

les desigualtats en salut: fem-les visibles
VI Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut



les desigualtats en salut: fem-les visibles
VI Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut
Santa Coloma de Gramenet, 15 de Juny de 2006
Teatre Sagarra



Les desigualtats en salut: fem-les visibles

VI Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut

15 de juny de 2006
Teatre Sagarra
Santa Coloma de Gramenet

Col·laboracions especials

Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet
 Diputació de Barcelona
 Fundació Hospital de l'Esperit Sant
 Institut Català d'Oncologia
 Centres Assistencials Emili Mira i López
 Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

Agraïments

Grup La Pau
 Asepeyo
 Bb Serveis
 Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona "la Caixa"
 Caixa Penedès
 Finan Rent Vitalicis
 Fundació Viure i Conviure
 Gaes
 Inforesidencias
 Laboratoris Bristol-Myers-Squibb
 Laboratoris Pfizer
 Laboratoris Schwz-Pharma
 Laboratoris Tena
 Laudio
 Mutuam
 Ortopedia Santa Coloma
 Residència Amma
 Residència Bell Resguard
 Residència Euroclínica
 Residència Ítaca
 Residència Matacas
 Residència Montserrat Botey
 Residència La Vostra Llar

VI Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut
 Les desigualtats en salut: fem-les visibles

Generalitat de Catalunya

© Institut Català de la Salut
 Àmbit d'Atenció Primària Barcelonès Nord i Maresme
 Servei d'Atenció Primària Santa Coloma de Gramenet
 Santa Coloma de Gramenet, 15 de juny de 2006

Edició

Institut Català de la Salut

Correcció i composició

Unitat Lingüística del Barcelonès Nord i el Maresme

Il·lustracions

Maria Aranda Monsó

Tiratge

300 exemplars

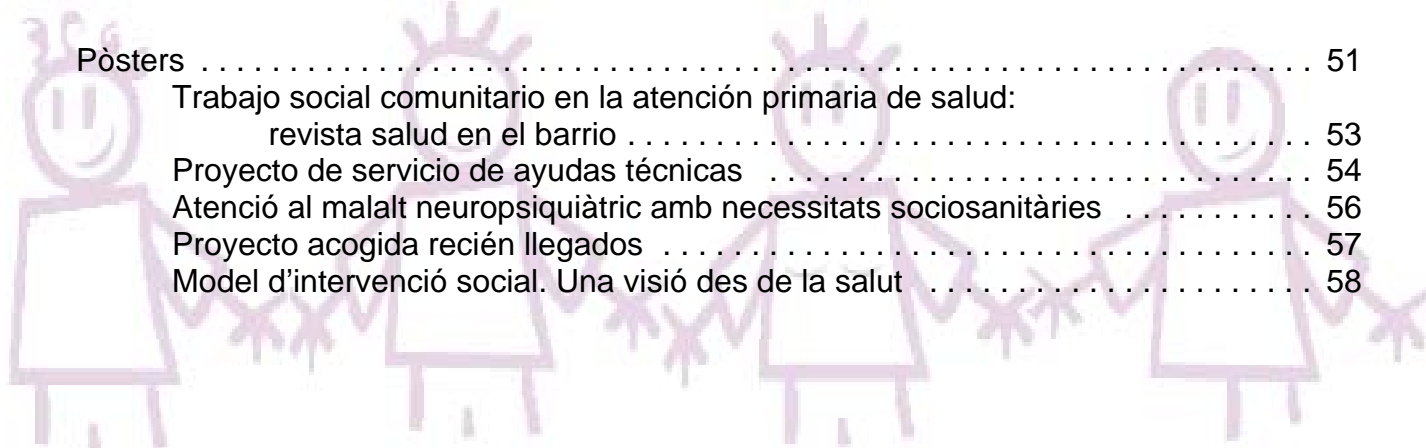
Impressió

Impremta Varela (Santa Coloma de Gramenet)

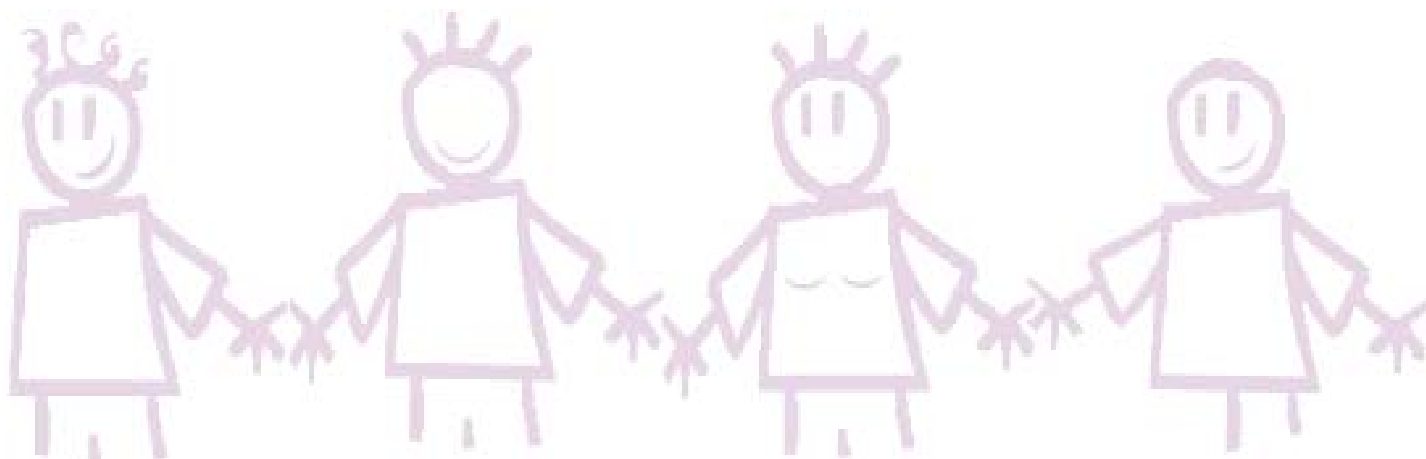


Índex

Presentació	5
Comitè organitzador	7
Comitè científic	8
Secretaria	9
Programa	11
Conferència inaugural	13
Aprender a mirar la salud	15
Taula rodona: “Les desigualtats en salut”	17
Las desigualdades en salud	19
Les desigualtats en salut: la immigració i la desigualtat ètnica	22
Desigualtats en salut, dona i treball social	24
Taula rodona: “Fem-les visibles”	27
Hacer visibles las desigualdades en salud	29
Desigualdades en salud y medios de comunicación	35
La novel·la negra com a treball social	37
Comunicacions	39
Tractant en grup el dol migratori, treballem la inserció i les desigualtats sanitàries dels immigrants	41
Cinema social, mirall de vida. Curs de formació	42
Aplicació de la teoria racional emotiva (RET) en la consulta de treball social en una àrea bàsica de salut (ABS)	43
La salut marca la diferència	44
Les barreres arquitectòniques determinants de l'augment del nombre de visites d'atenció domiciliària d'un centre d'atenció primària	46
Percepció dels equips d'atenció primària de salut envers els treballadors socials d'àrea bàsica de salut	48
Coneixem la dependència a la nostra la comunitat?	49
Característiques socio sanitàries dels pacients associades al risc de claudicació familiar	50
Pòsters	51
Trabajo social comunitario en la atención primaria de salud: revista salud en el barrio	53
Proyecto de servicio de ayudas técnicas	54
Atenció al malalt neuropsiquiàtric amb necessitats socio sanitàries	56
Proyecto acogida recién llegados	57
Model d'intervenció social. Una visió des de la salut	58



Em llegeixes un llibre? Projecte d'intervenció comunitària entre diferents entitats i serveis del barri	59
Grupo-taller cuidar de los cuidadores	60
A Roquetes fem salut: un projecte de salut comunitària integrat al pla de desenvolupament comunitari de l'àrea bàsica de salut	61
Tres anys fent salut al barri	63
La treballadora social, una peça clau per una atenció integral	65
Intervenció grupal socioterapèutica a cuidadors informals	66
Hi ha desigualtat en l'atenció social des del centres d'atenció i seguiment a drogodependents (CAS) de la Mina respecte a d'altres? ..	67
Pla d'actuació integral per a la prevenció i el tractament de la violència de genere	68
Acceso y utilización a los recursos de atención primaria de salud del colectivo infantil gitano/roma del barrio de Sant Roc (Badalona)	69
Jornada de salut: fent-nos més visibles ens apropem a la comunitat	70
Perfil sanitari dels immigrants del barri del Carme de Reus	71
Opinió dels professionals sanitaris respecte la població immigrant que es visita	72
Protocol d'actuació dels professionals sanitaris davant sospita de realització de mutilació genital femenina (MGF)	74
Estudi de les demandes de treball social realitzades a serveis de l'àmbit sanitari	76
La desigualtat de recursos socio-sanitaris psicogeriatrics en un territori de salut .	77
Educació sanitària feta per treballadores familiars a les ABS	78
Pisos d'acollida per fer front a les desigualtats geogràfiques	79
Ús de les tècniques d'avaluació ràpida del risc per a la salut (ràpid appraisal), entrevista amb informadors claus i grups focals dins de l'examen de salut de la comunitat del barri del Fondo (Santa Coloma de Gramenet)	81
Perfil de los pacientes a los que se les solicitó ingreso en centros socio-sanitarios. ¿Existen diferencias según el tipo de ingreso?	82
Taller de memòria dins l'àrea bàsica de salut	83
Ens utilitzen? Com?	85
Els treballadors socials a les ABS: som necessaris?	87
Fòrum de les desigualtats	89



Presentació

La VI Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut té com a lema "Les desigualtats en salut: fem-les visibles."

Les desigualtats han existit sempre, i probablement sempre existiran. Aquells que tenen més poder econòmic, polític, social i cultural gaudiran de més oportunitats que es traduiran en una millor qualitat de vida. I és per tots sabut que l'estat de salut està directament relacionat amb la qualitat de vida de què gaudeixen les persones.

L'atenció als col·lectius més desfavorits i el treball conjunt per superar els handicaps han estat la principal funció del treball social des dels seus orígens, per tant, també l'atenció a la desigualtat.

La intervenció dels treballadors socials de salut es centra en l'abordatge de les dificultats socials que comporta la presència d'una malaltia o el risc de patir-ne, que es fa més evident en col·lectius vulnerables: persones de renda baixa, persones amb discapacitat, cuidadors, etc.

Amb aquesta jornada hem volgut reflexionar sobre aquests col·lectius en clau de desigualtat, posant èmfasi en els professionals del treball social com a agents experts, avaluadors i capacitats en les habilitats de treball. Essent corresponsables amb els altres actors: les administracions, la resta de professionals i la comunitat, amb l'objectiu d'aconseguir minorar les desigualtats.

En el llibre que teniu a les mans trobareu de primer la síntesi de les exposicions dels diferents ponents de la jornada i els resums de les comunicacions i els pòsters presentats. Però també hi trobareu un element més de reflexió: el que hem anomenat "el fòrum de les desigualtats."

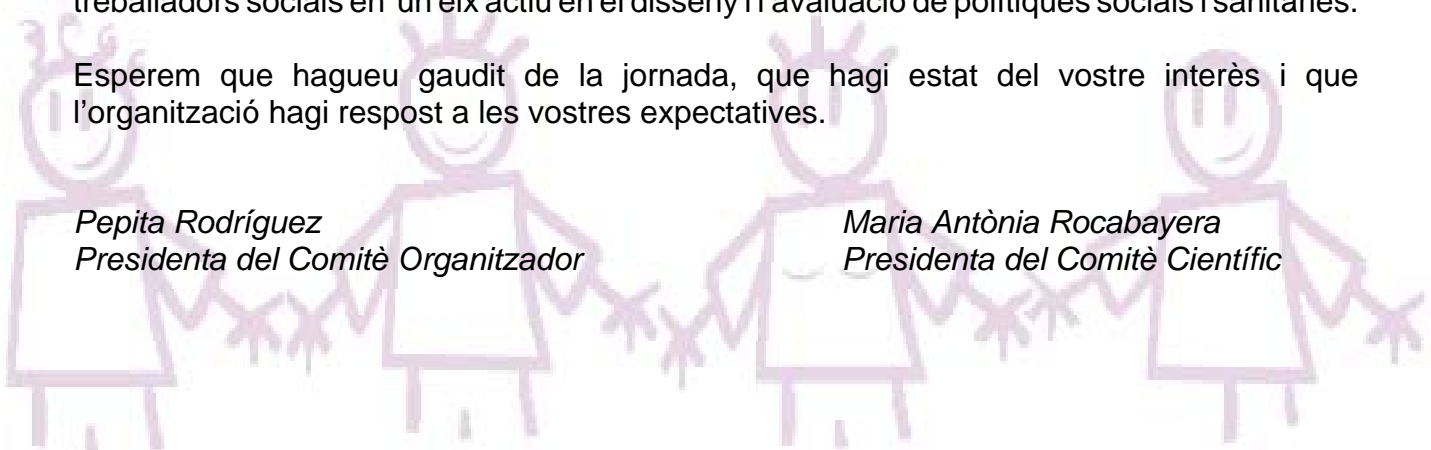
Aquest fòrum ha estat possible gràcies a les aportacions dels professionals i del conjunt d'associacions vinculades a la salut en resposta a la nostra crida sobre quines eren les desigualtats en salut que identificaven des de la seva praxi o des de la seva experiència.

Val a dir que no es tracta d'un recull sistemàtic, ni d'una investigació sobre el tema. Té sobretot un valor testimonial i, per això, ha estat respectuós amb la manera d'expressar les desigualtats i amb l'idioma. No obstant això, creiem que pot ser un document de partida per animar-nos a investigar seriosament sobre el tema, i per denunciar les situacions de vulnerabilitat i desigualtat que trobem en la pràctica quotidiana, cosa que pot constituir els treballadors socials en un eix actiu en el disseny i l'avaluació de polítiques socials i sanitàries.

Esperem que hagueu gaudit de la jornada, que hagi estat del vostre interès i que l'organització hagi respost a les vostres expectatives.

Pepita Rodríguez
Presidenta del Comitè Organitzador

Maria Antònia Rocabayera
Presidenta del Comitè Científic



Comitè organitzador

Pepita Rodríguez (presidenta)
EAP Santa Coloma de Gramenet 1, Centre i Can Mariner

Maria Dolors Olmos (secretària)
EAP Santa Coloma de Gramenet 2, Barri Llatí

Montserrat Monsó (tresorera)
EAP Santa Coloma de Gramenet 3, Singuerlín

Maria Antònia Rocabayera (enllaç comitè científic)
EAP Santa Coloma de Gramenet 4, Riu Nord – Riu Sud

Vocals

Rosa Bonafonte
Unitat de Trastorns Cognitius. Centres Assistencials Emili Mira

Montserrat Jara
EAP Santa Coloma de Gramenet 5, Santa Rosa

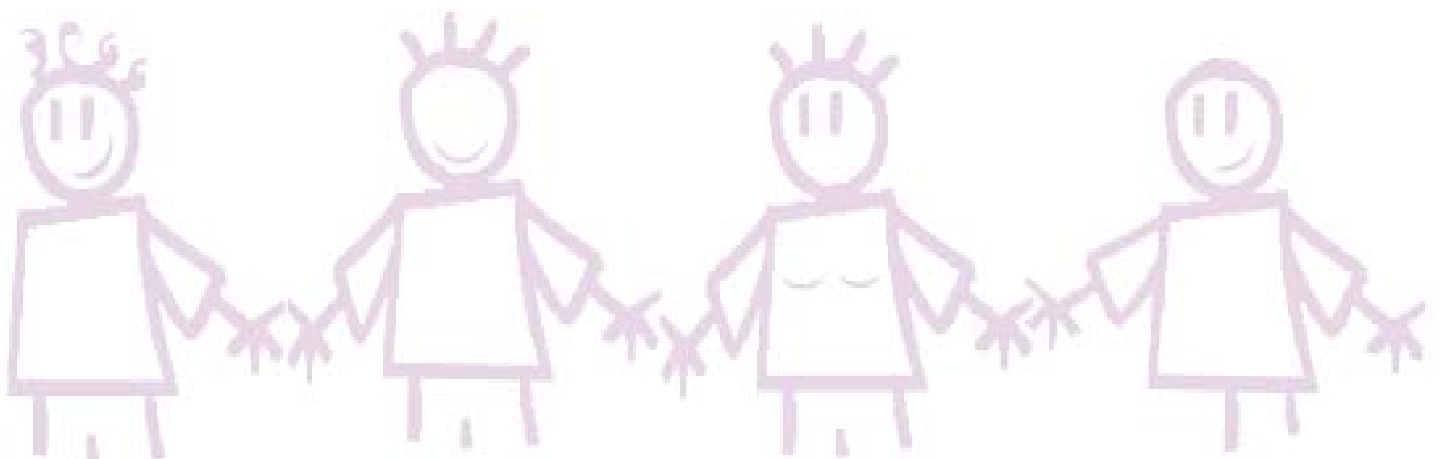
Victòria Mir
EAP Premià de Mar

Piedad Moreno
EAP Sant Adrià de Besòs 1 i EAP Badalona 7, la Salut

Maribel Moyano
UFISS Hospital de l'Esperit Sant

Meritxell Ortiz
Ajuntament de Sant Boi de Llobregat

Mercè Riquelme
UFISS Cures Pal·liatives. ICO Badalona. Hospital Universitari Germans Trias Pujol



Comitè científic

Maria Antònia Rocabayera (presidenta)
EAP Santa Coloma de Gramenet 4, Riu Nord – Riu Sud

Rosa Alegre
Professora de l'Escola Universitària de Treball Social de la Universitat de Barcelona

Soledad Asiaín
Responsable Serveis Socials de l'Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet

Josep Aubà
Responsable Àrea d'Avaluació Sanitària. Àmbit d'Atenció Primària Barcelonès Nord i Maresme

Marta Batalla
Metgessa de la Unitat de Cures Pal·liatives de la Clínica del Carme

Cristina Batlle
Treballadora social de l'EAP Badalona 6, Llefia

Carme Esteve
Gerent de l'Àmbit d'Atenció Primària Barcelonès Nord i Maresme

Amèlia Fabregat
Directora del Servei d'Atenció Primària Santa Coloma de Gramenet

Victòria Fernández
Professora de l'Escola Universitària de Treball Social de la Universitat Ramon Llull

Mar Isnard
Adjunta d'infermeria de l'EAP Santa Coloma de Gramenet 6, el Fondo

Rosa de León
Directora de l'EAP Santa Coloma de Gramenet 4, Riu Nord–Riu Sud

Juan Martín
Pediatre de l'EAP Santa Coloma de Gramenet 5, Santa Rosa

Teresa Morató
Metgessa de família de l'EAP Santa Coloma de Gramenet 1, Centre i Can Mariner

Remei Moreno
Adjunta d'infermeria de l'EAP Santa Coloma de Gramenet 2, Barri Llatí



Lluís Oviedo
Responsable de l'Àrea de Atenció a la Persona Usuària, Servei d'Atenció Primària Santa Coloma de Gramenet

Ignasi López
Director de l'EAP Santa Coloma de Gramenet 1, Centre i Can Mariner

Teresa Pampalona
Representant del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

María Dolores Reina
Responsable de l'Àrea de Metodologia, Qualitat i Avaluació Sanitària del Servei d'Atenció Primària Santa Coloma de Gramenet

Eulàlia Sayrach
Treballadora social del Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Santa Coloma de Gramenet

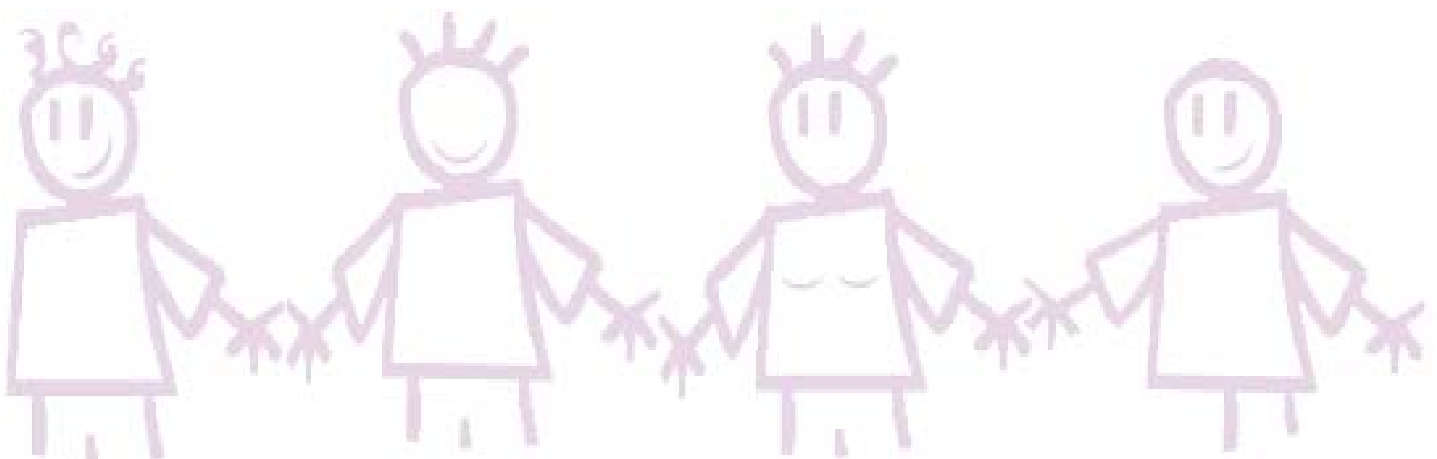
Aureli Serrat
Responsable de Processos d'Infermeria del Servei d'Atenció Primària Santa Coloma de Gramenet

Victòria Sierra
Directora de l'EAP Santa Coloma de Gramenet 3, Singuerlín

Cèlia Marcos. SAP Cornellà. Enllaç propera jornada

Secretaria

Àngels Moreno
Centre d'Atenció Primària Santa Coloma
Carrer Major, 49-53
08921 Santa Coloma de Gramenet
Tel. 93 462 86 04
Fax: 93 466 00 76



Programa

08:30 **Recollida de documentació**

09:00 **Acte inaugural**

09:30 **Conferència inaugural**

Joan Benach

Professor de Salut Pública i Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

10:30 **Pausa cafè. Visita pòsters**

11:00 **Taula rodona. Les desigualtats en salut**

Moderadora: Victòria Mir

Ponents:

Demetrio Casado

Director del Seminari d'Intervenció i Polítiques Socials.

Xavier Torrens

Professor de Ciència Política a la Universitat de Barcelona.

M^a Mercè Rico

Treballadora social i antropòloga

Torn obert de paraules

12:30 **Comunicacions lliures**

Moderadora: Montse Monsó

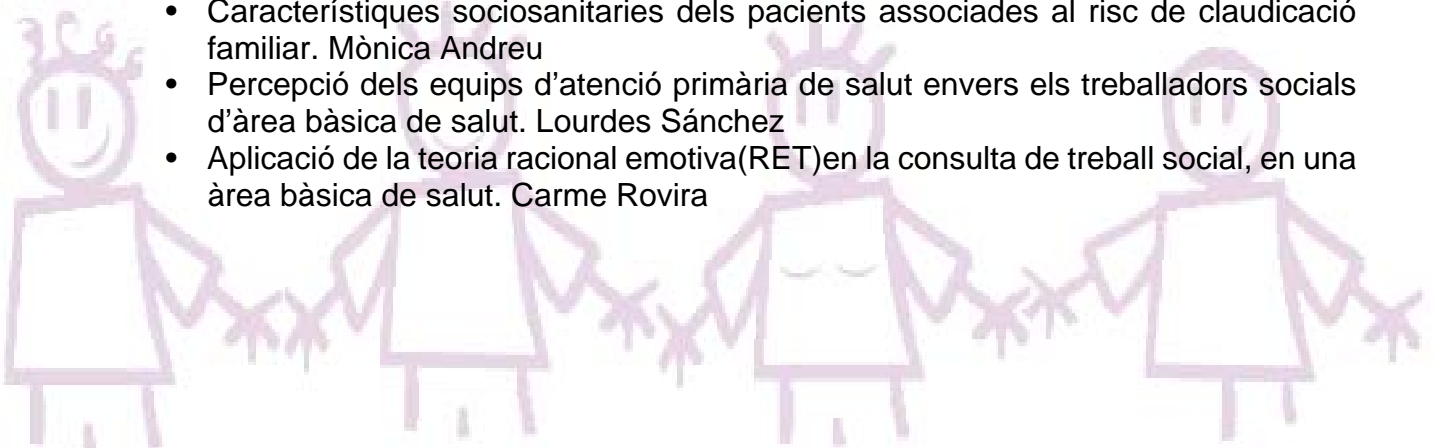
- Coneixem la dependència a la nostra Comunitat? Rosa López
- Tractant en grup el dol migratori, treballem la inserció i les desigualtats sanitàries dels immigrants. Susanna Torres
- La Salut marca la diferència. Margarita García
- Programa intergeneracional d'habitatges compartits. Mònica Duaigües

13:30 **Dinar**

15:30 **Comunicacions lliures**

Moderadora: Montserrat Jara

- Cinema social, mirall de vida. Curs de formació. Fina Santos
- Les barreres arquitectòniques determinants de l'augment del nombre de visites d'atenció domiciliària d'un centre d'atenció primària. M^a Teresa Ruiz
- Característiques socio sanitàries dels pacients associades al risc de claudicació familiar. Mònica Andreu
- Percepció dels equips d'atenció primària de salut envers els treballadors socials d'àrea bàsica de salut. Lourdes Sánchez
- Aplicació de la teoria racional emotiva (RET) en la consulta de treball social, en una àrea bàsica de salut. Carme Rovira



16:30 Taula rodona. Fem-les visibles

Moderadora: Mercè Riquelme

Ponents:

Emma Sobremonte

Treballadora social, sociòloga i professora de la Universitat de Deusto

Rosa M^a Ferrer

Treballadora social i periodista

Andreu Martín

Escriptor

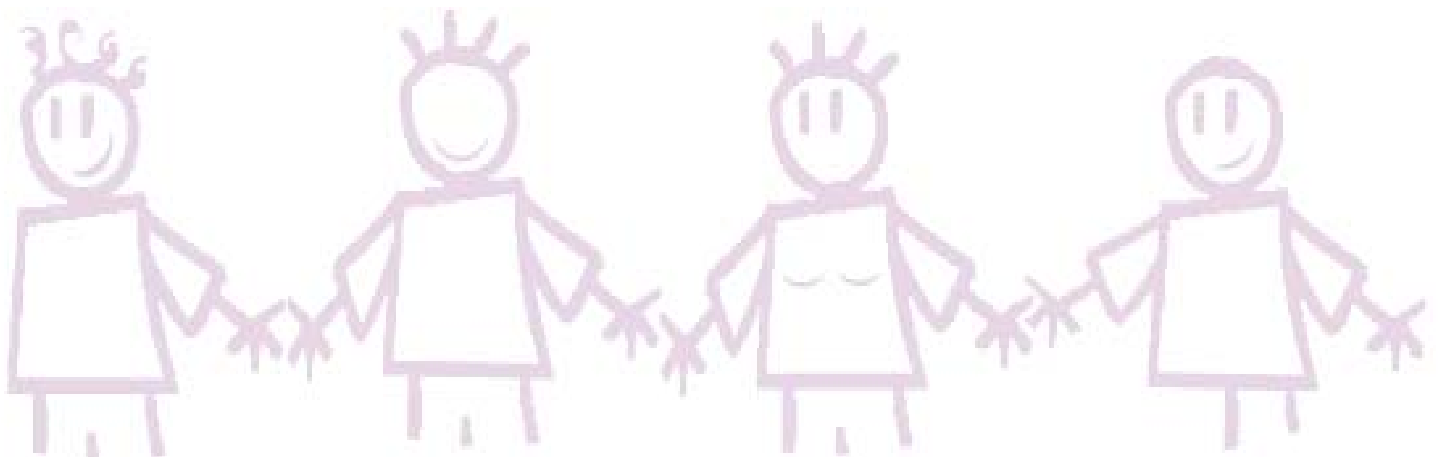
Torn obert de paraules

17:45 “Locas mujeres ciertas”

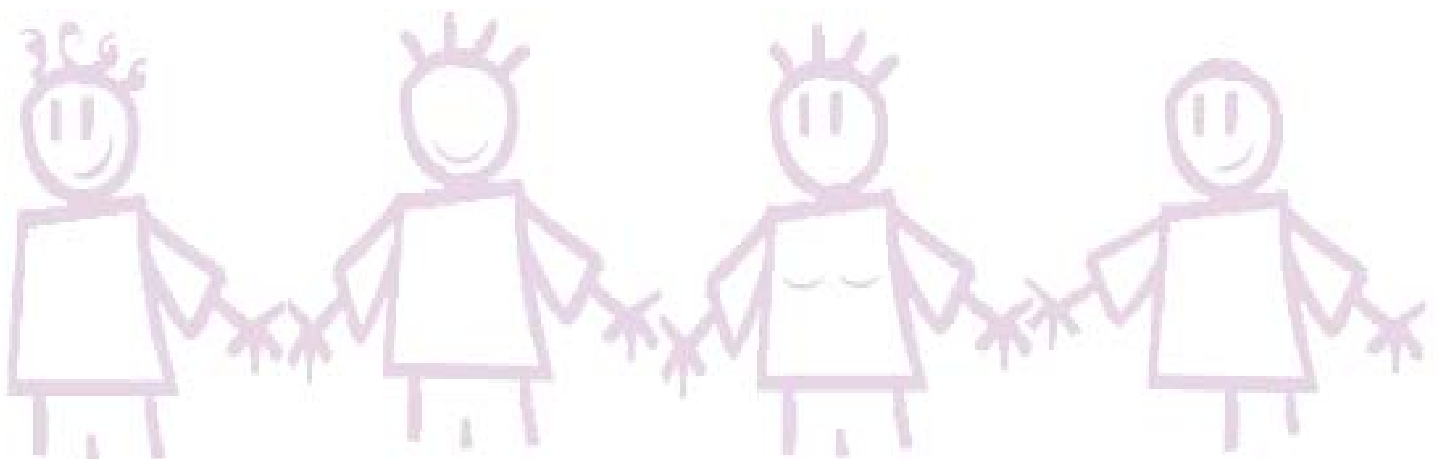
Petry Jiménez i Lúdia Montero (actrius)

18:15 **Conclusions i entrega de premis**

18:30 **Acte de clausura**



Conferència inaugural



Aprender a mirar la salut

Joan Benach / Carles Muntaner. Ed. El Viejo Topo, 2005

Joan Benach, professor de Salut Pública i Salut Laboral de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, i Carles Muntaner, catedràtic de Ciències de la Salut de la Universitat de Toronto, Canadà, ens presenten al llarg de la seva obra una anàlisi de l'impacte de la desigualtat en salut. Els autors conviden el lector a obrir els ulls, aprendre a mirar i fer-ho qüestionant la realitat.

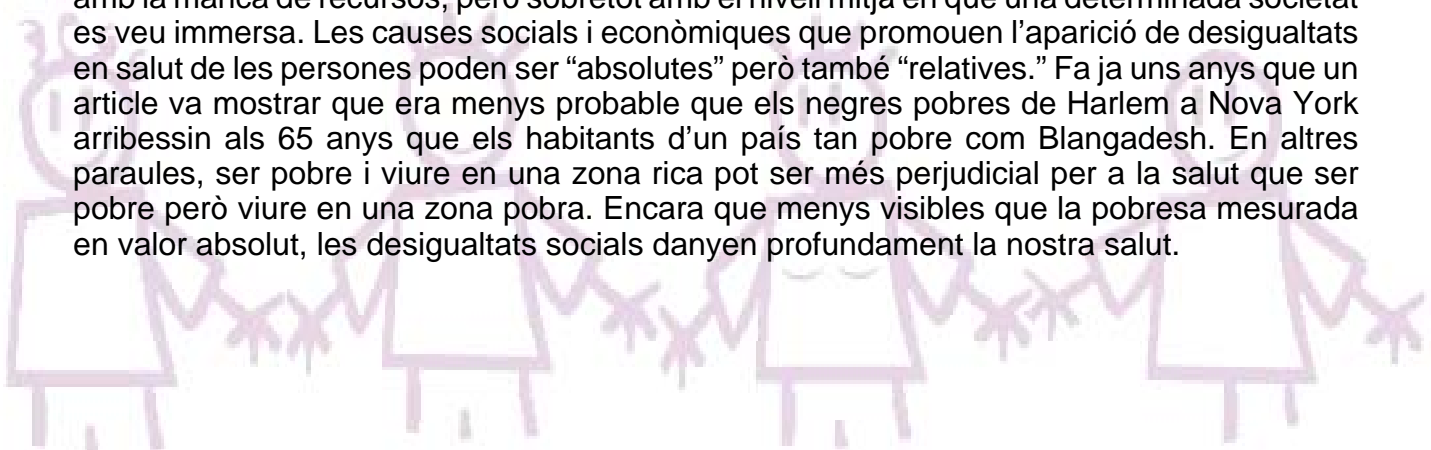
Definir què significa “desigualtat” no es fàcil. S'utilitzen, sovint, paraules que en realitat tenen significats diferents com: “variacions”, “diversitats”, “contrasts”, “disparitats”, “desequilibris”, “polaritats”, “diferències”, “desigualtats”, “desigualtats socials” i “inequitats.” Al referir-nos a les diferències relacionades amb les variacions biològiques dels éssers humans és preferible utilitzar alguna de les primeres paraules. En canvi, sembla més adequat reservar els termes “inequitat”, “desigualtat social” i “desigualtat” per referir-nos a diferències que contenen una dimensió ètica o moral.

Els autors recorden que les paraules no són innocents. Un exemple: durant els anys vuitanta, en el Regne Unit i sota el govern conservador dirigit per Margaret Thatcher, els informes i investigacions que feien referència a les desigualtats en salut foren instats a emprar el terme “variacions” en salut.

En relació amb la salut, podem definir l'equitat, les desigualtats socials, o simplement, la desigualtat, com aquelles diferències en salut que són innecessàries, injustes i evitables. Aconseguir l'equitat en salut comporta que totes les persones han de “tenir una oportunitat justa d'aconseguir el ple desenvolupament de la seva salut” o, dit d'una altra manera, que ningú ha de quedar discriminat de poder arribar a aquest objectiu.

Els resultats de la recerca científica ratifiquen allò que la cultura popular coneix d'antic: la pobresa danya la salut. La principal causa de malaltia en el planeta, “la pobresa extrema,” es va catalogar amb el Codi Z59.5 en la classificació internacional de malalties de l'Organització Mundial de la Salut. A les portes del segle XXI la desigualtat en salut és l'epidèmia més greu que pateix la humanitat. La desigualtat continua augmentant i gran part de la població continua sent pobre. Com pot ser?

Una de les aportacions més significatives d'aquesta obra és constatar que la pobresa no només es pot definir en termes absoluts, sinó també en termes relatius. La pobresa té a veure amb la manca de recursos, però sobretot amb el nivell mitjà en què una determinada societat es veu immersa. Les causes socials i econòmiques que promouen l'aparició de desigualtats en salut de les persones poden ser “absolutes” però també “relatives.” Fa ja uns anys que un article va mostrar que era menys probable que els negres pobres de Harlem a Nova York arribessin als 65 anys que els habitants d'un país tan pobre com Bangladesh. En altres paraules, ser pobre i viure en una zona rica pot ser més perjudicial per a la salut que ser pobre però viure en una zona pobre. Encara que menys visibles que la pobresa mesurada en valor absolut, les desigualtats socials danyen profundament la nostra salut.



Quan mesurem l'esperança de vida d'un país, les malalties més freqüents d'una regió o la distribució de les taxes de mortalitat segons classe social en els barris d'una ciutat, posem davant els nostres ulls una altra realitat habitualment oculta darrere la ignorància o els prejudicis sobre el que creiem que és la salut i sobre quines són les seves causes.

Les desigualtats s'estenen al llarg de tota l'escala social. Així, no es tracta tan sols que els més pobres o els més marginats tinguin una salut pitjor. El que és fonamental és entendre com a mesura que descendim en l'escala social, en el nivell de riquesa o en l'educació, la salut de les persones també empitjora progressivament.

Aquest gradient social en la salut apareix en la majoria de causes de mort, en moltes malalties i en conductes relacionades amb la salut i en l'ús i l'accés als serveis sanitaris. La salut comunitària i la salut pública no depenen només de la suma d'eleccions lliures i individuals de les persones, sinó també dels múltiples condicionants i necessitats socials que configuren la forma de viure, relacionar-se, treballar i emmalaltir de cada sector de la societat.

La idea clau és la següent: persones sense grans necessitats materials o personals i sense especials riscos per a la salut moren abans i emmalalteixen més que aquelles que estan situades immediatament per sobre de l'escala social.

Encara que la investigació científica no ha aconseguit aclarir encara amb detall les causes últimes (socials, biològiques o psicològiques) implicades en aquest fenomen, sí que hi ha acord en un fet: hi ha alguna cosa intrínseca en la jerarquia i en la desigualtat social que perjudica la salut. Tot sembla indicar que la distinta "vulnerabilitat" social que posseeixen les classes socials és el factor clau. Així, per a cada país o moment històric, les desigualtats, com si tinguessin vida pròpia, "escullen" factors de risc que "s'expressen" en forma de malalties diferents en els grups socials. Per exemple, mentre a Gran Bretanya el pes de les desigualtats en salut radica sobretot en les malalties cardiovasculars, a França es manifesten, sobretot, en els accidents i les malalties relacionades amb l'alcohol.

A l'hora d'analitzar els elements claus que duen a la desigualtat en la salut, els autors conclouen que són determinants els canvis polítics i econòmics que una societat experimenta. Vegeu, per exemple, els canvis que han portat cap a un empitjorament de les condicions de vida en els països de l'est d'Europa o, a Espanya, l'agreujament de la salut mental relacionada amb situacions de l'atur laboral.

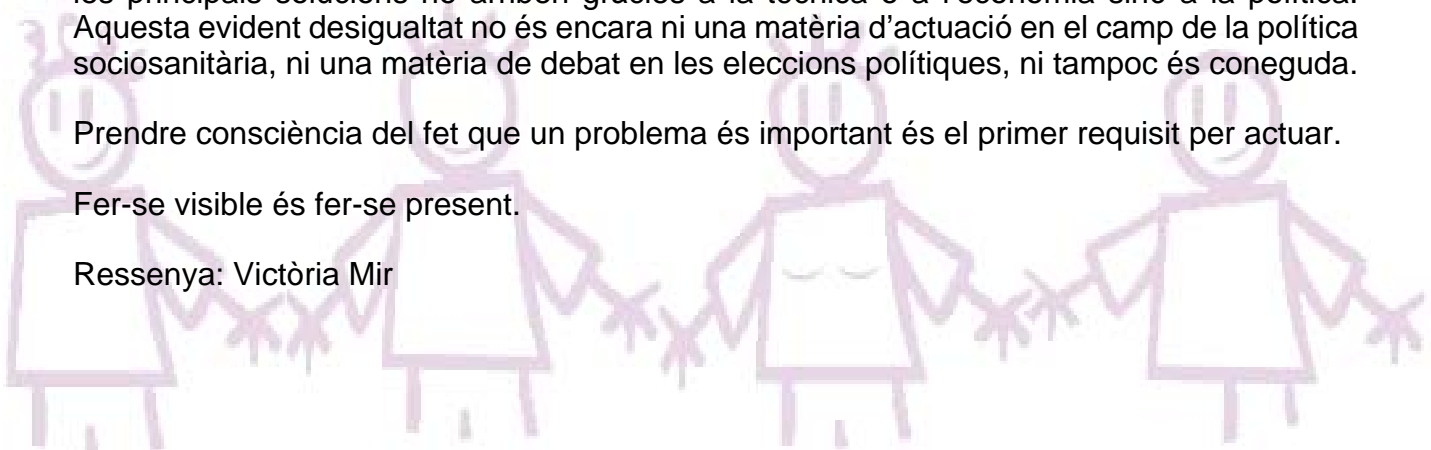
Darrere de la globalització neoliberal capitalista i d'un gran nombre de decisions comercials, financeres i socials que tendeixen a defensar els privilegiats, el que està en joc és, doncs, la salut i el benestar de les persones.

Malgrat tot, aquesta anàlisi posa de manifest que res és inamovible, inevitable o persistent. Reduir la desigualtat en salut no és un objectiu utòpic o inassolible sinó factible i en el qual les principals solucions no arriben gràcies a la tècnica o a l'economia sinó a la política. Aquesta evident desigualtat no és encara ni una matèria d'actuació en el camp de la política socio sanitària, ni una matèria de debat en les eleccions polítiques, ni tampoc és coneguda.

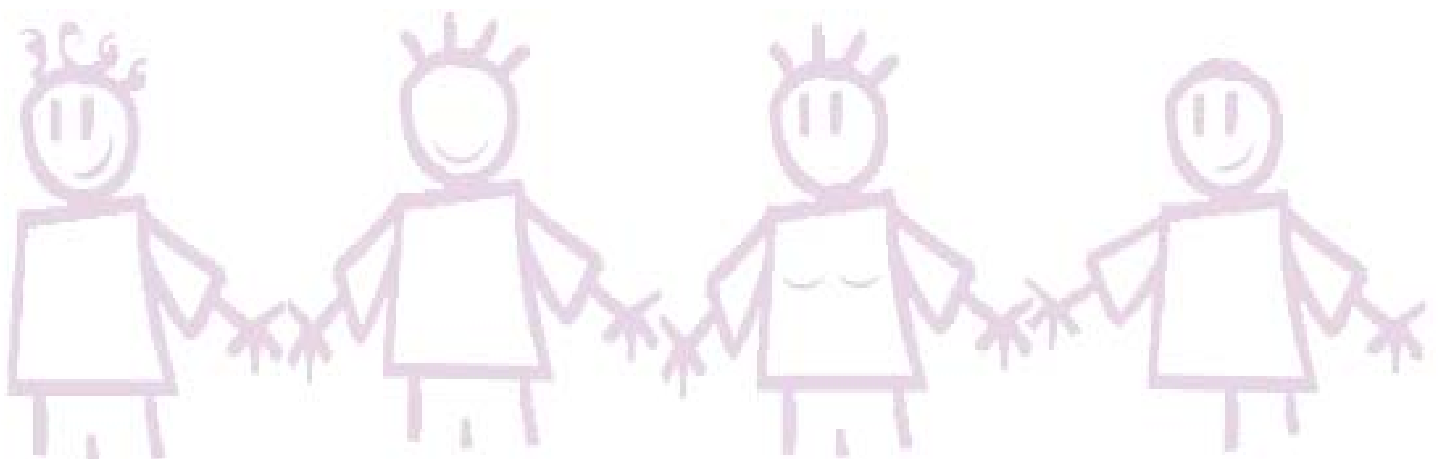
Prendre consciència del fet que un problema és important és el primer requisit per actuar.

Fer-se visible és fer-se present.

