amabilitat però amb una fredor de recepcionista d'hotel, ben segur que el rebuig i la mala vivència de la persona anciana es farà notar d'una manera o altra en el seu futur immediat, però en canvi, si és rebuda a la residència com aquella persona en certa manera coneguda, esperada, si en el moment de l'ingrés ja hi ha una informació prèvia de quina és la relació d'aquest ancià amb la seva família, quin és el grau d'imposició o conformitat, què representa per ell el fet de deixar la seva pròpia llar per començar a viure d'una altra manera, si es coneix la situació emocional del futur resident però també de la seva família i, d'una manera especial, els sentiments de la persona que fins aquell moment ha exercit de cuidador principal, i a més, en el moment de l'acollida el futur resident se sent protagonista, la vida li serà més fàcil. I en aquesta activitat concreta, el treballador social hi té molt a dir i molt a fer.

Algú amb molt de seny va dir: *“una residència no és una nova llar, és un espai de vida compartida”*. La persona malalta –i per tant més vulnerable– ingressada en una institució no estarà mai a casa seva, doncs no li fem veure allò que no és.

El programa “Vida als Anys” va assentar les bases del que coneixem com atenció sociosanitària, va incloure el fer i desfer dels professionals de les ciències de la salut en general, la cultura de la globalitat i la cultura que cada un dels moments de la vida de les persones és conseqüència de la seva història individual i que no es pot deslligar de la realitat del seu nucli familiar ni del seu entorn.

Implantada i consolidada aquesta filosofia, el Govern de la Generalitat, mitjançant el Decret 92/2002 de 5 de març, estableix la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris. En el capítol 2 diu: *“Sentén per centres i serveis sociosanitaris aquells que presten, conjuntament i de forma integrada, una atenció especialitzada sanitària i social. Es tracta, fonamentalment, d'atenció a persones grans malaltes o que, independentment de la seva edat, pateixin malalties cròniques discapacitants, malalties evolutives invalidants, deteriorament cognitiu, malalties en fase terminal o persones que tenen problemes de rehabilitació funcional o que requereixen cures o tractaments de manera continuada.”*

El desplegament d'aquest decret consolida la xarxa sociosanitària i la fa més permeable.

La salut mental a Catalunya

Hi ha un parell de coses que algú pot considerar anecdòtiques o que van passar l'any de la Mariacastanya i que la situació actual no hi té res a veure, però que m'agradaria recordar. La història no deixa de ser un encadenat de situacions i circumstàncies, algunes conflictives i altres no tant, que successivament se superen unes a les altres per presentar-ne de noves. Per tant, qualsevol situació actual és conseqüència d'accions anteriors. Sí això és vàlid per a tots els qui ens recorda la història, aplicat a la salut mental també és cert.

La salut mental ha estat des de sempre el parent pobre i semioblidat de la sanitat pública. L'atenció al malalt psiquiàtric arrenca de la beneficència i s'hi ha estat ancorat fins a finals del segle passat.

Llegint alguns escrits d'Enric Prat de la Riba, descobrim què pensa i què fa el polític en aquest àmbit. Prat és un home amb una gran visió de govern i no s'està de manifestar quina era la situació dels "pobres" quan ell va assumir la presidència de la Diputació de Barcelona el 1914. Remarca dues coses: infants abandonats i orfes, vells sense família i dement, convivia junts i barrejats a la Casa de Caritat de Barcelona amb l'única esperança de tenir sostre i menjar. Prat de la Riba posa ordre a aquesta situació, primer ubicant-los en espais separats en el mateix complex institucional. Diu que hi ha "pobres" i "més pobres" però, sigui quina sigui la seva situació individual i el motiu que els va induir a l'internament, són persones que mereixen respecte, intimitat i una mica més d'atenció de la que rebien en aquell moment. Prat està convençut que des de la Diputació primer, i des de la Mancomunitat més tard, els col·lectius amb més carències cal tractar-los com el que són, persones amb discapacitats diverses, amb necessitats diferents, però persones al cap i a la fi.

Pel que fa als malalts mentals, Prat assenyala dues característiques. No tots són iguals i per tant cal donar-los tractaments terapèutics i assistencials diferents, espais de convivència distints i possibilitats d'incorporació a la vida laboral, sempre que les circumstàncies ho facin possible. Quan Prat justifica la compra dels terrenys per ubicar-hi un centre per a malalts mentals a Santa Coloma de Gramenet, malalts acollits i protegits per la Diputació de Barcelona, ho argumenta dient una cosa més o menys així: No tot aquest col·lectiu té les mateixes carències ni les mateixes necessitats. N'hi ha que saben que la seva recuperació no és possible, per tant, cal protegir-los evitant fugues però assegurant-los espais prou amplis per tal que no se sentin engabiats. Altres, que la seva inserció social és pràcticament impossible però poden fer alguna activitat productiva, han de poder treballar, de forma "remunerada", malgrat les seves limitacions; per tant, cal que dintre el mateix recinte es disposi de tallers que, fins on sigui possible, s'assemblin tant pel que fa a l'organització com a la disciplina, a altres centres de treball situats fora de les reixes de la ins-

titució. I encara hi ha un tercer col·lectiu que tenen capacitat d'inserció en el món normalitzat sempre que els assegurem sostre, alimentació, higiene, control de la medicació i facilitat de desplaçament al centre de treball. Una visió molt actual sobre les necessitats del malalt psiquiàtric.