Ressenya: Victòria Mir



Taula rodona: "Les desigualtats en salut"



Las desigualdades en salud

Demetrio Casado. Director del Seminari d'Intervenció i Polítiques Socials

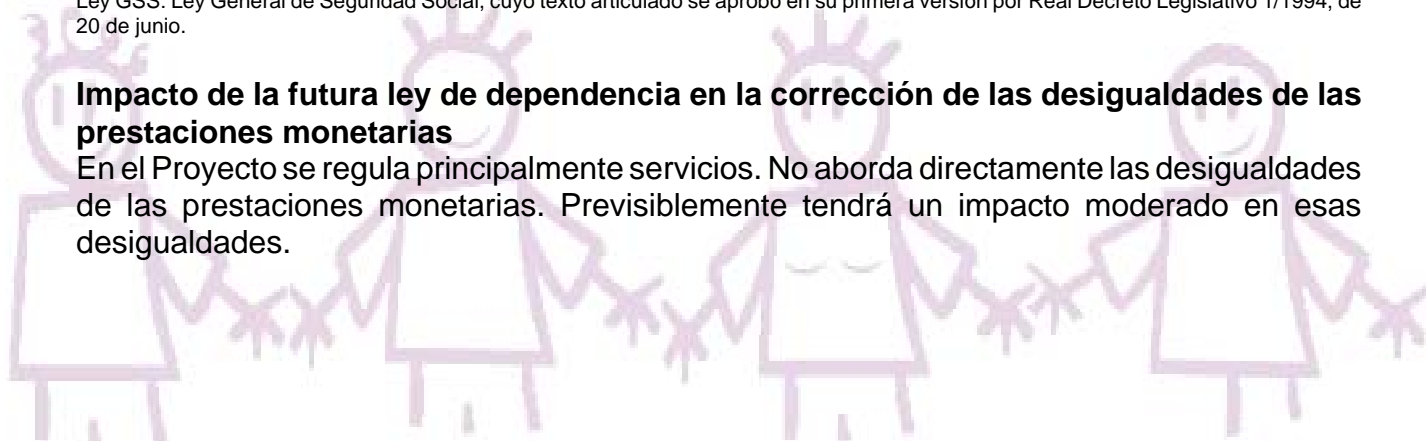
Desigualdades en la protección *monetaria* actual de la dependencia funcional

Contingencias	Calificac s. Admins. Ha- bilitantes	Prestac s. específicas	Financiación	Regímenes de dispensación
1. Dependencia en hijos menores		No. Sí tienen prestaciones por discapacidad <i>inespecíficas</i> (art. 181.a de la Ley GSS según la Ley 52/2003, art. 19.3)		
2. Dependencia en hijos mayores de 18 años, sean sus padres beneficiarios o no de la Seguridad Social contributiva (arts. 182 y 182 bis de la Ley GSS, según la Ley 52/2003, art. 19.3)	Minusvalía -dependencia (art. 182 bis 2.c de la Ley GSS, según la Ley 52/2003, art. 19.3)	Asignación económica <i>unificada y fija</i> -no exclusiva del supuesto 2- (art. 182 bis 2.c de la Ley GSS, según la Ley 52/2003, art. 19.3)	Fiscal (art. 86.2 de la Ley GSS, según la Ley 52/2004, art. 19.2) Excepción: prim. año de exced., por cuidado hijo (Ley 52/2003, art. 180)	Calificación (art. 182 ter de la Ley GSS, según la Ley 52/2003, art. 19.3)
3. Dependencia ocurrida antes de la edad de jubilación en adultos incluidos en el Régimen General de la SS (Ley GSS, art. 137.6 y 138.1, éste según la Ley 24/1997, art. 8.3)	Gran invalidez (Al cumplir 65 años, se conserva la pensión incrementada, pero la contingencia pasa a ser jubilación: Ley 24/1997, art. 8.4)	50% de la pensión <i>variable</i> de incapacidad o servicios (Ley GSS, art. 139.4)	Contributiva (Ley GSS, tít. II, cap. V, sec. 3ª)	Requisitos de cotización y mediante calificación (Ley GSS, art. 143)
4. Idem después de la edad de jubilación		No (Ley GSS, art. 143.2 y Ley 24/1997, art. 8.3))		
5. Dependencia ocurrida en adultos de entre 18 y 65 años sin derecho a pensión contributiva (Ley GSS, art. 144.1.a)	Equivalente a gran invalidez (las mismas indicaciones que para 3)	50% de la pensión <i>unificada</i> de invalidez (Ley GSS, arts. 144 y 145.1 y 6)	Fiscal (Ley GSS, tít. II, cap. V, sec. 4ª)	Requisito de ingresos (Ley GSS, art. 144.1.d) y calificación (
6. Idem antes de los 18 o después de los 65		No (Ley GSS, art. 144.1.a)		

Ley GSS: Ley General de Seguridad Social, cuyo texto articulado se aprobó en su primera versión por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

Impacto de la futura ley de dependencia en la corrección de las desigualdades de las prestaciones monetarias

En el Proyecto se regula principalmente servicios. No aborda directamente las desigualdades de las prestaciones monetarias. Previsiblemente tendrá un impacto moderado en esas desigualdades.



Desigualdades en la protección mediante servicios en la población de 65 años y más. Índices por 100. 2004

CC. AA.	SAD	TELEAS.	C. de DÍA	RESIDS.	TOTAL
Comunidad. Valenciana	1,67	1,87	0,25	2,52	6,31
Canarias	2,69	0,62	0,23	2,89	6,43
Cantabria	1,92	0,48	0,35	4,01	6,77
Galicia	1,91	0,67	0,18	2,08	4,84
Castilla-La Mancha	4,87	3,93	0,24	5,06	14,09
Navarra	3,56	4,68	0,38	5,32	13,95
Madrid	3,37	4,57	0,70	4,56	13,20
Extremadura	7,41	1,34	0,44	3,68	12,87
Castilla y L.	3,12	2,54	0,35	6,12	12,13
Aragón	3,07	2,66	0,34	4,46	10,54

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, 2004, pp. 355 y 356.

Impacto de la futura ley de dependencia en la oferta pública de servicios

En el Proyecto el Estado central garantiza un mínimo (art. 9) y deja un amplio margen para la acción discrecional de las Comunidades Autónomas (art. 7).

Artículo 9. Participación de la Administración General del Estado

1. El Gobierno, oído el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia, determinará reglamentariamente el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema según grado y nivel, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

2. La financiación pública de este nivel de protección correrá a cuenta de la Administración General del Estado.

Artículo 7. Niveles de protección del Sistema

La protección de la situación de dependencia por parte del Sistema Nacional se prestará en los términos establecidos en esta Ley y de acuerdo con los siguientes niveles:

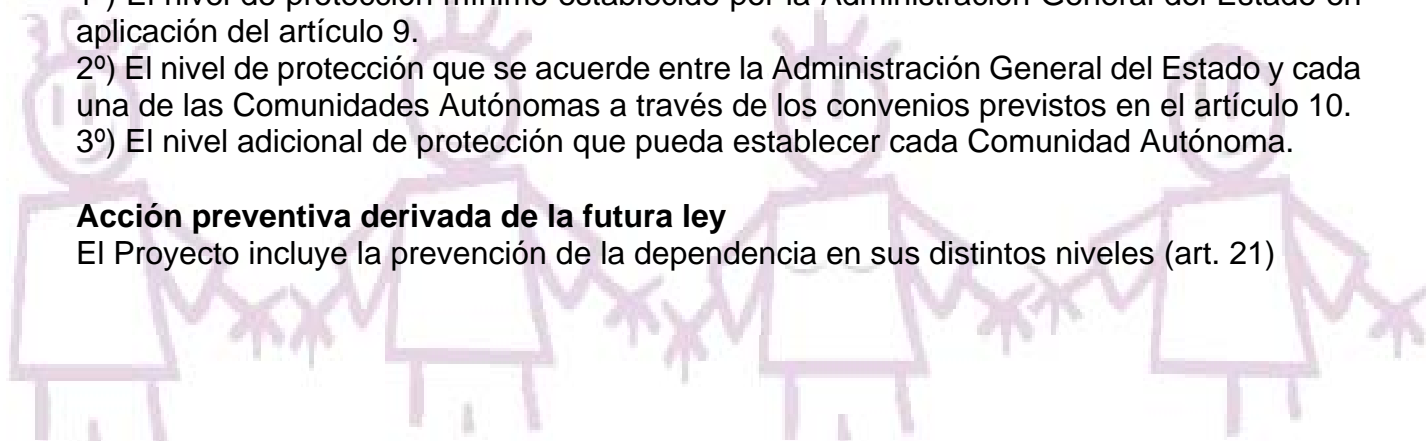
1º) El nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9.

2º) El nivel de protección que se acuerde entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas a través de los convenios previstos en el artículo 10.

3º) El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

Acción preventiva derivada de la futura ley

El Proyecto incluye la prevención de la dependencia en sus distintos niveles (art. 21)



No regula actividades, sino que encomienda al Consejo Territorial del SND la elaboración de un Plan de Prevención de Situaciones de Dependencia (art. 21)

En el Consejo predominará el ramo social. Lo preside el MTAS (art. 8)

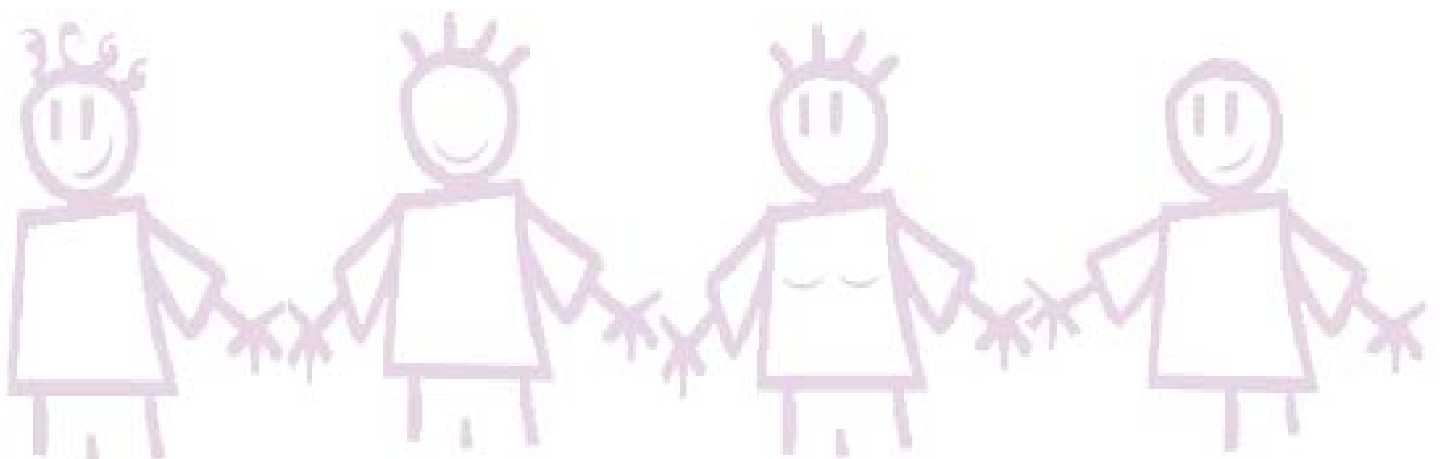
El Consejo ha de constituirse en 3 meses (disp. f. 2ª)

Plazo (disp. f. 4ª)

La futura ley no incidirá en la desigualdad de oferta de la “prestación de atención sociosanitaria”

La cuestión de la “Prestación de atención sociosanitaria” regulada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS: “cuidados de larga duración”, “atención sanitaria a la convalecencia” y “rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperables” (art. 14)

La cuestión de la coordinación y la continuidad de cuidados.



Les desigualtats en salut: la immigració i la desigualtat ètnica

Xavier Torrens, professor de Ciència Política a la Universitat de Barcelona

Les desigualtats en salut responen a diverses tipologies. A les societats actuals es fa més visible el fet que no hi ha un únic tipus de desigualtat en salut. Les desigualtats en salut responen a criteris diferents: la desigualtat social en salut, la desigualtat de gènere en salut i la desigualtat ètnica en salut.

Tot i que encara no hi ha una visibilitat nítida de les desigualtats socials en salut, són aquestes les que, malgrat tot, gaudeixen d'una major atenció en l'agenda pública i de govern. En canvi, les desigualtats de gènere en salut estan més desateses, tot i el notable avenç en els darrers anys. En el cas de les desigualtats ètniques en salut, la invisibilitat és notòria, està força minvada l'actuació envers elles i, fins i tot, encara es qüestiona la seva pròpia existència.

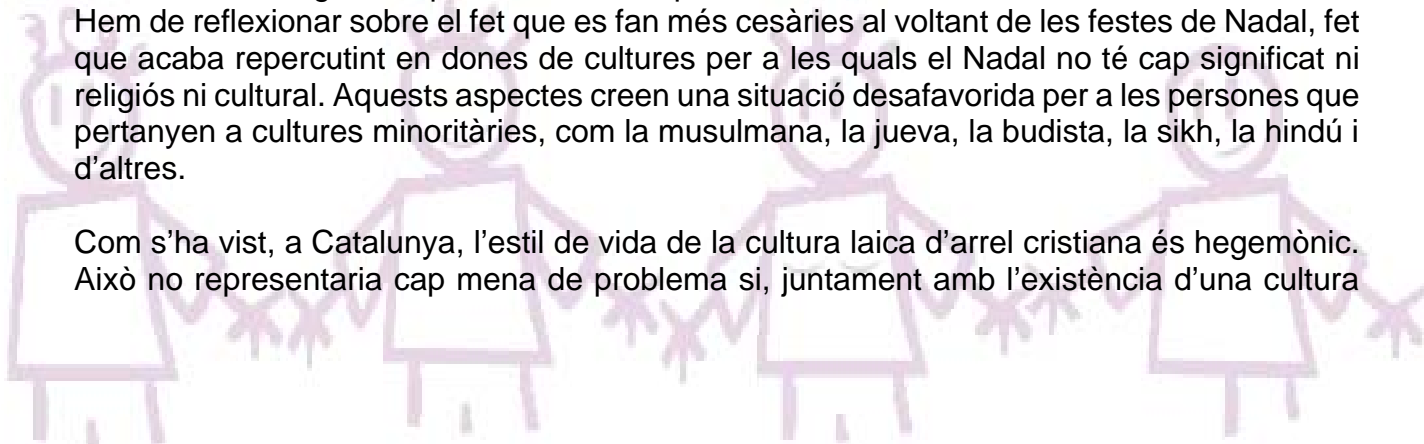
La desigualtat ètnica és diferent de la desigualtat social clàssica. Té punts en comú, és clar, però també conté diferències que cal comprendre si es vol dissenyar programes per actuar sobre ella. Sens dubte, la desigualtat ètnica té un caràcter distintiu que fa que sigui necessari abordar-la com a tal.

La desigualtat ètnica és la conjunció entre la desigualtat social i la discriminació ètnica. Discriminació ètnica és tot aquell tipus de tracte discriminatori per raons de color de pell, cultura, religió i origen nacional.

És d'interès exemplificar-ho amb casos de discriminació ètnica en salut ocorreguts en diferents països. És discriminació ètnica l'impediment de les visites diferenciades als hospitals per als usuaris gitanos, donat el model diferent de família gitana, habitualment més extens que el model nuclear generalment més usual en la família paia. És discriminació ètnica la menor atenció i la menor varietat gastronòmica en el menú d'un hospital en relació a les pautes dietètiques dels musulmans. És discriminació ètnica la prohibició d'algun país pel que fa a la circumcisió dels nens jueus al vuitè dia del seu naixement.

Igual com succeeix en la resta de la ciutadania, sovint el personal que treballa en l'àmbit de salut no s'adona del privilegi que té la majoria social que gaudeix del predomini de la seva cultura. A títol il·lustratiu, ens cal reflexionar sobre el fet que l'atenció mèdica es ralentitja durant el diumenge, dia que no té res d'especial en cultures com la musulmana o la hindú. Hem de reflexionar sobre el fet que es fan més cesàries al voltant de les festes de Nadal, fet que acaba repercutint en dones de cultures per a les quals el Nadal no té cap significat ni religions ni cultural. Aquests aspectes creen una situació desfavorida per a les persones que pertanyen a cultures minoritàries, com la musulmana, la jueva, la budista, la sikh, la hindú i d'altres.

Com s'ha vist, a Catalunya, l'estil de vida de la cultura laica d'arrel cristiana és hegemònic. Això no representaria cap mena de problema si, juntament amb l'existència d'una cultura



majoritària, també existís un ple respecte a la multiculturalitat. Això s'assoleix mitjançant el pluralisme, és a dir, una gestió respectuosa amb la pluralitat cultural existent, que inclou les minories en creixença al nostre país. Aquest fet és evident des de fa temps en la immensa majoria de països democràtics d'Europa i Amèrica del Nord. No succeeix encara a Catalunya.

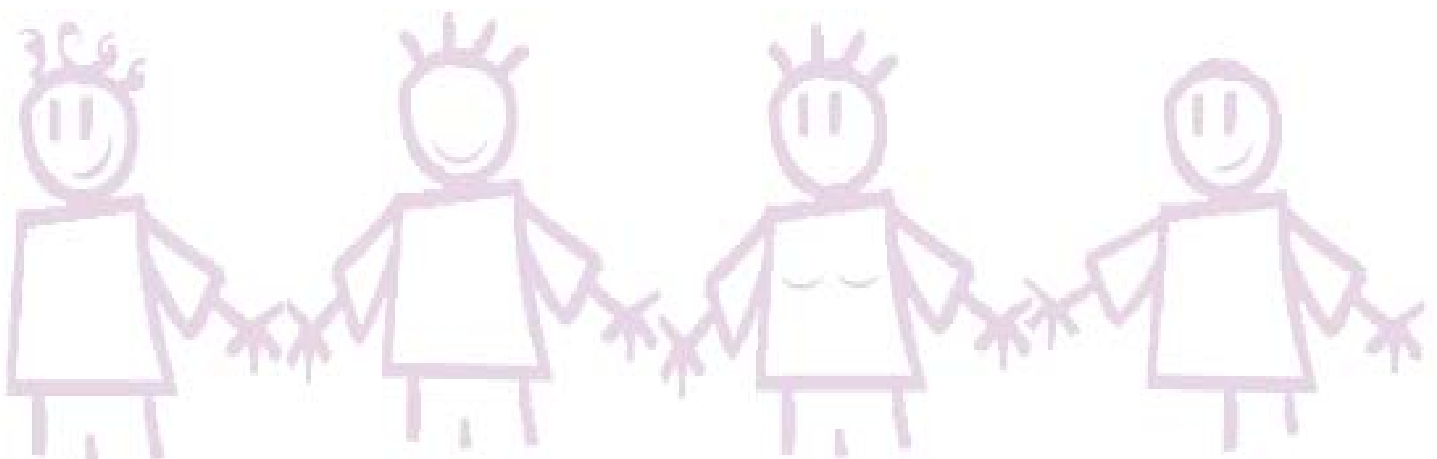
Fins ara s'ha assenyalat què és la discriminació ètnica. Ens cal observar ara què és la desigualtat ètnica. Una definició bàsica de la desigualtat ètnica és la següent: és la desigualtat social generada a partir de la discriminació ètnica.

En el cas de la desigualtat ètnica el problema s'agreuja, perquè la vulnerabilitat social és més gran. Suposa que les minories pateixen en major quantia les desigualtats socials i la pobresa. Això, és obvi, repercuteix en la seva salut, la seva esperança de vida i en la seva qualitat de vida. Salta a la vista que els afroamericans als Estats Units i els gitanos a Catalunya pateixen una major desigualtat ètnica en salut. Això els afecta en les malalties cardiovasculars, les depressions, l'obesitat i un llarg etcètera de manifestacions de les desigualtats en salut.

Una de les maneres de fer front a la desigualtat ètnica en salut és la introducció de la gestió multicultural en els equips d'atenció primària de salut, i també a la resta d'unitats i centres de salut.

La implementació de la gestió multicultural dels EAP requereix la capacitació dels seus professionals amb aquesta innovació educativa. És ineludible un programa de formació específica sobre la gestió multicultural dels EAP. Un programa d'aquest tarannà inclou tres pilars bàsics. Primer, l'aprenentatge d'un nou enfocament d'intervenció en immigració, treballant els prejudicis i els estereotips existents sobre les minories. Segon, el coneixement d'eines i recursos aplicats a l'àmbit de la salut. Tercer, la coneixença dels estils de vida de les minories (comunitat àrab i musulmana, comunitat llatinoamericana, comunitat xinesa, comunitat africana negra, etc.).

Perquè la desigualtat ètnica pugui començar a minvar de debò, primer cal que els professionals tinguin plena consciència que estem davant d'una nova problemàtica inserida en una nova societat: vivim en una societat multicultural i això requereix alguns canvis. Així, per exemple, cal anar desterrant el treball social monocultural i obrir noves perspectives amb el treball social multicultural. Aquí rau la clau per encarar les desigualtats ètniques en salut. Això significa que hem d'evolucionar des de la tradicional visió monocultural de la gestió sanitària envers la gestió multicultural de la salut.



Desigualtats en salut, dona i treball social

Mercè Rico, treballadora social i antropòloga

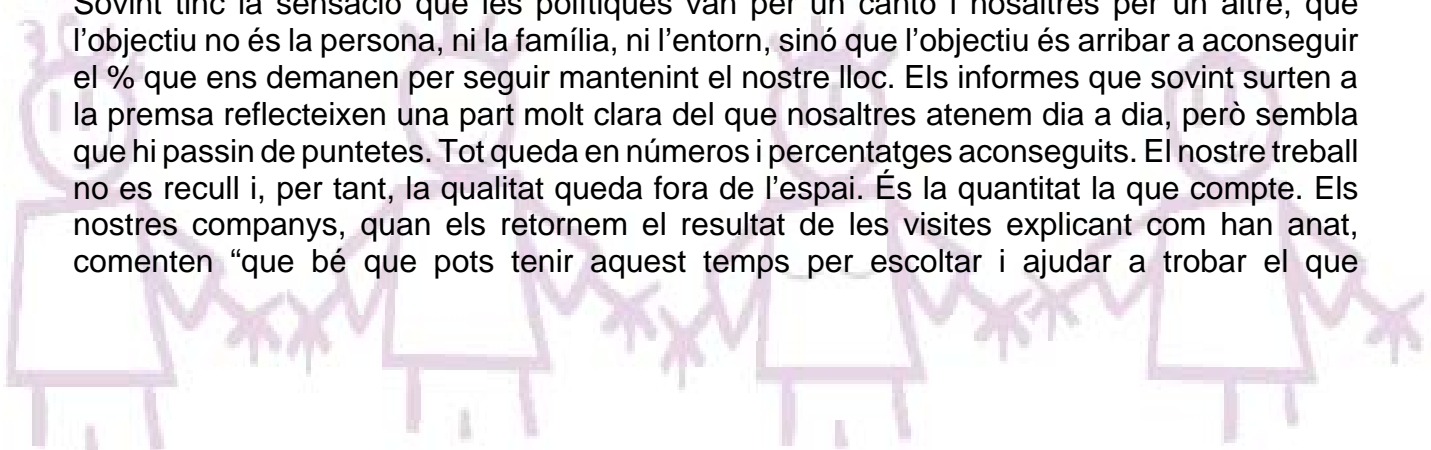
Cadascun de nosaltres és diferent a l'altre però sovint la diferència es transforma en una desigualtat enfront de la persona que tenim davant nostre. Desigualtat de pensament, desigualtat de físic, desigualtat de condició, desigualtat de color, desigualtat que a la fi ens porta a fer una valoració diferent per a cadascú.

Cada dia a la consulta quan llegeixo la llista que trec de l'ordinador i miro els noms de les persones que aquell dia atendre, m'adono que gairebé sempre són noms de dona. Dones no sempre nascudes al nostre país, dones immigrades, de fa poc temps, dones que ho van fer fa molts i molts anys. Però és curiós que a totes les uneix una mateixa cosa: tenir cura dels altres, els fills, els pares, els néts, els germans. I quan creuen que no poden continuar, que la salut els comença a fallar, que van molt al metge per diferents dolences que no acaben de millorar amb cap tractament, comencen el seu pelegrinatge per altres camins que deixen de ser la consulta del metge o de la infermera i passen a ser escoltades per aquell professional que està dins de l'equip per abordar aquella part social que tothom sap que existeix i que sovint condiciona una determinada manera "d'emmalaltir."

Les creences, les relacions, els cicles vitals, la llunyania dels éssers estimats, les no relacions, les mancances de recursos econòmics, de recursos personals, el poc espai per viure, tot això fa que la seva demanda sigui d'entrada angoixada, poc explícita, sense dir tot allò que els preocupa. És un abocador en un petit espai però en un temps sovint suficient per poder reconduir la seva situació. L'escolta propera sense judicis de valors, sense interpretar, sense diagnosticar, ajudant perquè sigui la mateixa persona que trobi la manera de sotir-se'n, acompanyada en el seu procés pels recursos adients en cada situació, comporta un canvi de visió de la malaltia i dels processos d'emmalaltir que sovint, massa sovint no es tenen present en els equips.

Quan es parla de la salut de la població i es fa molt d'esment en tasques de promoció i prevenció, gairebé mai es parla dels factors socials i el pes que tenen aquests en un determinat procés de malaltia. Es dona molta informació de com i de quina manera s'han de fer les coses, què s'ha de menjar, què s'ha de beure, quines hores hem de descansar... Però no es pregunta mai com creuen ells que poden arribar a aconseguir una millora en el seu estat amb les poques o gairebé nul·les possibilitats d'entendre allò que els diem o bé els recursos que tenen per poder aconseguir-ho.

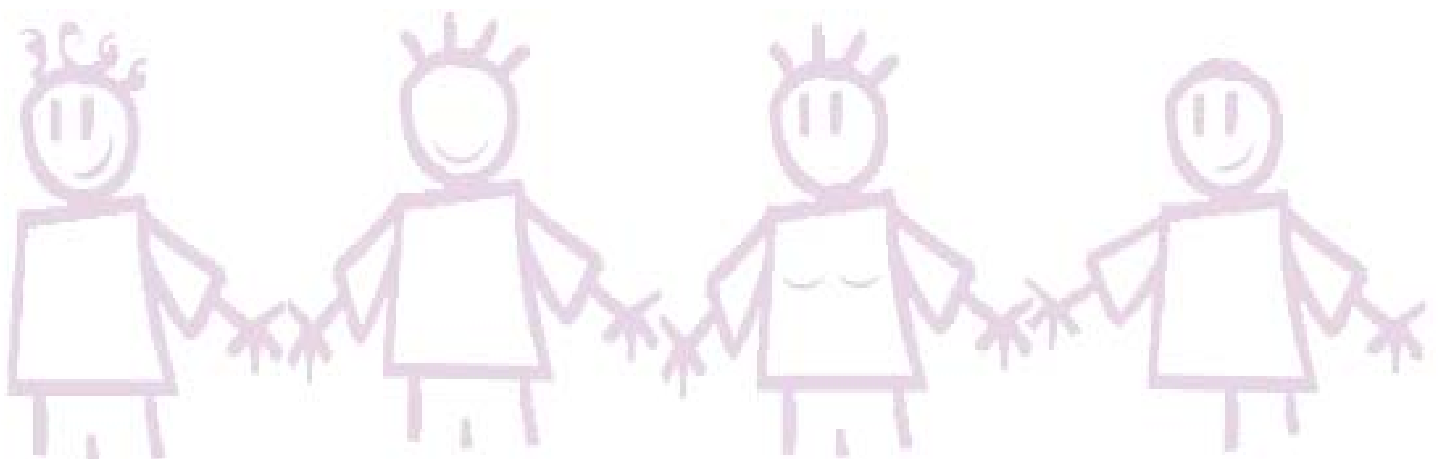
Sovint tinc la sensació que les polítiques van per un cantó i nosaltres per un altre, que l'objectiu no és la persona, ni la família, ni l'entorn, sinó que l'objectiu és arribar a aconseguir el % que ens demanen per seguir mantenint el nostre lloc. Els informes que sovint surten a la premsa reflecteixen una part molt clara del que nosaltres atensem dia a dia, però sembla que hi passin de puntetes. Tot queda en números i percentatges aconseguits. El nostre treball no es recull i, per tant, la qualitat queda fora de l'espai. És la quantitat la que compta. Els nostres companys, quan els retornem el resultat de les visites explicant com han anat, comenten "que bé que pots tenir aquest temps per escoltar i ajudar a trobar el que



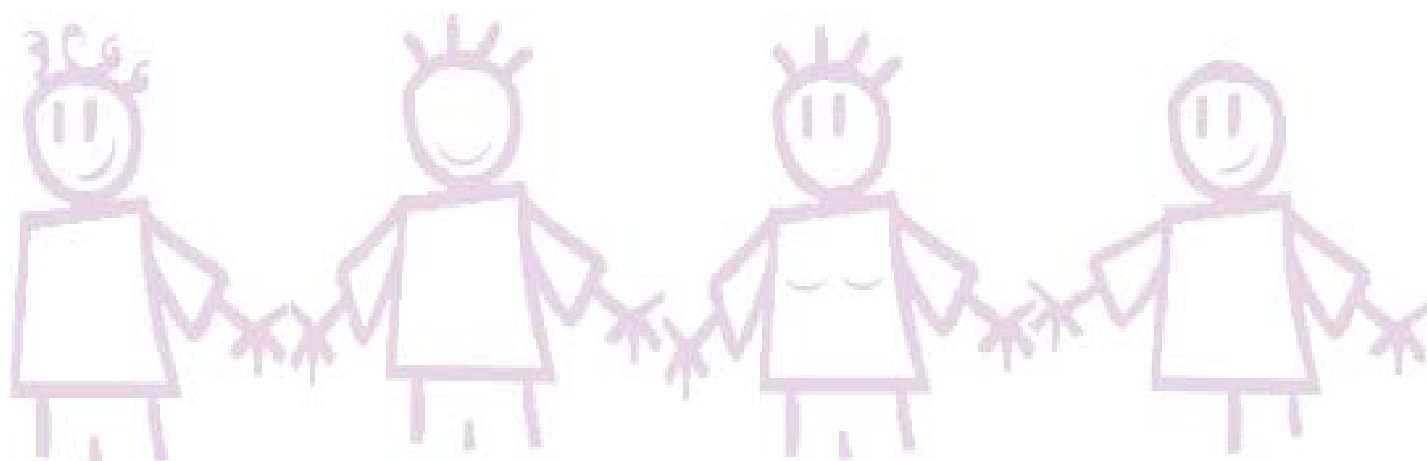
necessiten, nosaltres tenim moltes visites i no podem o no tenim el temps suficient per atendre allò que no escoltem amb els 5 o 7 minuts...”

L'informe SESPAS del 2004 ens posa de manifest les grans diferències en salut de la població, i com els determinants socials són la principal clau per entendre-les. El concepte de “desigualtat en salut” es refereix a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones segons la seva classe social, el gènere, el territori o l'ètnia. Això indica la pitjor salut dels col·lectius menys afavorits. Les dones de classe social menys afavorida tenen més risc d'emmalaltir que les mateixes dones de classe social més avantatjada. I amb tot això qué s'està fent?

Segueixo pensant que cada dia veuré la llista plena i seguiran sent majoritàriament dones les que venen buscar una solució o una resposta a la seva situació, pels pares que cuida des de fa temps, pels néts que li deixen cada matí quan els fills van a treballar, per l'espòs que des que s'ha jubilat no aguanta els sogres, i a ella li han diagnosticat una fibromiàlgia i ja no pot més, la dona que ve d'un altre país a treballar per poder mantenir els que va deixar i que té uns maldecaps que no la deixen dormir... i així successivament, un dia i un altre dia...



Taula rodona: "Fem-les visibles"



Hacer visibles las desigualdades en salud

Emma Sobremonde de Mendicuti. Diplomada en Trabajo Social. Doctora en Sociología. Profesora de Salud Pública y Trabajo Social en la Universidad de Deusto, Bilbao.

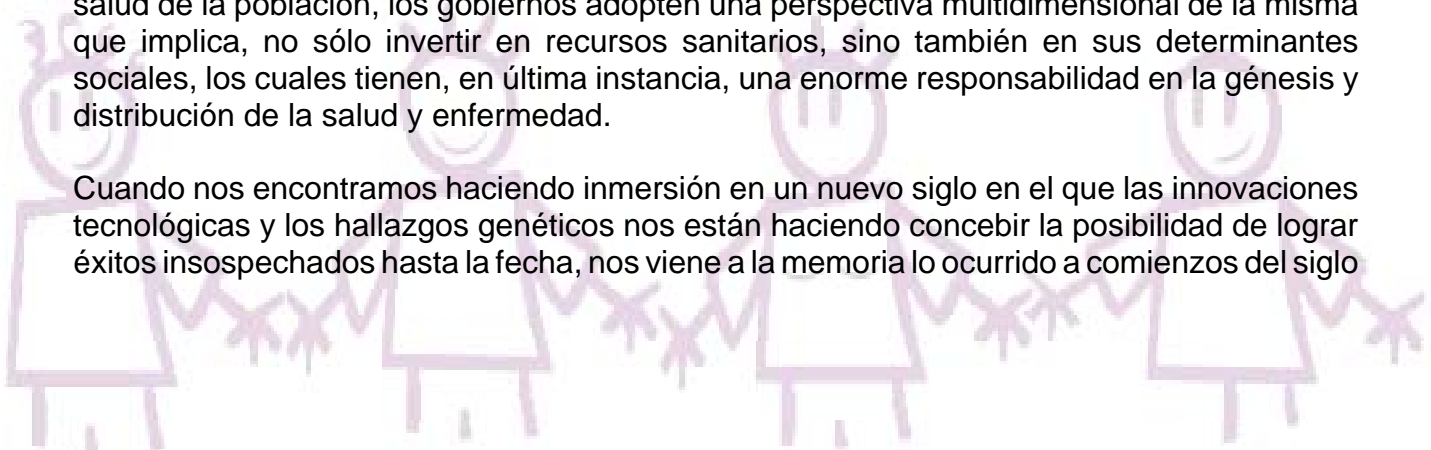
1. Desigualdades en salud y desigualdad social

El fenómeno salud/enfermedad ha sido y sigue siendo una de las principales preocupaciones de la historia, no en vano sabemos que de la salud depende no sólo el proyecto de vida personal sino el desarrollo económico y social. Las consecuencias derivadas de los vínculos encontrados entre desarrollo socioeconómico y salud han sido recogidas de manera recurrente por la OMS quien, apoyándose en los resultados de las investigaciones internacionales más punteras, ha mostrado la presencia de desigualdades en salud de manera persistente entre diferentes grupos y regiones del mundo. No es otra la razón por la que esta organización ha ido lanzando sistemáticamente desde su constitución formal múltiples mensajes para animar a todas las naciones del mundo a esforzarse por mejorar la salud de toda la población y por reducir las desigualdades. Reflejo de esta preocupación han sido las estrategias mundiales desarrolladas por la OMS para conseguir los célebres objetivos de "*Salud para todos en el año 2000*" y "*Lograr la equidad en el siglo XXI*".

Sin embargo, no deja de sorprender cómo a estas alturas, en las sociedades más desarrolladas que han escapado a los efectos de la pobreza y de la privación material las desigualdades en salud sigan manteniéndose e incluso ampliándose a pesar de la universalización de los servicios de salud. Algo sigue pasando para que persistan las diferencias en salud y para que se cumpla el hallazgo universal de que pase lo que pase siempre los más desfavorecidos tengan, pero, salud. Mientras en los países desarrollados que disfrutan de un grado de bienestar nada desdeñable la esperanza de vida al nacimiento ronda los 80 años, en muchos países africanos no alcanza los 40 años. Si datos tan escalofriantes muestran que la pobreza es un factor determinante de la salud, todo sugiere que los países desarrollados no tendríamos mucho que temer, si tenemos en cuenta que nuestros sistemas de salud han alcanzado unos niveles de accesibilidad y de calidad sin parangón en la historia. Sin embargo, las investigaciones epidemiológicas más recientes muestran cómo una vez traspasado un umbral de riqueza, el nivel de salud de cada país depende en gran medida de la manera en que su renta está distribuida, de los hábitos relacionados con la salud, y también de variables mucho más intangibles, pero no por ello menos importantes, como son las relaciones sociales o el grado de integración social.

Desde esta perspectiva, no es extraño que a la hora de formular políticas para mejorar la salud de la población, los gobiernos adopten una perspectiva multidimensional de la misma que implica, no sólo invertir en recursos sanitarios, sino también en sus determinantes sociales, los cuales tienen, en última instancia, una enorme responsabilidad en la génesis y distribución de la salud y enfermedad.

Cuando nos encontramos haciendo inmersión en un nuevo siglo en el que las innovaciones tecnológicas y los hallazgos genéticos nos están haciendo concebir la posibilidad de lograr éxitos insospechados hasta la fecha, nos viene a la memoria lo ocurrido a comienzos del siglo



XX cuando con los descubrimientos bacteriológicos se lograron salvar tantas vidas que se truncaban precozmente. Pero tampoco ahora con los pasos de gigante que se están dando en la bio-tecno-medicina para salvar tantas vidas se ha conseguido atajar el fenómeno de las diferencias de salud entre grupos sociales. Sin duda esta realidad pone de manifiesto que el fenómeno de la desigualdad social presente en todas las sociedades tiene en la salud una de sus principales manifestaciones.

Mientras la búsqueda de los orígenes y consecuencias de la desigualdad social ha sido una de las preocupaciones recurrentes del pensamiento social, disciplinas como la sociología de la salud y la epidemiología se han ocupado de investigar empíricamente los vínculos entre factores de desigualdad social y salud, hallando conexiones estrechas entre ambos que muestran cómo las diferencias de salud están asociadas a factores de diferenciación social y residencial.

Los resultados de estas investigaciones no le son extraños a disciplinas como el Trabajo Social, quien desde sus orígenes hasta la fecha ha podido comprobar una y otra vez a través de su praxis cómo la salud se halla desigualmente distribuida y cómo la enfermedad y sus consecuencias se ceba especialmente sobre los grupos más desfavorecidos y de menor estatus o rango social.

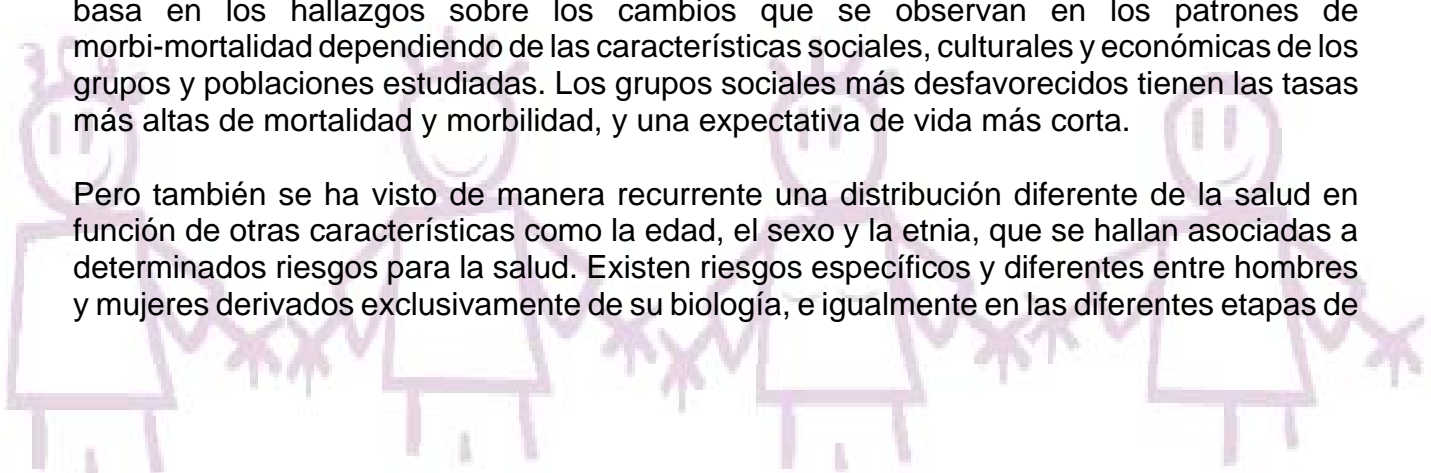
La trascendencia humana y social de este problema ha hecho que durante las últimas décadas la problemática de las desigualdades sociales en salud haya escalado puestos en todas las agendas políticas, y sobre todo, en las de los países occidentales donde el incremento del gasto sanitario para producir salud no ha podido evitar su persistencia. Se trata a todas luces de un problema de no fácil solución y con un fuerte componente moral en la medida en que atenta contra valores como la justicia y la igualdad que constituyen principios esenciales a los que aspiran los estados de bienestar.

2. Reflexionando sobre el concepto de desigualdades en salud

Revisando la bibliografía sobre el concepto de desigualdades en salud nos encontramos con diferentes términos, aparentemente sinónimos, tales como: desigualdades en salud, heterogeneidades, inequidades o desigualdades sociales en salud.

Prácticamente la mayoría de los autores entienden las desigualdades en salud como *las diferencias observadas en la distribución del estado de salud de y entre poblaciones, asociadas a diferencias socioeconómicas*. Esta acepción tan generalizada del concepto hace referencia a las desigualdades de salud que se producen entre grupos sociales y áreas geográficas en función de sus determinantes sociales. La utilización de este significado se basa en los hallazgos sobre los cambios que se observan en los patrones de morbi-mortalidad dependiendo de las características sociales, culturales y económicas de los grupos y poblaciones estudiadas. Los grupos sociales más desfavorecidos tienen las tasas más altas de mortalidad y morbilidad, y una expectativa de vida más corta.

Pero también se ha visto de manera recurrente una distribución diferente de la salud en función de otras características como la edad, el sexo y la etnia, que se hallan asociadas a determinados riesgos para la salud. Existen riesgos específicos y diferentes entre hombres y mujeres derivados exclusivamente de su biología, e igualmente en las diferentes etapas de



la vida: niñez, madurez y vejez.¹ Sin embargo, como señala Durán, las diferencias que se desprenden de estas características biológicas están mediadas por la estructura social que define los derechos, obligaciones y estilos de vida que corresponde a cada grupo de edad.² Por ello, las diferencias relativas a las características biológicas no deberían denominarse en principio desigualdades, salvo cuando estas características, tras la evaluación social, generan situaciones de desventaja social para quienes las poseen.

3. La visibilidad de las desigualdades sociales en salud

Sólo es posible hacer visibles las desigualdades sociales en salud a través de la investigación. Sin embargo ésta está en estrecha relación con el concepto de desigualdad en salud que se adopte y con las herramientas o técnicas para medirlas. Y ambas cuestiones están directamente vinculadas con el objetivo hacia el que se dirige el análisis del problema. Por esta razón, la discusión científica sobre las variaciones de salud asociadas a factores socioeconómicos está atravesada por un debate metodológico referido a los procedimientos utilizados para la medición que no escapa a la influencia de los referentes epistemológicos y objetivos subyacentes de los investigadores.

En el fondo, tras esta discusión, late un cierto desacuerdo sobre qué es lo que se quiere medir y para qué y, en definitiva, cuáles son los objetivos que se persiguen y hacia qué audiencia se dirigen los resultados. No es lo mismo medir las variaciones del estado de salud que pueden asociarse, por ejemplo, a factores biológicos, que tratar de relacionarlas con características socioeconómicas. En otros casos, la investigación de las desigualdades sociales en salud aparece vinculada a otros objetivos como la medición de las necesidades de acceso a la salud y la medición de la utilización de los servicios sanitarios.

En cualquier caso, la investigación de diferencias en salud entre grupos sociales asociadas a sus características socioeconómicas tiene por finalidad servir de soporte para la implementación de estrategias dirigidas a modificar las circunstancias socioeconómicas por las cuales se producen graves desigualdades sociales en el estado de salud. El efectivo ejercicio de los derechos civiles, económicos y culturales que la sociedad actual exige pasa por la corrección de las desigualdades sociales en salud, puesto que la salud es uno de los elementos esenciales y, ciertamente imprevisibles de la vida, por lo que su protección constituye uno de los derechos humanos fundamentales.

Revisando la literatura científica nos encontramos de manera concomitante dos aproximaciones metodológicas:

- En primer lugar, con la denominada **aproximación individual** que como su nombre indica toma como unidad de análisis a los individuos. Este tipo de investigaciones se utilizan para estimar la salud y la enfermedad según clase social, edad y género, utilizando para ello

¹BLANE, D. (2001) The life course, the social gradient, and health. En MARMOT, M. & WILKINSON, R. (Eds), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press. Págs., 64-80. El autor refiere que el desarrollo y proceso de maduración biológico del ser humano está vinculado a factores sociales contextuales que condicionan el riesgo a perder la salud en determinados momentos de la vida. Existen circunstancias de transición, denominadas periodos críticos que contribuyen a aumentar el riesgo a enfermar. Se han señalado como momentos de mayor riesgo del ciclo vital los primeros años de vida y la vejez. En ambos casos a la carga biológica se suman las condiciones de vida que adquieren si cabe mayor importancia en etapas de gran vulnerabilidad.

²DURAN, M.A. (1983) *Desigualdad social y enfermedad*. Tecnos. Madrid. Pág. 64.

la información individual que proporcionan las encuestas de salud y los registros de sanitarios.

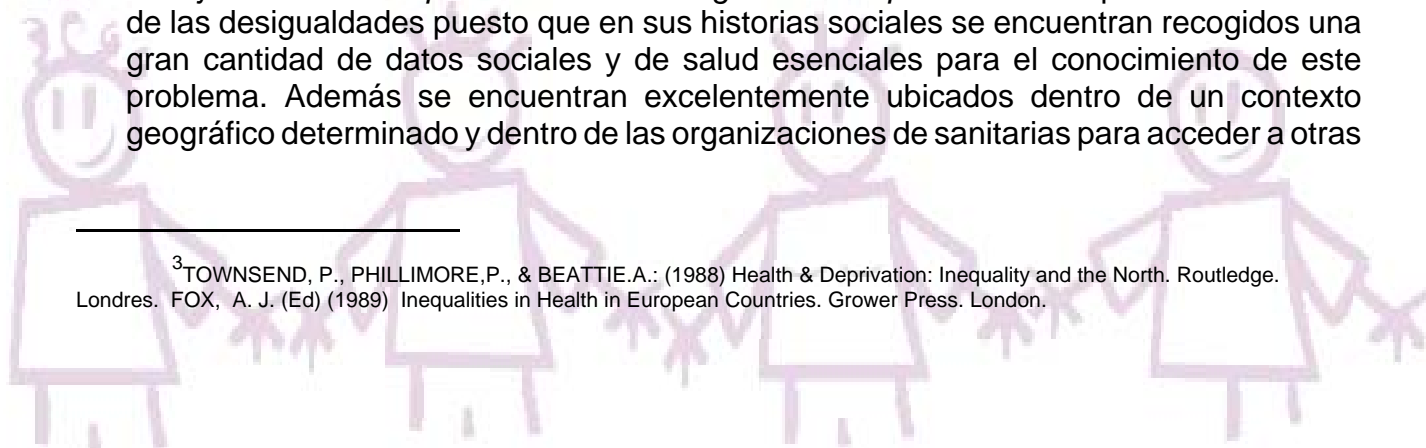
- En segundo lugar, la **aproximación contextual o ecológica** que analiza grupos de población circunscritos en áreas geográficas determinadas.³ Estas investigaciones se emplean para estudiar las diferencias en morbi-mortalidad existentes entre zonas geográficas: regiones, países, distritos o barrios, asociadas a diversos indicadores socioeconómicos. Para ello se utilizan preferentemente los registros de mortalidad y de vigilancia epidemiológica y datos sociodemográficos provenientes de bases de datos censales que informan sobre las características socioeconómicas de las áreas geográficas analizadas.

4. Hacer visibles las desigualdades sociales en salud desde el trabajo social

Una vez revisada la abundante bibliografía sobre este tema, la reflexión sobre este fenómeno desde el trabajo social me sugiere varias cuestiones que trataré de mostrar a continuación en forma de *ideas-fuerza* o hipótesis de trabajo preliminares que lanzo a efectos de suscitar la reflexión sobre esta cuestión.

1. *El problema de las desigualdades sociales en salud no es una problemática reciente para el trabajo social, sino que constituye desde sus orígenes uno de los problemas centrales de nuestras intervenciones. El interés actual político, profesional y científico por este tema ha reabierto gozosamente entre los trabajadores sociales de la salud una vieja reflexión colectiva que, lejos de desaparecer, se encontraba latente y un tanto adormecida como consecuencia de la presión sufrida en nuestra praxis por otros factores del contexto social y sanitario a los que nos hemos tenido que adaptar y responder. Desde la adhesión incondicional a la célebre declaración de Alma-Ata y a todos sus principios, los trabajadores sociales en salud hemos manifestado de manera recurrente, y de diferentes maneras y en distintos foros nuestra preocupación por la presencia de desigualdades o inequidades en salud, si bien, no podemos ocultar que muchas veces nos hemos sentido como quienes claman en el desierto... En este sentido, celebramos que el interés por esta cuestión sea compartido.*
2. *El ejercicio del trabajo social constituye una atalaya privilegiada para visualizar las desigualdades sociales en salud puesto que la praxis cotidiana se desarrolla con los sectores más vulnerables de población pudiendo, por tanto, constatar directamente cómo estos grupos de población son, precisamente por sus condiciones de precariedad económica y social, quienes gozan de una salud más frágil.*
3. *La información privilegiada de que disponen los trabajadores sociales en salud dota al trabajo social de una potencialidad investigadora excepcional con respecto al fenómeno de las desigualdades puesto que en sus historias sociales se encuentran recogidos una gran cantidad de datos sociales y de salud esenciales para el conocimiento de este problema. Además se encuentran excelentemente ubicados dentro de un contexto geográfico determinado y dentro de las organizaciones de sanitarias para acceder a otras*

³TOWNSEND, P., PHILLIMORE, P., & BEATTIE, A.: (1988) *Health & Deprivation: Inequality and the North*. Routledge. Londres. FOX, A. J. (Ed) (1989) *Inequalities in Health in European Countries*. Grower Press. London.



bases de datos y a otros profesionales de la salud para poder desarrollar investigaciones interdisciplinarias tanto desde la perspectiva individual como territorial.

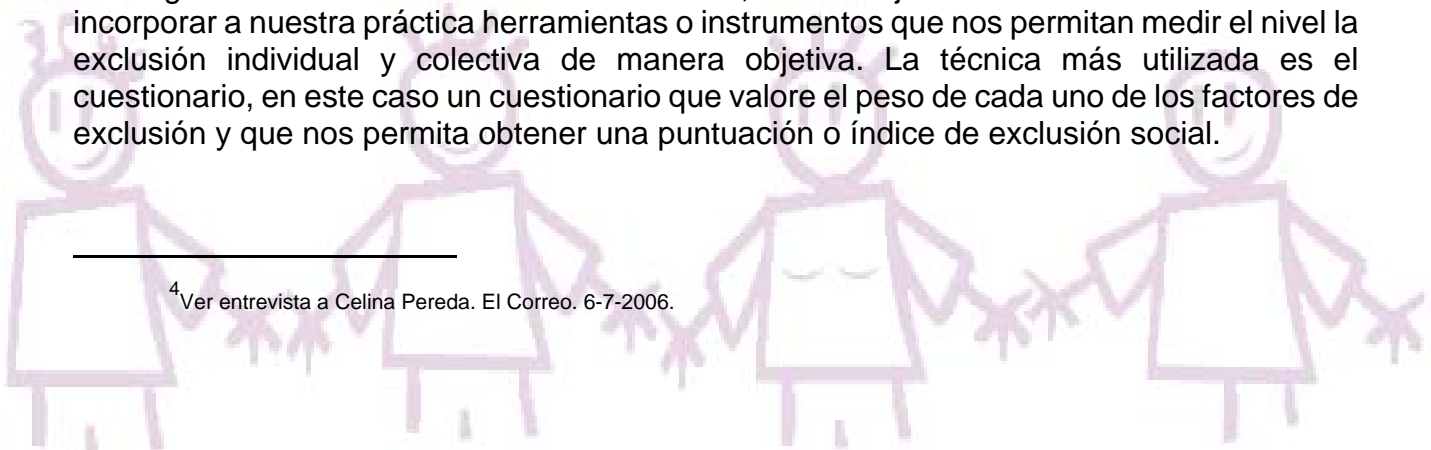
4. Teniendo en cuenta las ideas expresadas anteriormente *la principal aportación que desde mi punto de vista puede hacer el trabajo social para hacer visibles las desigualdades sociales en salud es enriquecer el objeto actual de la investigación incorporando el concepto de exclusión social*. Se trata de un concepto que sintetiza y aúna diferentes dimensiones de la desigualdad social y que puede ponerse en relación con la salud. Frente a la perspectiva que enfatiza el análisis de las diferencias de salud según distintas variables de diferenciación social como son el género, la clase social o el nivel de instrucción, etc., el concepto de exclusión nos habla de una situación global en la que *concurrir simultáneamente* un conjunto de factores económicos, laborales, culturales, de vivienda, relacionales, de género, edad, de falta de autonomía, etc., que incidiendo sobre las personas en diferente grado colocan a éstas en una situación de desventaja social.

Sin duda para los trabajadores sociales el concepto de exclusión social es el que refleja mejor la situación de las personas a las que atiende, puesto que en la praxis cotidiana nos encontramos con personas que tienen una mayor vulnerabilidad o riesgo a padecer problemas de salud no sólo por ser de clase social baja, sino porque además son, por ejemplo, personas mayores, y además son mujeres y, a más señas, carecen de redes sociales, por no citar intencionadamente el resto de características que pueden concurrir para no pintar un cuadro demasiado descorazonador de la situación. Pero creo que un ejemplo vale más que mil palabras y que a través de él podremos comprender mejor lo que puede aportar el hecho de medir o valorar por nuestra parte situaciones de exclusión social para ponerlas después en relación con diferentes problemas de salud. La cartografía, y concretamente los GIS, es una herramienta muy potente que puede ponerse al servicio del análisis de situaciones de salud en contextos determinados y, consecuentemente, utilizable para controlar problemas de salud.

Desde el referente epistemológico de la exclusión social, utilizado como criterio empírico, la investigación sobre este problema y su forma de hacerlo visible puede llevarse a cabo tanto desde la perspectiva individual como desde la perspectiva territorial, adquiriendo esta última gran interés de cara a la planificación de estrategias de salud por áreas o zonas básicas donde se identifiquen las principales bolsas de exclusión para poder relacionarlas con diferentes problemáticas de salud.

En esta línea afirmaba recientemente la presidenta de la Asociación Médicos Mundi en un titular de un diario de gran tirada en el País Vasco que: *no es la inmigración la que genera enfermedades sino la exclusión.*⁴ En este sentido y para poder llevar a cabo una investigación sistemática sobre esta cuestión, los trabajadores sociales deberemos de incorporar a nuestra práctica herramientas o instrumentos que nos permitan medir el nivel la exclusión individual y colectiva de manera objetiva. La técnica más utilizada es el cuestionario, en este caso un cuestionario que valore el peso de cada uno de los factores de exclusión y que nos permita obtener una puntuación o índice de exclusión social.

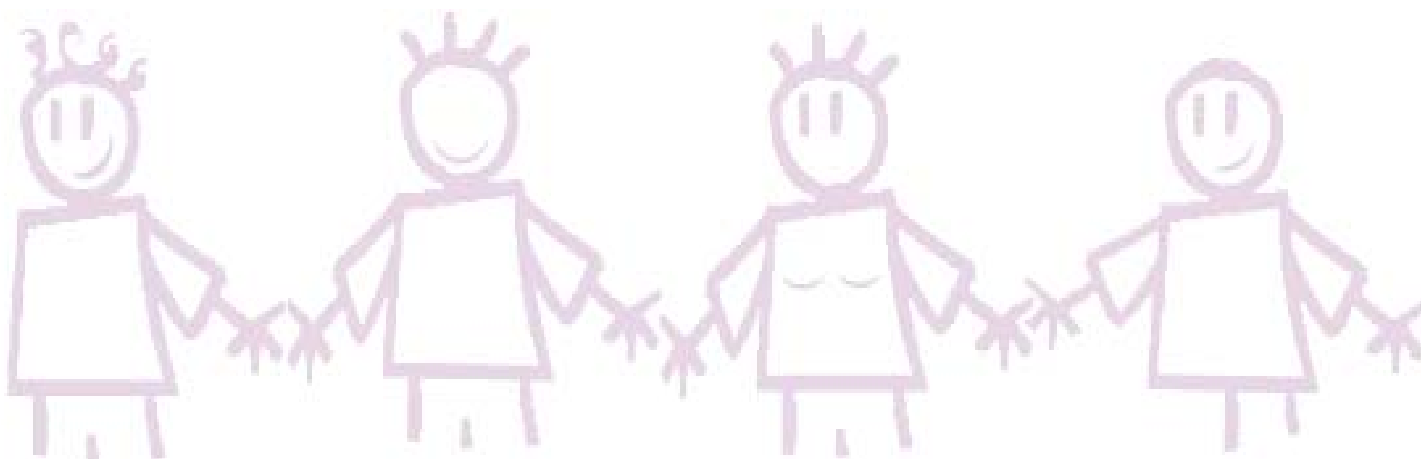
⁴Ver entrevista a Celina Pereda. El Correo. 6-7-2006.



Las bases de datos censales podemos utilizarlas para caracterizar el rango socioeconómico de los distritos, barrios o zonas para poder identificar las áreas de riesgo ponderando la incidencia de los diferentes factores sociales y priorizándolos de cara a la intervención. Una vez realizado el diagnóstico social del área, detectando dónde existen mayores índices de exclusión social procederemos a estudiar en profundidad los factores de mayor peso analizando su relación con distintos problemas de salud. No perdamos de vista que nuestras historias sociales son una fuente de datos de gran riqueza que podemos poner al servicio no sólo de la intervención sino también de la investigación.

Además de los análisis territoriales, los trabajadores sociales podemos aprovechar nuestras bases de datos para hacer estudios de casos sobre determinados problemas de salud, aquellos que en cada momento tengan mayor trascendencia social, y contribuir así al conocimiento sobre los vínculos entre factores sociales y salud. No olvidemos que las técnicas cualitativas como son las entrevistas en profundidad de donde obtenemos una gran riqueza de datos son instrumentos valiosísimos y muy apreciados en la investigación social, y quizá por resultar para nosotros algo tan familiar a los efectos de la intervención nos pasa un tanto desapercibido para fines de investigación.

Por último, me gustaría señalar algo que pudiera resultar un tanto obvio para algunos y pretencioso para otros como es el hecho de que la propia presencia y práctica de los trabajadores sociales en salud es quizá una de las mejores formas de hacer visibles las desigualdades sociales en salud. ¿Cuál sería, si no, la razón por la cual los trabajadores sociales estamos presentes en el ámbito de la salud? ¿Acaso si los factores de desigualdad social no estuvieran en relación directa con los problemas de salud tendría razón de ser nuestra presencia e intervenciones en este ámbito? En cualquier caso, para bien o para mal, las desigualdades sociales en salud son tan evidentes que no necesitan de sofisticados diseños de investigación para hacerse patentes, otra cosa es el cómo comprenderlas, medirlas y ubicarlas mejor para elaborar estrategias más eficaces para reducirlas. Y en ese sentido, el trabajo social, como cualquier disciplina social ha puesto y debe de seguir poniendo todas sus potencialidades al servicio de la lucha contra ellas. Su oferta de atención y de recursos sociales dirigidos a mejorar la situación individual, grupal y comunitaria del ámbito geográfico donde trabaja constituye un pilar esencial para promover, prevenir y mantener la salud de la ciudadanía. Existe constancia de que las políticas sociales de lucha contra la exclusión han tenido entre sus efectos principales la reducción de la desigualdad social y, consecuentemente, de las desigualdades en salud en cuanto son una de las formas en que se manifiesta.



Desigualdades en salud y medios de comunicación

Rosa Maria Ferrer Valls, treballadora social i periodista

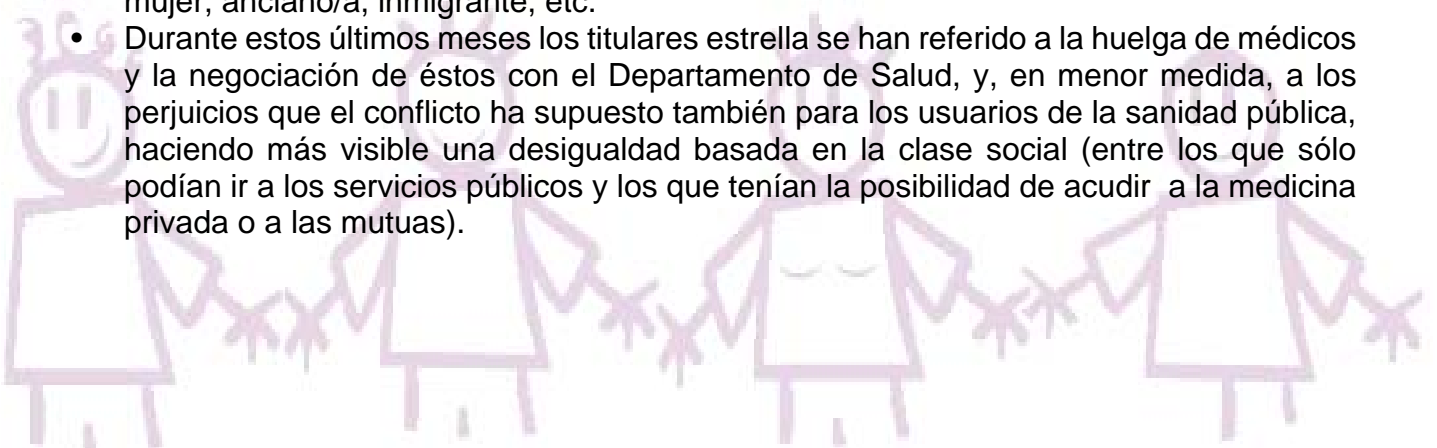
Partimos de dos hechos: que existen desigualdades en la salud, definidas como problema social por profesionales del campo, y que están en marcha algunos planes sanitarios para reducir dichas desigualdades, aunque los resultados son insuficientes.

En la presente ponencia, ponemos de relieve que esta conciencia del problema no es suficientemente compartida por la población en general y planteamos el papel que en ello puede jugar la información ofrecida por los medios de comunicación: en qué grado reflejan o no el problema y si contribuyen a que la población capte su importancia y exija soluciones. Finalmente, se proponen algunas estrategias de intervención para hacer más visibles las desigualdades en salud usando el recurso mediático.

¿Qué percepción tienen los ciudadanos respecto a las desigualdades en la salud? Hay una que parece particularmente evidente: la desigualdad existente entre ricos y pobres, ya se refiera ésta a continentes, países o personas, pero respecto a las demás desigualdades (derivadas del género, territorio o edad) existe una menor conciencia, particularmente en las personas que no pertenecen al grupo afectado.

La conciencia del problema se halla probablemente relacionada con las fuentes de información a que tienen acceso los ciudadanos. Consultando Internet, hemos observado que las desigualdades en salud constituyen una cuestión que interesa y preocupa cada vez más a los profesionales, a los que pueden palpar el problema día a día (la mayoría de las informaciones provienen de publicaciones sanitarias o bien de congresos y jornadas para profesionales de la salud). Sin embargo, pensamos que el mundo de los medios de comunicación de masas, más cercano a la población general, ofrecería una imagen diferente. Para comprobarlo, y no existiendo apenas estudios sobre el tema, hemos tenido interés en realizar un seguimiento de las noticias sobre salud y desigualdades existentes, teniendo en cuenta la prensa escrita reciente (año 2006). Hemos podido observar lo siguiente:

- El término “desigualdades en salud” aparece sólo excepcionalmente al referirse a noticias en que es usado por profesionales que, desde una más amplia visión de la realidad social, observan diferencias basadas en la clase social, el género, la edad y el territorio.
- Algunas noticias sobre salud hacen referencia a situaciones de desigualdad o desventaja, pero de forma indirecta, es decir, sin identificarlas claramente como desigualdades. Se ha detectado el tema de la desigualdad, bajo los vocablos de queja, protesta, desatenciones o en las palabras que se refieren a grupos en riesgo de desigualdad como mujer, anciano/a, inmigrante, etc.
- Durante estos últimos meses los titulares estrella se han referido a la huelga de médicos y la negociación de éstos con el Departamento de Salud, y, en menor medida, a los perjuicios que el conflicto ha supuesto también para los usuarios de la sanidad pública, haciendo más visible una desigualdad basada en la clase social (entre los que sólo podían ir a los servicios públicos y los que tenían la posibilidad de acudir a la medicina privada o a las mutuas).



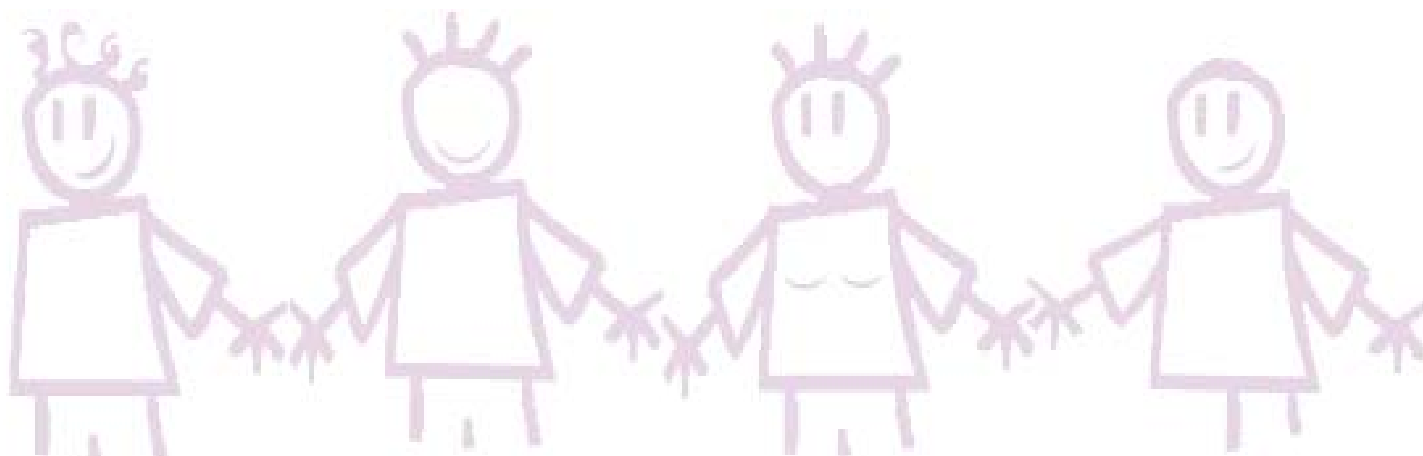
- La mayoría de temas relacionados con cuestiones sociales suelen publicarse haciendo referencia a resultados de estudios e investigaciones y los porcentajes suelen ocupar los titulares.

Las noticias de forma aislada influyen muy poco, pero llegan a calar cuando se convierten en temas asiduos y se incorporan en la agenda de los medios, como suele ocurrir en algunos casos (por ejemplo, el mal de las vacas locas o la gripe aviar). Por tanto, si el problema de la desigualdad es poco o nada visible para el gran público y queremos contribuir a su visibilidad en los medios será preciso buscar estrategias adecuadas. Propongamos algunas:

- promover investigaciones sobre el tema y difundir los resultados en los medios (recordemos que a los medios les gustan las estadísticas), incluyendo recomendaciones para la intervención;
- realizar campañas públicas para concienciar a la población, buscando el apoyo de los medios;
- colaborar de forma habitual con los medios; no sólo en circunstancias excepcionales o con motivo de sucesos extraordinarios;
- valorar a los medios más cercanos y accesibles, en particular a ese nuevo y muy relevante recurso que es la prensa gratuita;
- utilizar el espacio de "Cartas al director" para puntualizar o remarcar ciertas informaciones que reflejen poca sensibilidad hacia las desigualdades en salud;
- y, por supuesto, no olvidar la importancia de Internet y de su notable influencia sobre los medios de masas.

En definitiva, se trata de considerar a los medios de comunicación como recursos e instrumentos de nuestro trabajo habitual e igualmente planificar su uso cuando se elabore la intervención en un campo determinado.

En conclusión, se observa que, aunque en los medios especializados vemos que crecen el interés y la preocupación por las desigualdades en salud, ello no se corresponde en los medios de comunicación dirigidos al gran público, ya que en éstos predomina la ausencia de información sobre las desigualdades en salud y ello influye en la percepción de los ciudadanos sobre el tema y los aleja de posibles reivindicaciones. Por todo ello, resulta importante que los trabajadores sociales y demás profesionales de la salud, que son testigos directos de las desigualdades, procuren hacerlas visibles, traten de introducir el problema en la agenda de los medios, y tengan en cuenta que la divulgación forma parte de su trabajo.



La novel·la negra com a treball social

Andreu Martín, escriptor

Després de plantejar-me el perquè de la presència en aquesta jornada d'un autor de novel·la negra (com us deveu estar plantejant tots), i en previsió que la majoria dels presents no siguin lectors habituals d'aquest gènere de literatura, he decidit abordar la meva exposició des del punt de partida més elemental, que consisteix a explicar què és la novel·la negra exactament.

Comencem dient que és literatura de gènere. Vol dir que és una aposta entre el lector i l'autor. Quan el lector es dirigeix a una lleixa precisa de la llibreria on diu «Literatura policíaca» i compra un llibre d'allà, li està demanant un contingut precís, i si el llibre no respon a aquestes expectatives el decebrà tant com si vostès, en comprar un llibre sobre neurocirurgia, per exemple, es trobessin a les mans un llibre sobre el Zodíac. Això crea una complicitat entre l'autor i el lector, un joc, una aposta. L'autor es troba que ha de donar sempre uns elements precisos i, malgrat tot, el lector li exigeix que el sorprengui.

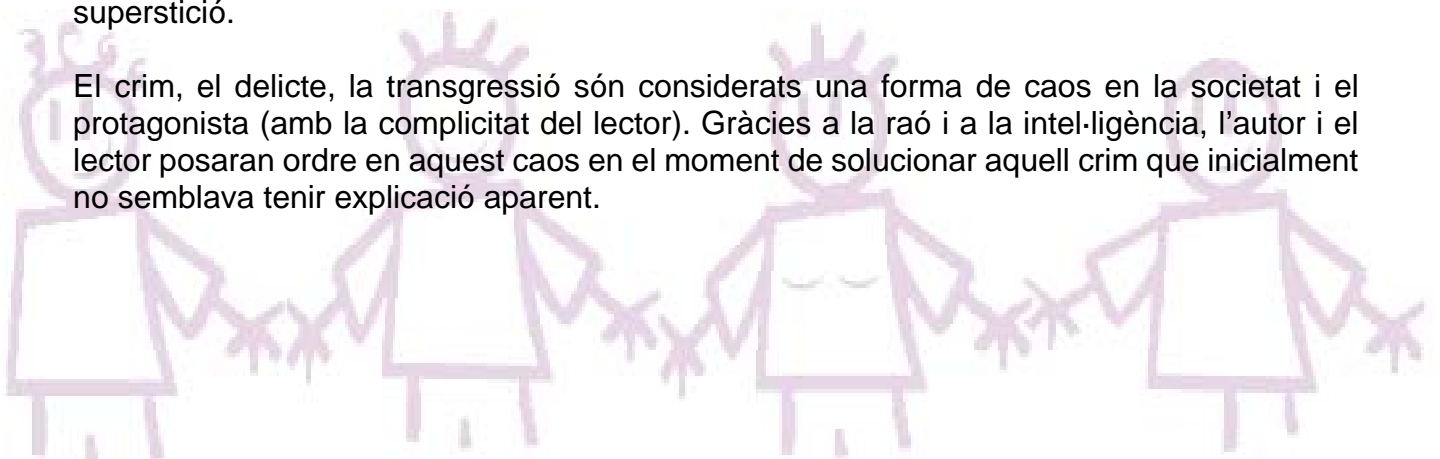
Quins són aquests elements? El primer de tots és el joc, com ja he dit. La distanciació brechtiana.

Permeteu-me que faci història. En 1841, Edgar Allan Poe sortia d'una època especialment turbulenta que havia donat lloc a aquestes històries de fantasmes que l'han fet famosos. Acabava d'escriure *Ligeia* i l'esgarrifosa *Caiguda de la casa Usher*, contes plens de por a la mort i amb solucions sobrenaturals i supersticioses. Aleshores, però, arriba a Filadèlfia i troba un treball fix com a assessor literari al "Graham's Magazine." Això significava un sou que li va permetre llogar una casa decent, va fer l'enèsim intent d'abandonar la beguda i va reunir la família. Devia fer bé la seva feina perquè, quan va prendre la direcció, la revista només tenia 5.000 subscriptors i en catorze mesos (de febrer del 1841 a l'abril de l'any següent) va arribar als 40.000.

Curiosament, és aleshores, quan posa ordre a la seva vida, que comença a escriure els anomenats contes «analítics», el primer dels quals és *Els crims de la rue Morgue*.

En aquest relat, considerat l'iniciador del gènere policíac, Poe dedica les primeres pàgines a lloar el plaer que es deriva del joc de la deducció, i de l'anàlisi. De fet, influït pel positivisme, la teoria filosòfica emergent en aquells moments, passa a defensar que la intel·ligència humana sempre trobarà una solució a tots els enigmes que el món pugui presentar-li. És la defensa de la lògica, la raó, la capacitat analítica i en definitiva el científisme enfront de la superstició.

El crim, el delictes, la transgressió són considerats una forma de caos en la societat i el protagonista (amb la complicitat del lector). Gràcies a la raó i a la intel·ligència, l'autor i el lector posaran ordre en aquest caos en el moment de solucionar aquell crim que inicialment no semblava tenir explicació aparent.



Si, en un principi, la novel·la policíaca, d'enigma, és plantejada a Europa i a l'Anglaterra victoriana com un mer joc intel·lectual, així que torna a Estats Units, en una època dura com els anys vint, allà li incorporen un nou element essencial. La novel·la policíaca o d'enigma esdevé novel·la negra, novel·la fosca. És impossible analitzar els efectes del crim i la transgressió seriosament sense fixar-nos en els mecanismes de la justícia i analitzar-los conseqüentment. El que fins aleshores era una pura elucubració intel·lectual o filosòfica deriva aleshores en una autèntica anàlisi i crítica de la societat.

El relat d'un crim i de la investigació subsegüent es converteix en una dissecció despietada d'un entorn que ens semblava que coneixíem i que tot d'una observem des d'una nova òptica. Això fa, doncs, que novel·la negra sigui sinònim de novel·la de crítica social, tant si es vol com si no es vol.

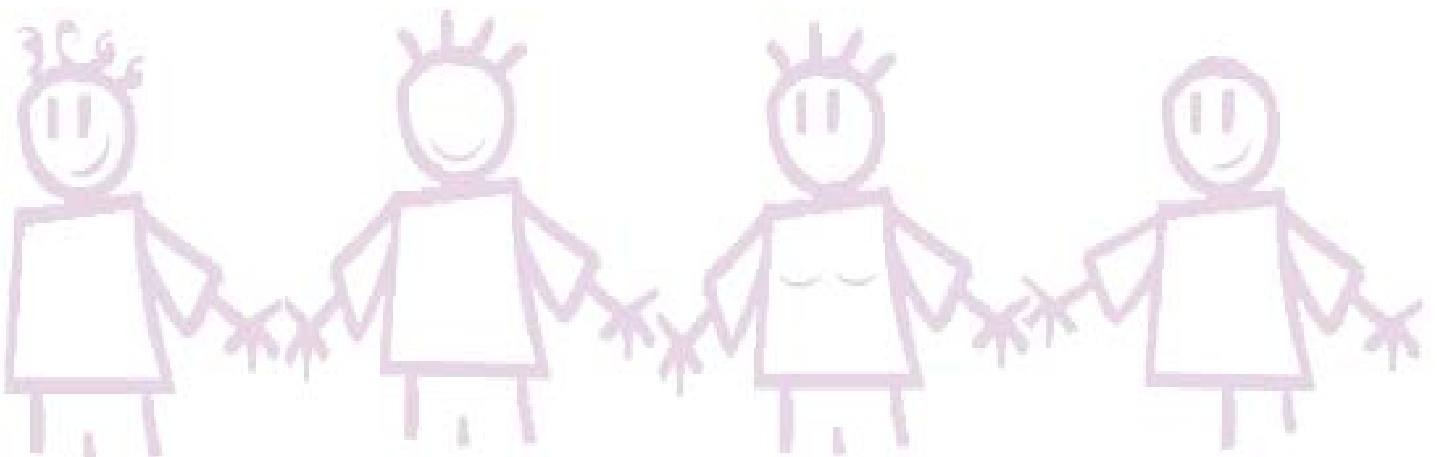
Qualsevol món que descrigui una novel·la negra serà vist des del punt de la transgressió, de la injustícia, de la disfunció. D'aquest món, ens anirem a fixar en aquells que actuen malament, que el perverteixen, els qui creen aquest caos on la intel·ligència de l'investigador ha de restablir l'ordre.

Una altra qüestió és que la novel·la hagi de ser realista o versemblant i després haguem de parlar de la imatge del perdedor, però això ja formaria part d'una altra xerrada o potser capítol a ampliar més tard.

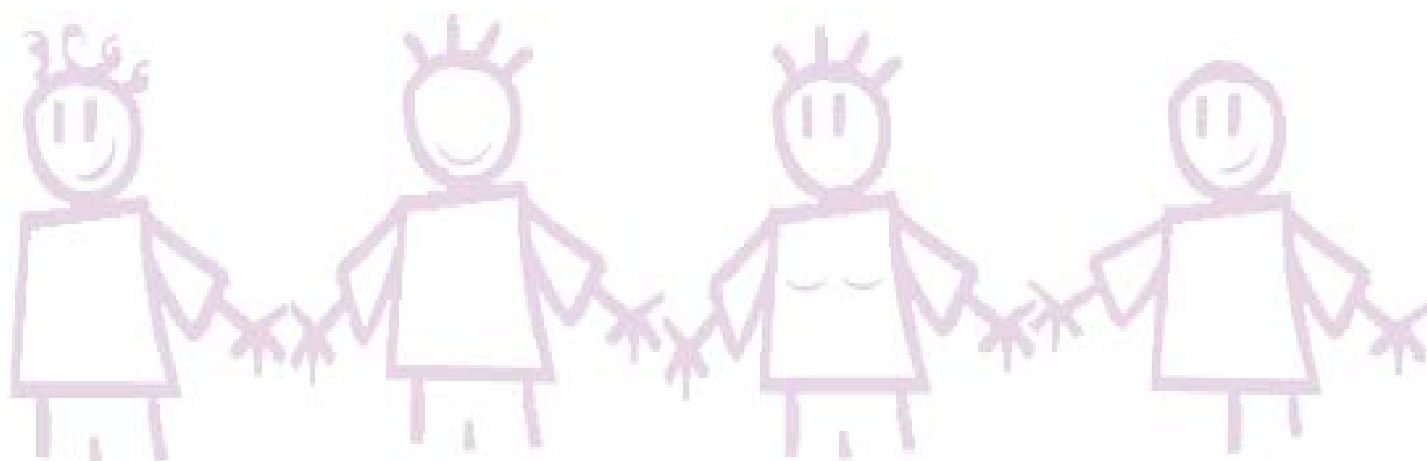
De moment, queda clar que la novel·la negra seria el gènere ideal per analitzar qualsevol tema del qual s'ocupi. I, per tant, si s'ocupa de l'àmbit de la salut mental, no dubtem que ho farà de manera crítica i analítica, que vol dir, des del meu punt de vista, saludable.

Quan Jaume Ribera i jo escrivim *Amb els morts no s'hi juga*, fem una novel·la purament policíaca però, com que ens fem en el món dels visitadors mèdics, hem de parlar de suborns i de sotamans i del mal funcionament del món dels metges. Això no és animadversió, ni és dolent en si mateix. Els qui us dediqueu a la salut sabeu que s'ha de destapar una ferida i mirar-la fixament, per molt lletja que sigui, si és que la volem curar. S'ha d'aixecar el capó del cotxe i enfrontar-se a l'avaria si volem que continuï funcionant, encara que ens quedàrem més tranquils si no miréssim res i ens limitéssim a passar-li un drap de tant en tant.

Crec que aquesta combinació de crítica i anàlisi que caracteritza la novel·la negra és la principal justificació de la meua presència aquí aquesta tarda.



Comunicacions



Tractant en grup el dol migratori, treballem la inserció i les desigualtats sanitàries dels immigrants

S. Torres Belmonte, treballadora social, coordinadora del Grup de Treball de l'Immigrat. E. Sequeira Aymar, metge de família, membre del Grup de Treball de l'Immigrat. E. Lagarda Jiménez, infermera, membre del Grup de Treball de l'Immigrat. Consorci d'Atenció Primària de Salut l'Eixample (CAPSE)

Introducció

En sanitat, quan arriba un immigrant, bàsicament treballem malalties d'importació. Al CAPSE, a més, també treballem perquè l'equip (EAP) faci una bona praxi i els immigrants facin un bon ús del sistema sanitari.

Objectius

Garantir l'assistència sanitària. Augmentar el grau de coneixement del col·lectiu immigrant per corregir estratègies d'apropament. Potenciar el tractament treballant en equip. Abordar i donar resposta a les necessitats bio-psico-socials. Identificar possibles agents de salut. Crear una xarxa informal de suport.

Material i mètode

Àmbit d'actuació: dues ABS urbanes de 32.000 habitants.

Població diana: immigrants sense cobertura sanitària.

Intervencions: l'acollida, per treball social, per a l'accés al sistema sanitari, l'atenció i cobertura de les necessitats sociosanitàries i la detecció i tractament del dol migratori (DM). Tractament individual, coordinadament amb l'EAP per treballar les activitats preventives, les malalties d'importació i el tractament individual/grupal del DM. Intervenció amb l'EAP, sessions de formació.

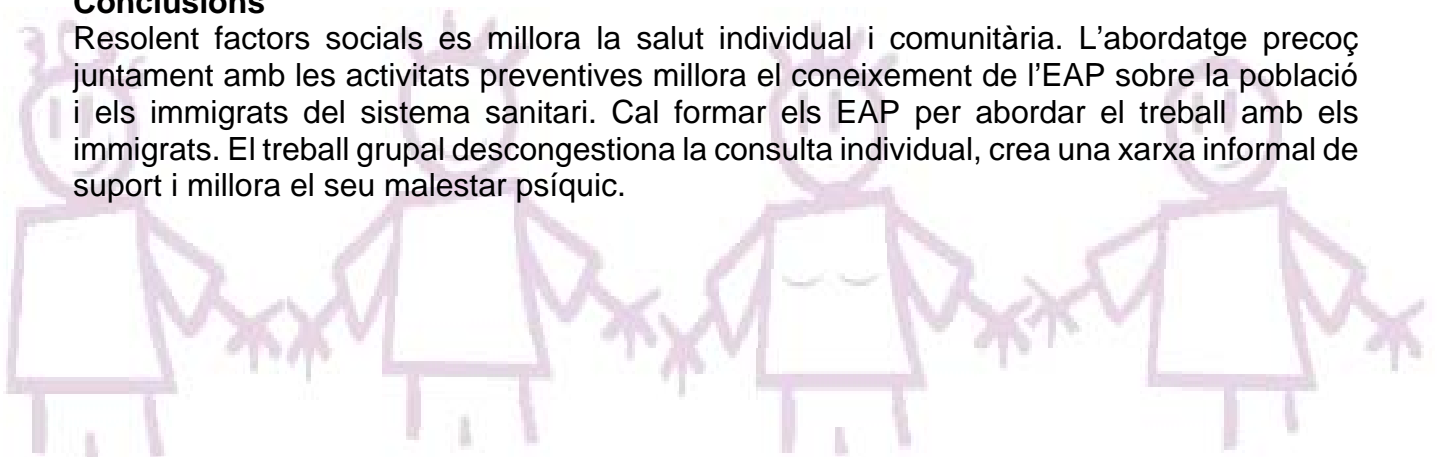
Període de la intervenció: agost de 2001 a març de 2006.

Resultats

1.974 immigrants. 1.125 dones, 190 \leq 14 anys, 52 \geq 65. Tots amb coordinació per activitats preventives. 947 d'intervenció social per millorar la situació sociosanitària. 92 casos detectats o tractats de DM. Inici del tractament grupal del DM el juny de 2005. 20 participants al grup (10-12 assistents per sessió). Sessions de formació sobre l'atenció a l'immigrant per a tres EAP.

Conclusions

Resolent factors socials es millora la salut individual i comunitària. L'abordatge precoç juntament amb les activitats preventives millora el coneixement de l'EAP sobre la població i els immigrants del sistema sanitari. Cal formar els EAP per abordar el treball amb els immigrants. El treball grupal descongessiona la consulta individual, crea una xarxa informal de suport i millora el seu malestar psíquic.



Cinema social, mirall de vida. Curs de formació

Fina Santos González. Dulce Ruiz Jiménez. Lourdes Cortés Bofill. Celia Marcos Gil. Esther Tenorio Mayor. Lourdes Calvo Fernández.

Justificació

El cinema social és un bon instrument i complement per comprendre i reflexionar sobre els aspectes socials. Ens apropa a la realitat i se'n nodreix; ficció i documental. El cinema amb un llenguatge propi, s'expressa de manera descriptiva, testimonial, reivindicativa... Escollim aquest mitjà de comunicació per facilitar la comprensió, la reflexió, la crítica i la discussió de les problemàtiques socials.

Objectius

Aproximar i sensibilitzar els professionals sanitaris en el coneixement de la complexitat de la realitat social amb què treballem, mitjançant material de cinema.

Material i mètode

Curs d'11 sessions de 2 hores cadascuna

- Enquadrament teòric d'una problemàtica social
- Dossier de bibliografia i filmografia de cada tema
- Projectió de la pel·lícula temàtica (30-40 minuts)
- Creació d'un espai de debat i reflexió

Última sessió: dinàmica grupal i avaluació del curs

Resultats

Qüestionari d'avaluació obert

Qüestionari d'AFACP

Objectius i continguts	7,76
Metodologia	7,70
Valoració docent	7,17
Aplicació pràctica	7,41
Valoració global	8,23

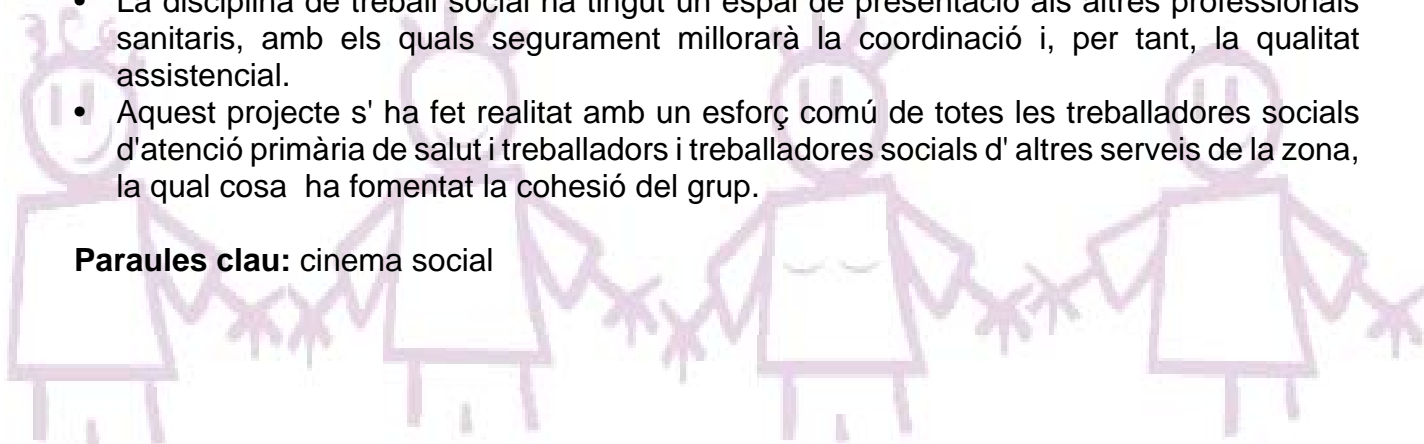
Assistència

Alumnes inscrits:	59
Alumnes admesos:	30
Assistents al 80% de l'activitat:	29

Conclusions

- La utilització del cinema com a recurs educatiu demostra que la formació pot ser creativa i motivadora i ha estat una eina molt satisfactòria per als participants.
- La disciplina de treball social ha tingut un espai de presentació als altres professionals sanitaris, amb els quals segurament millorarà la coordinació i, per tant, la qualitat assistencial.
- Aquest projecte s'ha fet realitat amb un esforç comú de totes les treballadores socials d'atenció primària de salut i treballadors i treballadores socials d'altres serveis de la zona, la qual cosa ha fomentat la cohesió del grup.