Per altra banda, les competències en aquesta matèria eren del Govern Central i ell –diu Prat de la Riba– no va rebre mai ni un duro de Madrid. (Això de transferir competències sense diners, com pot deduir-se, ve de lluny.)

Han passat gairebé cent anys i s'ha avançat, però poc. Ha costat molt integrar la xarxa de salut mental a la sanitat pública, jo diria per tres motius importants: una dinàmica filosòfica basada en el fet que la salut mental era competència de les Diputacions i el malalt mental no era del tot un malalt de debò, per la manca de diners que el Govern no hi destinava i les Diputacions tampoc volien transferir, i per la complexitat d'equipaments i serveis específics, molt dispersos i amb poca voluntat d'unificació.

Però la realitat s'imposa i, durant l'any 1999, la Generalitat assumeix plenament la responsabilitat en aquesta matèria amb la publicació del *Pla de salut mental i addiccions* que culmina la reforma administrativa, aprofitant els recursos cedits per les Diputacions i altres institucions amb responsabilitats en aquesta matèria que ja havia iniciat els anys immediatament anteriors. A la vegada que s'implementen unitats específiques dintre els hospitals d'aguts per allò d'apropar el servei a la ciutadania, s'obren centres de dia per atendre patologies concretes i es converteixen els antics manicomis en centres de llarga i mitja estada, així com es diferencien els serveis per a adults i per a infants i joves.

Per primera vegada el malalt psiquiàtric deixa de ser atès com a "pobre" per rebre una atenció com a malalt. Un malalt molt polièdric però malalt al cap i a la fi. Un malalt que reclama resposta mèdica, farmacològica, de suport terapèutic i, sense cap mena de dubte, la intervenció del treballador social.

Dèiem, quan parlàvem de les arrels de la professió, que els primers treballadors socials exercien en centres de salut mental. No ens oblidem que la segona escola de treball social inaugurada a Barcelona ho va fer sota l'aixopluc del servei de psiquiatria de l'Hospital Clínic.

De vegades es posa en dubte el que fan i poden fer els treballadors socials en els diferents nivells del sistema sanitari, però mai en el camp de la salut mental.

La complexitat de la patologia psiquiàtrica, les seves diverses manifestacions, amb algunes vivències que generen problemes de conducta, agressions o descoordinació del discurs del malalt han facilitat la intervenció multidisciplinària, ha obligat a una oferta d'equipaments i serveis molt diversa ja que les situacions personals i familiars són també molt diverses i l'experiència –a més de la ciència– ha demostrat que per mantenir un cert benestar del malalt psiquiàtric és imprescindible la intervenció del treballador social, intervenció que incideix en tres vessants importants:

- L'impacte emocional i la preocupació dels professionals
- El suport per a una possible integració laboral
- L'ajut imprescindible per aconseguir, també, la integració social

Ningú no posa en dubte el paper del treballador social tant a les consultes externes, com als hospitals de dia, als centres d'internament sigui quina sigui l'estada prevista, i també a les associacions de familiars.

Totes les tècniques pròpies del treball social i alguna altra habilitat en relacions humanes i suport psicològic puntual són poques a l'hora de tenir cura dels malalts mentals.

Els treballadors socials són una de les peces clau d'intervenció en l'àmbit de la salut mental. I en aquest sentit ningú no posa en dubte la seva participació en l'equip terapèutic que, en el cas de la xarxa de salut mental és més intens, més participatiu i amb més professionals que hi diuen la seva.

Les conseqüències sociosanitàries dels accidents (de trànsit o laborals o per altres causes)

Sovint llegim a la premsa que s'han produït tants morts a les carreteres o a peu d'obra. Els accidents de trànsit, laborals però també algun que es produeix mentre es practica esport (de risc o no), i actualment també hi podríem incloure els que es produeixen per violència domèstica, provoquen xifres esfereïdores que sempre ens sembla que es podien haver evitat però ja no hi ha res a fer. Sovint ens impacta el nombre de morts –no sabem res dels que es moren després de 48 hores de l'accident, aquests morts no es comptabilitzen com a tals–, però difícilment sabem, pensem o ens fan pensar, què els passa als que no es moren. Quina serà la seva situació sociosanitària un cop finalitzada la fase aguda de l'accident, quines seran les seqüeles físiques, psíquiques, familiars, econòmiques i socials posteriors.

Els accidents provoquen, també, ferits molt greus que, a la curta o a la llarga, pateixen seqüeles irreversibles amb graus de dependència màxima per tota la vida, una vida que pot ser molt llarga.

Aquests són pacients que consumeixen una gran i persistent despesa sanitària tant de personal, com farmacològica, que provoquen fortes distorsions socials i familiars que, amb el pas del temps, són més greus i complicades ja que cada dia que passa la immobilitat s'accentua i la família, en un principi bona cuidadora, va envellint i perd capacitat de cura de l'accidentat fins arribar a ser el cuidador principal de tota la vida qui reclama atenció i cura.

Una de les característiques d'aquesta tipologia de pacients és que són persones, majoritàriament joves o relativament joves, amb una família disposada a tenir-ne cura però que en cap moment tenen la seguretat de poder-la mantenir per-

manentment en el temps. En aquests casos, més que en altres, l'atenció biopsico-social de l'accidentat i la seva família no s'ha de perdre de vista en cap moment.

La primera actuació sanitària l'assumeixen les companyies asseguradores però la vida continua, la situació molt lentament empitjora i els recursos sanitaris i socials, de per si prou escassos, ens obliguen a cercar solucions complexes per a un problema complex. Si en un primer moment es va trampejant la situació, amb el pas dels anys la salut del pacient es deteriora, es presenten complicacions, algunes són conseqüència del propi accident, d'altres alienes. Pel fet de patir una gran patologia crònica no s'exclou la possibilitat de patir-ne altres d'agudes, pel fet d'haver patit un accident no deixa immunitat per a complicacions posteriors. La vida és llarga, coneixem l'ahir i l'avui però no el demà i en matèria de salut cal estar preparat.

Però també la situació familiar canvia, el cuidador envelleix o pot morir la qual cosa fa imprescindible disposar de recursos socials adients que, avui per avui, no existeixen. Recursos socials que segurament encara no estan dissenyats però ja apunten cap on van. Els treballadors socials que exerceixen en aquests tipus de situacions ja fa temps que reclamen uns recursos polivalents que tinguin en compte els lligams afectius que es trenen durant la vida.

Quan un noi de 18 anys pateix un accident de moto que el deixa amb una dependència total tant física com mental, aquest noi té uns pares relativament joves que es fan càrrec de la cura del seu fill. Al cap de 30 anys, el xicot haurà esdevingut adult però mantindrà la seva total discapacitat. Els pares, però, hauran envellit i perdut molta de la força que cal per manegar les necessitats del fill. Aleshores, ¿podrem afirmar amb tota la tranquil·litat del món que el fill ha d'anar a una residència per a discapacitats joves i els pares a una residència geriàtrica? Els treballadors socials tenen raó quan reclamen recursos polivalents, alternatius, que tinguin en compte totes les necessitats de la família i no l'oferta administrativa actual.

Deia una senyora anciana força dependent el marit de la qual va patir un accident cardiovascular amb conseqüències greus i invalidants: "Miri, si em vull separar del meu marit ho decidiré jo, no l'administració. Sap quina és la resposta que m'han ofert? Doncs que jo vagi a una residència per a gent gran i el meu marit en un centre sociosanitari de llarga estada. Què puc fer?"

Això dic jo, què podem fer? Pensem-hi.

El pas del temps fa que aquella persona molt deteriorada, sense força per ajudar la seva pròpia mobilitat i de vegades amb les capacitats cognitives disminuïdes, augmenti de pes i fins i tot de mal humor, senti un rebuig vers la persona que n'ha tingut cura des de l'accident i tot plegat faci que la convivència esdevingui molt més difícil i sensiblement més dolorosa. Però, també, el pas del temps ha fet que el cuidador perdi capacitat per manegar el familiar malalt.

Una darrera cosa que pot fer el pas del temps és que l'estructura familiar hagi canviat ja sigui per la mort del cuidador o per la seva incapacitat. Ara bé, hi ha una

cosa molt important que el pas del temps ha reforçat: els vincles afectius entre les persones implicades.

En l'estructura actual dels serveis socials, aquesta circumstància queda lluny de tenir resposta. La nova llei de serveis socials (12/2007, d'11 d'octubre) manté la idea dels serveis individuals i no té en compte les situacions familiars. Residències per a disminuïts físics, intel·lectuals o geriàtriques i... què fem amb les famílies amb capacitats diferents?

Una parella pot separar-se per voluntat pròpia, però que els separi un precepte administratiu després de 3,30 o 300 anys de convivència... Hi ha algun dictamen ètic que ho justifiqui? Quins són els professionals que posen el crit d'alerta per trobar resposta a aquestes situacions? Els treballadors socials, que viuen colze a colze les angoixes i preocupacions dels malalts i de la seva família, que segueixen dia a dia l'evolució d'aquestes situacions tan i tan complicades i complexes.

El seguiment d'aquestes situacions s'inicien a l'hospital d'aguts i no acaben mai. Passen per moments molt i molt crítics, altres temporades es viuen amb més tranquil·litat però en cap moment de tot el procés no s'ha d'obviar el conjunt familiar.

Davant d'aquestes situacions, que s'incrementen cada dia, els treballadors socials de l'àmbit de la salut fan una crida a l'Administració per tal que es busqui la manera d'assegurar una atenció fisioterapeuta de manteniment i recursos assistencials per atendre nuclis familiars amb persones amb dependències múltiples i graus de dependència diferents. La llei 32/2006 de 14 de desembre, coneguda com la llei de la dependència, tampoc no preveu aquest tipus d'equipament.

Altres patologies que reclamen atenció socio sanitària

A mesura que s'incrementa l'esperança de vida es constaten dues coses que fan pensar com millorar l'atenció individual i familiar de la població. Hi ha un increment diagnòstic de patologies cròniques invalidants amb incidència multifactorial i d'abordatge integral difícil i, paral·lelament, persones amb més patologies acumulades.