Paraules clau: cinema social



Aplicació de la teoria racional emotiva (RET) en la consulta de treball social en una àrea bàsica de salut (ABS)

Carme Rovira, treballadora social. Maribel Fuentes, metgessa de família. Sònia Miravet, metgessa de família. EAP Martorell

Maria Jesús Garcia. SAP Baix Llobregat Nord

Anna Novellas. Universitat de Treball Social de Barcelona

Glòria Coronado, alumne de treball social

Introducció

A les consultes de treball social arriben persones amb trastorns emocionals. Són hiperfreqüentadors i els tractaments farmacològics no són efectius. La RET es basa en el fet que tant les emocions com les conductes són producte de les creences de l'individu i de la interpretació de la realitat. S'utilitza com a eina per abordar aquest tipus de trastorns.

Objectiu

- Descriure els canvis en qualitat de vida, freqüentació a les consultes mèdiques i consum de fàrmacs, en pacients amb trastorns adaptatius lleus-moderats, després de l'aplicació de la RET.
- Determinar la seva percepció respecte al tractament amb la RET.

Metodologia

Estudi descriptiu retrospectiu de 13 pacients amb trastorns psicològics i psiquiàtrics lleus-moderats atesos a la consulta de treballadora social on s'aplica la RET. Es mesuren pre i post RET, nombre de visites mèdiques, presa de psicofàrmacs i qüestionari sobre qualitat de vida. Es mesura la percepció que té el pacient sobre la RET, a partir d'un qüestionari elaborat *ad hoc*.

Resultats

Els pacients tenen una edat mitjana de 49 ± 14 anys, el 77 % són dones. Han rebut entre 3 i 14 sessions de RET. S'observen diferències ($p < 0,05$), en:

a) la qualitat de vida: de mala ($4,64 \text{ DE} \pm 0,76$) a bona ($5,62 \text{ DE} \pm 0,84$)

b) en la presa d'hipnòtics: del 53,8 % al 7,7 %

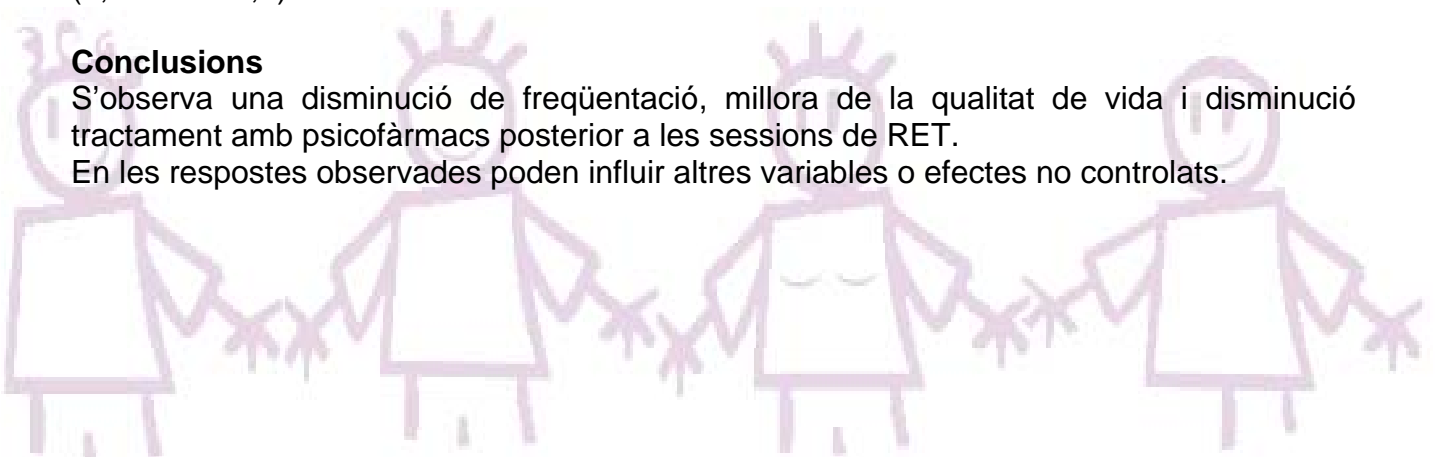
c) en la disminució de les dosis d'ansiolítics: 66,7 %

d) en les visites mèdiques pel mateix motiu diagnòstic d'una mitjana ($11,38 \text{ DE} \pm 11,23$) a ($1,31 \text{ DE} \pm 1,7$)

Conclusions

S'observa una disminució de freqüentació, millora de la qualitat de vida i disminució tractament amb psicofàrmacs posterior a les sessions de RET.

En les respostes observades poden influir altres variables o efectes no controlats.



La salut marca la diferència

Roser Albert Bonamusa. EAP Mataró 1 i Mataró 7

Pilar Calpe Muñoz. EAP Tordera

Margarita Gracia Canela. EAP Mataró 5

Montse Majó Ayguavives. EAP Mataró 3

Loli Segura Perdiguero. EAP Vilassar

Luz Terán del Egido. EAP Canet i EAP Arenys

Justificació

El treball social (TS) en salut permet intervenir, amb l'Equip d'Atenció Primària (EAP), moltes vegades precoçment, en situacions de fragilitat i en processos de salut que es preveuen altament incapacitants, amb una funció preventiva.

Objectius

1. Estudiar el perfil de l'usuari i els motius de consulta en TS als EAP.
2. Descriure els diagnòstics socials i de salut més freqüents dels usuaris atesos pel TS.

Material i mètodes

Disseny: Descriptiu transversal multicèntric.

Àmbit d'estudi: 10 ABS de l'Institut Català de la Salut, del Servei d'Atenció Primària Mataró-Maresme.

Subjectes: visites realitzades (N=604) per TS durant el març de 2006.

Intervencions: realització d'un qüestionari a cada visita de TS.

Mesuraments: ABS, sexe, edat, tipus i origen de visita, diagnòstic de salut (3), diagnòstic social (3), qui fa la demanda, lloc d'origen, anys de residència, convivència, situació econòmica, contacte previ amb serveis socials, motiu de consulta.

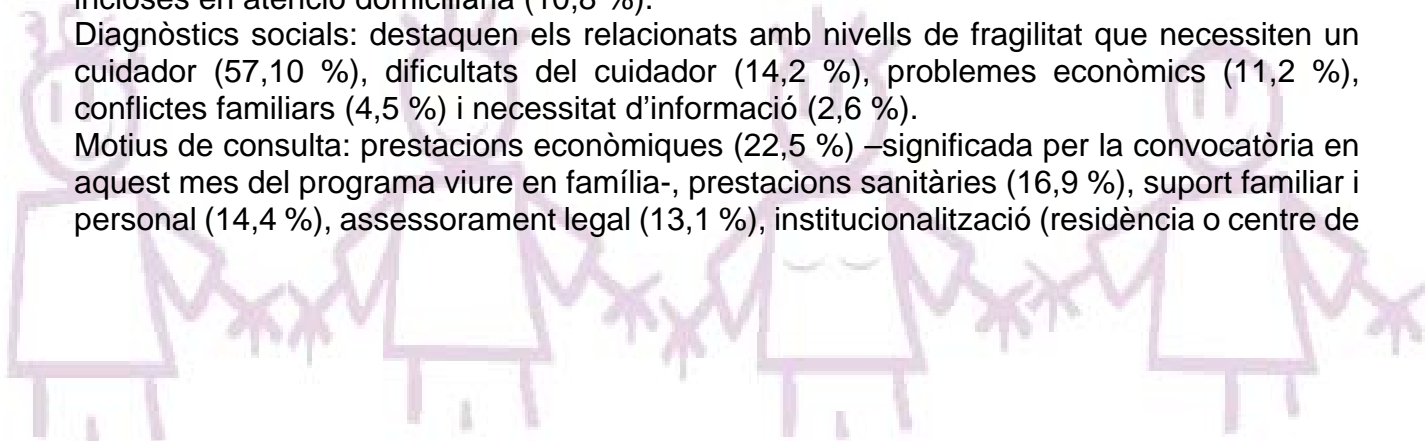
Resultats

S'analitzen 604 visites. Perfil de l'usuari: el 66,4 % són dones. Mitjana d'edat : 69,3 anys i desviació estàndard (DE) de 20,51. Convivència: 23,8 % amb el cònjuge, 15,1 % amb els fills i 16,9 % viu sol. El 68 % té ingressos inferiors al salari mínim interprofessional. El 47,2 % els deriva l'equip i el 37,7 % acudeix per iniciativa pròpia. El 42,9 % són primeres visites (el 24,6 % amb contacte previ amb serveis socials municipals). Un 10,7 % prové d'altres països (amb una mitjana d'anys de residència de 9,07 anys i DE 7,82).

Diagnòstics de salut més prevalents: malalties del sistema circulatori (12,1 %), demències (8,6 %), malalties del sistema osteomuscular (8,3 %), neoplàsies i tumors (6,6 %) i persones incloses en atenció domiciliària (10,8 %).

Diagnòstics socials: destaquen els relacionats amb nivells de fragilitat que necessiten un cuidador (57,10 %), dificultats del cuidador (14,2 %), problemes econòmics (11,2 %), conflictes familiars (4,5 %) i necessitat d'informació (2,6 %).

Motius de consulta: prestacions econòmiques (22,5 %) –significada per la convocatòria en aquest mes del programa viure en família-, prestacions sanitàries (16,9 %), suport familiar i personal (14,4 %), assessorament legal (13,1 %), institucionalització (residència o centre de

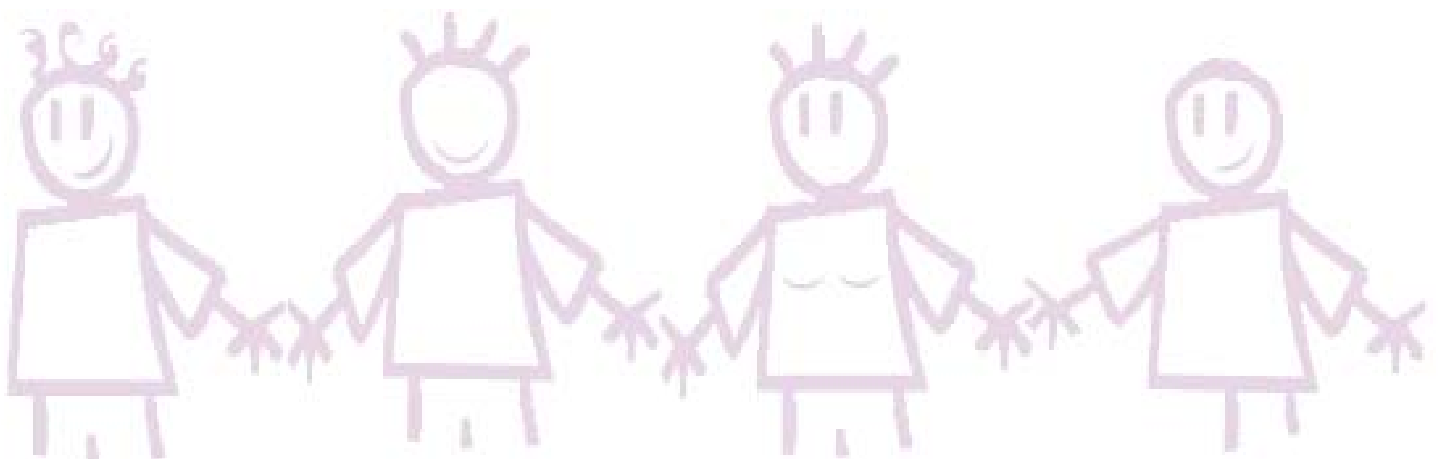


dia) (12,9 %), valoració domiciliària (8,4 %), situacions de maltractament (1,5 %) i informacions diverses (10,2 %).

Conclusions

Els motius de consulta al TS de l'EAP, per accessibilitat i especificitat del servei, s'orienten a processos de suport i assessorament, sovint previs a l'activació de recursos institucionals, facilitant la funció de l'atenció en salut.

Paraules clau: funció, atenció primària en salut, treball social



Les barreres arquitectòniques determinants de l'augment del nombre de visites d'atenció domiciliària d'un centre d'atenció primària

Montserrat Jara Martín. Treballadora social. CAP Santa Rosa
M. Teresa Ruiz Ceballos. Infermera. CAP Santa Rosa.

Introducció

Atès el gran nombre de pacients inscrits en el Programa ATDOM (atenció domiciliària) en el nostre CAP (centre d'atenció primària) Santa Rosa a Santa Coloma de Gramenet i com a professionals d'infermeria i treball social, hem volgut realitzar un estudi relacionant persones amb mobilitat reduïda i barreres arquitectòniques.

El nostre centre d'atenció primària està ubicat en un territori de difícil accés a la població a la qual dona servei (està ubicat en la zona de més altitud de tota l'àrea bàsica de salut). A més a més, hem constatat que un gran percentatge d'edificis no tenen ascensor i tenen barrera arquitectònica d'accés a l'exterior.

Hipòtesi

A causa de les barreres arquitectòniques urbanístiques (BAU) i les barreres arquitectòniques en l'edificació (BAE), estimem que el nombre de pacients inclosos en el Programa ATDOM en el nostre CAP podria estar augmentat.

Objectius

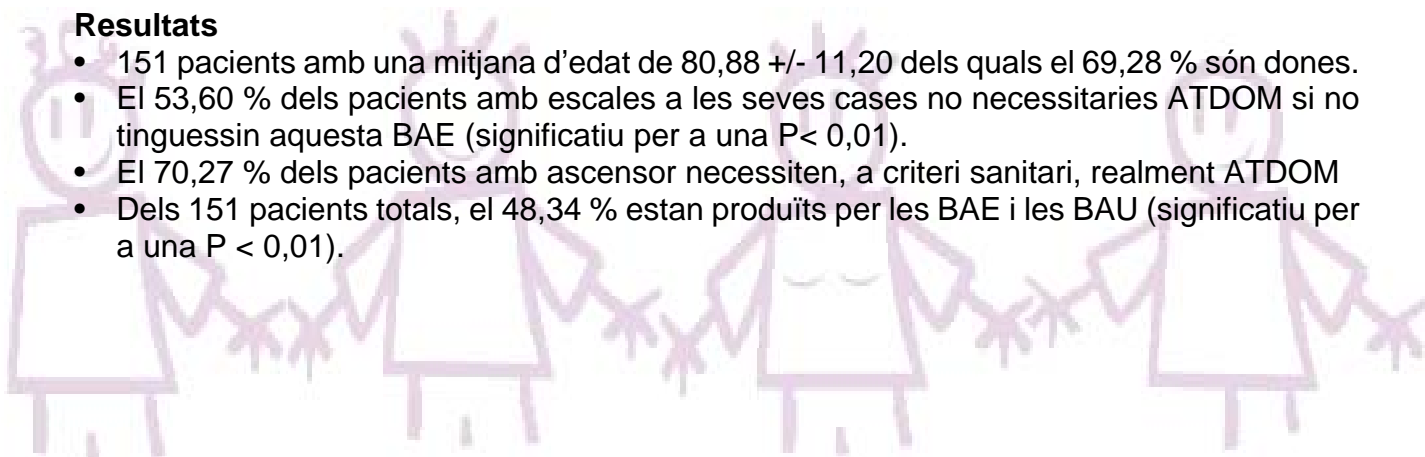
- Demostrar que el nombre d'ATDOM al nostre CAP està augmentat a causa de les BAE i de les BAU.
- Quantificar la importància d'aquestes barreres arquitectòniques com a determinants de les desigualtats de salut de la nostra àrea.

Metodologia

- Disseny: *selectiu exposfacto retrospectiu simple* en el qual s'han seleccionat els subjectes pels seus valors a la variable dependent (estar inclosos en el programa ATDOM)
- Estudi descriptiu transversal .
- Mostra: 151 pacients, que en aquest cas coincideixen amb la mostra total.
- Àmbit d'estudi: CAP Santa Rosa a Santa Coloma de Gramenet.
- Les dades s'han analitzat amb el programa estadístic R-Sigma utilitzant l'índex de tendència central i de variabilitat.

Resultats

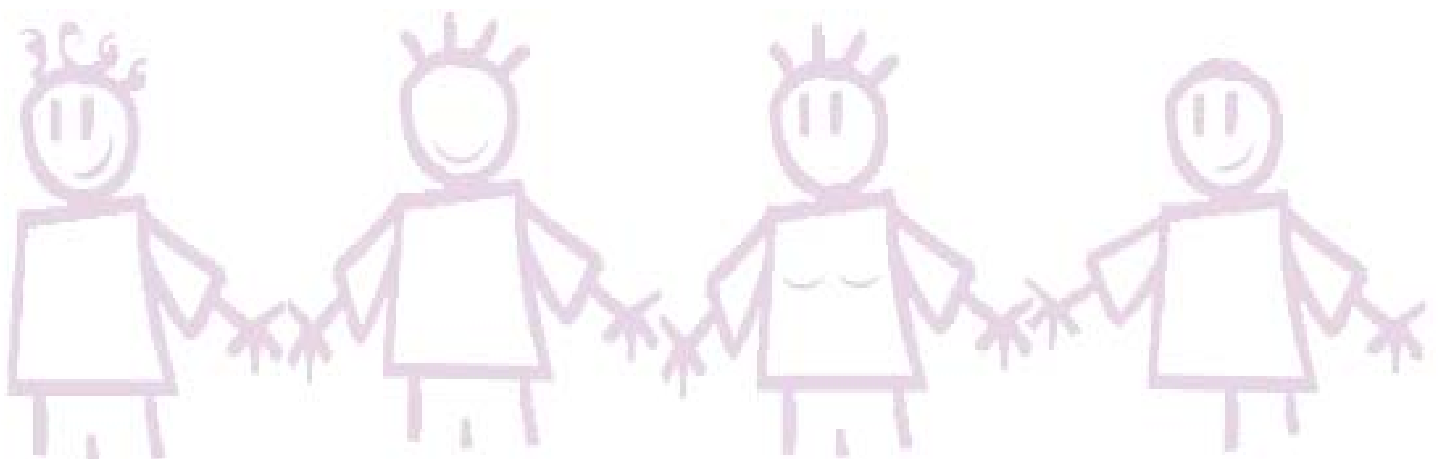
- 151 pacients amb una mitjana d'edat de 80,88 +/- 11,20 dels quals el 69,28 % són dones.
- El 53,60 % dels pacients amb escales a les seves cases no necessitaven ATDOM si no tinguessin aquesta BAE (significatiu per a una $P < 0,01$).
- El 70,27 % dels pacients amb ascensor necessiten, a criteri sanitari, realment ATDOM
- Dels 151 pacients totals, el 48,34 % estan produïts per les BAE i les BAU (significatiu per a una $P < 0,01$).



- El 45,61 % dels pacients sense BAE no poden acudir al centre a causa de les BAU (barrera arquitectònica urbanística). Significatiu per a una $p < 0,01$.

Conclusions

Les desigualtats en salut en la nostra àrea bàsica causades per les BAE i les BAU (manca d'ascensors i difícil accés urbanístic al CAP) fan augmentar més del 50 % el nombre de pacients inclosos en atenció domiciliària.



Percepció dels equips d'atenció primària de salut envers els treballadors socials d'àrea bàsica de salut

Enriqueta Vidal. ABS Vall del Tenes
 Laura Jiménez. ABS Canovelles
 Quintilia Garcia. ABS Vall de Tenes
 Núria Junqueras. ABS La Garriga,
 Anna Pujol. ABS Can Pantiquet
 Lourdes Sánchez. ABS Plana Lledó

Justificació

El treball social d'àrea bàsica de salut (ABS) aporta la possibilitat d'una atenció biopsicosocial. No n'hi ha a totes. Volem conèixer l'opinió del personal sanitari, tant dels que tenen experiència professional amb nosaltres com dels que no.

Objectius

1. Descriure la presència del treball social als diferents EAP del SAP Granollers-Mollet.
2. Valorar quines diferències veuen els professionals al treballar amb TS o sense.

Material i mètode

Disseny: estudi descriptiu
 Àmbit d'estudi: mostra de les ABS del SAP Granollers-Mollet
 Subjecte d'estudi: EAP de les ABS que formen part de la mostra
 Població diana: 218 professionals
 Intervenció: elaboració d'una enquesta

Resultats

1. Al SAP, de 15 ABS, 8 en tenen i 7 no.
2. S'han comptabilitzat 166 enquestes. S'han anul·lat 10 enquestes.
3. La resposta ha estat del 76,14 %.
4. El professionals que han treballat amb un TS són el 76,92 %. Els que no, el 23,08 %.
5. L'experiència d'haver treballat amb un treballador social ha estat positiva per un total de 94,40 % dels professionals i el 5,6 % han contestat "no sap/no contesta.."
6. Valoració positiva:
 - Treball en equip: 50,83 %
 - Optimització de recursos: 17,5 %
 - Proximitat : 7,5 %
7. Les diferències al treballar amb TS o sense:
 - Facilitador del treball en equip 50,82 %
 - Agilització de processos i prestacions 49,16 %

Conclusions

Alta participació. El 100 % creu necessari el TS per millorar la qualitat assistencial i pel treball en equip.

Paraules clau: equip d'atenció primària (EAP), treball social en salut



Coneixem la dependència a la nostra la comunitat?

Rosa M^a López Pisa, Dulce N. Ruíz Jiménez, Esther Martínez Barnés

Presentació

L'atenció de les persones amb dependència és una prioritat assistencial que actualment està emergint i que representa una gran desigualtat per a les persones que la pateixen i llurs famílies.

Objectiu

1. Identificar la població amb dependència de la comunitat
2. Conèixer les persones beneficiàries del Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM) i el Servei Social d'Atenció a Domicili (SAD).

Material i mètode

Disseny: estudi descriptiu transversal
 Àmbit: comunitari
 Subjectes: totes les persones ateses a domicili per ATDOM o SAD.
 Intervencions: 1. Identificació: HCAP i registres socials municipal
 2. Valoració d'alta dependència. Barthel < 60 o Pfeiffer > 8
 Variables: edat, grau i causa de la dependència, programa del qual són beneficiaris, àmbit de la treballadora social
 Instruments: índex de Barthel i test de Pfeiffer

Resultats

Es van valorar 895 persones, de les quals 280 presentaven alta dependència (Taula 1)

Taula 1. Grau de dependència de les persones ateses a domicili

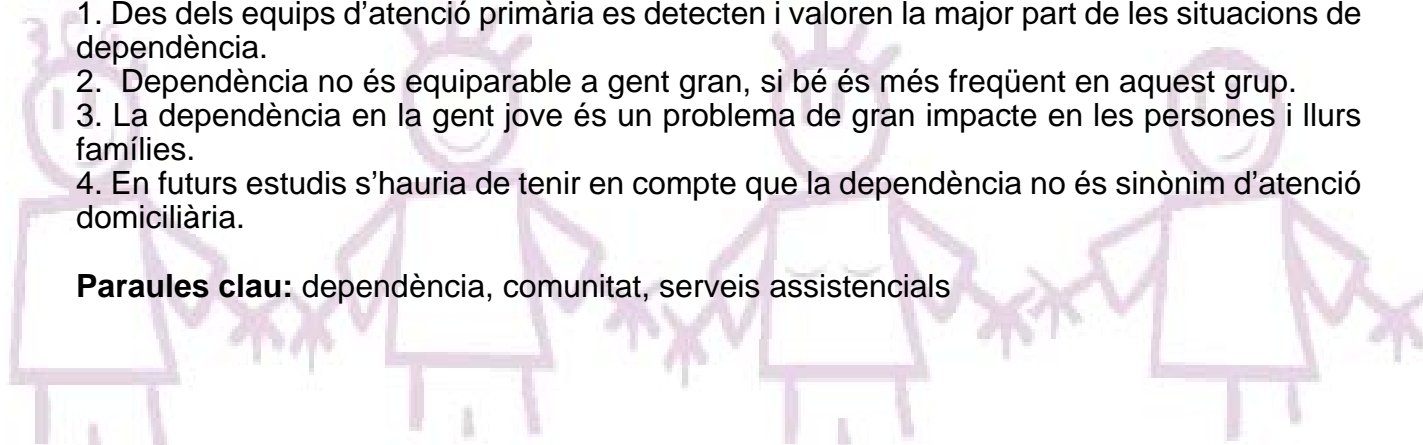
Dependència/Servei	ATDOM	ATDOM i SAD	SAD	TOTAL
Alta	174	48	58	280
Moderada/autònom	247	42	101	390
Grau no conegut	225	0	0	225
Total	646	90	159	895

Del total de les persones amb alta dependència, 250 (89 %) eren majors de 65 anys, i en el 70 % dels casos TS era dels ICS. Entre els problemes de salut en les persones joves destaquen les malalties neurològiques degeneratives.

Conclusions

1. Des dels equips d'atenció primària es detecten i valoren la major part de les situacions de dependència.
2. Dependència no és equiparable a gent gran, si bé és més freqüent en aquest grup.
3. La dependència en la gent jove és un problema de gran impacte en les persones i llurs famílies.
4. En futurs estudis s'hauria de tenir en compte que la dependència no és sinònim d'atenció domiciliària.

Paraules clau: dependència, comunitat, serveis assistencials



Característiques sociosanitàries dels pacients associades al risc de claudicació familiar

C. Padilla Llamas, B. Beltrán Bartés, M. Andreu Aranda, E. Villegas Bruguera.
UFISS de Geriatria. Hospital Dos de Maig. Barcelona. Consorci Sanitari Integral.

Introducció

A Barcelona ciutat, l'any 2003, s'elabora un protocol de preparació d'alta hospitalària (PREALT) per millorar la continuïtat assistencial dels pacients que requereixen seguiment sanitari dels equips d'atenció primària (EAP). Molts d'aquests presenten risc social.

Objetius

Analitzar les variables sociosanitàries descrites en els informes d'infermeria i social relacionades amb el risc de claudicació familiar (RCF).

Mètode

Anàlisi de les variables registrades el 2004. Grups de risc: gran fràgil (GF), cures d'infermeria (CI), tractament farmacològic complex (TFC), cures pal·liatives (CP), índex de Barthel (IB), nucli de convivència (NC), presència del cuidador (PC) i perfil, suport formal (SF), RCF i demanda de recursos socials o sociosanitaris.

Resultats

82 pacients amb PREALT, 57 casos (69,5 %) amb risc social. Edat mitjana 79,64 (rang 36-97), 37 homes i 20 dones. PC: el 100 %, amb cuidador gran 28 (49 %), jove 20 (35 %), indirecte 9 (16 %). NC: cònjuge-familiar d'edat similar 22 (38,6 %), sols 13 (22,8 %), cònjuge-familiar 11 (19,3 %), fills 9 (15,8 %), en rotació 2 (3,5 %). SF 24 (42 %). 29 (50,9 %) retornen a domicili pendent de recursos. GF: 18 (53 %) amb IB < 40, amb RCF 14 (78 %), dels quals 9 (64,3 %) amb cuidador gran/indirecte. 16 (47 %) amb IB ? 40, RCF 4 (25 %), cuidador gran/indirecte 2 (50 %).

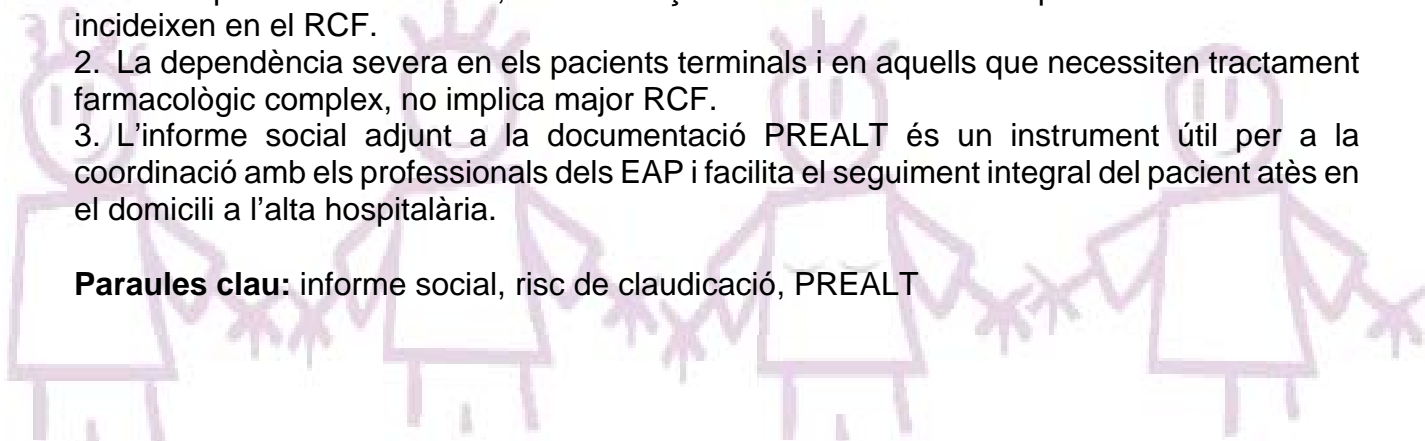
CI: 6 (50 %) amb IB<40, RCF 5 (83 %), cuidador gran/indirecte 3 (60 %). 6 (50 %) amb IB ≥ 40, RCF 2 (33 %), cuidador gran/indirecte 2 (100 %).

TFC: 6 (100 %) amb IB ? 40, RCF 3 (50 %), cuidador gran/indirecte 2 (66,7 %). CP: 2 (40 %) amb IB < 40, RCF 1 (50 %), cuidador gran/indirecte 1 (100 %). 3 (60 %) amb IB ≥ 40, RCF 2 (67 %), cuidador gran/indirecte 2 (100 %).

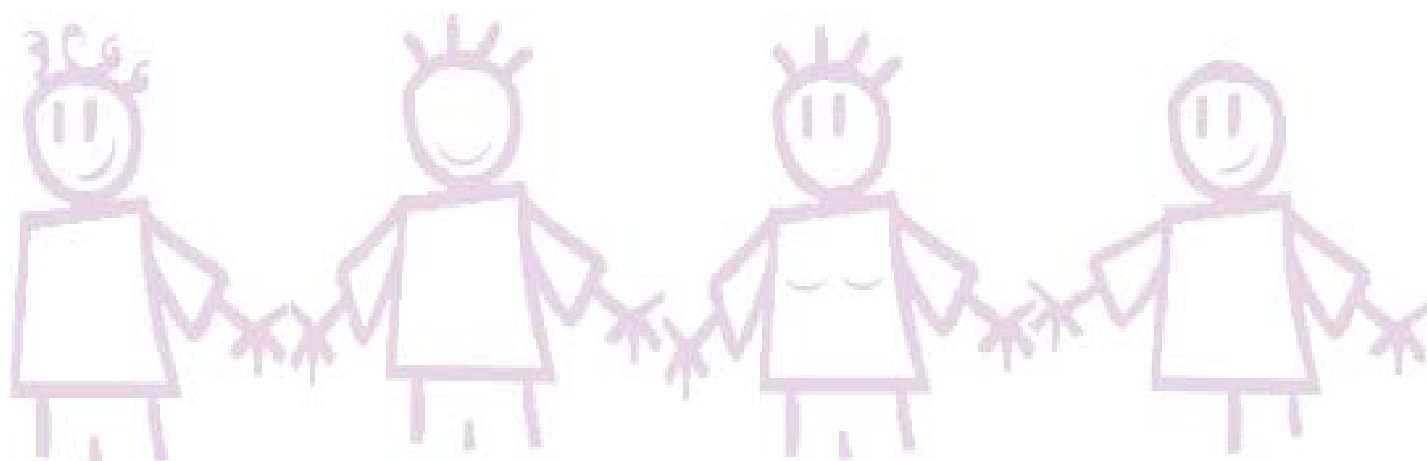
Conclusions

1. En els pacients fràgils, i en aquells que necessiten cures complexes d'infermeria, una severa dependència funcional, l'edat avançada o la no vinculació de parentesc del cuidador incideixen en el RCF.
2. La dependència severa en els pacients terminals i en aquells que necessiten tractament farmacològic complex, no implica major RCF.
3. L'informe social adjunt a la documentació PREALT és un instrument útil per a la coordinació amb els professionals dels EAP i facilita el seguiment integral del pacient atès en el domicili a l'alta hospitalària.

Paraules clau: informe social, risc de claudicació, PREALT



Pòsters



Trabajo social comunitario en la atención primaria de salud: revista salud en el barrio

Sandra Aguilar Margalejo, Sílvia Simó i Castelló, Raquel Alonso Segura, M^a Ángeles Martínez Meca, Manoli Rodríguez Joaquina.

Equipos de atención primaria de salud del consorcio sanitario integral:
EAP Collblanc, EAP Torrassa, EAP Gaudí, EAP Sagrada Família.

Justificación

Publicación de una revista de salud dirigida a la población adscrita a las cuatro áreas básicas de salud, elaborada por los profesionales de los equipos de atención primaria.

Objetivos

- Integrar el equipo de atención primaria (EAP) como servicio más próximo a la población del barrio.
- Fomentar el trabajo social comunitario en la atención primaria.
- Proporcionar información sobre temas sociales a la población referente de las ABS.
- Dar a conocer el perfil en el ámbito sanitario.
- Facilitar elementos de reflexión a la población del barrio de la actualidad social desde el ámbito del/de la trabajador/a social de salud.

Metodología

Elaboración de artículos sobre temas sociales de interés para la población de referencia de las cuatro ABS.

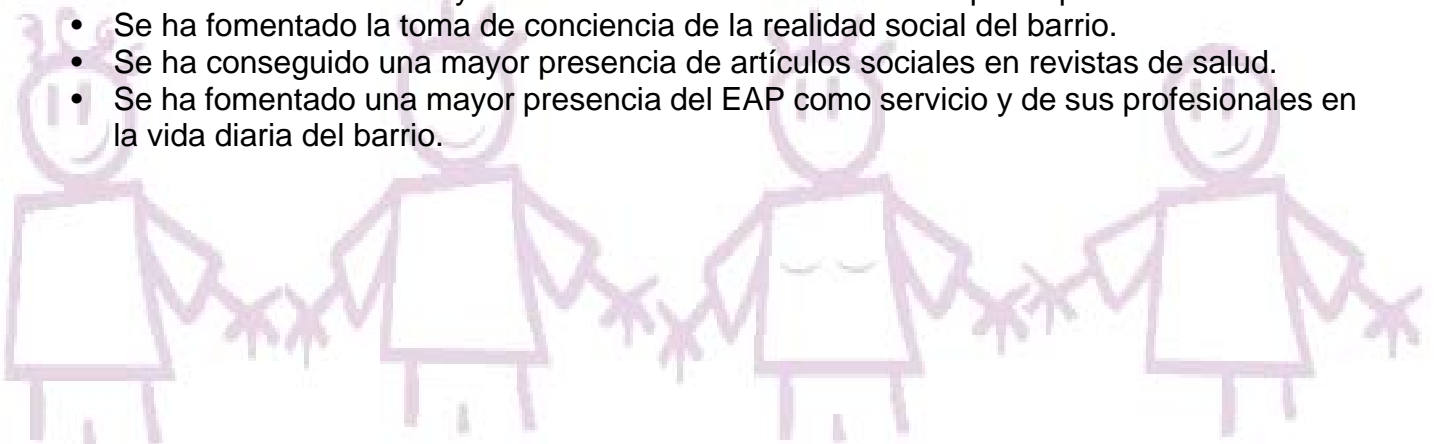
Participación en el Comité Editorial de la revista.

Resultados

- Número de revistas publicadas.
- Temas sociales tratados en los diferentes números de la revista.
- Devolución de opiniones, comentarios y sugerencias de la población adscrita a las ABS.
- Devolución de opiniones, comentarios y sugerencias de los profesionales internos y externos.

Conclusiones

- Se ha conseguido garantizar un espacio permanente sobre temas sociales en la publicación de cada revista.
- Se ha fomentado un mayor conocimiento de temas sociales por la población.
- Se ha fomentado la toma de conciencia de la realidad social del barrio.
- Se ha conseguido una mayor presencia de artículos sociales en revistas de salud.
- Se ha fomentado una mayor presencia del EAP como servicio y de sus profesionales en la vida diaria del barrio.



Proyecto de servicio de ayudas técnicas

Manoli Rodríguez Joaquina, Sandra Aguilar Margalejo, Raquel Alonso Segura, M^a Ángeles Martínez Meca, Sílvia Simó i Castelló

Equipos de atención primaria de salud del consorcio sanitario integral:
EAP Collblanc, EAP Torrassa, EAP Gaudí, EAP Sagrada Família.

Justificación

Crear un Servicio de Ayudas Técnicas, dada la creciente demanda de éstas, a través de la recogida de material ortopédico cedido por los propios usuarios en cada EAP, y realizar préstamos de estas ayudas técnicas a otros usuarios que lo precisen. Se contempla la posibilidad de cederse material entre las cuatro EAP.

Objetivos

- Potenciar la autonomía personal
- Mejorar la accesibilidad y favorecer la integración social de la gente mayor y de las personas discapacitadas, mediante la prestación de material ortopédico y ayudas técnicas.
- Mejorar la calidad de vida y el desarrollo de la autonomía personal, beneficiando tanto a las personas mayores o discapacitadas, como a sus familiares.

Metodología

En cada centro, se crea un espacio de almacenaje de todo el material cedido, y se posibilita el mantenimiento y la limpieza de dicho material.

Recogida del material: se trabaja con dos documentos básicos, el *documento de cesión* de uso de ayuda técnica, firmado por el usuario donante, y la *carta de agradecimiento* a la cesión de ayuda técnica que cada centro envía al usuario donante.

Préstamo del material: se trabaja con el *documento de préstamo*, en el cual constan los datos de la persona beneficiaria del préstamo y la fecha pactada de retorno del material prestado. La periodicidad de los préstamos se establece en función del material disponible.

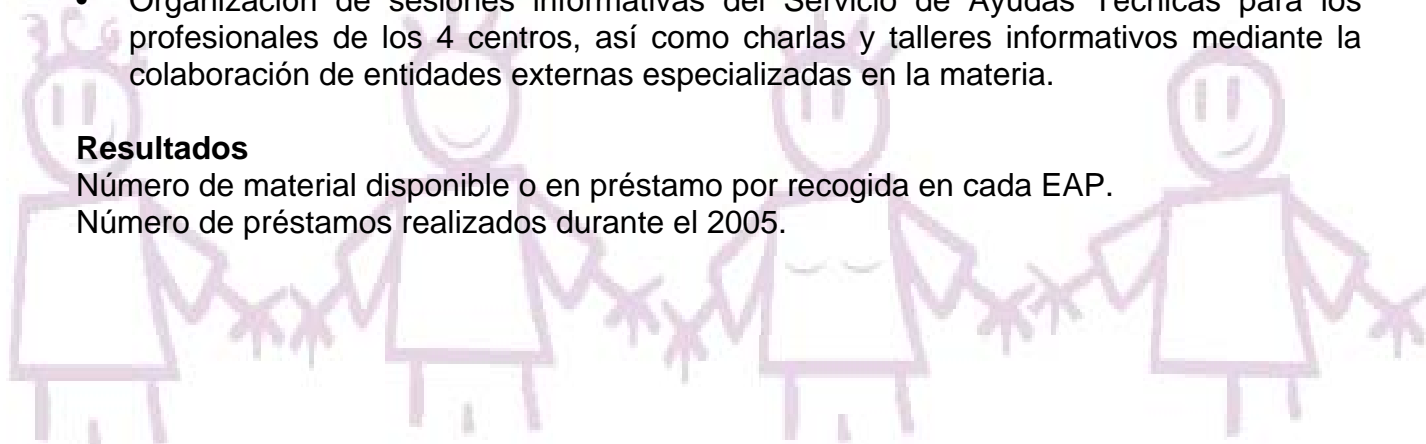
Promoción del Servicio de Ayudas Técnicas mediante:

- Creación de un póster publicitario que informe en cada centro de la recogida de material ortopédico y su finalidad.
- Edición de un artículo en la revista "Salut al Barri" divulgada entre la población de los 4 centros.
- Edición de boletines especiales y dípticos explicando el funcionamiento del Servicio de Ayudas Técnicas.
- Organización de sesiones informativas del Servicio de Ayudas Técnicas para los profesionales de los 4 centros, así como charlas y talleres informativos mediante la colaboración de entidades externas especializadas en la materia.

Resultados

Número de material disponible o en préstamo por recogida en cada EAP.

Número de préstamos realizados durante el 2005.

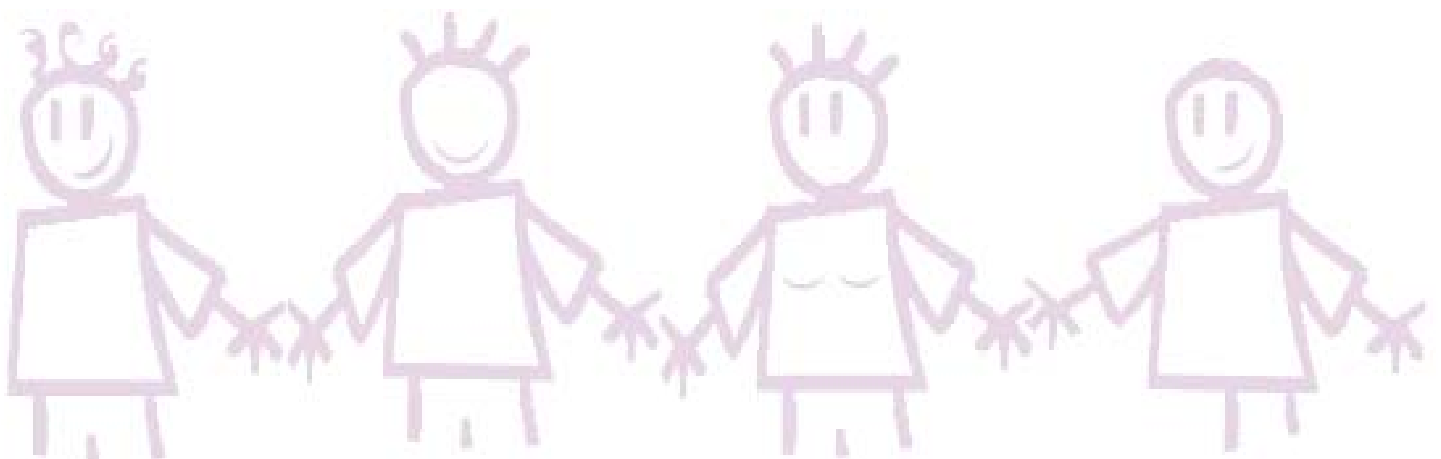


Conclusiones

Mediante este proyecto se ha fomentado:

- El acceso de la población a las ayudas técnicas, así como su uso.
- La educación sanitaria en este aspecto mediante los diferentes profesionales del ABS.
- La reutilización y el reciclaje del material ortopédico.
- La implicación de la población y el compromiso social para realizar esta práctica (donación y solicitud de préstamo).
- La ampliación de la tipología de material ortopédico disponible, mediante las donaciones que han ido haciendo los usuarios de forma espontánea (medicación, prótesis ortopédicas, pañales, además del material ortopédico).