Un procés agut distorsiona la dinàmica familiar però, al cap de quatre dies, la rutina habitual torna al punt de partida i la vida continua. Quan aquest procés es cronifica, el canvi de la dinàmica familiar s'ha d'adaptar a la nova situació, cosa que molt sovint no és gens fàcil. Tots han de canviar alguna cosa del seu dia a dia, des del malalt que ha d'assumir la seva pròpia realitat en tot el que representa de pèrdues personals, de capacitats físiques però també les dificultats de relació amb l'entorn, les pors, angoixes i incerteses vers el futur, fins la família que, no només s'ho haurà de manegar per tal d'assegurar la cura del familiar malalt sinó que haurà de buscar de forma constant l'equilibri per tal que tots els seus membres, d'una manera o d'una altra, participin d'aquesta tasca –moltes vegades la millor manera d'aju-

dar és no fer nosa— sense que els interessos i obligacions personals no se'n ressentin gaire.

Que l'atenció a l'ancià amb Alzheimer faci perdre de vista la cura dels infants i adolescents membres de la unitat familiar, pot tenir conseqüències desagradables irreversibles, tant per aquests infants i adolescents poc atesos com pel cuidador que els ha descuidat perquè, sense adonar-se'n, un bon dia descobrirà que s'han fet grans i en certa manera han esdevingut uns desconeguts.

El dolor crònic de la mare, la seva queixa persistent no pot induir els fills a desentendre's del que li passa ni del que hi poden fer per millorar la seva situació, però tampoc no han de deixar d'anar a l'escola, treballar o participar en activitats d'oci.

De situacions d'aquesta mena cada dia n'hi ha més i entre tots hem de posar-hi remei.

Són moltes les patologies i situacions en les quals la intervenció del treballador social és imprescindible. Són situacions que, en analitzar-ne tots els aspectes socio-sanitaris que hi incideixen fan que, indiscutiblement, les abordem des de la multidisciplinarietat. No oblidem que són situacions que reclamen recursos de serveis socials que s'haurien de poder tramitar des dels propis serveis de salut per evitar desplaçaments i gestions evitables a les famílies.

Podríem incloure en aquest apartat aquella població, majoritàriament jove, amb problemes de salut permanent i situació social anòmala, sense cuidador o amb claudicació d'aquest, o amb una desorientació total ja que els afectats tenen problemes de diagnòstic per accedir a un tractament o a un recurs adequat de la xarxa de serveis socials.

Entre altres podríem citar:

- Malalties neurològiques i psiquiàtriques associades a trastorns de conducta.
- Lesions cerebrals.
- Consumidors de substàncies tòxiques.
- Malalts de sida que han generat una gran dependència i a qui els cal supervisió per a les tasques instrumentals bàsiques.
- Aquelles malalties anomenades malalties rares però que no són tan estranyes ja que afecten el 7% de la població catalana.

Aquests tipus de patologies, si bé es poden incloure dins els perfils que contempla el decret 92/2002, a la pràctica fan molt difícil trobar un centre que els faciliti una adequada atenció per manca de recursos humans i estructurals.

Resum

La iniciativa i la conscienciació de l'abordatge de les patologies cròniques geriàtriques vistes globalment, va incorporar de forma habitual a la cultura i mane-

ra de fer d'alguns professionals de les ciències de la salut la intervenció multidisciplinària, la dinàmica del treball en equip i la participació dels professionals del treball social en aquesta pràctica sanitària. Més tard s'incorporen en aquesta manera de fer altres patologies, la complexitat de les quals recomanen el mateix tipus d'atenció. Són patologies cròniques, d'evolució lenta, amb molta complexitat terapèutica i amb fort impacte emocional, moltes vegades de difícil atenció en el si de la família i de la societat i amb escassos recursos accessibles de la comunitat.

L'experiència positiva de la intervenció del treball social en psiquiatria ha consolidat una manera d'actuar i ha incorporat una visió global a la intervenció mèdica. En l'àmbit de la salut mental la multidisciplinarietat és un valor afegit que millora substancialment la qualitat de vida dels pacients i les seves famílies, a la vegada que ajuda a desestigmatitzar aquests pacients i aquestes patologies.

És en la xarxa sociosanitària en general –més que en cap altra– on el metge no té l'última paraula. El consens i l'aportació de les diferents disciplines és la norma a l'hora de dictar mesures terapèutiques.

L'abordatge de les patologies cròniques invalidants, sigui quina sigui la causa que les provoqui, contemplades des de la concepció global, ha marcat pautes d'intervenció plurals i això ha fet que, en molt pocs anys, l'atenció sociosanitària sigui una forma d'atenció específica dins el seu sistema de salut, tal com ho és la cirurgia o l'oncologia, posem per cas. En la xarxa hospitalària o des de l'atenció primària també cal una visió integral, però en les patologies cròniques no complexes i de fàcil control no es notaran amb tanta intensitat el pes específic de la interdisciplinarietat o l'oferta de recursos socials.

Hi ha, però, una diferència pel que fa al treball social. Mentre que encara cal demostrar i reivindicar el treball social en l'atenció primària, mentre a la xarxa hospitalària és el gran desconegut, a l'atenció sociosanitària ningú no discuteix el bon fer i les habilitats dels treballadors socials.

L'atenció de pacients que generen problemes de conducta subjacents a la seva patologia de base, originen una especial preocupació en els professionals dels centres i serveis sociosanitaris. La responsabilitat, civil o penal, que pot derivar d'un petit descuit en la cura d'aquests malalts pot ser molt negatiu per al malalt, per als professionals i per al mateix centre. És imprescindible disposar d'estructures adequades i de personal amb habilitats específiques que permetin una bona atenció a aquestes tipologies de malalts i, a la vegada, disminueixin els riscos d'agressions.

Potser ha arribat l'hora de no tenir por a les incapacitacions totals o parcials. Potser ha arribat l'hora que els mecanismes de l'Administració de Justícia siguin més ràpids en la resolució d'aquelles demandes quan el presumpte incapaç mostri signes febaents d'agressions o autolesions.

Segurament ja n'hi ha prou de mirar cap a una altra banda, és imprescindible una educació ciutadana perquè es compregui i respecti la complexitat d'aques-

tes situacions i, en lloc d'acusar el malalt o la seva família, es faci el possible per ajudar-los. Una manera de facilitar aquesta ajuda és deixar de mirar-los com si fossin empestats i pensar que també ens pot tocar a nosaltres i que tots els recursos que es destinin per millorar la seva estabilitat terapèutica i emocional i la seva qualitat de vida estan ben emprats.

Encara ens quedaria una reflexió sobre els malalts psiquiàtrics. Molts diagnòstics en l'àmbit de la salut mental són fàcilment controlables tant des de la intervenció mèdica com social. En assegurar la higiene personal, l'alimentació, el control de la medicació i fomentar unes normes de conducta igualitàries per a tots els membres de la família, l'internament institucional només seria necessari en moments d'agudització. Però, sense un ampli ventall de recursos de salut, socials i laborals prou flexibles que permetin adequar-se en cada moment del procés patològic individual, aquesta estabilitat és força difícil.

Els treballadors socials són el pal de paller de la complexa situació que afecta directament el malalt i la seva família, però que implica el compromís de tota la societat.

Diversificació i dispersió de recursos. La coordinació i la comunicació són possibles

Després de tot el que s'ha dit fins ara, es pot deduir que el treball social aplicat a tots els nivells de l'estructura del sistema de salut de Catalunya enforteix la pràctica terapèutica i aporta fortes dosis de benestar i confort a la població afectada. Però el treballador social, en l'exercici de la seva professió, ha de poder tenir accés a recursos del sistema de serveis socials i de la comunitat i tant els uns com els altres se situen fora del sistema de salut, la qual cosa no vol dir que l'accés no pugui ni hagi de ser possible.

D'altra banda, els recursos socials estan molt diversificats, estan molt dispersos i no tota l'oferta depèn de l'administració pública. Molts dels recursos socials s'emmarquen en l'esfera de la gestió privada, amb afany de lucre o sense. Entre uns i altres l'entesa es fa imprescindible, així com la comunicació i la coordinació d'obligat compliment i, a l'hora de derivar un pacient a un recurs de la xarxa de serveis socials s'ha de poder seguir una ruta al més àgil i fàcil possible. Cada situació personal o familiar pot requerir el suport d'un recurs diferent –alguns de gestió pública i d'altres de gestió privada– que poden no ser perennes, ja que la dinàmica de cada patologia i la situació familiar ho poden fer canviant.

Posem un cas que ho exemplifiqui. Una persona gran amb una demència poc evolucionada. Durant aquesta fase de la malaltia, aquest ancià pot patir alguns aspectes desastrosos ja que la família ha d'anar a treballar i el malalt no es pot quedar sol a casa amb tot el risc que la seva vulnerabilitat comporta. Segurament, en aquest moment, un centre de dia podria ser el recurs social aconsellable. Però l'evolució del seu procés patològic el porta, al cap d'un temps, a presentar problemes greus de conducta, d'inversió de son, d'agressions als cuidadors, etc. Ben segur que en aquesta etapa el més aconsellable sigui la institucionalització. Més tard, en l'etapa final de la vida, pot deixar de deambular i passar a l'allitament continuat, llavors és possible que pugui i vulgui retornar al seu domicili. Durant tot aquest temps, també pot ser que la situació familiar sigui una altra (la mainada creix, els adults es jubilen...) i el malalt vulgui ser atès en una altra ubicació diferent.

Això comporta que des de l'atenció primària, l'hospital, el centre sociosanitari o el recurs social i comunitari s'ha d'establir una xarxa (formal però també informal) que obliga a la comunicació, la coordinació i, en molts casos, la derivació d'un servei a un altre la qual cosa comporta que el seguiment assistencial entre els dife-

rents professionals d'un o altre servei siguin un continuu assistencial i el pacient ho ha de viure com una variant normal de la seva atenció en el procés de viure.

Potser val la pena parar-nos un moment i veure què significa en el dia a dia dels professionals la comunicació, la coordinació i la derivació relacionades amb els pacients i les seves famílies.