Presentación en formato póster



Atenció al malalt neuropsiquiàtric amb necessitats socio sanitàries

Montse Carmona, treballadora social. Jesús Cobo, psiquiatra. Gisela Rivera, neuròloga Mireia Rosell, treballadora social. Dolors Tomás, infermera
Montse Vaqueiro, internista

Introducció

Les malalties neuropsiquiàtriques, els accidents (de circulació, laborals...) amb afectació cerebral i el consum de tòxics, molt freqüent en la societat actual, afecten majoritàriament la població jove. Aquests pacients necessiten atenció socio sanitària, però s'observa sovint la seva ubicació inadequada en els hospitals d'aguts i en altres dispositius no socio sanitaris.

Objectius

- Definir el perfil del pacient neuropsiquiàtric amb necessitats socio sanitàries de la nostra àrea. Estimar la seva prevalença.
- Fer previsió de les necessitats d'atenció en els darrers 10 anys.
- Analitzar les debilitats d'atenció hospitalària i socio sanitària.

Material i mètode

Estudi descriptiu per a la recerca i elaboració d'un document elaborat de forma multidisciplinària (Corporació Parc Taulí, Sabadell).

Resultats

Es defineixen 5 grups, amb el denominador comú d'edat inferior a 65 anys, trastorns conductuals en relació amb deteriorament cognitiu d'origen neurològic, psiquiàtric, posttraumàtic, associat a VIH o addiccions greus, amb o sense dependència funcional, que no són susceptibles de tractament ambulatori convencional, i amb requeriments d'un abordatge integral socio sanitari. La seva prevalença és variable segons els grups, però generalment alta. Els requeriments d'ingrés per als propers anys son: 490 (aguts), 200 (subaguts) i 155 (llarga estada). Es constaten debilitats en l'àmbit socio sanitari que necessiten una anàlisi acurada, major dotació de recursos i formació específica per als professionals.

Conclusió

És necessari l'abordatge socio sanitari d'aquests pacients i cal disposar d'unitats d'atenció específiques per a ingressos temporals o de llarga estada especialitzades, estructuralment adequades i amb un finançament diferenciat per poder cobrir les necessitats d'aquests malalts.



Proyecto acogida recién llegados

Sílvia Simó i Castelló, Sandra Aguilar Margalejo, Raquel Alonso Segura, M^a Ángeles Martínez Meca, Manoli Rodríguez Joaquina

Equipos de atención primaria de salud del consorcio sanitario integral:
EAP Collblanc, EAP Torrassa, EAP Gaudí, EAP Sagrada Família.

Justificación

Dado el auge de la población recién llegada a los barrios de referencia de la ABS, se ha detectado la necesidad de crear una herramienta para dar a conocer el funcionamiento del sistema sanitario catalán, que consiste en un tríptico de fácil manejo y en diversos idiomas con la información básica de ámbito sanitario y en una guía más ampliada.

Objetivos

- Dar la información básica del sistema sanitario a la población recién llegada.
- Creación de herramientas básicas (tríptico y dossier) de fácil acceso tanto para usuarios como para profesionales del ABS.

Metodología

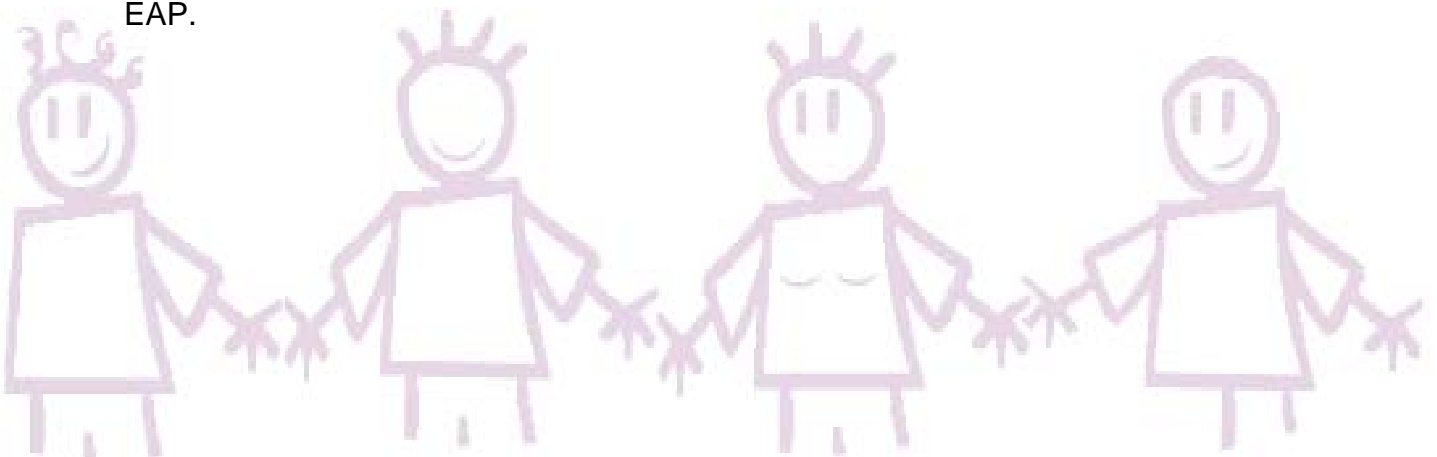
- Elaboración de material/dossier, de dos guías adecuadas a cada tipo de población según la zona y en diferentes idiomas.
- Elaboración y distribución de un tríptico divulgativo para los usuarios de las cuatro ABS.
- Sesión informativa interna a los profesionales de los cuatro EAP.
- Publicación de un artículo en la revista "Salut al Barri" informando del proyecto.
- Contacto con entidades de traductores y de intérpretes para uso en caso necesario.
- Elaboración de circuito interno entre médicos, enfermeras, trabajadora social y administrativos.

Resultados

Pendiente de evaluar

Conclusiones

- Unificación de criterios de acceso entre profesionales internos del ABS.
- Mejora de la primera acogida del recién llegado en el ABS.
- Accesibilidad de información sobre el funcionamiento del sistema sanitario de salud.
- Accesibilidad de información sobre servicios del barrio.
- Accesibilidad de información concreta en aspectos de salud para los profesionales del EAP.



Model d'intervenció social. Una visió des de la salut

Mireia Soler, Sandra Aguilar, Ana Nebot, Raquel Alonso, Faustí Benavente, M^a José Rubio

Introducció

El treball diari durant més de 15 anys ha permès arribar a un model integral per atendre de manera òptima els nostres usuaris.

Objectius

Apropar tots els serveis i recursos als ciutadans.

Augmentar la satisfacció de l'usuari.

Millorar la coordinació entre les diferents institucions.

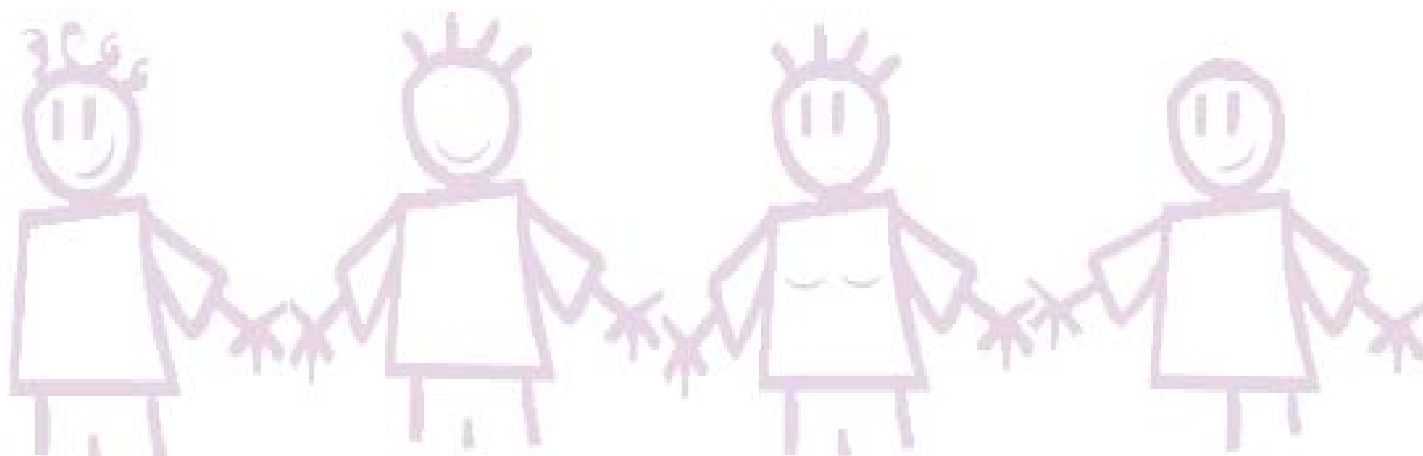
Materials i mètodes

- Coordinació periòdica i grup de treball amb altres nivells sanitaris equip d'atenció primària, centres cociosanitaris, Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport, Centre de Salut Mental...)
- Priorització i orientació de les sol·licituds d'ingrés socio-sanitaris a través d'una comissió, pre-CIMSS, per a la posterior presentació de casos a la CIMSS (d'àmbit supramunicipal).
- Circuit amb hospitals, PADES, EAP i CMSS (Centre Municipal de Serveis Socials) per atendre urgències socials procedents d'altres hospitalàries (PREALT-Social).
- Homologació en la utilització integral dels recursos i serveis de la comunitat, que gestiona l'Ajuntament en l'àmbit de la gent gran amb dependència (ajuda a domicili, teleassistència, menjar a domicili, subvenció de residències, centres de dia, respir...).
- Coordinació i grups de treball interinstitucional amb CMSS i per àmbits (disminuïts, violència de gènere, gent gran...).
- Utilització d'altres recursos de la comunitat sense preacords unificats (voluntariat Creu Roja, Càritas, associacions, fundacions...).
- Participació en el Consell de Salut, Consell municipal de la Gent Gran, etc.

Resultats

- Aquest model pretén evitar duplicitats entre els serveis.
- Ofereix garantia de continuïtat d'atenció social i gestió de recursos socio-sanitaris.
- És un model dinàmic.
- Resta establir acords institucionals amb altres entitats de la comunitat.

Paraules claus: coordinació transversal / model / continuïtat



Em llegeixes un llibre? Projecte d'intervenció comunitària entre diferents entitats i serveis del barri

Mireia Soler, Sandra Aguilar, Ana Nebot, Raquel Alonso, Faustí Benavente, M^a José Rubio

Justificació

La posada en marxa del Pla de Desenvolupament Comunitari (PDC) del barri ha estat la plataforma per trobar-nos diferents professionals i entitats.

Objectius

Dels professionals:

- Enfortir la relació professional entre les entitats del barri i el professionals que atenen un mateix sector de població
- Elaborar un projecte d'acció al barri com a plataforma de treball conjunt
- Del projecte:
- Promoure el voluntariat al barri
- Crear un nou servei al barri adreçat a la gent gran

Metodologia

Comissió de treball multidisciplinària formada per professionals i entitats del barri.

Distribució de rols:

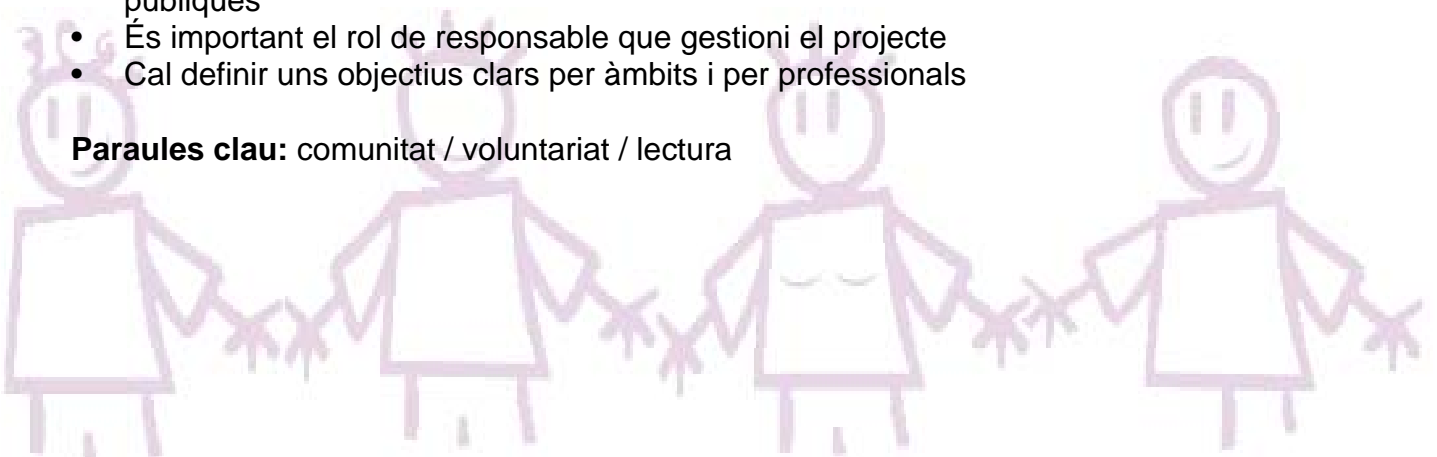
- Biblioteca com a propulsora del projecte.
- Treballadores socials del CMSS (Centre Municipal de Serveis Socials) i EAP (equip d'atenció primària), captació de voluntaris.
- Entitats del PDC (casal de gent gran, associacions de veïns, parròquia...) anàlisi de les necessitats del barri.
- Oficina del Voluntariat com a aglutinadora dels voluntaris.
- La tècnica del PDC fa coordinació.
- Totes les entitats fan captació de voluntaris.

El projecte va adreçat a persones grans del barri amb dificultats per accedir al carrer i vol crear un grup de voluntaris per oferir servei de préstec de fons bibliotecari i lectura en veu alta al domicili. Les fases són: captació i formació del voluntariat, captació del usuaris i anàlisi dels seus interessos (fase actual), assignació de voluntari-usuari (fase actual), seguiment i avaluació del projecte.

Conclusions

- En projectes comunitaris es fonamental la implicació d'entitats ciutadanes i institucions públiques
- És important el rol de responsable que gestioni el projecte
- Cal definir uns objectius clars per àmbits i per professionals

Paraules clau: comunitat / voluntariat / lectura



Grupo-taller cuidar de los cuidadores

M^a Ángeles Martínez Meca, Raquel Alonso Segura
EAP Gaudí, EAP Torrasa

Justificación

- El perfil de estas personas es el de cuidadores o cuidadoras de personas con alto nivel de dependencia (física o psíquica *demencia*) que han sufrido pérdidas en diferentes niveles: laborales, económicas, personales, de ocio... a consecuencia de cuidar.
- Se enfrentan a proporcionar cuidados diferentes según evoluciona la enfermedad: solicitando constantemente información y asesoramiento.
- Riesgo de claudicación, elevada carga asistencial mediante demandas somáticas propias (cuidador).

Objetivos

- Proporcionar una atención integral.
- Formar en aspectos claves para el cuidado de pacientes.
- Ayudar a los cuidadores a soportar el impacto emocional que supone tanto el diagnóstico como la enfermedad.
- Asesorar e informar en cuestiones médicas, de enfermería, psicológicas, legales, económicas o asistencia social.
- Crear un espacio donde todos encuentren un lugar donde explicar sus experiencias.

Metodología

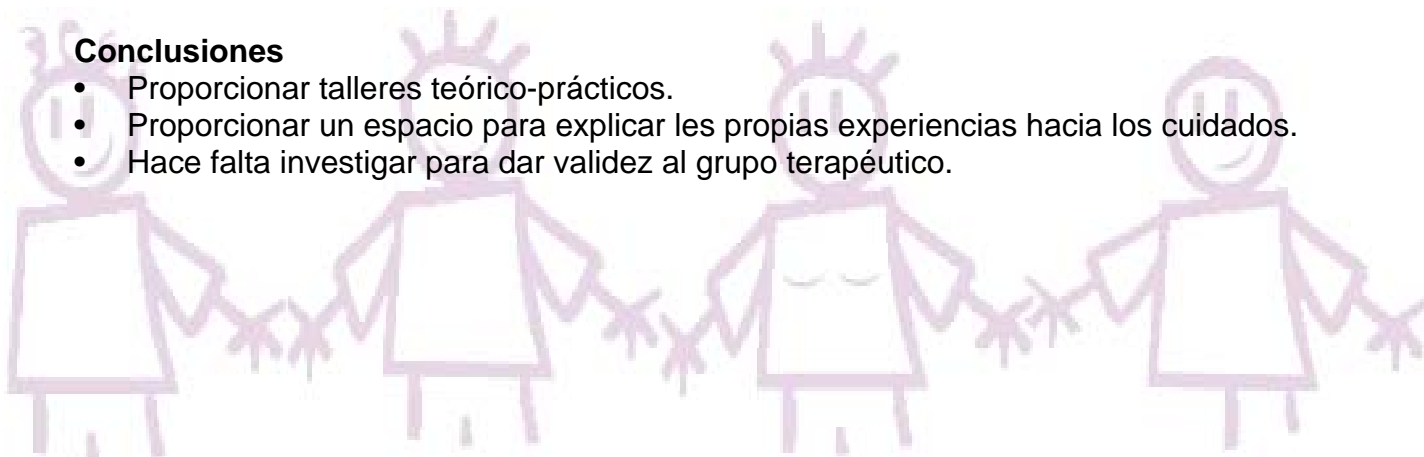
Crear un grupo de cuidadores de 8 personas máximo. Cuidadores de pacientes con alto nivel de dependencia (física o psíquica *demencia*), excluyendo cuidadores de pacientes con patología psiquiátrica. Se reúnen un día a la semana durante una hora y media a lo largo de 2-3 meses.

Resultados

- Disminución del nivel de sobrecarga del cuidador (Zarit).
- Mejora de conocimientos hacia los cuidados del familiar.
- Mejor nivel de información.
- Mejor organización del tiempo.
- Grado de reconocimiento por parte del cuidador del malestar que le comporta el ejercicio del rol.
- Expresión de emociones negativas y positivas por parte del cuidador.
- N^o asistencia de cuidadores al taller.

Conclusiones

- Proporcionar talleres teórico-prácticos.
- Proporcionar un espacio para explicar las propias experiencias hacia los cuidados.
- Hace falta investigar para dar validez al grupo terapéutico.



A Roquetes fem salut: un projecte de salut comunitària integrat al pla de desenvolupament comunitari de l'àrea bàsica de salut

Glòria Muniente Perez de Tudela, treballadora social. EAP Roquetes
Antoni Dedeu Baraldes, metge i director. EAP Roquetes
Isabel Crespo Martinez, infermera. EAP Roquetes
Lourdes Tomás Rubio, metgessa. EAP Roquetes
Montserrat Agramunt Perelló, infermera i adjunta d'infermeria. EAP Roquetes
Ruben David Fernández Carrasco, tècnic comunitari, Pla Comunitari. EAP Roquetes

Col.laboradors

Maite del Amo, infermera. EAP Roquetes
M^a Dolors Filló, infermera. EAP Roquetes
Pilar Po, infermera. EAP Roquetes
M^a Ángeles González, metgessa. EAP Roquetes
Montserrat Petit, infermera, Equip de Salut Comunitària (ASPB)
Mercè Arias, treballadora social, Socials. Serveis Socials de Roquetes
Escola Bressol El Castell, Taula de Salut Veïnal, Grup de Fibromiàlgia, AMPA del CEIP Antaviana, Associació de Veïns i Veïnes de Roquetes

Introducció

La Comissió d'Atenció Comunitària (CAPOC) (1 metgessa, 1 infermera i la treballadora social de l'equip) elabora el diagnòstic de salut del barri de Roquetes (2002-2004), zona urbana i perifèrica de Barcelona, amb l'objectiu de fer un projecte de salut comunitària. La reunió de prioritització i consens comunitat/EAP respecte a la salut percebuda (març 2003) coincideix amb l'inici del Pla Comunitari. Es decideix integrar-hi el diagnòstic de salut, presentat el juny 2004. Es prioritzen (novembre 2004): problemes d'ossos i musculars, manca d'hàbits saludables i manca d'habilitats d'autocura.

Objectiu

Objectius específics de les activitats desenvolupades pel projecte: prevenir mal d'esquena, promoure hàbits saludables (alimentació, deixar de fumar), millorar habilitats d'autocura.

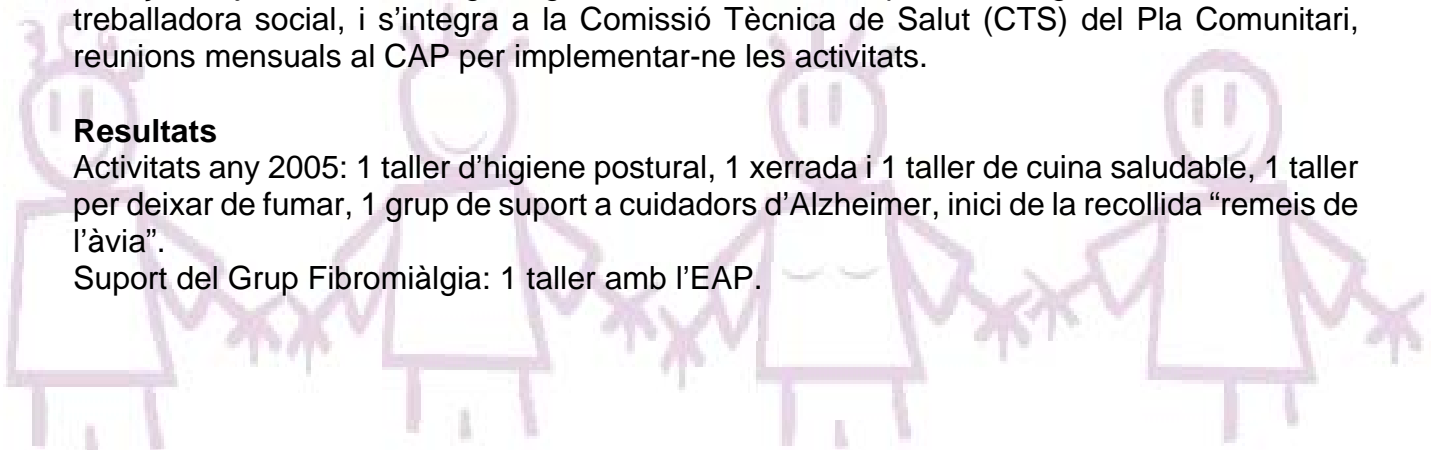
Material i mètode

Adreçat a joves, adults i gent gran. La CAPOC s'amplia: 2 metges, 5 infermeres, 1 treballadora social, i s'integra a la Comissió Tècnica de Salut (CTS) del Pla Comunitari, reunions mensuals al CAP per implementar-ne les activitats.

Resultats

Activitats any 2005: 1 taller d'higiene postural, 1 xerrada i 1 taller de cuina saludable, 1 taller per deixar de fumar, 1 grup de suport a cuidadors d'Alzheimer, inici de la recollida "remeis de l'àvia".

Suport del Grup Fibromiàlgia: 1 taller amb l'EAP.



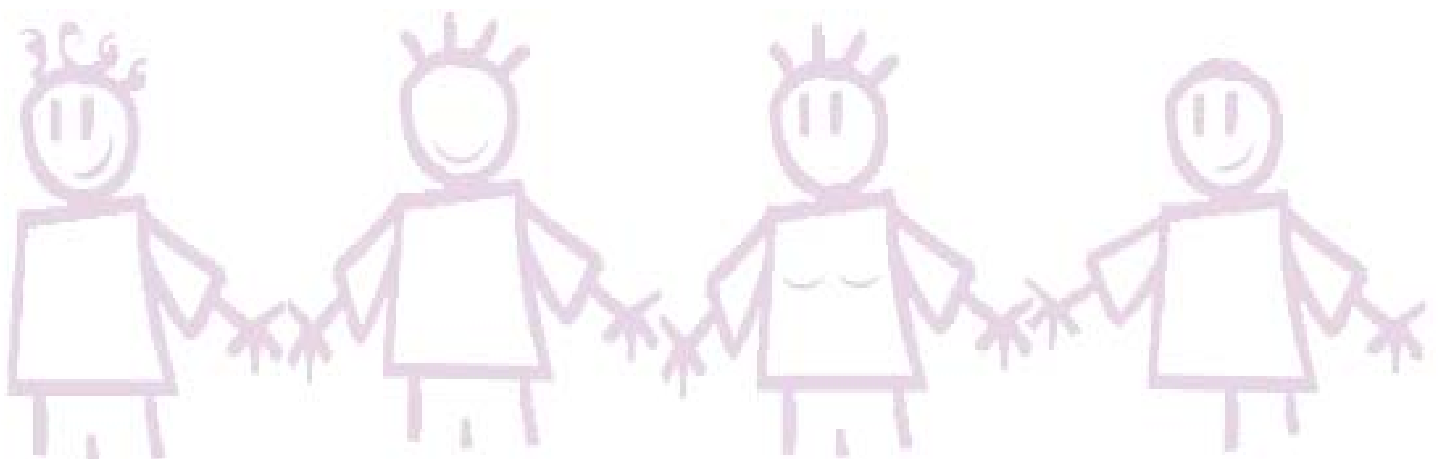
Reunions del Pla Comunitari: **sense fum.**

Informació d'activitats: díptic, butlletí "Mes a Mes", "La Gazeta", reunions del Grup Comunitari.

Conclusions

Consens de la comunitat amb l'EAP per prioritzar problemes, dissenyar i implementar el projecte. Bona acollida de les activitats fetes. Aprofitament dels espais Pla Comunitari per integrar-hi aspectes de salut. S'ha afavorit el treball en xarxa a la CTS, sinergies del procés participatiu iniciat per la CAPOC positives i ben valorades per la comunitat. Garantida la continuïtat.

Paraules clau: salut comunitària



Tres anys fent salut al barri

Gemma Solanas Bacardit, Josefina Ibars Prunés, Matilde Català Magre, Àfrica Garcia Curado i Ester Garcilópez

Introducció

“Fem salut al barri” neix el 2004 com un projecte de col·laboració entre l'EAP Manresa 4 i el Pla de Desenvolupament Comunitari de la Font. És un projecte comunitari amb objectius consensuats pels serveis sanitaris de l'EAP, l'equip del Pla de Desenvolupament i els veïns i veïnes del barri, a través del grup de dones “Una Font de Dones” per tal d'incidir en algunes de les necessitats reals detectades en el territori.

Objectius

1. Treballar les relacions entre l'EAP i la població del barri creant nous espais de trobada i comunicació.
2. Potenciar l'intercanvi d'informació i coneixement per tal d'apropar el CAP al barri i a l'inrevés.
3. Realitzar un seguit de sessions teòriques i pràctiques que donin resposta a les demandes realitzades pel grup de dones.
4. Dinamitzar el col·lectiu de dones del barri, alhora que es desenvolupen activitats proposades pel barri.

Població diana

El projecte va adreçat a tota la població, però principalment al col·lectiu de dones pensant que són agents *educatius essencials* en el nucli familiar, transmissores d'hàbits i costums i que poden *promoure canvis importants en l'àmbit de la salut familiar*.

Material i mètodes

Les activitats del projecte es porten a terme mitjançant:

- trobades amb el col·lectiu de dones,
- realització de les xerrades-tallers mensuals sobre els temes proposats al local de l'Associació de Veïns d'una hora i mitja de durada.

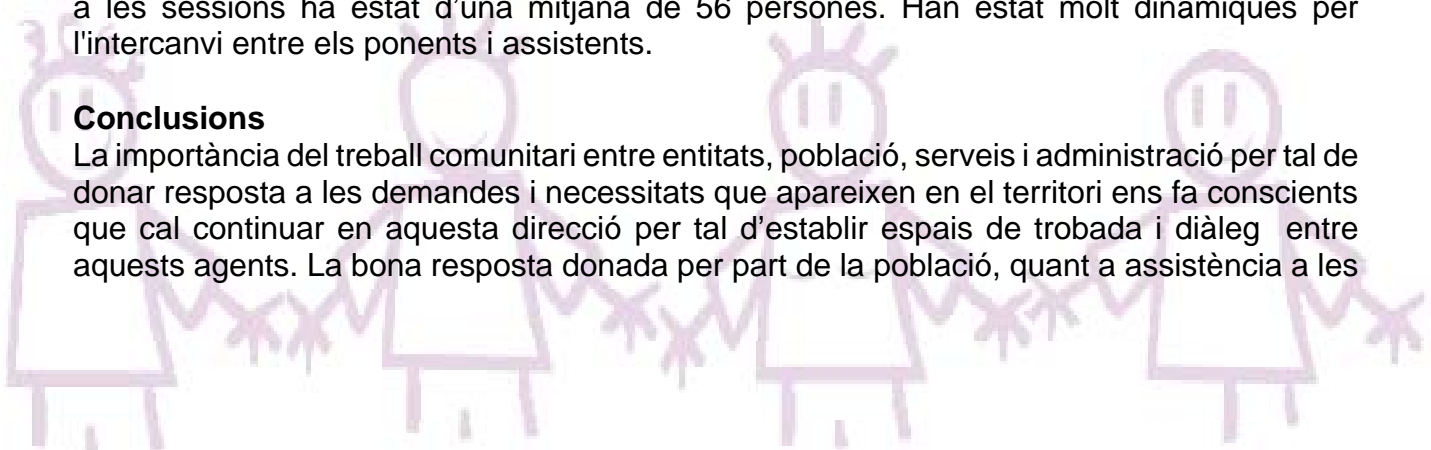
Els recursos materials i humans utilitzats són els propis de l'AV i de l'EAP.

Resultats

Els temes de les sessions han estat variats, per exemple: gestió de l'ansietat i l'estrès, anem a caminar, saber cuidar-nos per cuidar, secrets d'una esmena saludable, alimentació i nutrició, pèrdua de memòria, psicologia infantil, prevenció de riscos a la llar, etc. L'assistència a les sessions ha estat d'una mitjana de 56 persones. Han estat molt dinàmiques per l'intercanvi entre els ponents i assistents.

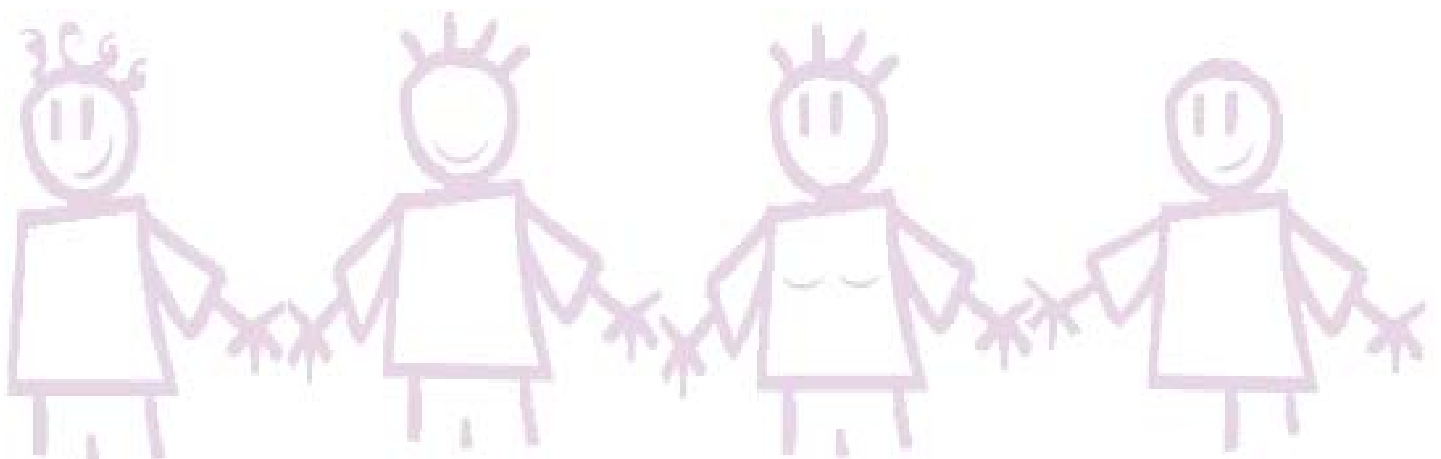
Conclusions

La importància del treball comunitari entre entitats, població, serveis i administració per tal de donar resposta a les demandes i necessitats que apareixen en el territori ens fa conscients que cal continuar en aquesta direcció per tal d'establir espais de trobada i diàleg entre aquests agents. La bona resposta donada per part de la població, quant a assistència a les



sessions i la satisfactorietat expressada pels professionals de l'EA, entre els qual han participat metges, pediatres, infermeres, treballadora social i odontòlegs, fa que estigui vigent fins l'actualitat i en projecte per al 2007.

Paraules clau: comunitari / salut i dona



La treballadora social, una peça clau per una atenció integral

Merche Galán Cueva, diplomada d'infermeria
Remei Moreno Granada, diplomada d'infermeria
Núria Pereira Berdullas, diplomada d'infermeria
M^a Dolors Olmos Pagès, diplomada en treball social

Introducció

El treball multidisciplinari facilita la detecció precoç i el cribatge de col·lectius amb necessitats socials i sanitàries.

Des del nostre centre, infermeres i metges fem un plantejament de cerca activa per a la identificació d'aquests usuaris i la derivació posterior a la treballadora social (TS), com a professional responsable de la valoració, gestió i correcta assignació dels recursos socials.

Objectius

Conèixer la població a la qual s'ha detectat risc social per part dels professionals sanitaris i ha estat derivada a la TS.

Conèixer els recursos dels quals ha pogut gaudir la població derivada a la TS.

Material i mètode

Disseny: Descriptiu transversal

Àmbit: ABS zona urbana

Subjectes: la totalitat d'usuaris amb risc social detectats a les consultes i domicilis i que s'han derivat a la TS entre gener de 2004 i desembre de 2005.

Intervencions: Valoració d'indicadors de risc social (TIRS) per part dels professionals sanitaris i l'escala de valoració social per part de la TS.

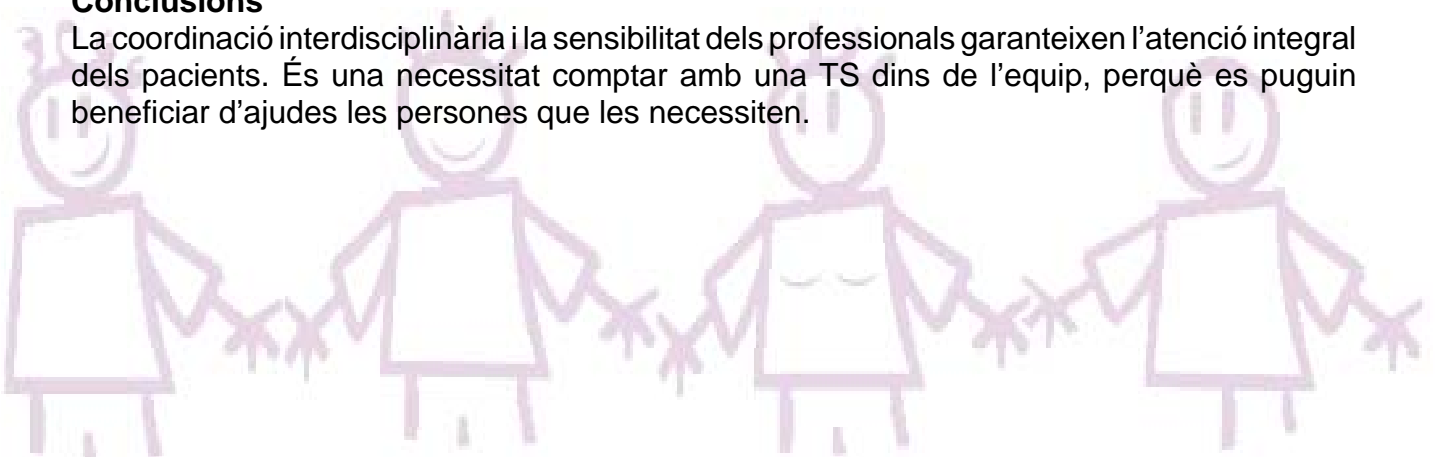
Resultats

454 persones han estat valorades mitjançant el TIRS. Se n'han derivat a la TS 161. Els resultats dels indicadors han estat: 0 = 32,3 %, 1 = 34,8 %, 2 = 19,9 %, 3 = 11,8 %, i 4 = 1,2 %. Dels no derivats els resultats són: 0 = 56 %, 1 = 35,8 %, 2 = 6,5 %, 3 = 1,4 % i 5 = 0,3 %.

Dels derivats, 26 no han necessitat cap ajut, s'han demanat 109 ajuts econòmics, 28 centres/hospitals de dia, 11 descansos temporals, 23 ingressos definitius, 21 serveis a domicili i 30 altres ajuts.

Conclusions

La coordinació interdisciplinària i la sensibilitat dels professionals garanteixen l'atenció integral dels pacients. És una necessitat comptar amb una TS dins de l'equip, perquè es puguin beneficiar d'ajudes les persones que les necessiten.



Intervenció grupal socioterapèutica a cuidadors informals

Remei Moreno Granada, diplomada d'infermeria
M^a Dolors Olmos Pagès, diplomada en treball social

Introducció

L'any 2002 es va posar en marxa a Santa Coloma de Gramenet el Programa "Cuidar i Cuidar-se" en el qual s'estableix com a figura clau el cuidador informal. Aconseguir que el pacient obtingui el màxim benestar i tingui totes les necessitats cobertes implica desenvolupar un rol per al qual el cuidador no sempre pot sentir-se preparat, i li pot generar ansietat o claudicació.

Una de les línies d'actuació del programa planteja la realització de grups de cuidadors, de pacients no autònoms de llarga evolució, per facilitar-los les eines adequades per reforçar les seves actituds, capacitats i coneixements.

Objectiu

Prevenir la claudicació en el rol del cuidador i disminuir el grau d'ansietat mitjançant intervenció socioterapèutica grupal.

Material i mètode

Disseny: estudi quasi-experimental, abans-després.

Àmbit d'estudi: ABS zona urbana.

Criteris d'inclusió: cuidadors informals de pacients no autònoms de llarga evolució, inclosos en el Programa salut a casa, que mostrin signes potencials de sobrecàrrega del cuidador.

Variables d'estudi: valoració de l'escala de sobrecàrrega del cuidador (test de Zarit) i l'escala de valoració de signes d'ansietat i depressió (test de Goldberg).

Intervenció: els professionals d'infermeria i la treballadora social van seleccionar, per formar el grup, 11 cuidadors. Es va realitzar una intervenció socioterapèutica de 8 sessions, una setmanal de noranta minuts. Abans i després de la intervenció se'ls va passar els test de Zarit i de Goldberg.

Resultats

Zarit: abans mitjana = 52'09, SD = 16'501, després mitjana = 45'45, SD = 13,156. $p = 0'033$

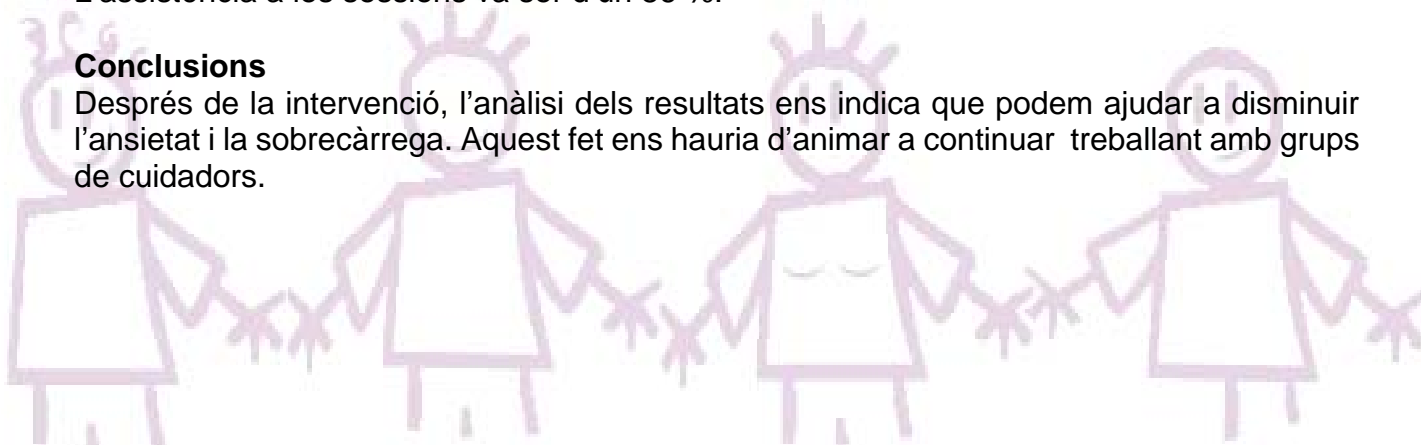
Ansietat: abans mitjana = 5'09, SD = 2'548, després mitjana = 3'09, SD = 3'145. $p = 0'032$

Depressió: abans mitjana = 3'27, SD = 3'438, després mitjana = 3'36, SD = 2'618. $p = 0'932$

L'assistència a les sessions va ser d'un 86 %.

Conclusions

Després de la intervenció, l'anàlisi dels resultats ens indica que podem ajudar a disminuir l'ansietat i la sobrecàrrega. Aquest fet ens hauria d'animar a continuar treballant amb grups de cuidadors.



Hi ha desigualtat en l'atenció social des dels centres d'atenció i seguiment a drogodependents (CAS) de la Mina respecte a d'altres?

Jordi Rengel Chica, treballador social. EAP la Mina

Justificació

El dia 2 de juny de 1987 es va crear la Unitat Funcional de Drogodependències al barri de la Mina, de sant Adrià de Besòs. Des de la data, voluntàriament el psicòleg de la Unitat de Salut Mental i els treballadors socials de l'Equip d'Atenció Primària han estat fent tractament psicosocial a l'usuari, coordinadament amb el centre dispensador de metadona i els metges de referència. Mentrestant, en altres zones l'existència d'un centre integral adequat ha suposat un centre i uns professionals referents fixos per a l'atenció a aquest grup de població amb una major disponibilitat per atendre en un horari molt més ampli i amb diverses intervencions grupals i comunitàries.

Objectiu

Donar a conèixer la desigualtat social que es produeix al barri de la Mina respecte al nombre de dies dedicats pel treballador social del CAS en comparació amb altres centres on sí que n'hi ha cada dia i on també és possible l'atenció a les tardes.

Material

Trucades telefòniques amb treballadors de CAS
Fitxa estàndard per a la recollida de dades
Ofimàtica

Mètodes

Disseny: estudi transversal i descriptiu
Àmbit d'estudi: àmbit territorial de Barcelona Ciutat, Sant Adrià de Besòs, Badalona, Santa Coloma de Gramenet, Premià de Mar i Mataró.
Subjectes: professionals del CAS
Intervencions: gestions telefòniques
Mesuraments: en cada CAS s'han fet diverses preguntes com, per exemple, si hi havia treballador social, nombre de treballadors socials, hores a la setmana que hi treballen, existència o treball amb grups, intervencions en la comunitat, consulta pròpia o compartida, si fan horari de tarda o no, espai adequat, nombre de dies que hi van a la setmana, etc.