COMUNICACIÓ. Diu el *Diccionari de la Llengua Catalana* que la comunicació és l'acció i l'efecte de comunicar o comunicar-se. Acció i procés de transmetre un missatge, amb establiment d'una relació i una interacció socials. Comunicació vol dir parlar, ja sigui cara a cara o per telèfon. Comunicació en l'àmbit concret del treball social vol dir, també, informar per escrit sobre situacions i propostes referides a un malalt determinat. La comunicació en la quotidianitat és imprescindible, però hem de ser molt curosos per tal de garantir la confidencialitat del pacient sense escatimar la informació necessària i precisa per tal que el professional amb qui ens comuniquem pugui fer-se'n càrrec i actuar en conseqüència.

COORDINACIÓ. Diu Maria Sitjà, en el seu treball sobre la terminologia dels assistents socials, que coordinar és acordar l'acció comuna de les persones i entitats que intervenen en un programa, un projecte o un tractament social per aconseguir amb eficàcia els objectius proposats. Coordinar és també evitar, tant com sigui possible, fer anar l'usuari d'un servei a un altre. No podem oblidar que la persona malalta i la seva família viuen, probablement, en condicions de vulnerabilitat, ja que poden tenir mots dubtes, angoixes i sentiments dolorosos per causa de la situació complexa del moment. Coordinar-se vol dir, també, no duplicar discursos –de vegades, fins i tot contradictoris– i consensuar propostes. La coordinació no és possible sense una bona comunicació.

DERIVACIÓ. Diu la mateixa autora, i en el mateix treball, que derivar és transferir, totalment o parcialment, la responsabilitat d'un tractament, un projecte, etc. a un altre professional o a un altre servei. La derivació comporta confiança en la persona o institució a la qual derivem un pacient, de manera que permeti desprendre'ns del cas sense cap sentiment ni de culpa ni de desconfiança. Aquest sentiment de feina ben feta la transmetrem al nostre client alleujant l'angoixa que la vivència, vulgues o no, genera.

Des del sistema de salut és del tot imprescindible tenir assumits aquests tres conceptes i no només per part dels treballadors socials sinó, també, per part de tots els equips terapèutics i de tots els professionals de la xarxa de serveis socials.

Els treballadors socials han de comunicar-se amb la resta de professionals del propi centre. Sense una bona i fluida comunicació no és possible el treball en equip ni tampoc conèixer la situació dels pacients i les seves necessitats. Han d'informar i estar informats del que passa als malalts amb els quals es treballa i del que els pot passar, tant pel que fa als processos patològics com a les situacions socials i familiars, sense oblidar quina és la voluntat dels malalts i la seva família a l'hora de

prendre decisions. D'altra banda, i per bé del pacient, cal que els altres professionals que l'atenen coneguïn quina és la intervenció del treballador social per millorar-li la qualitat de vida.

Si les persones humanes no som illes i contínuament ens comuniquem amb els altres, quan la manca de salut ens col·loca en situacions compromeses, els professionals de la salut, els pacients i les seves famílies hauran de posar en marxa mecanismes de comunicació específics que permetin l'entesa de quina és la situació, què cal fer per millorar-la i quines són les expectatives mútues davant la nova realitat, quins pronòstics terapèutics, personals i socials es besllumen a curt i llarg termini, etc. Tots plegats ens hem d'explicar i molt, ja que hi ha en joc la salut integral del malalt d'avui i de demà. La comunicació no exclou la privacitat i la confidencialitat, però s'entén que quan es parla amb professionals, estan garantides.

No tots els problemes complexos de salut es resolen en el nivell assistencial on acudeix el malalt. Hi haurà casos i situacions en què caldrà coordinar-se amb altres serveis del propi sistema, però també es donen situacions en què la coordinació s'ha de fer amb institucions i/o professionals aliens al sistema de salut; per això, de totes totes, caldrà definir objectius i accions adients al cas i, a la vegada, determinar les actuacions concretes de cada un dels elements implicats.

Hi ha un risc que poden patir els treballadors socials de l'àmbit de la salut. El no desprendre's del tot d'algun malalt quan el derivem a un altre servei o equipament. Per la raó que sigui –complexitat de la situació, ingressos sovintejats, impacte emotiu, empatia, entre altres–, quan un pacient ha estat derivat a altres serveis ens sembla que encara hem de saber com està, com evoluciona i quin grau de satisfacció percep en el nou servei. Cal tenir confiança amb els altres professionals i amb les institucions, s'ha d'estar convençut que el servei o professional al qual es deriva un malalt, li proporcionarà el millor tracte i tractament possibles.

Amb comunicació sense trampes, amb coordinació ben pactada i derivació confiada, l'atenció al malalt després de l'alta és possible i benefactora.

Hi ha un problema que pot sorgir, sobretot pel que fa a l'accés als recursos socials públics. Els recursos són escassos i de competència municipal o de la Generalitat però, moltes vegades, per una única porta d'entrada que és l'ajuntament. Aquesta és la realitat i hi ha la sensació que les prioritzacions són antagòniques.

Per exemple, un malalt ingressat en un hospital d'aguts amb l'alta mèdica a la butxaca i la recomanació d'un servei d'ajuda a domicili. Des de l'ajuntament sembla que prioritzin les demandes que els arriben des dels propis serveis socials municipals i addueixen que el malalt pot esperar perquè ja està atès a l'hospital. Això és fals, 1) perquè a l'hospital, superada la fase aguda del procés patològic, el malalt i la seva família no gaudeixen del confort ni l'atenció adequats; a més, l'hospital és un servei car i amb una demanda molt alta, doble raó per agilitzar-la; 2) mentre s'ocupa inne-

cessàriament un llit hospitalari, la llista d'espera es va consolidant i incrementant fent un trist favor a la població en general i sobretot a qui s'espera, més d'una vegada patint dolor innecessàriament; 3) la despesa pública que es genera a l'hospital no té punt de comparació amb el que implica el servei a domicili.

L'increment de l'oferta de serveis socials i la facilitat d'accés poden millorar considerablement l'atenció i la qualitat de vida de persones amb carències socio sanitàries.

La comunicació ha de fer possible l'entesa mútua, la valoració de prioritats conjuntes i la presa de decisions en un nivell d'igualtat.

El ciutadà d'un municipi és veí d'aquest municipi, estigui a l'hospital, a una residència geriàtrica o al domicili. Per tant, té dret a gaudir dels serveis públics que estan al seu abast.

La comunicació ha de permetre als professionals i gestors d'ambdós sistemes conèixer la realitat tant pel que fa a la dinàmica institucional com als recursos comunitaris disponibles. Amb aquest coneixement, la planificació dels recursos sanitaris, socio sanitàris i socials és possible i, per tant, es poden quantificar les necessitats i prioritzar-les, es poden marcar els terminis d'execució, la posada en marxa i els costos de manteniment.

Per tant, la comunicació és imprescindible des de tots els vèrtexs del cos polièdric que formen l'encaix dels dos sistemes relacionats amb la salut integral del ciutadà i la seva qualitat de vida:

- Professionals/pacients i famílies,
- Professionals/ professionals,
- Professionals/administració,
- Administració/gestors...

Com sigui que els recursos són escassos massa sovint, fem recaure aquest dèficit als altres. Diem que les famílies no col·laboren, que l'ajuntament oblida les necessitats dels malalts traspasant responsabilitats socials al sistema de salut o, a la inversa, des del sistema de salut s'exigeix agilitat en la resolució de conflictes socials en el territori quan aquest no té possibilitats de respostes ràpides. Aquest és el problema, la demanda de recursos tant del sistema de salut com del de serveis socials és il·limitada i, en canvi, la sostenibilitat d'ambdós sistemes sí que té límits pressupostaris amb tendència a ser deficitaris. Només amb una bona comunicació a tots nivells es podrà intentar mantenir l'equilibri, però hem de ser capaços de valorar els costos globals (el que gastem per una banda podem estalviar-ho per una altra), de flexibilitzar les partides presupostàries i evitar discussions inútils interinstitucionals o entre gestors.

La comunicació i la coordinació són possibles encara que no fàcils. Si tots plegats, professionals, gestors i població en general, tenim voluntat d'entesa, si no actuem amb prepotència reclamant tots els drets i oblidant tots els deures, la qualitat de vida dels ciutadans millorarà i la despesa pública serà més fàcilment contenible.

Conclusions

Hem analitzat la realitat actual, hem vist com la complexitat de l'organització sanitària a principi del segle XXI ens porta a considerar que, qualsevol intervenció sobre l'estat de salut de les persones, s'ha de fer en termes de qualitat que no pas de quantitat.

Ens hem situat a una distància suficient que ens ha permès observar l'experiència i l'expertesa professional, escoltar la seva opinió i els diferents punts de vista per corroborar el pas important que s'ha fet vers la millora de la qualitat de vida dels ciutadans.

Hem pogut analitzar amb una certa perspectiva i amb objectivitat suficient, que només hi ha un escull, fàcilment superable, per millorar la qualitat de vida dels ciutadans amb problemes de salut, més o menys greus. Creure en l'eficàcia del treball social. Creença que recau en els mateixos treballadors socials –que, sens dubte, hi creuen–, en els gestors d'ambdós sistemes –que, mentre només facin números, el seu convenciment fa emboirar els seus plantejaments–, en els professionals del Sistema de Salut –que han de ser capaços de saber llegir més enllà del que diu una analítica o el que mostra una radiografia. Si es pogués fer un esglaonament entre metges generalistes i especialistes ens adonaríem que, com més específica és l'especialitat, més lluny està de veure la globalitat de la persona.

La societat catalana actual té bons professionals, amb capacitat acadèmica adequada per fer una bona feina.

La legislació vigent permet endegar programes d'intervenció individual, familiar i comunitària des de qualsevol dels nivells assistencials del Sistema de Salut i que poden ser perfectament coordinats amb altres recursos de la comunitat, evitant duplicitat d'intervencions des d'altres àmbits dels serveis personals. (Serveis socials, treball, educació, etc.)

Els recursos de la comunitat –sempre escassos– estan prou desenvolupats per poder donar els ingredients complementaris al treball dels professionals dintre del Sistema Sanitari, uns ingredients que facin possible la millora de la qualitat de vida dels pacients en situacions de salut compromeses.

I com dèiem fa un moment, només falta que els professionals creguin en l'eficàcia de la feina dels treballadors socials i l'Administració s'adoni dels avantatges de tot tipus que representa una atenció integral dels ciutadans.