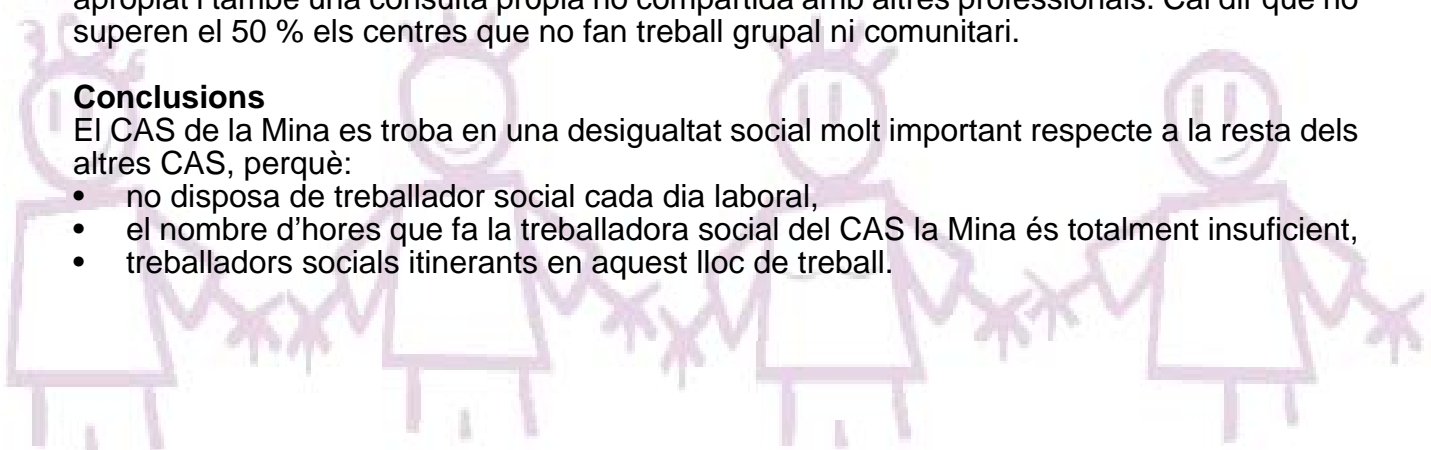
Resultats

Gairebé tots els centres tenen un treballador social (99 %), més del 75 % tenen un espai apropiat i també una consulta pròpia no compartida amb altres professionals. Cal dir que no superen el 50 % els centres que no fan treball grupal ni comunitari.

Conclusions

El CAS de la Mina es troba en una desigualtat social molt important respecte a la resta dels altres CAS, perquè:

- no disposa de treballador social cada dia laboral,
- el nombre d'hores que fa la treballadora social del CAS la Mina és totalment insuficient,
- treballadors socials itinerants en aquest lloc de treball.



Pla d'actuació integral per a la prevenció i el tractament de la violència de gènere

Raquel Alonso Segura, EAP Torrossa; M. Mercè Rico i Busquets, EAP Sant Josep; Sònia Gómez Martínez, EAP Pubilla Casas; Anna M. López Parada, EAP Santa Eulàlia Sud; M. José Rubio Martín, EAP Can Serra; Rosa M. Carrasco Coria, EAP Centre.

Introducció

La violència de gènere requereix, per la seva complexitat, un abordatge transversal des dels serveis que hi intervenen.

Objectius

- Abordar integralment la problemàtica de la violència de gènere.
- Redefinir el circuit d'atenció dels serveis que treballen amb dones.
- Augmentar la detecció.
- Proposar línies de prevenció.

Material i mètodes

Disseny: presentació descriptiva del circuit transversal d'atenció a la violència de gènere (amb esquema gràfic).

Àmbit d'estudi: serveis i entitats de la ciutat que treballen amb dones.

Intervencions: 9 sessions de treball coordinades pel programa municipal per a la dona i amb participació d'àrees bàsiques de salut, hospitals, mossos d'esquadra, planificació familiar, delegació del col·legi d'advocats, serveis socials, centre d'atenció a toxicomanies, fiscalia, guàrdia urbana, associacions de veïns, grups de dones, centre de salut mental i metges forenses.

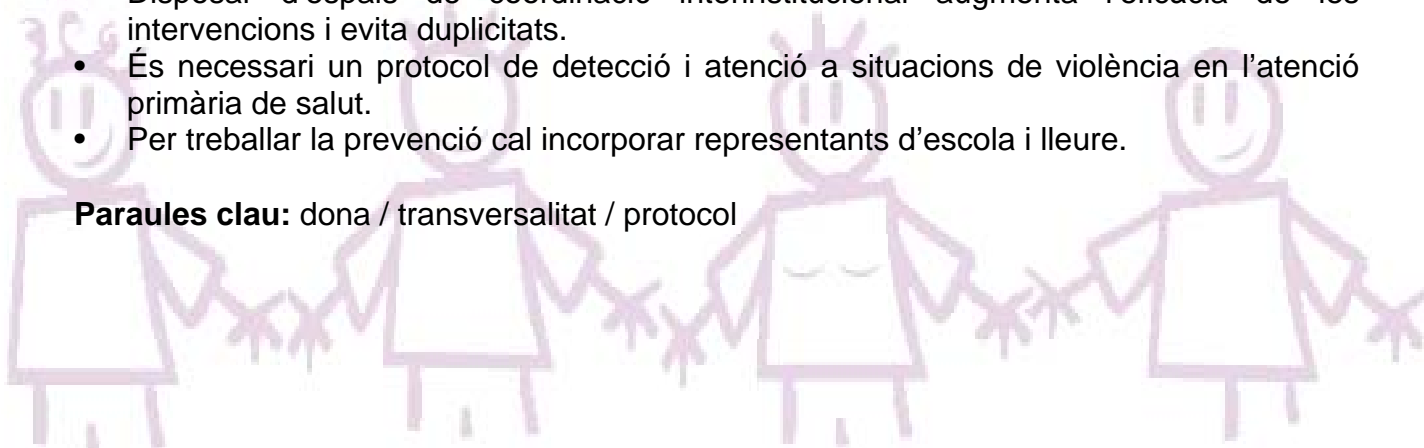
Resultats

- Coordinació dels circuits d'atenció a la violència de gènere dels diferents serveis.
- Edició del Pla d'actuació integral a la ciutat per a la prevenció i tractament de la violència contra les dones.
- Organització d'una Jornada per a professionals i entitats del municipi.
- Creació d'un seminari permanent d'aprofundiment obert a professionals i entitats.
- Realització de sessions formatives i informatives per als professionals del Servei d'Atenció Primària.

Conclusions

- Disposar d'espais de coordinació interinstitucional augmenta l'eficàcia de les intervencions i evita duplicitats.
- És necessari un protocol de detecció i atenció a situacions de violència en l'atenció primària de salut.
- Per treballar la prevenció cal incorporar representants d'escola i lleure.

Paraules clau: dona / transversalitat / protocol



Acceso y utilización a los recursos de atención primaria de salud del colectivo infantil gitano/roma del barrio de Sant Roc (Badalona)

Cristina Piñol, Carlos Moreno, Sílvia Mas, Judith Llussà.

El acceso a los servicios de salud está garantizado a todos los españoles y los residentes empadronados. En la utilización existe una infrautilización por parte de colectivos menos favorecidos.

En nuestra población inmigrante se ha observado un incremento en cuatro etnias: pakistaníes, marroquíes, ecuatorianos y rumanos. En este último grupo, el 45 % de las personas son niños.

Objetivo

Evaluar la utilización de los recursos sanitarios por este colectivo.

Pacientes y métodos

Análisis retrospectivo de historias clínicas. Variables: fecha de 1r. contacto. 1a. visita, si fue urgencia pediátrica, cita previa, control de niño sano. Vacunas. Patología.

Resultados

112 niños estudiados, el 52% niñas.

En los años 2003-2006 se registraron 163 urgencias, el 25 % constituyó el primer contacto. En el año 2005 se registraron el 40,47 % de las mismas. Patologías: otitis, fiebre, gastroenteritis, caries, tos, accidentes, amigdalitis, bronquitis, varicela. Falta de registro en 92 visitas.

Se generaron 383 citas, el 12,5 % el primer contacto con el servicio pediátrico. En 17 niños no consta contacto con pediatría, 5 niños primera visita el Control de Niño Sano. Vacunación: completa 5 niños, incompleta 34 niños, no registró 73 niños.

Conclusiones

- 1) Infrautilización de los programas de control y vacunación.
- 2) Falta de información en la forma de generar el primer contacto.
- 3) Falta de registro de patologías.
- 4) Formación por parte del equipo
- 5) Falta de un Programa de Salud específico y entendible para esta población.
- 6) Falta de mediador cultural sanitario.

Palabras claves: gitano/roma / niños / utilización



Jornada de salut: fent-nos més visibles ens apropem a la comunitat

Piedad Moreno Sevillano, Teresa Rama Martínez , Rosa Ballesta Martín, Montserrat Portas Gómez

Introducció

Des de fa 5 anys el nostre EAP de zona urbana organitza i surt al carrer en una jornada de divulgació sanitària amb la col·laboració de l'Ajuntament. Es col·loquen estands, cada un dedicat a un tema de salut.

Objectius

- Fer promoció i educació sanitàries: informant i aconsellant al ciutadà dels temes de salut més prevalents.
- Detectar situacions de risc amb les tècniques utilitzades.
- Informar dels recursos i activitats tan socials com de l'equip.
- Promoure el contacte entre els ciutadans i els professionals per millorar la interrelació.
- Recollir suggeriments per millorar la intervenció.

Metodologia

La Comissió d'Atenció Comunitària del nostre EAP, integrada per representants de tots els estaments, fa reunions periòdiques i s'organitza en grups de treball. Cada grup prepara les activitats i el material que es farà servir en el seu stand. L'Ajuntament col·labora en l'aportació de material: estands, audiovisuals, divulgació de la jornada.

Subjectes i àmbit

- Població que s'apropa als estands,
- HTA, DM, tabaquisme, alimentació, infància i adolescència, gent gran, treball social, planificació familiar.

Intervencions

- Informació i consell escrit i oral.
- Carnet de salut que recull resultats: TA, glucèmia, etc.
- Xerrades sobre salut.
- Vídeo: divulgació del treball diari de l'EAP.
- Treball social: informar i orientar dels serveis propis, activitats de l'equip i dels recursos externs.
- Enquestes: interès pels temes presentats; quins falten; altres activitats comunitàries a fer; grau de difusió i de satisfacció de la jornada.

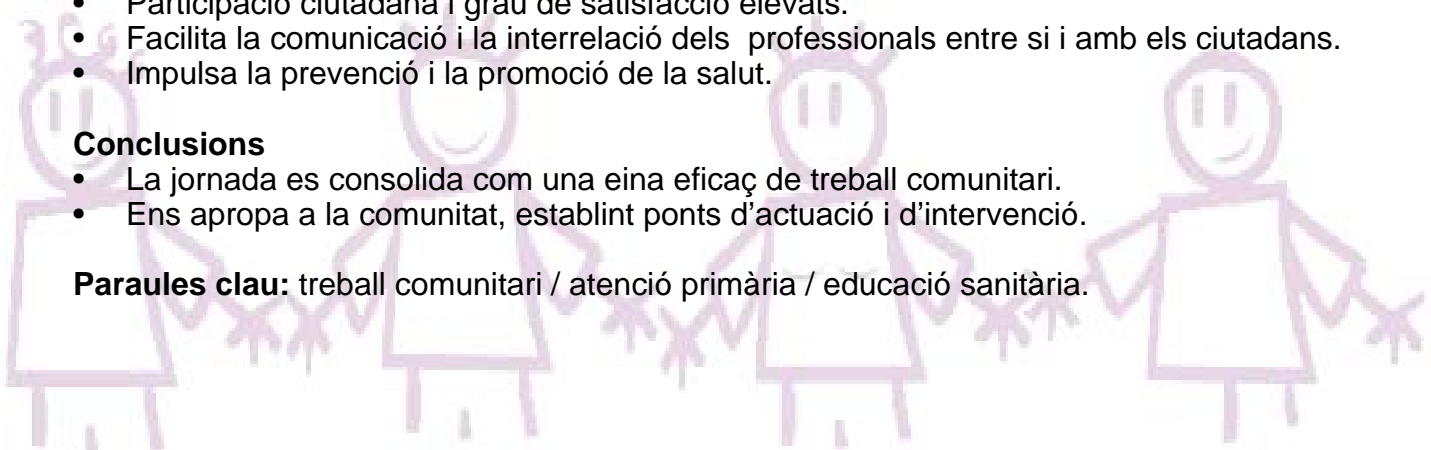
Resultats

- Participació ciutadana i grau de satisfacció elevats.
- Facilita la comunicació i la interrelació dels professionals entre si i amb els ciutadans.
- Impulsa la prevenció i la promoció de la salut.

Conclusions

- La jornada es consolida com una eina eficaç de treball comunitari.
- Ens apropa a la comunitat, establint ponts d'actuació i d'intervenció.

Paraules clau: treball comunitari / atenció primària / educació sanitària.



Perfil sanitari dels immigrants del barri del Carme de Reus

M. Anguela, E Martí, J. Sanz, N. Adell, A. Caro

Introducció

Es va configurar com a barri obrer al segle XVIII a causa del creixement demogràfic derivat de l'economia comercial i industrial. És l'eix de connexió entre el nucli antic i els passeigs Prim i Sunyer. A la major part de les cases no s'hi ha fet cap rehabilitació estructural, fet que ha provocat una degradació de l'entorn i una manca de serveis i equipaments. També ha provocat que s'hi instal·lin persones amb baix poder adquisitiu, cosa que fa que es creï una zona on la immigració hi és molt notòria. Vist l'augment considerable de població estrangera, un grup de professionals del CAP de referència hem volgut fer un estudi del perfil sanitari d'aquests ciutadans.

Objectius

Conèixer el perfil sanitari de la població immigrant.

Detectar necessitats en salut per poder ser tractades a nivell comunitari.

Material i mètodes

Disseny: estudi descriptiu.

Àmbit: barri del Carme de Reus. Total població: 3.506 persones, 770 immigrants extra comunitaris. Anàlisi de les dades que consten en HCAP tenint en compte les següents variables: edat, gènere, procedència, regularitat, freqüentació i problemes de salut.

Resultats

Grups d'edat. 0 - 14 = 197; 15 - 44 = 491; 45 - 64 = 76; 65 - 74 = 4; > 75 = 2.

Gènere. Dones 54,8 %. Homes 45,2 %.

Nacionalitat. Marroc 40,25 %, Sud-amèrica 36 %, Europa Est 19,6 %.

Regularitat. 374 regulars, 396 irregulars. Procedent d'Europa de l'Est 66,22 % i Sud-amèrica 59,71 %.

Mitjana de freqüentació. Població adulta 6,5 visites/any i població pediàtrica 20,34 visites/any. El 57,24 % no ha utilitzat el servei.

Problemes de salut. Dones: depressions 24,48 %, problemes ginecològics 33,46 % i abdominàlgies 4,89 %. Homes: problemes traumatològics 19,59 %, depressions 8,57 % i abdominàlgia 8,97 %.

En edat pediàtrica el problema de salut més freqüent és l'asma/bronquitis 14,72 %.

Conclusions

- Immigració jove.
- Majoria d'immigrants del Marroc.
- Hi ha força població sense regularitzar.
- Discreta majoria de població femenina.
- Problemes de depressió i ansietat en grup de dones.
- Les dones i els nens són més freqüentadors del servei.

Paraules clau: immigració / salut / barri



Opinió dels professionals sanitaris respecte la població immigrant que es visita

Montse Gallinat Millet, estudiant de treball social; Cristina Serena Astudillo, estudiant de treball social; M^a del Mar Peña Ocaña, treballadora social; Jorge Soler González, metge de família; Ana Maria Retamero Fernández, metge de família; Josep Maria Marsol Mas, Unitat d'Atenció a l'Usuari

Objectius

Conèixer l'opinió dels professionals sobre l'atenció sanitària a la població immigrant que s'atén al centre d'assistència primària (CAP) Rambla de Ferran, per identificar la viabilitat i l'acceptació d'un pla de receptivitat amb uns protocols d'actuació unificats.

Disseny

Estudi descriptiu transversal.

Àmbit d' estudi

Un centre de salut urbà que atén el 20 % de població immigrant de la ciutat de Lleida.

Subjectes

Professionals sanitaris i no sanitaris (30 persones).

Metges, infermeria, llevadora, treballador social i personal de la UAAU.

Metodologia

- Mitjançant instrument d'enquesta autoadministrada amb qüestions tancades i obertes
- Freqüència de visites realitzades a immigrants.
- Opinió sobre factors que dificulten l'atenció.
- Tipologia d'exploració i consulta que es realitza a la població immigrant que es visita per primera vegada en la consulta del metge.

Resultats

30 enquestes N = 30 Taxa resposta: 100 %. 36,6 Infermeres: 30 %; metges 20 %; administratius: 3,3 %; llevadora 3,3 %, treballadora social.

El 40 % fa entre 5 i 10 visites diàries a població immigrant i el 26,6% entre 10 i 15

Entre el 20 % i el 80 % consideren que la persona immigrant no està informada sobre aspectes referits al sistema sanitari: drets, deures...

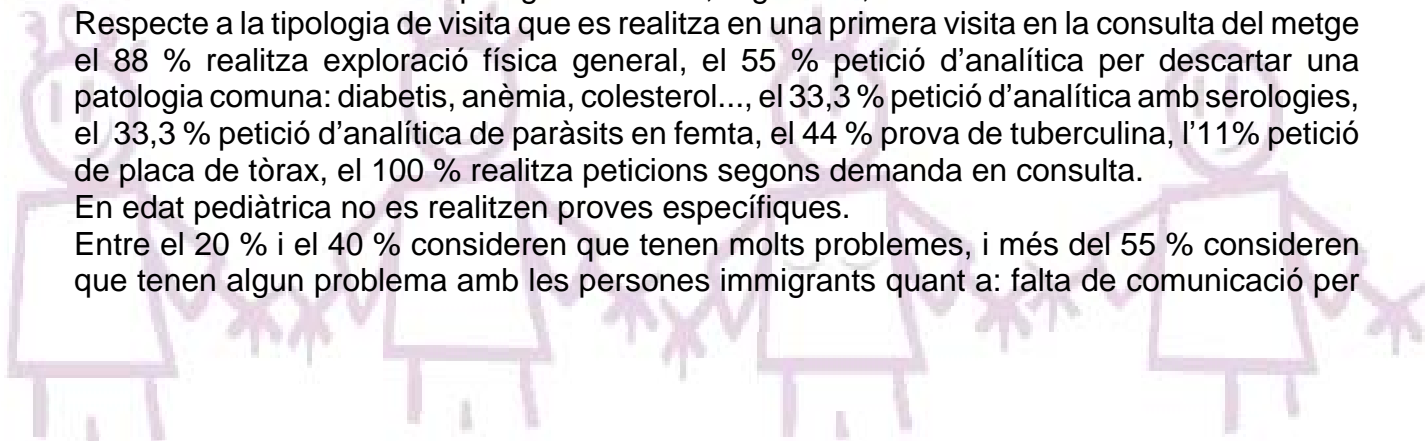
Organització del centre: professionals que visiten, funcions de cadascú.

Funcionament del centre: tipologia de visites, urgències, horaris.

Respecte a la tipologia de visita que es realitza en una primera visita en la consulta del metge el 88 % realitza exploració física general, el 55 % petició d'anàlítica per descartar una patologia comuna: diabetis, anèmia, colesterol..., el 33,3 % petició d'anàlítica amb serologies, el 33,3 % petició d'anàlítica de paràsits en femta, el 44 % prova de tuberculina, l'11% petició de placa de tòrax, el 100 % realitza peticions segons demanda en consulta.

En edat pediàtrica no es realitzen proves específiques.

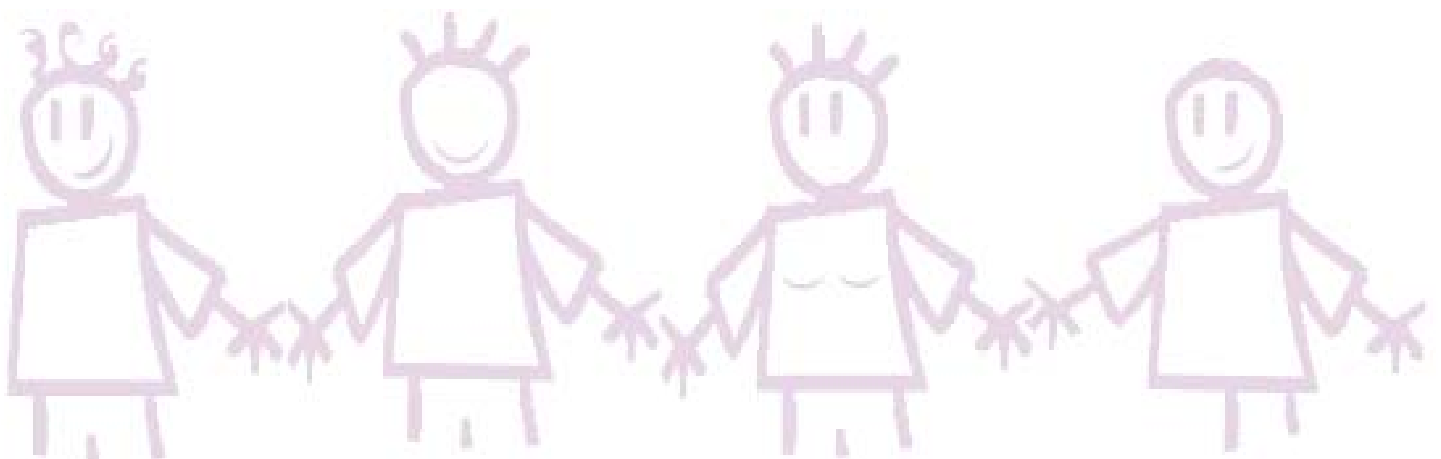
Entre el 20 % i el 40 % consideren que tenen molts problemes, i més del 55 % consideren que tenen algun problema amb les persones immigrants quant a: falta de comunicació per



qüestió d'idioma, barreres culturals (en adults i edat pediàtrica), problemes per manca de formació específica dels professionals entorn als problemes de salut de les persones immigrants, problemes de falta de temps, consultes desbordades per la pressió assistencial, i problemes de comprensió d'organització i funcionament del centre.

Conclusions

- L'actitud i l'opinió dels professionals respecte a l'atenció sanitària que es presta a la població immigrant és clau per resoldre els problemes que es plantegen en aquest àmbit.
- És necessari unificar protocols d'actuació dels professionals envers l'atenció a la població emigrant per evitar diferenciació en l'atenció en el mateix centre de salut i millorar els aspectes qualitatius de l'assistència.



Protocol d'actuació dels professionals sanitaris davant sospita de realització de mutilació genital femenina (MGF)

M. del Mar Peña Ocaña, treballadora social, EAP Rambla de Ferran; Ruth Solé Gallart, treballadora social, EAP Ronda

Resum

La mutilació genital femenina es practica en uns quaranta països. D'aquests, vint-i-vuit són africans. La resta són països del Pròxim Orient i Àsia. En aquests països, la mutilació genital és un requisit per poder casar-se, per assolir una determinada posició o simplement per ser acceptada dins la comunitat. Amb aquesta mutilació la dona aconsegueix netedat i puresa. És obligació del personal sanitari informar els progenitors de la menor sobre la il·legalitat que suposa a Catalunya la pràctica de la mutilació genital femenina (MGF). Informar que aquesta pràctica serà penada legalment encara que es realitzi fora del territori espanyol. Segons els protocols que segueix la Direcció General d'Atenció a la Infància, s'ha de donar una hora de visita per a control pediàtric quan tornin de vacances.

Per tot això és necessari que en donar aquesta informació es demani als pares de la menor que signin el document que certifica l'explicació de tots els aspectes legals que suposaria la pràctica de la MGF.

Justificació

La mutilació genital femenina (MFG) és un atac contra la integritat física de la persona que es troba tipificat en l'article 149.2 del Codi Penal amb una pena de presó.

Actualment a les consultes pediàtriques del nostre país encara es troba algun cas de nenes a les quals s'ha practicat una MGF. Aquesta pràctica en ocasions es duu a terme durant unes vacances al país d'origen.

Qualsevol professional, incloent el sanitari (pediatre, personal d'infermeria i treballador social) tenim l'obligació de denunciar-ho. Però el tema de les MGF no es pot abordar només des de la denúncia i la sanció penal. Acudir a la via judicial ha de ser l'últim esglaó del procés un cop esgotades totes les actuacions.

Una tasca bàsica i prèvia és la prevenció i l'actuació davant una situació de sospita de risc per proximitat imminent de vacances al país d'origen o per comentaris de la nena o amigues.

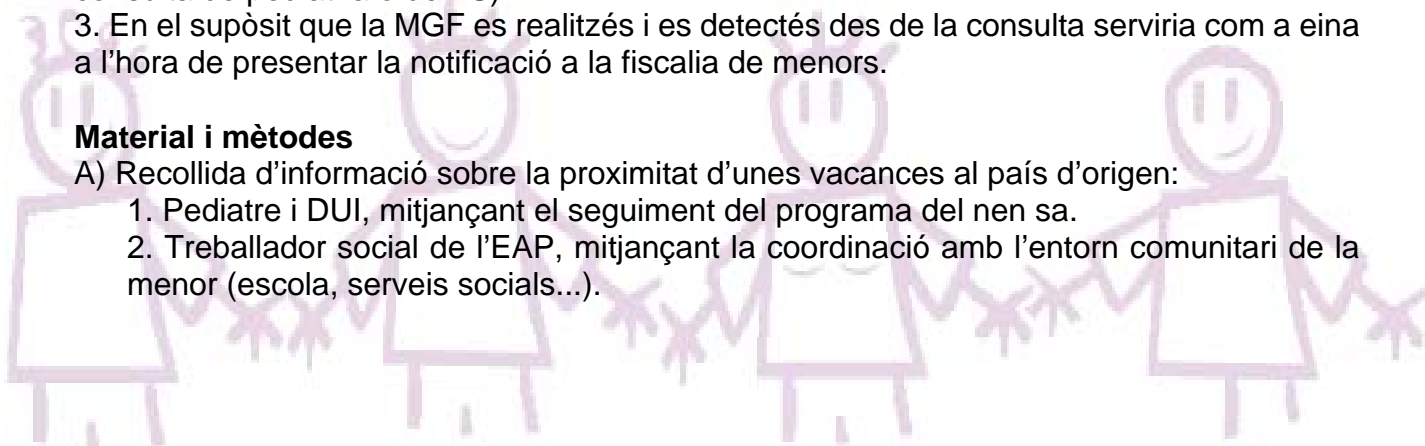
Objectius

1. Reduir, mitjançant la informació, la possibilitat de realització de la MGF.
2. Registre de la informació legal i educació sanitària oferta pels professionals sanitaris als pares mitjançant la creació d'un full de notificació de la informació donada (realitzada a la consulta de pediatria o de TS).
3. En el supòsit que la MGF es realitzés i es detectés des de la consulta serviria com a eina a l'hora de presentar la notificació a la fiscalia de menors.

Material i mètodes

A) Recollida d'informació sobre la proximitat d'unes vacances al país d'origen:

1. Pediatre i DUI, mitjançant el seguiment del programa del nen sa.
2. Treballador social de l'EAP, mitjançant la coordinació amb l'entorn comunitari de la menor (escola, serveis socials...).



B) Informació legal i educació sanitària sobre la MFG:

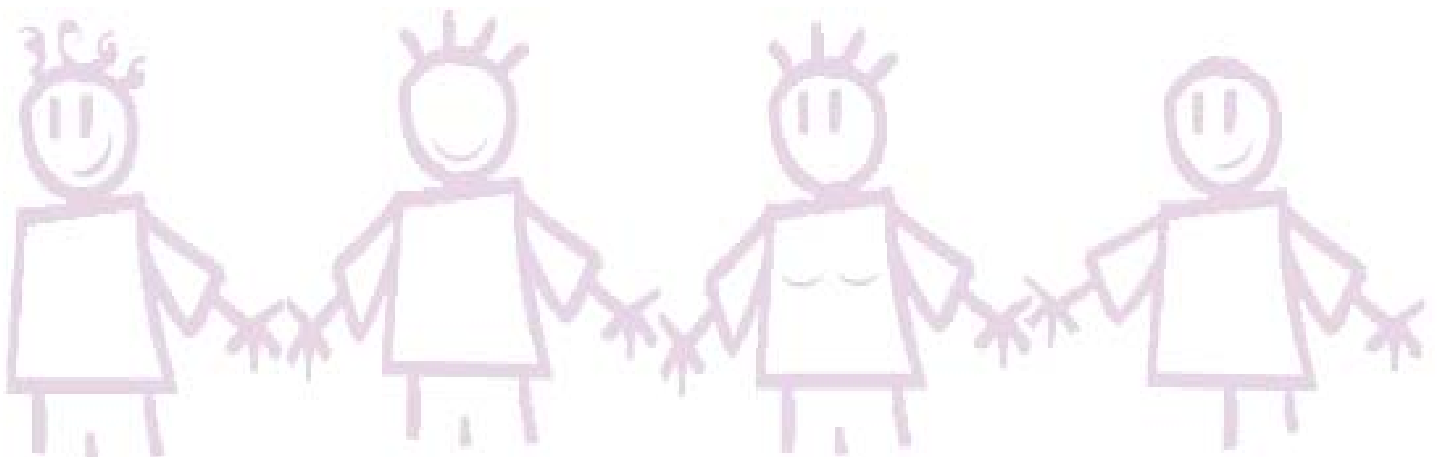
1. En consulta pediàtrica i infermeria a les nenes i els pares.

2. En consulta del treballador social de l'EAP citant tots els membres adults de la família.

C) Registre de la informació legal i educació sanitària oferta pels professionals sanitaris als pares:

1. Firma del full de notificació de la informació donada (realitzada a la consulta de pediatria o de TS)

Paraules clau: informació / educació sanitària



Estudi de les demandes de treball social realitzades a serveis de l'àmbit sanitari

Gemma Solanas Bacardit, Núria Torregrosa Béjar, Mercè Miguel, Núria Garcia, Teresa Codinach, Gemma Serra

Introducció

A les reunions de coordinació de l'àmbit de salut a Manresa vàrem plantejar-nos un estudi sobre les demandes dels usuaris per tal de justificar l'especificitat del treball social en salut.

Objectius

Conèixer les demandes que realitzen els clients de les institucions de l'àmbit de la salut.
Conèixer les demandes que són susceptibles de derivació als serveis d'atenció social primària (SSAP).

Material i mètode

Disseny: estudi descriptiu transversal basat en la recollida de demandes dels usuaris de serveis sanitaris i de les demandes derivades a SSAP durant el període 24 d'octubre fins al 31 de desembre de 2005.

Àmbit d'estudi i subjectes: demandes a professionals de TS de serveis sanitaris.

Mesurament: reunions de coordinació dels professionals de TS .

Elaboració d'una base de dades amb les variables seleccionades.

Resultats

S'han recollit 639 demandes.

Grups d'edat: 0-18:14 H 7 D, 19-64: 68H 171D, 65-75: 45 H 52 D, 76-80: 34 H 62 D, 81-85: 31 H 63 D, 86-90. 8H 39D, +91: 15H 30 D.

Tipologia. Les més significatives són: orientació de recursos per a gent gran 93 (14,5 %); tràmits diversos relacionats amb l'APS 70 (10,9 %) 54 SAD ABS/hospital (8,4 %).

Reconeixement, revisió del grau de disminució 44 (6,8 %); prestacions de les administracions públiques 33 (5,1 %); suport econòmic 32 (5 %); ajuts de medicació 29 (4,5 %)

Demandes derivades a SSAP: SAD municipal 23 (3,5 %); xec-servei 17 (2,6 %); telealarma 13 (2 %); ajudes individualitzades 11 (1,7 %).

Conclusions

En general, es deriven pocs casos a SSAP.

Els casos derivats als SSAP són perquè els recursos que necessita l'usuari són d'exclusiva competència municipal.

Les competències dels serveis sanitaris i socials són diferents. Es constata l'especificitat del TS a l'APS.



La desigualtat de recursos socio-sanitaris psicogeriatrics en un territori de salut

Rosa Armengol Olm, EAP Turó de la Peira; Nati Castells Noguero, EAP Chafarinas; Francisco José Luque Mellado, EAP Sant Andreu; Glòria Muniente Perez de Tudela, EAP Roquetes; Leticia Sánchez Fernández, EAP Sant Andreu; Raquel Royo Palacio, EAP Ciutat Meridiana

Introducció

L'any 2004, conviuen diferents serveis d'atenció primària (SAP) a l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat, amb uns mateixos serveis socio-sanitaris de referència segons cada SAP. L'any 2005 ens unifiquem com SAP Muntanya, amb 18 àrees bàsiques de salut i 7 serveis socio-sanitaris de referència per a tot el territori.

Detectem la manca de llits psicogeriatrics en el nostre territori des de la reconversió com a SAP Muntanya.

Objectiu

Evidenciar la necessitat de recursos socio-sanitaris psicogeriatrics en la zona del SAP Muntanya segons la disponibilitat d'aquests recursos i de la població major de 64 anys existent.

Material i mètode

Es descriuen comparativament les dades dels antics SAP que han donat lloc al SAP Muntanya i les del SAP resultant, indicant el total de persones majors de 64 anys i els serveis socio-sanitaris de referència amb el nombre de llits dels diferents perfils: convalsència, llarga estada...

Resultats

L'any 2004, com a dos SAP diferents i amb 83.639 persones majors de 64 anys, disposàvem de 92 llits de psicogeriatrics.

L'any 2005, amb la unificació com a SAP Muntanya i amb 85.163 persones majors de 64 anys, hem disposat de 73 llits de psicogeriatrics.

L'envelliment de la població segueix en augment.

Conclusió

Queda evidenciat l'augment de població major de 64 anys i el descens de llits psicogeriatrics, que es tradueix una necessitat específica d'aquest recurs.

Paraules claus: desigualtat / psicogeriatric / salut



Educació sanitària feta per treballadores familiars a les ABS

Gemma Solanas Bacardit, Núria Torregrossa Béjar, Montserrat Gomis Claret, Carmina Fernández

Introducció

El 2005 ha estat el sisè any del servei d'ajuda a domicili de l'ICS, on els serveis dels EAP i el PADES poden oferir un servei als usuaris de la salut completant el programa ATDOM amb la incorporació de dues treballadores familiars (a mitja jornada) per tal de facilitar el manteniment de la persona malalta a casa.

Objectius

- Conèixer l'activitat d'educació sanitària que realitzen les treballadores familiars en els domicilis de malalts vinculats a l'ATDOM.
- Demostrar l'especificitat del servei a domicili en l'àmbit de l'atenció primària de salut.

Mètode

- Reunió de coordinació setmanal a on treballadores socials i treballadores familiars pacten els objectius d'educació sanitària i les activitats i el material per les quals es desenvoluparan.
- Visita a domicili conjunta (treballadora familiar i treballadora social) per signar un contracte del servei, i pactar amb l'usuari les activitats i el material que ell ha de tenir a punt.
- Complimentació d'un "full de registre" a on es vincula l'activitat realitzada i el consell d'educació sanitària pertinent a cada acció, i el material d'ús domèstic que cal utilitzar per desenvolupar-la.

Material

- Registre de reunions conjuntes entre treballadores familiars i treballadores socials.
- Full de valoració social per atorgar el SAD de l' ICS.
- Full de registre de l'activitat de la treballadora familiar, vinculada a l' objectiu d'educació sanitària.

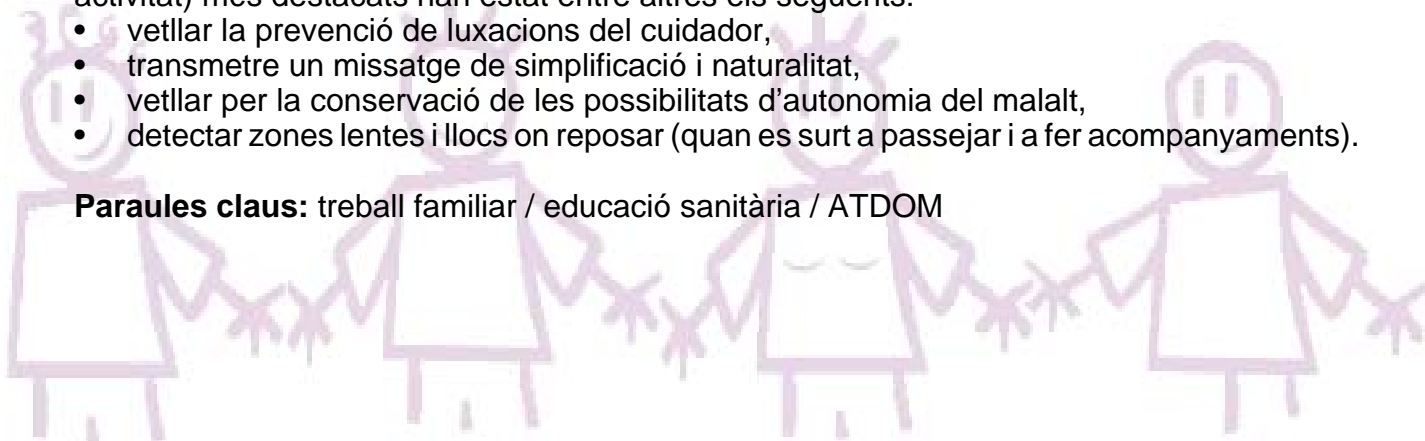
Resultats

Aquestes dades han estat registrades des de l'inici de l' any 2005 al total de casos atesos, que ha estat de 120 usuaris.

En relació a les dades destaquem que els consells d'educació sanitària (sempre lligats a una activitat) més destacats han estat entre altres els següents:

- vetllar la prevenció de luxacions del cuidador,
- transmetre un missatge de simplificació i naturalitat,
- vetllar per la conservació de les possibilitats d'autonomia del malalt,
- detectar zones lentes i llocs on reposar (quan es surt a passejar i a fer acompanyaments).

Paraules claus: treball familiar / educació sanitària / ATDOM



Pisos d'acollida per fer front a les desigualtats geogràfiques

Mercè Riquelme, treballadora social; M. Trò alumne de pràctiques de treball social; J.Sancho, metge, Institut Català d'Oncologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducció

Les desigualtats en relació a la distribució geogràfica fan necessària una cobertura harmònica en relació als recursos assistencials. La incidència del càncer en la població evidencia l'existència de necessitats la cobertura de les quals es considera com a una tasca de l'equip terapèutic. Els professionals del treball social de l'ICO Badalona detectem i intentem minimitzar les dificultats que un tractament hematooncològic genera als pacients i a les seves famílies. És el cas dels pacients provinents d'altres poblacions i que han d'estar ingressat a la Unitat de Transplantament de Moll d'Os.

Objectius

Avaluar l'ús i la utilitat dels pisos de la Fundació Josep Carreras cedits als familiars de pacients hematològics durant el període d'hospitalització del malalt, a través d'un estudi dels familiars que han gaudit del recurs durant el període 2004-2006.

Material i mètodes

Estudi valoratiu, retrospectiu. Població d'estudi: familiars de malalts hematològics beneficiaris dels pisos d'acollida de la Fundació Josep Carreras entre el 2004 i el 2006. Criteris d'inclusió: familiars dels pacients residents a poblacions llunyanes de l'hospital (n = 8 famílies). Variables de l'estudi: dades sociodemogràfiques, valoració sobre la informació rebuda per part dels professionals de l'hospital, tracte rebut, utilitat del recurs, temps que les famílies han disposat del recurs, estat del pis, seguiment del cas des de l'hospital i l'accessibilitat del pis en relació a l'hospital. Estratègia d'anàlisi: qüestionari valoratiu sobre les principals variables de l'estudi realitzat mitjançant un qüestionari telefònic.

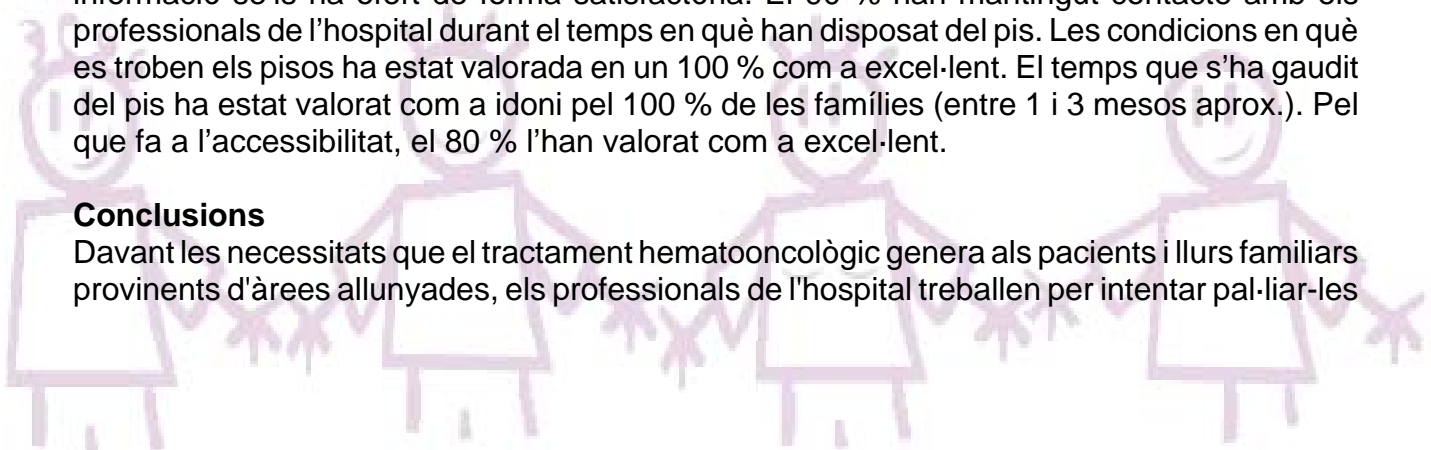
Resultats

El 90 % de les famílies provenen de poblacions de Girona i el 10 % de Tarragona. Els beneficiaris dels pisos han estat un 90 % dones, un 10 % homes. El 50 % són les esposes dels pacients, el 25 % són els pares i la resta germans i marits. L'edat d'aquests oscil·la entre els 55 i 65 anys.

La informació sobre el recurs ha estat donada en un 30 % per metges, amb un 60 % per la treballadora social i el 10 % per altres professionals (dietista). El 100 % consideren que la informació se'ls ha ofert de forma satisfactòria. El 90 % han mantingut contacte amb els professionals de l'hospital durant el temps en què han disposat del pis. Les condicions en què es troben els pisos ha estat valorada en un 100 % com a excel·lent. El temps que s'ha gaudit del pis ha estat valorat com a idoni pel 100 % de les famílies (entre 1 i 3 mesos aprox.). Pel que fa a l'accessibilitat, el 80 % l'han valorat com a excel·lent.

Conclusions

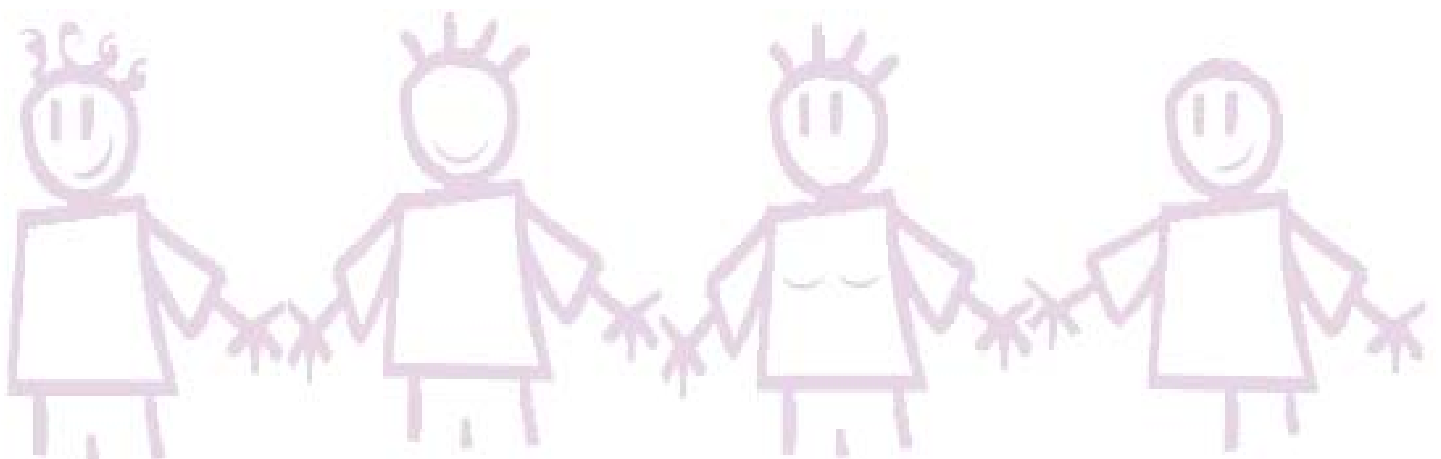
Davant les necessitats que el tractament hematooncològic genera als pacients i llurs familiars provinents d'àrees allunyades, els professionals de l'hospital treballen per intentar pal·liar-les



o reduir-les. Des del treball en equip es pretén sensibilitzar, tant els professionals de l'hospital com la població en general, entorn a les desigualtats, què suposa la malaltia per a qui la pateix i com afecta el seu entorn més proper.

Els pisos d'acollida són un recurs útil que s'ha de seguir oferint a les famílies que han de realitzar desplaçaments molt llargs, per visitar els seus familiars durant els moments més delicats de la malaltia hematològica.

Paraules clau: desigualtat geogràfica i sensibilització



Ús de les tècniques d'avaluació ràpida del risc per a la salut (ràpid appraisal), entrevista amb informadors claus i grups focals dins de l'examen de salut de la comunitat del barri del Fondo (Santa Coloma de Gramenet)

Esperanza Martín Correa, Jordi Milozzi Berrocal, Ramon López, Olga Pérez Quílez, Visitación Tavera Rodríguez, Octavi Martínez Cuevas

Introducció

L'atenció primària orientada a la comunitat (APOC) suposa l'estratègia més eficaç per millorar la salut de les comunitats i comporta la implicació de tot l'equip d'atenció primària (EAP), la participació de serveis no sanitaris i de la mateixa comunitat. El seu primer pas és conèixer les necessitats de salut de la comunitat. Les tècniques de recerca qualitatives "avaluació ràpida del risc per a la salut", o "*rapid appraisal*" (entrevistes a informadors clau, grups focals) són indispensables per detectar necessitats de salut de forma ràpida.

El Fondo és un barri sotmès a continus canvis a causa dels fluxos migratoris. La velocitat a la qual s'estan produint els canvis, igual com la necessitat de trobar noves formes d'atenció, obliguen a recórrer al "*rapid appraisal*" per donar respostes en l'atenció.

Objectius

Conèixer la utilitat d'una valoració qualitativa (*rapid appraisal*) de l'estat de salut de la població del barri del Fondo.

Mètode

Disseny: Estudi qualitatiu, entrevistes a informadors clau i grup focal.
 Àmbit d'estudi: Barri del Fondo, amb una població de 16.772 habitants
 Subjectes: 20 informadors claus residents, treballadors o coneixedors del barri amb més de 3 anys de residència o experiència al barri.

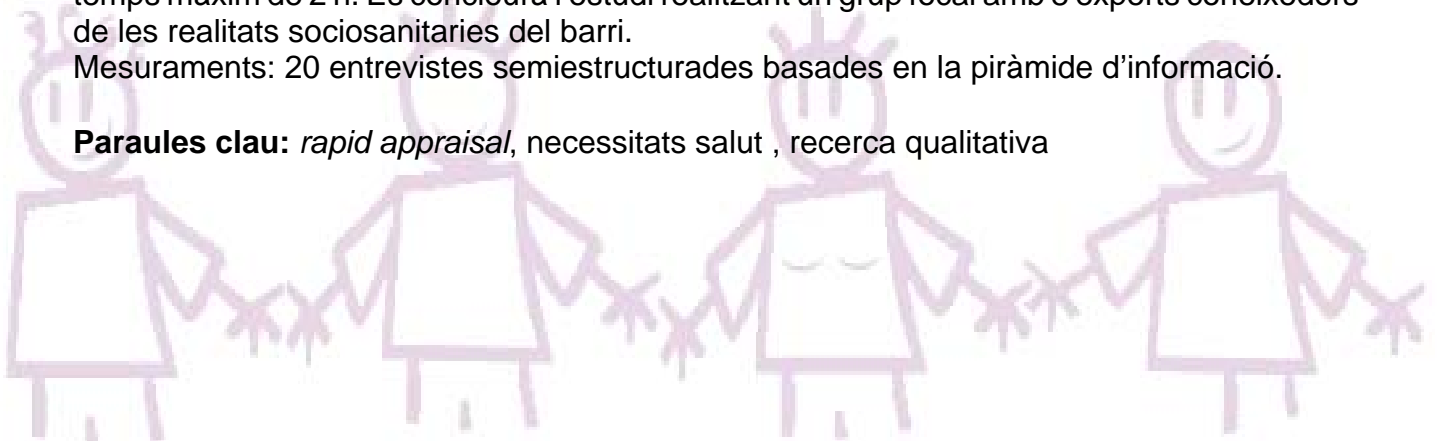
Grup focal integrat per 8 experts coneixedors o treballadors del barri

Intervencions.

Recollida de dades quantitatives sobre l'estat de salut dels habitants del barri (fonts secundàries existents). Posteriorment, per mostreig opinàtic de conveniència s'han escollit 20 informadors clau atenent a criteris de representativitat d'un col·lectiu, temps de residència o treball al barri superior a 3 anys i coneixements bàsics de català o castellà. Les entrevistes a informadors clau seran realitzades per 2 investigadors i enregistrades en una gravadora. En cada entrevista es seguirà un esquema amb preguntes semiestructurades durant un temps màxim de 2 h. Es conclourà l'estudi realitzant un grup focal amb 8 experts coneixedors de les realitats sociosanitàries del barri.

Mesuraments: 20 entrevistes semiestructurades basades en la piràmide d'informació.

Paraules clau: *rapid appraisal*, necessitats salut, recerca qualitativa



Perfil de los pacientes a los que se les solicitó ingreso en centros sociosanitarios. ¿Existen diferencias según el tipo de ingreso?

Anna Ramell Gutiérrez, treballadora social, EAP Numància
 Núria Solanas i Fàbregas, treballadora social, EAP Sants
 Raquel Martín Peñacoba, metgessa, EAP Sants
 Anna Pomares Costa, EAP Magoria Bordeta

Objetivos

Conocer y comparar el perfil del paciente que requirió ingreso de larga estancia, descarga familiar o convalecencia.

Método

Diseño: estudio descriptivo.
 Ámbito: 3 áreas básicas de salud (Sants, Numància i Hostafrancs)
 Sujetos: pacientes ingresados en centros socio-sanitarios durante el año 2005.
 Medidas: edad, sexo, Barthel, Folstein, patologías del formulario de ingreso, si viven solos, cuidador principal, situación familiar, convivencia y atención sanitaria.

Resultados

105 ingresos: larga estancia 45,78 %, descarga 29,80 % y convalecencia 24,41%.

72,97 % mujeres, edad media de 84,69 años.

Patologías: obesidad 10,86%, poliartrosis invalidante 39,47%, accidente vascular 23,98%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 5,81 %, diabetes 15,74 %, insuficiencia cardíaca 17,69 %, vasculopatía/úlceras cutáneas 26,46 %, insuficiencia renal 10,93 %, neoplasias 9,28 %, patología del control motor 46,2 %, patología postraumática/quirúrgica 9,36 %.

Vivían solos 14,84 %, con cuidador identificable en un 98,33 %. 49,30 % se derivaron desde el equipo y 44,59 % por familiares o vecinos.

Situación familiar: 61,12 % familia con capacidad limitada de apoyo y 38,23 % sin familia directa o con claudicación familiar.

Convivencia: 47,26 % vive solo o con otros de edad similar o superior.

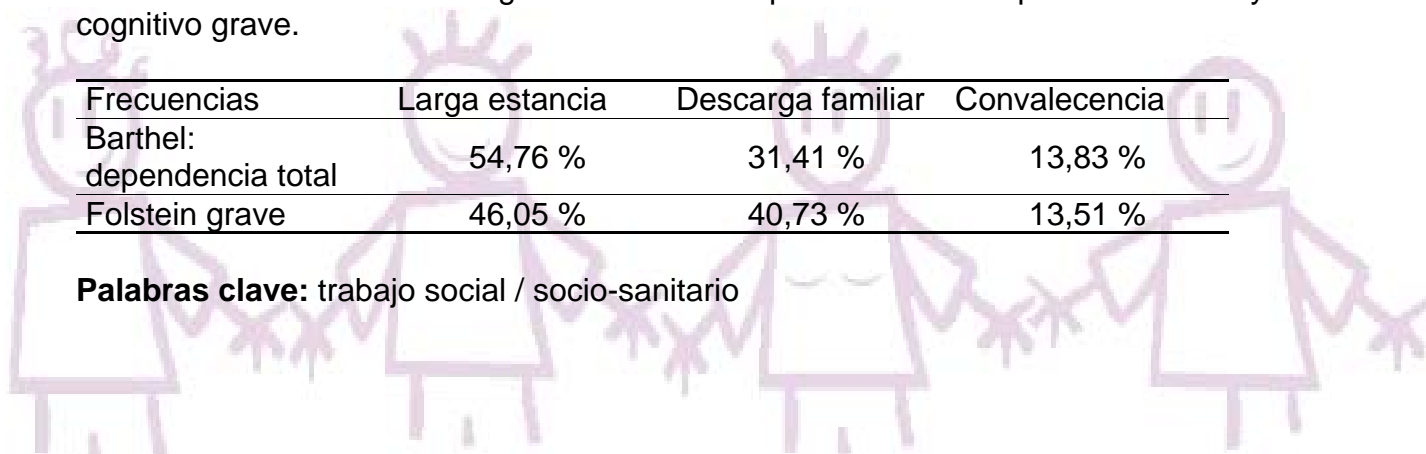
Atención sanitaria: 52,52 % no recibe atención domiciliaria pero la necesita, situación no sostenible en el mismo y, en el 28,65 % recursos sanitarios y sociales insuficientes.

Conclusiones

Se han hallado diferencias significativas en los pacientes con dependencia total y déficit cognitivo grave.

Frecuencias	Larga estancia	Descarga familiar	Convalecencia
Barthel: dependencia total	54,76 %	31,41 %	13,83 %
Folstein grave	46,05 %	40,73 %	13,51 %

Palabras clave: trabajo social / socio-sanitario



Taller de memòria dins l'àrea bàsica de salut

Piedad Moreno Sevillano, treballadora social. EAP 1 Sant Adrià de Besòs

Lídia Buades Martínez, tècnica del Programa de Gent Gran. Ajuntament de Sant Adrià de Besòs

Teresa Rama Martínez, metgessa de família. EAP1 Sant Adrià del Besòs

Introducció

L'angoixa, la por i la incertesa que comporten per a la població major de 55 anys els primers oblitats van fer plantejar a l'EAP una resposta a donar. Es va crear un taller específic, portat a terme per la treballadora social de l'equip i la tècnica en gent gran de l'Ajuntament. L'EAP va col·laborar en la detecció dels participants del grup.

Objectius

- Fer prevenció de la pèrdua de memòria.
- Facilitar eines i estratègies per mantenir, desenvolupar, estimular i reforçar la memòria.
- Afavorir la interrelació entre els participants.
- Millorar l'autoestima.

Metodologia

Disseny. Creació d'un grup socioeducatiu conduït conjuntament per la treballadora social i la tècnica de gent gran de l'Ajuntament. Sessions setmanals d'una hora durant 4 mesos.

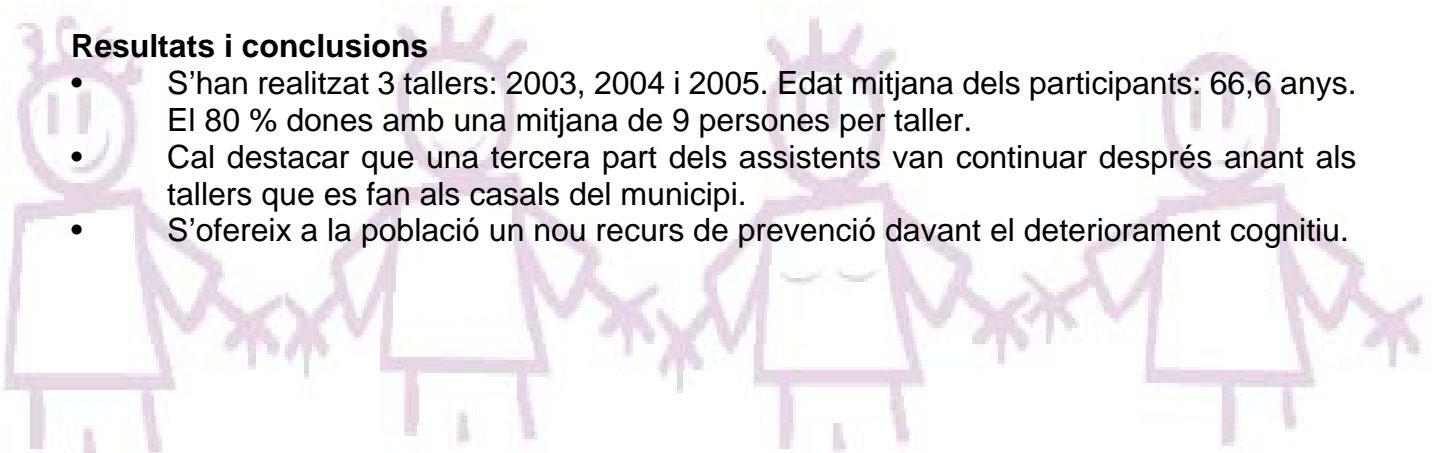
Àmbit i subjectes. Població major de 55 anys atesa en un CAP urbà. Selecció de 8 persones detectades en les consultes de l'EAP que manifestaven angoixa davant la pèrdua de memòria. Es van excloure perfils amb deteriorament cognitiu, depressions o demència.

Intervencions

- Informació a l'EAP del taller i dels seus objectius.
- Disseny de cartell per fer difusió en el CAP.
- Les persones interessades van ser remeses des de les consultes a la treballadora social.
- Entrevista amb la treballadora social i la tècnica de gent gran per adequar els perfils. Es van demanar dades personals i antecedents mèdics. Es van fer preguntes referents a orientació, fixació, llenguatge, construcció i evocació.
- Es va tenir en compte la motivació de la persona i el compromís de continuïtat.
- En el taller es va treballar la *fase de registre*: atenció, concentració, percepció de les interferències. *Fixació i retenció a curt termini*. Organització de la informació. *Estratègies de recuperació. Metamemòria*.

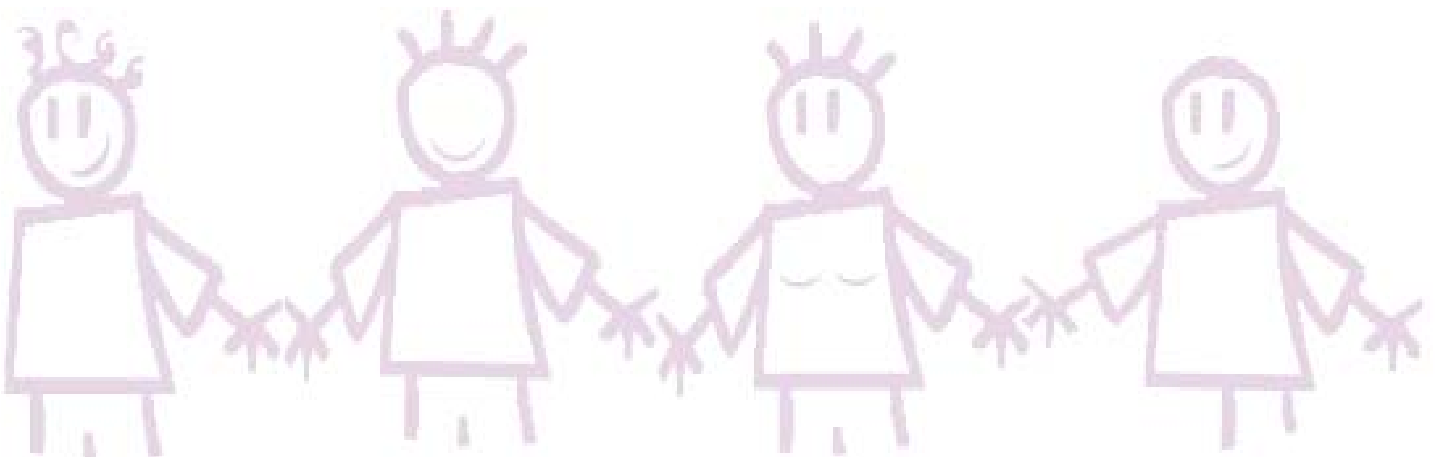
Resultats i conclusions

- S'han realitzat 3 tallers: 2003, 2004 i 2005. Edat mitjana dels participants: 66,6 anys. El 80 % dones amb una mitjana de 9 persones per taller.
- Cal destacar que una tercera part dels assistents van continuar després anant als tallers que es fan als casals del municipi.
- S'ofereix a la població un nou recurs de prevenció davant el deteriorament cognitiu.



- El treball realitzat conjuntament amb d'altres institucions estableix ponts de treball que ajuden a millorar l'atenció a la població.
- El taller com a proposta de continuïtat ha tingut molt bona resposta i en aquests moments tenim llista d'espera per participar en proper tallers.
- Com a proposta de futur ens plantegem fer un estudi de seguiment de les persones que van participar en el taller (estat de salut, participació en altres tallers, etc.).

Paraules clau: prevenció / memòria / treball grupal



Ens utilitzen? Com?

Agustín Pardo, Laura Jiménez, Quintilia García, Núria Junqueras, Anna Pujol, Manel Pera

Justificació

El treball social de l'equip d'atenció primària (EAP) aporta la possibilitat d'una atenció biopsicosocial en l'atenció de la població que millora la qualitat assistencial.

La reforma sanitària ja fa temps que va finalitzar, els nostres companys de l'EAP s'han reformat. "Com ens utilitzen?" Volem descriure i comparar en quins àmbits.

Objectiu

Descriure i comparar els àmbits d'actuacions on ens demanen actuació.

Material i mètode

Disseny: estudi descriptiu

Àmbit d'estudi: mostra d'ABS de la SAP Granollers-Mollet. Quatre amb treballadors social (TS).

Subjecte d'estudi: personal sanitari dels EAP que formen part de la mostra.

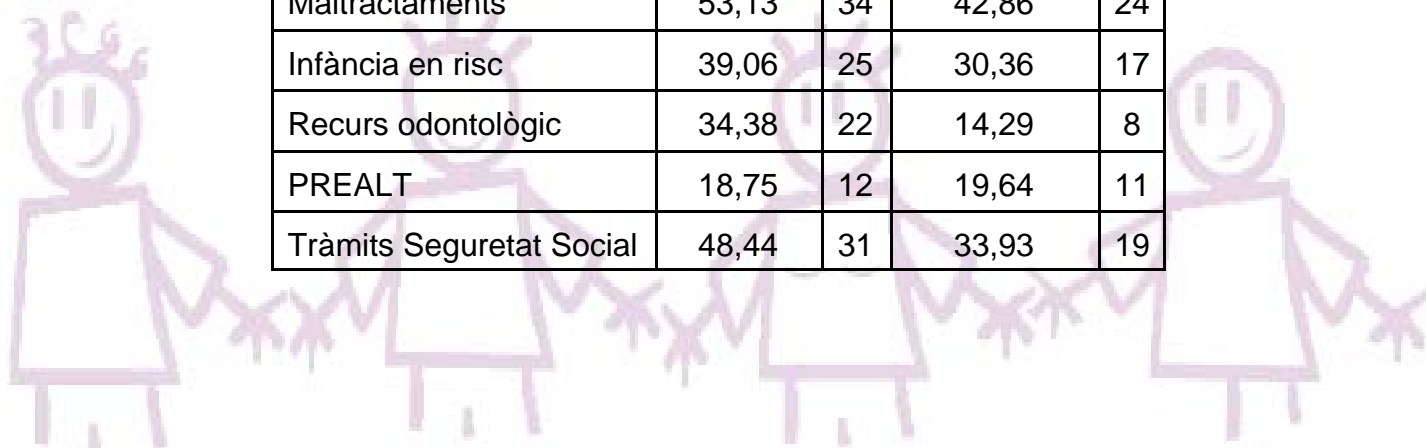
Intervenció: elaboració d'una enquesta.

Resultats

Hi ha diferents àmbits on ens demanen col·laboració.

S'ha fet una classificació dels àmbits i hem trobat diferències importants entre la visió del metge i el personal d'infermeria.

Actuacions / camps	Metges	64	Infermeria	56
ATDOM	70,31	45	83,93	47
Recurs sociosanitari	84,38	54	78,57	44
Recurs social	84,38	54	83,93	47
Ajudes tècniques	46,88	30	41,07	23
Tòxics / drogues	28,13	18	10,71	6
Salut mental	51,56	33	25	14
Maltractaments	53,13	34	42,86	24
Infància en risc	39,06	25	30,36	17
Recurs odontològic	34,38	22	14,29	8
PREALT	18,75	12	19,64	11
Tràmits Seguretat Social	48,44	31	33,93	19

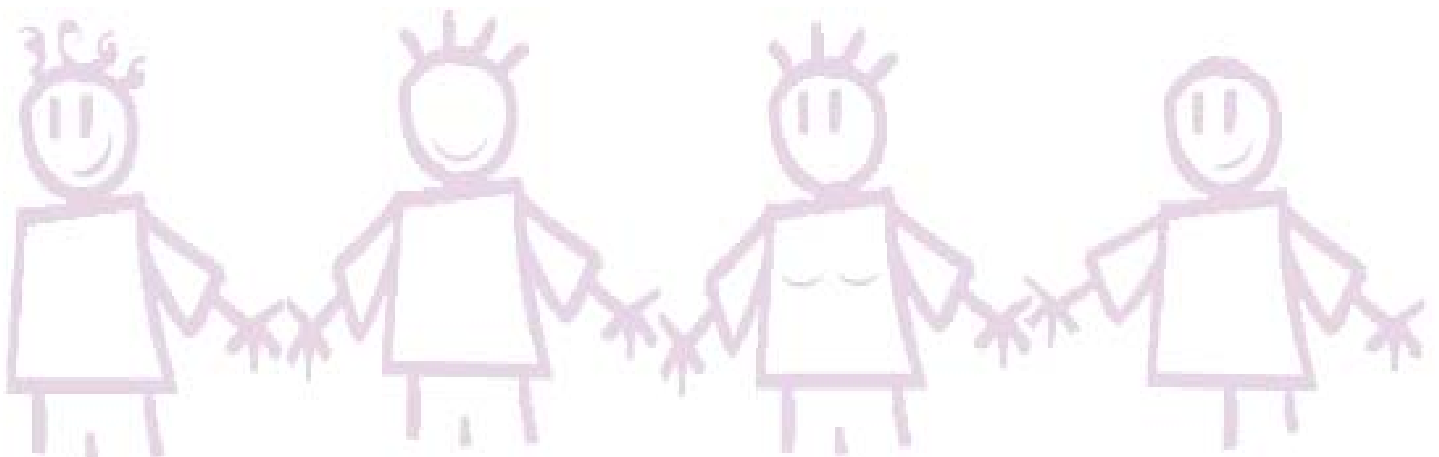


Tràmits legals	43,75	28	19,64	11
Voluntats anticipades	14,06	9	7,14	4
Altres	6,25	4	10,71	6

Conclusió

Els nostres companys ens "utilitzen molt" i de forma diferent.

Paraules clau: equip d'atenció Primària (EAP) / treball social en salut



Els treballadors socials a les ABS: som necessaris?

Maite Mellado Caballero, CAP Rubí-Mútua; Pilar Porcel Omar, Acadèmia de Ciències Mèdiques, filial del Vallès Occidental; Montserrat Torres Ullés, Consorci Sanitari de Terrassa

Justificació

Davant els insistents rumors que de forma cíclica apareixen en el nostre entorn professional que semblen posar en qüestió l'eficàcia del paper dels treballadors socials a les àrees bàsiques de salut (ABS), hem volgut analitzar quin és el valor afegit que aporta el treball social (TS) a l'àmbit de l'atenció primària de salut.

Objectius

- Anàlisi descriptiva de la necessitat del treball social en el desplegament de l'atenció primària de salut.
- Observació dels fonaments filosòfics, tècnics i metodològics que varen inspirar la incorporació de diplomats en TS en els equips d'atenció primària (AP).
- Valoració de la discriminació positiva en l'atenció al pacient geriàtric i al seu entorn sociofamiliar en els Centres d'atenció primària (CAP) on existeix la figura del Diplomat en Treball Social (DTS).

Mètodes

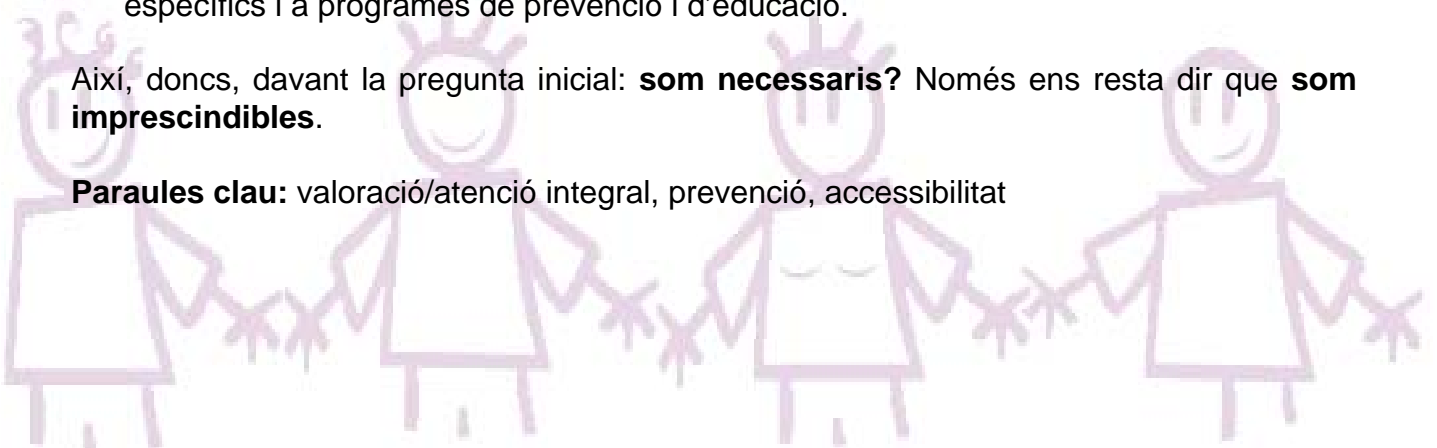
- Anàlisi de l'evolució del desplegament de l'AP i les de contractació facilitades pel CatSalut.
- Valoració de les dades objectivades de les tasques del TS en l'ABS des de l'experiència específica del CAP Rubí-Mútua en la població de gent gran, constatant que experiències similars es produeixen en altres col·lectius.

Conclusions

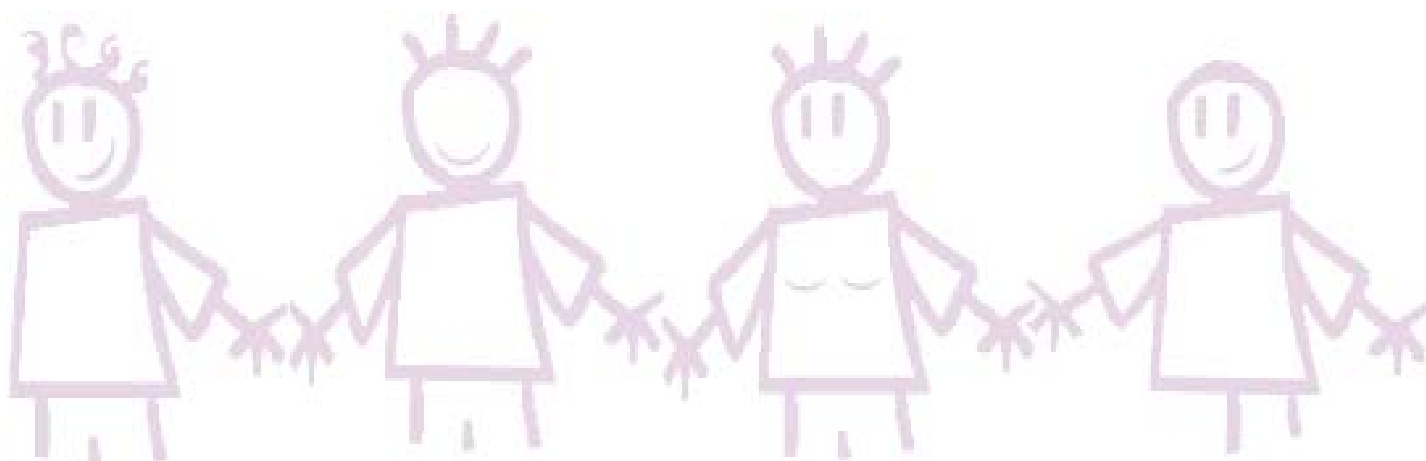
- És des dels EAP on és possible una atenció integral del pacient geriàtric ja que és el marc idoni per treballar de manera interdisciplinària i es plantegen els casos de forma integral. A més, es disposa del Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM) del qual forma part el TS. Per la qual cosa és possible una millor atenció a tots els casos de fragilitat i dependència dels ancians.
- Formar part dels equips de salut del CAP permet una major detecció, prevenció i intervenció universalitzada en els casos de pacients geriàtrics amb risc sociosanitari, cosa que evita desplaçaments inútils i fins hi tot accions descoordinades.
- Aquesta activitat és també aplicable als altres col·lectius amb problemes de salut específics i a programes de prevenció i d'educació.

Així, doncs, davant la pregunta inicial: **som necessaris?** Només ens resta dir que **som imprescindibles**.

Paraules clau: valoració/atenció integral, prevenció, accessibilitat



Fòrum de les desigualtats



Fòrum de les desigualtats

Introducció al fòrum

Davant les desigualtats en salut detectades en el dia a dia, calia que fossin els mateixos treballadors socials d'atenció primària i representants d'associacions entre d'altres, els autors d'aquest recull. Aquestes persones són les que amb la seva tasca diària es mantenen fermes davant de tantes necessitats sense resposta i de tantes situacions que passen desapercebudes per les administracions públiques.

Tot i que les lleis intenten protegir al màxim de ciutadans, són moltes les persones que passen per situacions problemàtiques i no reben resposta. Un cop més, es posen en evidència els punts febles de la protecció social i del sistema de drets i deures que estableix l'anomenat Estat de Benestar.

Hem intentat, en la mesura del possible, transcriure les aportacions rebudes tal i com els professionals les hem rebut. Hi hagut una intenció de classificar-les per eixos (gènere, edat, classe social i econòmica, desigualtats en l'origen demogràfics, desigualtats en la distribució de recursos, altres...). És per aquest motiu que es pot haver-hi algun canvi.

Els treballadors socials, per mitjà dels usuaris i de les associacions amb qui hem de tractar, estem situats en un lloc privilegiat per detectar situacions de desigualtat en salut. Tot i així, per diversos condicionants (volum considerable de l'atenció directa, manca d'espais de reflexió entre professionals, de supervisió, d'investigació, etc.), sovint ens trobem allunyats de crear mecanismes de canvi a partir de la detecció i la denúncia de les situacions de vulnerabilitat i desigualtat que ens trobem en la pràctica quotidiana.

Fem-les visibles és una crida a tots els que estem en aquest seient de tribuna perquè donem veu als sense veu, inclosos nosaltres!

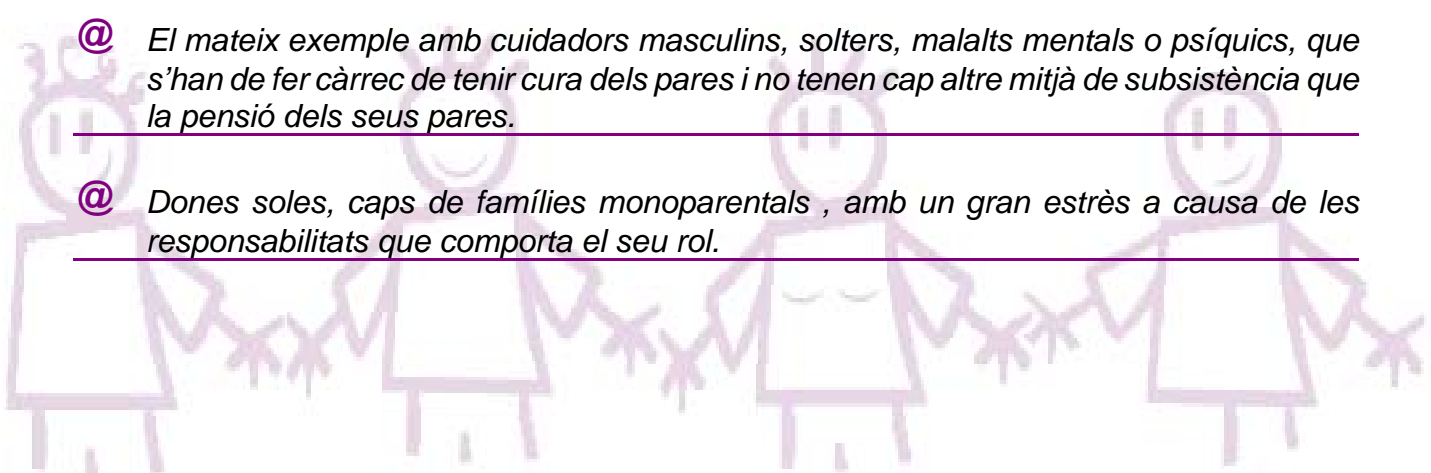
Desigualtats de gènere

Suport a les dependències

@ Persones amb dependències: cuidadores primàries majoritàriament dones (aspecte que sovint influeix de manera negativa en la salut física, mental i social d'aquestes).

@ El mateix exemple amb cuidadors masculins, solters, malalts mentals o psíquics, que s'han de fer càrrec de tenir cura dels pares i no tenen cap altre mitjà de subsistència que la pensió dels seus pares.

@ Dones soles, caps de famílies monoparentals, amb un gran estrès a causa de les responsabilitats que comporta el seu rol.



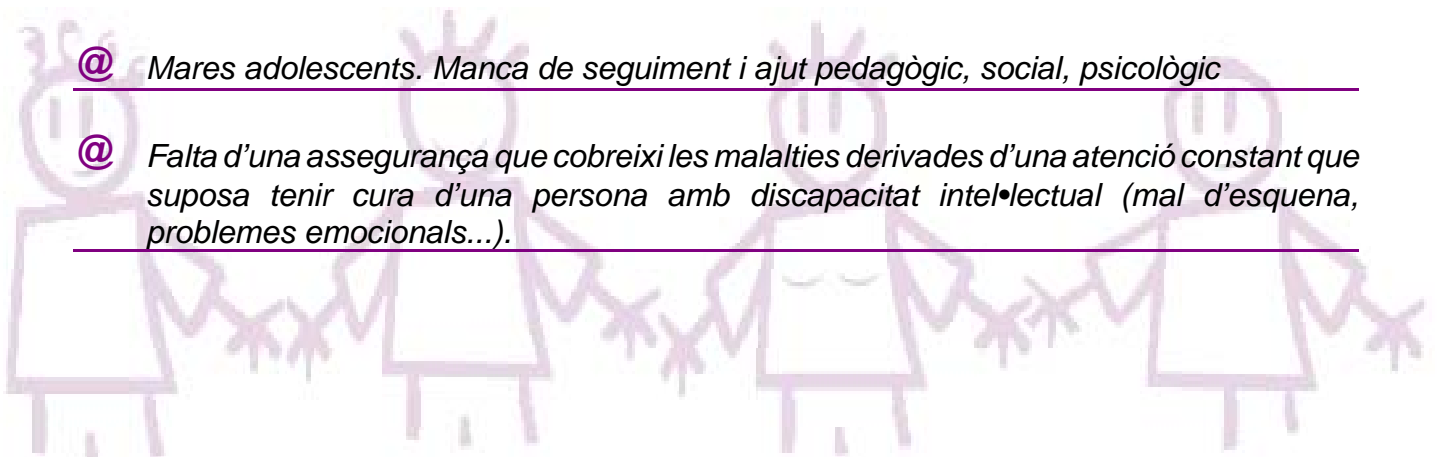
- @ *“Casualment” són les anomenades malalties de dones també les més qüestionades o menys estudiades (p.ex: fibromiàlgia, fatiga crònica).*
-

Rols familiars

- @ *Dificultat de conciliació entre horari laboral, dones i fills*
-
- @ *La majoria dels cuidadors de les persones amb dependència són dones, que no reben cap tipus de suport: econòmic, psicològic, formatiu, etc. Davant el problema dels fills gairebé sempre és la mare qui acudeix a la consulta, quan el pare també s’hi hauria d’implicar i reforçar el vincle familiar.*
-
- @ *Falta d’una prestació econòmica per a la figura del cuidador, que ha de deixar de treballar, no voluntàriament, per atendre les necessitats de la persona amb discapacitat intel·lectual.*
-
- @ *L’aparició de noves formes familiars, la reducció de les xarxes informals tradicionals (comunitat de veïns, família extensa, etc.) i la manca de respostes de suport en el marc de les dependències per part de les administracions ha sobrecarregat la figura dels cuidadors, especialment la de les cuidadores.*
-
- @ *Les exigències i els rols familiars són responsables de les diferències entre homes i dones en l’estat de salut. Els rols transmesos i els estereotips de la feminitat (dona cuidadora dels fills, dels seus pares, del seu marit, etc.) fan que les dones sovint tinguin una sobrecàrrega familiar que té efectes i conseqüències de risc en la salut mental.*
-
- @ *A més de la vida familiar, cal compaginar la vida professional, social i personal “les exigències són moltes” i els recursos per fer-los front no sempre suficients. És especialment dramàtic i difícil per a les dones que formen famílies monoparentals amb recursos econòmics insuficients i manca de xarxa social, les que tenen la parella o fills amb problemes de drogodependència, les que són víctimes de violència familiar, les que han de treballar tot i no tenir les condicions de salut adequades per desenvolupar el treball que realitzen i aquelles que han de fer front a la cura d’un familiar de primer grau amb alt nivell de dependència que requereix la seva atenció 24 hores, 365 dies de l’any.*
-

Salut

- @ *Mares adolescents. Manca de seguiment i ajut pedagògic, social, psicològic*
-
- @ *Falta d’una assegurança que cobreixi les malalties derivades d’una atenció constant que suposa tenir cura d’una persona amb discapacitat intel·lectual (mal d’esquena, problemes emocionals...).*
-



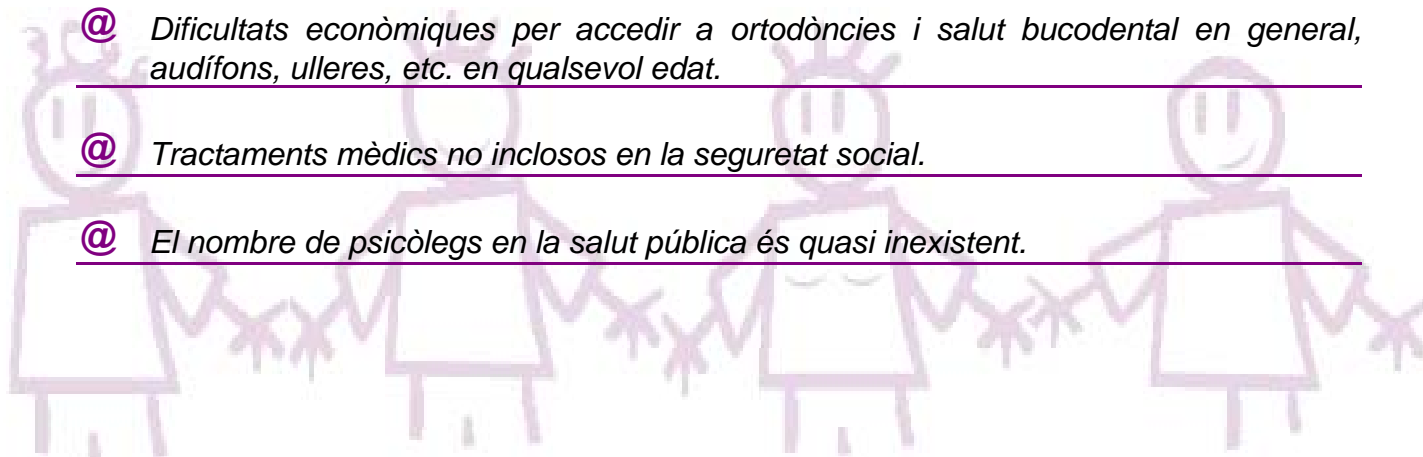
Violència familiar

- @ Segons Amnistia Internacional, més de vint mil dones denuncien maltractaments cada any a Espanya i més de mig centenar moren a mans de les seva parella o exparella.
- @ La violència de gènere continua augmentant i és la primera causa de mort en dones entre 16 i 44 anys.
- @ Dones víctimes de violència de gènere que són tractades per equips de salut mental, a causa d'aquesta violència, i a l'ambient social són estigmatitzades "como que están locas."
- @ Desconeixement del funcionament i l'actualització en l'itinerari i els protocols en el marc de l'atenció a la violència familiar (violència de gènere, maltractament infantil, maltractament a gent gran, maltractament a discapacitats i maltractament entre iguals –assetjament escolar, "bullyng").
- @ Dificultats que les mares amb fills amb discapacitat intel·lectual tenen per trobar feina, pel fet de tenir un fill amb aquestes característiques.

Desigualtats per nivell econòmic i classe social

Salut/salut mental

- @ Els baixos ingressos econòmics i insuficients poden repercutir de manera considerable en les condicions d'higiene i hàbits alimentaris. Es pot donar el cas que persones amb diabetis que han de seguir una dieta rica en proteïnes animals, vegetals, etc., a causa del preu elevat d'aquests tipus d'aliments, basin la seva alimentació en hidrats de carboni que tenen un preu de baix cost.
- @ Les dificultats d'accés a l'assistència psicològica gratuïta davant situacions vitals angoixants -que no originen un trastorn mental greu-, familiars de pacients amb malalties greument invalidants, dols no elaborats, depressions etc.
- @ Dificultats econòmiques per accedir a ortodòncies i salut bucodental en general, audifons, ulleres, etc. en qualsevol edat.
- @ Tractaments mèdics no inclosos en la seguretat social.
- @ El nombre de psicòlegs en la salut pública és quasi inexistent.



@ *Les dificultats de poder accedir a un fisioterapeuta a través de la Seguretat Social. En el cas que s'aconsegueixi, poden trigar mig any a donar-te hora i només tens dret a un nombre determinat de sessions.*

@ *És una desigualtat en salut el fet de no poder accedir per motius econòmics als tractaments odontològics, medicació no coberta per la seguretat social, audífons, ulleres, etc.*

@ *Les persones que no poden accedir per motius econòmics a la medicina privada estan en desigualtat de condicions perquè han de suportar les llargues llistes d'espera, generadores elles mateixes de malaltia (per operacions, rehabilitació, etc.) de la medicina pública.*

Salut i infància

@ *Recursos econòmics insuficients o inexistents en família o dona a càrrec d'infant de 0 a 3 anys: si necessiten bolquers o llet especial per a nadons no s'assumeix des de la Seguretat Social, només entitats que treballen en l'àmbit solidari o ONG. L'augment de les demandes a aquestes entitats ha fet que aquestes hagin hagut de posar límits, per exemple, només atendre infants menors de 6 mesos.*

Accessibilitat món al laboral

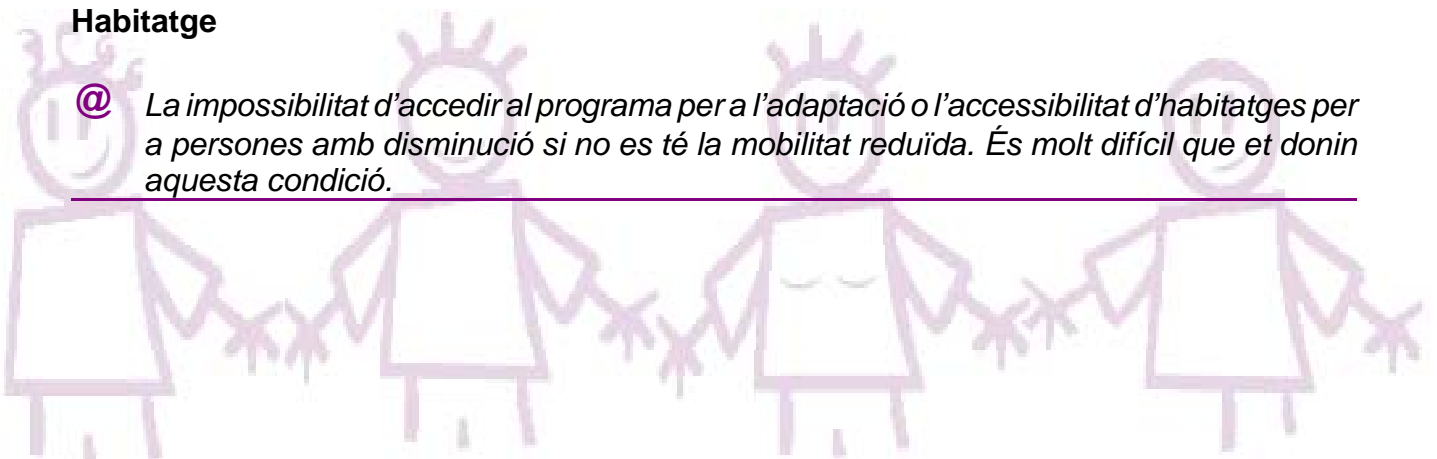
@ *Las familias con bajos recursos no pueden acceder al mundo laboral por no poder pagar una guardería privada, después de no acceder a la pública por falta de plaza. Especialmente cuando la demanda es muy superior a las plazas ofertadas, en una población de 125.000 habitantes hi ha dues escoles bressol per a tota la població.*

Gent gran

@ *La PNC per a una persona amb el 65 % de disminució és de només 301,55 €. A més a més, per poder cobrar una PNC, es computen els ingressos de la unitat familiar. A més a més, si la persona té qualsevol altre ingrés, es descompta de la pensió, per petit que sigui l'ingrés.*

Habitatge

@ *La impossibilitat d'accedir al programa per a l'adaptació o l'accessibilitat d'habitatges per a persones amb disminució si no es té la mobilitat reduïda. És molt difícil que et donin aquesta condició.*



@ Si volem ser valents i afrontar l'apartat sobre desigualtats socials reals, sense menysprear les que tots coneixem, hauríem també d'encarar el problema des d'un altre angle no més legítim.

@ En una ocasió d'una visita a una oficina de la "caixa d'estalvis", se'm van comentar per part d'un empleat d'aquesta entitat les "excel·lències" de les aportacions i ajudes socials als més desvalguts, que justificaven en bona part l'elecció d'una "caixa" front a un "banc" per gran part de la classe treballadora. La meva resposta va ser que finalment havíem d'escollir entre "entitats bancàries" que donaven beneficis als més rics i "entitats d'estalvi" que subvencionaven als anomenats "marginals"... quelcom semblant al que succeeix amb les polítiques de subvencions del nostre govern. Arribats aquí la pregunta que faig seria: i de les dites classes treballadores assalariades, les que paguen els seus impostos per mantenir realment tot el sistema, qui se n'ocupa? Personalment, tinc la sensació que quedem fora dels avantatges financers de la banca i, a la vegada, de les subvencions dels ajuts de les "caixes," com també -pels mateixos criteris- de l'enriquiment dels que ja ho son i dels ajuts als "marginals", per part dels qui distribueixen els impostos que aportem els assalariats per finançar els dits enriquiments i subvencions. Traslladant aquests temes a la "VI Jornada", voldria creure que, si és legítim defensar i ajudar els més desvalguts, seria un greuge no fer-ho amb els que també poden necessitar unes prestacions institucionals, que a més han finançat, durant la seva vida, amb els seus propis salaris.

@ Dificultat econòmica per anar al metge, paguen taxi. Dificultat de mobilitat per anar al centre (baixades, pujades, escales...). Si fos subvencionat el taxi potser no hauríem de fer tants domicilis.

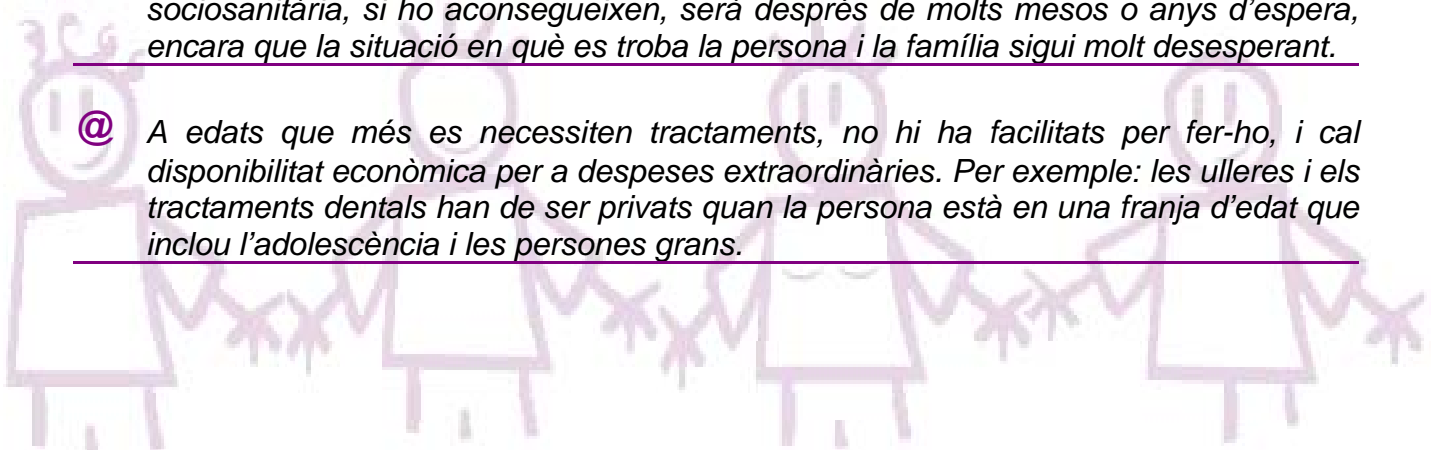
@ Assistència psicològica gratuïta per a qüestions i moments estressants de la vida

@ Assistència domiciliària, no n'hi prou amb el suport econòmic, ni amb el SAD, si volem intentar no col·lapsar residències.

@ Problemes odontològics greus a causa d'una malaltia (no mala higiene, ni mal conducta). No esta subvencionat.

@ Amb l'increment de població no s'ha dut a terme cap planificació efectiva de previsió de places en centres sociosanitaris, ni de places en centres residencials, ni tampoc en centres de dia per a la gent gran. Tampoc per a residències per a discapacitats, per la qual cosa persones que necessiten un ingrés temporal o definitiu d'atenció social i sociosanitària, si ho aconsegueixen, serà després de molts mesos o anys d'espera, encara que la situació en què es troba la persona i la família sigui molt desesperant.

@ A edats que més es necessiten tractaments, no hi ha facilitats per fer-ho, i cal disponibilitat econòmica per a despeses extraordinàries. Per exemple: les ulleres i els tractaments dentals han de ser privats quan la persona està en una franja d'edat que inclou l'adolescència i les persones grans.



Discapacitat

- @ Ajudes tècniques. Hi ha ajudes que es poden cobrir a través de PUAS. Però moltes persones primer han de fer front a la despesa i després l'ICASS et retorna un 50 %. El problema és que moltes persones no poden assumir ni tan sols aquest 50 %, per tant, no poden accedir a aquesta ajuda ni tan sols per aquesta via.*

- @ Dificultats per accedir a l'ampliació d'hores per a l'estimulació precoç i la logopèdia si no és per via privada. Els centres d'atenció i desenvolupament precoç normalment dediquen una hora per nen o nena. Les famílies que volen i poden realitzar més hores de tractament ho han d'assumir per la via privada. Les que no ho poden fer i saben que seria beneficiós per al seu fill o filla ho viuen amb molta impotència.*

- @ Pitjor atenció preventiva (abans, durant i en el part) que pot provocar, segons un estudi realitzat per la Fundació Bofill, més possibilitats de tenir fills amb discapacitats.*

- @ Dificultats per conciliar la vida laboral i familiar per part de les famílies, especialment, per motius d'hospitalització o visites mèdiques de la persona amb discapacitat intel·lectual... cosa que no es troba prevista en la legislació laboral, aspecte que provoca que moltes vegades no es renovi el contracte laboral. Aquesta situació els fa més vulnerables de cara a mantenir el seu estatus social.*

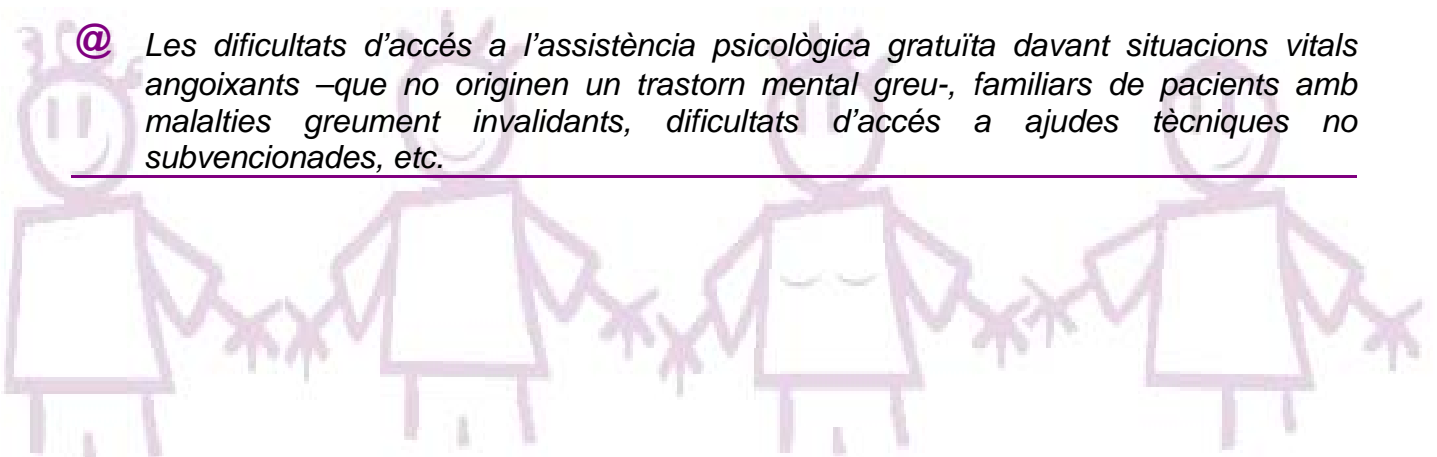
- @ Falta de recursos de suport psicològic, especialment, per a famílies que tenen fills amb discapacitat intel·lectual.*

- @ L'assistència bucodental no està inclosa en el catàleg de prestacions sanitàries per a aquest col·lectiu, especialment, per a aquells casos que necessiten anestèsia per fer una intervenció. A nivell privat, pot suposar una despesa massa elevada per a les famílies.*

- @ Les famílies amb persones amb discapacitat intel·lectual que no tinguin una grau de discapacitat igual o superior al 65 % no tenen dret a cobrar la prestació per fill a càrrec. Es preveu que amb aquest grau de discapacitat poden accedir al món laboral, però en molt dels casos no es així.*

- @ El fet de tenir a càrrec tota la vida una persona amb discapacitat que no aportarà ingressos disminueix considerablement la capacitat econòmica familiar.*

- @ Les dificultats d'accés a l'assistència psicològica gratuïta davant situacions vitals angoixants –que no originen un trastorn mental greu-, familiars de pacients amb malalties greument invalidants, dificultats d'accés a ajudes tècniques no subvencionades, etc.*



- @ *Els col·lectius més desfavorits econòmicament i els corresponents a les classes mitjanes tenen greus dificultats i han de superar grans temps d'espera per aconseguir ajuts públics per accedir a centres de dia i residències de gent gran.*
-

Desigualtats en l'origen demogràfic

Salut

- @ *Diferències importants i discriminatòries per tenir dret a un metge assignat d'aquelles persones que no estan empadronades en el municipi. Malgrat que els criteris d'empadronament estan emparats per la llei d'empadronaments, cada municipi marca per ordenances els seus criteris afegits als generals. D'aquesta manera ens trobem amb persones que, malgrat tenir dret a assistència sanitària (per ser persones en actiu i que estan cotitzant, per ser persones sense recursos, sense sostre i ser espanyols, i persones estrangeres que no es poden empadronar en l'habitatge malgrat estar pagant-la perquè en l'habitatge ja hi ha un nombre "màxim" de persones que algun dia es van empadronar i no es van donar de baixa en marxar, etc.), solament es podran visitar per motius d'urgència mèdica, no podran ser enviats per la via ordinària a un especialista i que el mateix metge de família els porti el seguiment del seu problema de salut. És un greuge comparatiu deixar en mans de les ordenances municipals (cada municipi de Catalunya té les seves) quant a empadronament, el dret a assistència sanitària i assignació de TIS (la TIS és la que realment et dona dret a assignació de metge). Si no és així, hi ha diferenciació de criteris quant a assignació de metge entre els diferents centres d'atenció primària de salut de Catalunya? Per què un permís de residència, que sembla estar, normativament parlant, per davant de un certificat d'empadronament, no serveix al SCS per expedir TIS, quan l'empadronament és impossible? I si un català és un sense sostre, no té dret a TIS? Són moltes les discriminacions, i els greuges comparatius.*
-

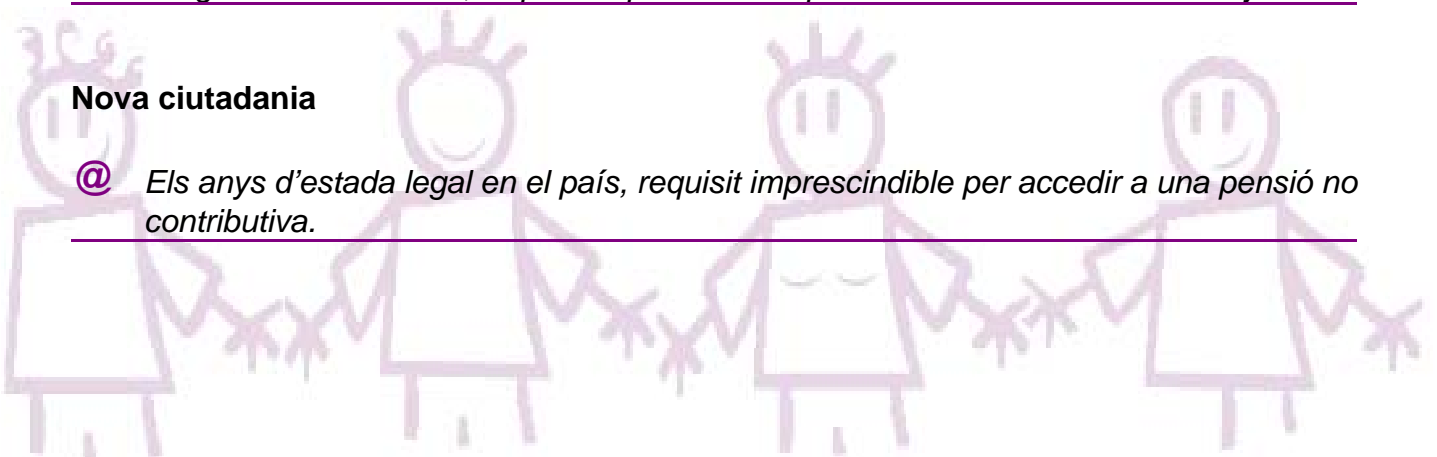
- @ *Les diferències culturals resulten difícils d'encaixar en el sistema de salut.*
-

- @ *L'accés als centres sociosanitaris: segons la zona del territori on es viu hi ha més o menys dificultat, mes o menys llista d'espera, per accedir a un llit sociosanitari.*
-

- @ *Segons la zona del territori on es viu hi ha més o menys llista d'espera per a la valoració del grau de disminució, requisit imprescindible per tenir accés a determinats ajuts.*
-

Nova ciutadania

- @ *Els anys d'estada legal en el país, requisit imprescindible per accedir a una pensió no contributiva.*
-



- @ Situacions de desigualtat per dificultat idiomàtica, desconeixement dels drets i deures com a ciutadans.*

- @ Impossibilitat de tramitar les ajudes per a menors de 3 anys a infants amb nacionalitat espanyola, però que els pares disposen únicament de passaport.*

- @ Hi ha moltes prestacions que tenen una exigència de temps d'estada en el mateix territori de més de dos anys i penalitzen sense accés a l'ajuda si canvies de comunitat autònoma, com és el cas de RMI.*

- @ Sovint el tret cultural no deixa veure el pacient, als professionals ens pot influir la cultura, l'origen, la llengua a l'hora d'intervenir.*

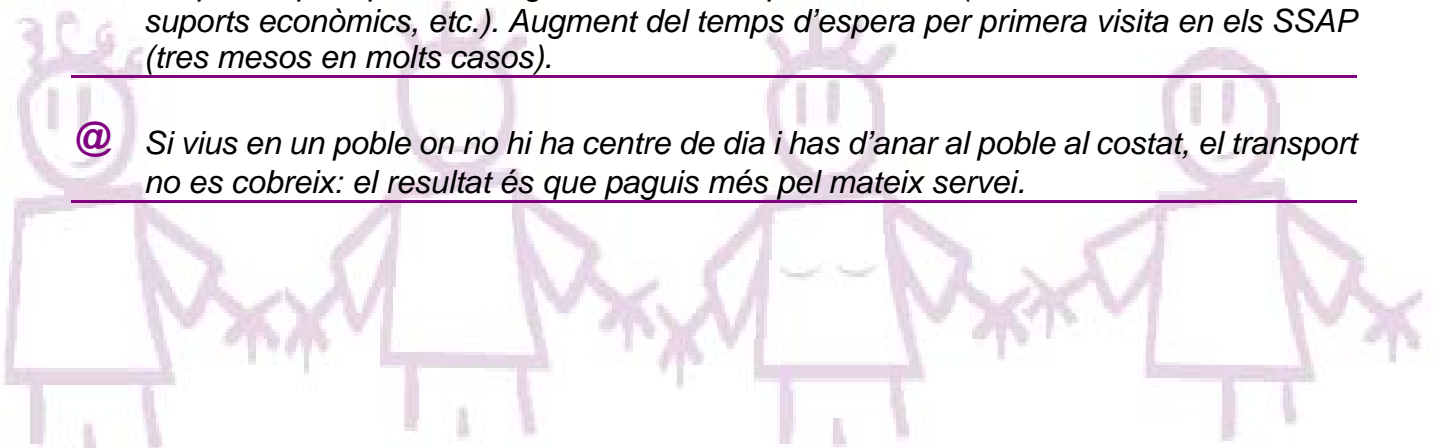
- @ Els immigrants han de superar diversos obstacles socials per tal d'incloure's en el sistema social actual capitalista. Aquest model social fa que no tinguin les mateixes condicions i oportunitats per accedir a qualsevol mínim de la subsistència (habitatge, feina, estabilitat legal, suport econòmic bàsic, etc.), han de patir moltes desigualtats en comparació a la població autòctona i alhora viure al marge de la societat, víctimes en molts casos d'irregularitats, injustícies, màfies que fan que encara siguin més uns ciutadans de segona, invisibles i vulnerables: desigualtat en els salaris per la mateixa feina, desigualtat en l'accés a un mateix lloc de treball amb condicions iguals o superiors a altres candidats, dificultat d'accedir a habitatges de lloguer, estigmatització del concepte immigrant, desigualtats pel desconeixement dels sistemes d'informació i reclamació habituals (punts d'informació, reclamacions, obligacions com a ciutadans i ciutadanes).*

- @ Desprotecció en la seguretat laboral, sobretot en persones sense contractació, com és el cas del col·lectiu d'immigrants.*

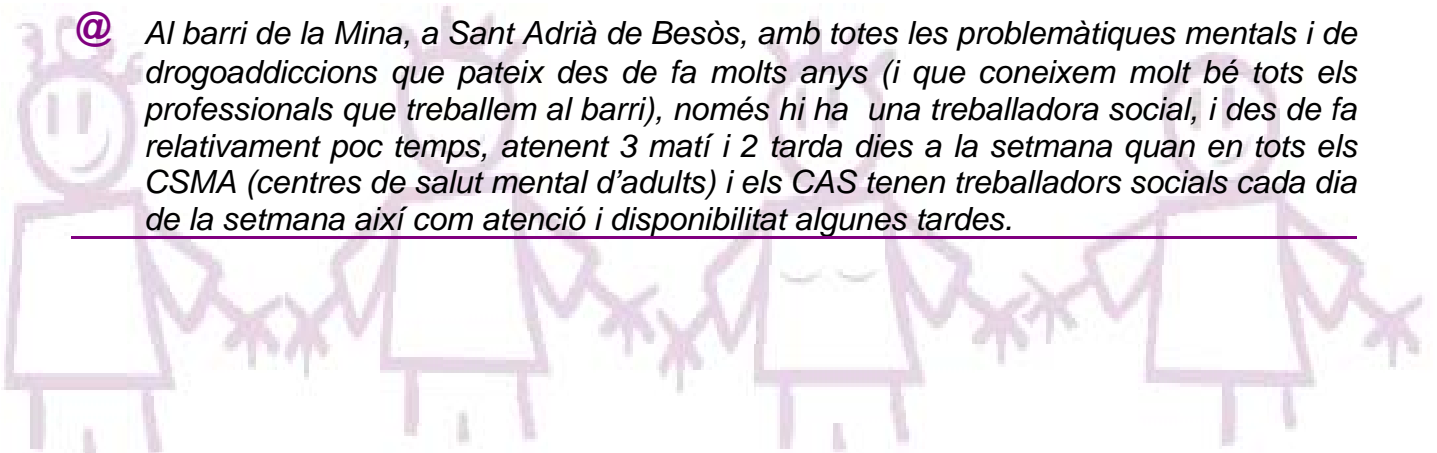
Desigualtats en la distribució de recursos entre poblacions i dificultat en l'accessibilitat als serveis

- @ Quan l'accés als recursos no és universal, es creen les desigualtats. Els drets dels serveis socials són subjectius, ja que depenen dels pressupostos. Hi ha l'augment del temps d'espera per aconseguir un recurs al qual es té dret (residències, centres de dia, suports econòmics, etc.). Augment del temps d'espera per primera visita en els SSAP (tres mesos en molts casos).*

- @ Si vius en un poble on no hi ha centre de dia i has d'anar al poble al costat, el transport no es cobreix: el resultat és que paguis més pel mateix servei.*



- @ Els cuidadors de persones amb alta dependència que es treballen en els ATDOM no solen arribar als serveis socials, i si el TS de l'EAP no pot tramitar directament una proposta de SAD per donar-li suport en l'atenció que presta, són cuidadors i malalts que, malgrat tenir dret a SAD amb una part important de bonificació del servei o servei inclòs gratuït, no tindran el recurs. Motiu: llistes d'espera importants de serveis socials, persones que no tenen el sentiment de tenir un problema social i no volen sol·licitar ajuda a serveis socials. La dificultat d'haver de deixar sol el malalt per anar a una visita programada (perquè quan arriba el dia de visita les complicacions de la salut del malalt ho impedeixen). Des de l'ATDOM l'equip sanitari té un accés directe i domiciliari amb el cuidador.
-
- @ Desigualdades en el tema de adjudicación de TF en las diferentes poblaciones y ciudades (a criterio de la trabajadora social).
-
- @ Entre poblaciones en cuanto a la adjudicación de recurso sociosanitario. (DF. Larga estancia. Convalecencia, etc.).
-
- @ Desigualdades en el número de plazas de guarderías públicas entre poblaciones de similar número de habitantes.
-
- @ Desigualdades en los accesos a los servicios considerados universales, de copago o privados conveniados por la Administración pública y gestionados por empresas privadas como la teleasistencia, "xecs servei", servicio a domicilio, etc.
-
- @ La teleasistencia en BCN és gratuïta. En comarcas, y dependerá de los convenios que realicen los ayuntamientos con las diferentes empresas, deberá ser de co-pago, o totalmente privada.
-
- @ Los cheques servicios de SAD privado no están implantados en toda Cataluña.
-
- @ Desigualtat en sentit geogràfic a Catalunya (diferents formes d'actuar o fer informes sociosanitaris per accedir a plaça segons regió).
-
- @ Hi ha pobles que tenen PADES altres no.
-
- @ Hi ha regions que disposen de pisos tutelats, altres no.
-
- @ Al barri de la Mina, a Sant Adrià de Besòs, amb totes les problemàtiques mentals i de drogoaddiccions que pateix des de fa molts anys (i que coneixem molt bé tots els professionals que treballen al barri), només hi ha una treballadora social, i des de fa relativament poc temps, atenent 3 matí i 2 tarda dies a la setmana quan en tots els CSMA (centres de salut mental d'adults) i els CAS tenen treballadors socials cada dia de la setmana així com atenció i disponibilitat algunes tardes.
-



- @ El perfil sanitari d'una persona amb patologia dual fa que cap dels serveis doni resposta, sinó que tots l'exclouen (salut mental i drogodependències o disminució i salut mental o sociosanitari).*

- @ La manca de llits i recursos hospitalaris i sociosanitaris provoca altes a domicili sense un mínim de condicions sanitàries i socials per poder atendre al malalt al domicili.*

- @ El Departament de Benestar i Família crec que no és conscient de manera objectiva que quan un treballador social de salut fa qualsevol sol·licitud urgent d'ajut és per a una persona, no per a un cas o a un número d'expedient. Hauria d'arribar a disposar de mecanismes per resoldre situacions molt greus amb una major celeritat, com passa en altres comunitats autònomes molts més àgils.*

- @ Hi ha llarg temps d'espera per accedir en una residència pública però calen nous mecanismes de coordinació, priorització (situacions d'alt risc social en gent gran, fills amb malaltia mental que no poden fer front a la cura dels seus, pares, etc.), en coordinació amb ICASS.*

- @ Dones i homes de 80/90 anys que viuen sols, en situació de doble risc social (per a ells mateixos i per als altres: demències, trastorns mentals).*

- @ Dona/home amb malaltia d'Alzheimer en estat avançat que està convivint amb la dona o amb els fills o filles: risc continuat d'autolesions, deliris, múltiples caigudes durant la nit, dificultat per part del nucli familiar per atendre les necessitats del malalt.*

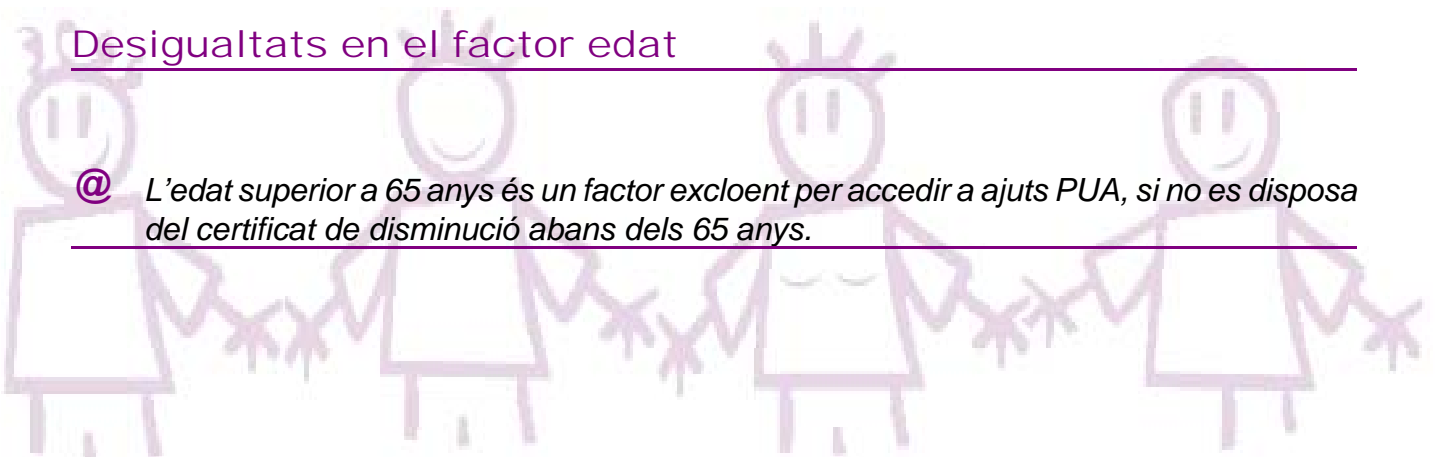
Discapacitat intel·lectual

- @ Remarquem que per a aquest col·lectiu no hi ha els mateixos recursos sanitaris a Lleida, Tarragona, Girona que a Barcelona. Moltes famílies s'han de desplaçar a la província de Barcelona per poder realitzar determinades intervencions (dentistes, oculistes...)*

- @ Els cuidadors no tenen els mateixos drets d'accés a ajudes de SAD, depenent del municipi. Es podria dir que hi ha categories de cuidadors segons el municipi de Catalunya on visquin (els criteris econòmics d'accés a ajuts no son universals).*

Desigualtats en el factor edat

- @ L'edat superior a 65 anys és un factor excloent per accedir a ajuts PUA, si no es disposa del certificat de disminució abans dels 65 anys.*



@ Pacients menors de 65 anys amb patologia crònica invalidant queden exclosos de recursos adients, per qüestió d'edat.

@ Persones menors de 65 anys amb patologies físiques, psíquiques o sensorials invalidants, que tenen dificultat per accedir a recursos institucionals públics o privats (centre de dia, residència) ja que la totalitat dels centres estan destinats a la població major de 65 anys.

@ Persona que és d'edat 50 no pot accedir a residència encara que tingui unes limitacions físiques i condicions socials que no pugui viure sol a casa seva.

@ Desde la atención sanitaria pública, faltan servicios de atención domiciliaria específicos de menores.

@ Falta de centros sociosanitarios públicos de media/larga estancia para niños.

@ Los menores que deben acudir a Hospital de Día de Psiquiatría o a Comunidad Terapéutica, no tienen cubierto por el sistema público el transporte.

@ Dificultad para obtener la tarjeta sanitaria en menores, de 16 a 18 años, sin domicilio fijo.

Discapacitat/dependència

@ La incapacitat permanent total és un factor de desigualtat segons l'edat, ja que a determinades edats és molt més difícil trobar feina.

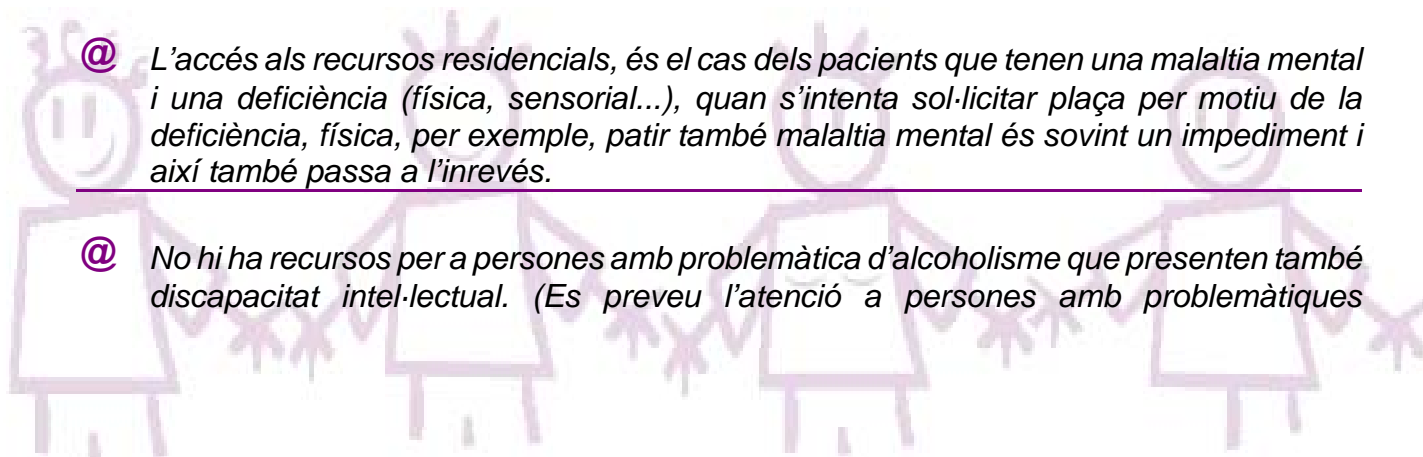
@ El programa "Viure en família" durant l'any 2006 no recull les persones dependents menors de 65 anys. Cal recordar que durant anys anteriors sí que les tenien en compte.

Altres desigualtats

Recursos d'acolliment residencial

@ L'accés als recursos residencials, és el cas dels pacients que tenen una malaltia mental i una deficiència (física, sensorial...), quan s'intenta sol·licitar plaça per motiu de la deficiència, física, per exemple, patir també malaltia mental és sovint un impediment i així també passa a l'inrevés.

@ No hi ha recursos per a persones amb problemàtica d'alcoholisme que presenten també discapacitat intel·lectual. (Es preveu l'atenció a persones amb problemàtiques



d'alcoholisme i patologia mental.) Els professionals que han d'atendre aquestes persones es troben amb moltes dificultats per a la resolució del cas: no hi ha un recurs específic dins la xarxa de drogodependències, i no és exactament un cas de salut mental. Són persones normalment bastant autònomes per a les activitats de la vida quotidiana i menors de 65 anys, per la qual cosa no tenen perfil de residència.

Salut

@ Sabemos que el VHC está declarado como enfermedad infecciosa de declaración obligatoria, que en una gran mayoría de los casos se cronifica y no se cura y, sin embargo, se sigue considerando enfermedad común para depende qué cuestiones.

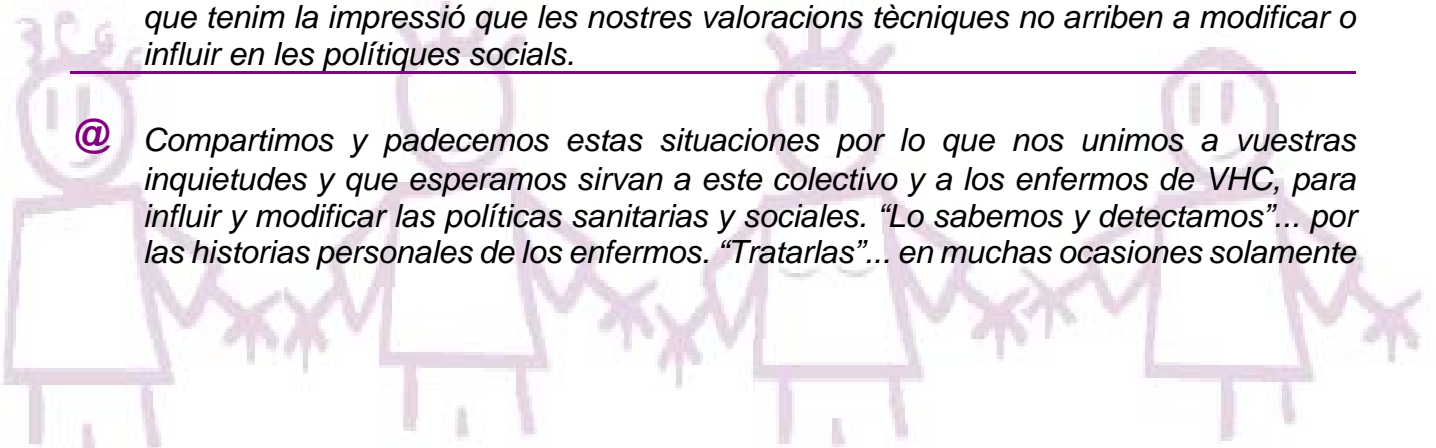
@ Sabemos que a pesar de ser una enfermedad llamada silenciosa por su asintomatía, en demasiados casos cambia radicalmente la vida del que la padece: físicamente, anímicamente, rompiendo entornos familiares, sociales, laborales, económicos, igualdad de oportunidades, etc. Exceptuando casos de gravedad y solamente en lo físico, los demás condicionantes no son tenidos en cuenta a la hora de hacer una valoración individual de todos los condicionantes en conjunto a la hora de emitir dictámenes en las solicitudes de petición de préstamos hipotecarios, seguros de vida, minusvalía, incapacidad, etc. Y que no solamente merman la calidad de vida de algunos enfermos: es que se la desmonta completamente.

@ Sabemos que no se informa lo suficiente por parte de los departamentos correspondientes públicos sanitarios (no sabemos bien porque). Desde la base de la pirámide a todos los ciudadanos, de lo que es la enfermedad, de cómo se contagia, de riesgos y no riesgos, de precauciones, de la liberación de tabúes y miedos, etc. que no benefician a nadie, aumentando el riesgo de más contagios que con información, concienciación y participación sin condiciones, se podrían algunos evitar.

@ Sabemos que a los contagiados antes de 1990, no se les considera por Salud Pública, merecedores de pedir daños de cualquier tipo. Según la ley adaptada, se amparan en que no se conocía el genoma del VHC, pero sin embargo si que se sabía desde 1975, que varios de los transfundidos quedaban contagiados de un virus no A, no B. Si sabían que quedaban infectados después ¿cómo es posible que no se mirase la sangre antes? ¿Cómo no se informaba al necesitado de transfusión este riesgo?

@ Els treballadors socials ens queixem sovint que hi ha temes ocults a la mirada pública, que no són presents als mitjans de comunicació en la denúncia de necessitats i sembla que tenim la impressió que les nostres valoracions tècniques no arriben a modificar o influir en les polítiques socials.

@ Compartimos y padecemos estas situaciones por lo que nos unimos a vuestras inquietudes y que esperamos sirvan a este colectivo y a los enfermos de VHC, para influir y modificar las políticas sanitarias y sociales. "Lo sabemos y detectamos"... por las historias personales de los enfermos. "Tratarlas"... en muchas ocasiones solamente



con nuestra ayuda mutua y algún que otro sugerimiento. “Comunicarlas...” a base de intenciones, trabajo y esperanza...

@ *Les malalties que té poca gent i no són prou estudiades.*

@ *L'accessibilitat als recursos segons el lloc on es viu (per exemple, CAP que queden molt lluny de l'àrea bàsica, amb insuficient transport públic, territori pendent, etc.)*

Professionals/infraestructures

@ *La desigualdad entre profesionales: formación, interés y vinculación hacia su trabajo, que al fin y al cabo son los del paciente.*

@ *Desigualtats en la infraestructura (aplicacions informàtiques, fotocopiadores, accés a internet, fax, etc.), dins la mateixa institució. Això implica una dificultat en la tasca del dia a dia del professional.*

@ *Seria molt important parlar del model que impera darrerament i que sembla ser el futur de l'atenció: mixt (públic-privat o privat-públic encara no ho tinc clar), de els seves mancances, deformacions i vicis... En conec uns quants, igual que moltes de les companyes, que intentem exercir la nostra professió en millors condicions.*

@ *Els EAP que no tenen treballador social, o els EAP que comparteixen treballador social.*

Treball

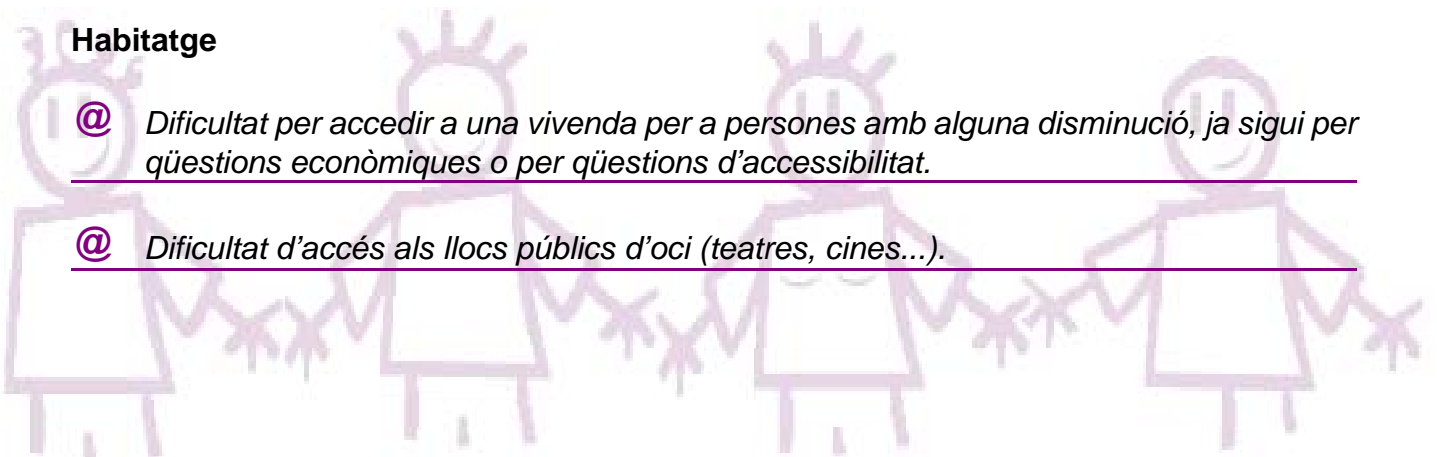
@ *Si no tens el certificat de disminució, no pots accedir a un servei d'integració laboral, encara que tinguis una malaltia. I en molts casos es dona de malalties invalidants sobrevingudes i el temps d'espera per ser reconegut legalment és en l'actualitat de 12 mesos.*

@ *De totes maneres, la majoria de SILS ofereixen feines tipus empreses de treball temporal: feines mal pagades, amb contractes precaris i a vegades amb l'obligatorietat