Ningú no posa en dubte que la persona és un ésser biopsicosocial. Des de les ciències de la salut ja es contempla la persona com un ésser complex no frag-

mentable. Podem afirmar categòricament que l'atenció biològica està atesa molt correctament en la seva totalitat. Els professionals de la medicina (els especialistes, no tant) saben quina és la seva feina i disposen d'eines que els permeten aplicar-les al seu saber.

Els aspectes psicològics es tenen cada dia més en compte i amb més profunditat, i és força habitual valorar les repercussions somàtiques d'estat emocional o l'impacte dels sentiments i emocions que produeix un estat de salut malmès de caràcter més o menys greu i persistent.

Però els aspectes socials, aquells que tenen a veure amb la prevenció i la reinserció del malalt en el teixit social, que tenen a veure amb la qualitat de vida, que contempen l'atenció integral del pacient, és a dir, que el contempen, no com un ésser aïllat, sinó com una persona que viu en el si d'una família, que té una història de vida personal i irrepetible, que ha configurat una manera determinada l'avui de cada un de nosaltres, aquest aspecte encara és un vessant poc contemplat.

Posarem un símil. La persona és com un trípede les tres potes del qual són la biologia, la psicologia i les relacions socials. Moltes vegades sembla com si d'aquests tres peus en falla un i els altres dos s'han de repartir el pes ja que la pota corresponent als aspectes socials no toca a terra. D'aquesta manera el trípede no serà mai un estri equilibrat i tot el que hi posem a sobre serà inestable i amb risc de caigudes.

Si hi pensem una mica, fins i tot m'atreviria a dir que, amb una bona intervenció del treballador social en l'àmbit de la salut, es poden rebaixar els costos globals del Sistema. Segurament s'evitarien reingressos hospitalaris o visites continuades als Centres de Salut, s'evitarien somatitzacions que pateixen molts cuidadors –amb la despesa de tota mena que aquest fet comporta–, disminuirien hores de treball perdudes que actualment es produeixen per causa d'haver de donar resposta a les situacions de manca de salut de familiars pròxims i, evidentment, hi hauria una rebaixa en el consum farmacològic.

És fàcil fer una anàlisi quantitativa de l'activitat assistencial, però la qualitat també és important, tant per a la persona malalta, la seva família, el conjunt de la comunitat, com, sense cap mena de dubte, per a l'Administració i els seus pressupostos. Existeixen indicadors validats que permeten valorar l'eficàcia qualitativa de la intervenció dels professionals, de les organitzacions i els serveis així com la satisfacció de l'usuari.

Bibliografia

- Constitució Espanyola de 1978.
- Informe *Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari* elaborat per la Comissió de Salut del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.
- Estatuts d'Autonomia de Catalunya 1979 i 2006.
- *Pla director de salut mental i addiccions.*

- *Treball social. Conceptes i eines bàsiques.*
- *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya.*
- *El treball social en les àrees bàsiques de salut.*
- *Atenció al malalt neuropsiquiàtric amb necessitats sociosanitàries.*
- Cristina Milián: *Trabajo social en urgencias del Hospital Clínico de Barcelona.* Juny 2007.
- *RTS*, núm. 176, desembre de 2004.
- *RTS*, núm. 181, agost de 2007.

- Buckman, Robert: *Com donar les males notícies.*
- Acarin Tusell, Pere Nolasc i Agustí Julià, Jordi: *Salut, sanitat i Serveis socials.*
- Colom Masfred, Dolors: *L'alta hospitalària.*
- Estruch, Juan i Güells, Antoni M.: *Sociología de una profesión. Los Asistentes Sociales.*
- Martí Casas, Oriol: *Introducción a la medicina social.*
- Porcel Omar, Pilar: *De les arrels a la maduresa. El caminar dels treballadors socials pel Vallès Occidental.*
- Reventós i Conti, Jacint: *Els hospitals i la societat catalana. Història dels hospitals de Catalunya*, volum 1.
- Rubí, Carme: *Introducción al trabajo social.*
- Sitjà, Maria: *Tipologia dels assistents socials.*

Agraïments

En primer lloc he d'agrair a la Secció de Treballs Socials de la Filial del Vallès Occidental de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, pel seu suport a posar sobre paper l'experiència i les reflexions de molts anys de treball conjunt amb el convenciment que la seva feina era útil als malalts i les seves famílies, que la intervenció multidisciplinària ajudava a millorar la qualitat de vida de la ciutadania.

A la Unió Catalana d'Hospitals, especialment la senyora Anna Riera, per les facilitats que m'ha donat per poder accedir a les dades disponibles però, també, per fer possible connectar amb els professionals de la institució i poder saber de primera mà què fan i què pensen els treballadors socials dels diferents nivells assistencials del Sistema de Salut de Catalunya.

Al Consorci Hospitalari de Catalunya i, d'una manera especial, Palmira Tejero per la seva col·laboració en la revisió de les experiències de la xarxa hospitalària.

A tots els companys i companyes que han expressat la seva experiència i els seus punts de vista sense l'aportació dels quals el treball no hauria estat possible.

A tots moltes gràcies.



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARNS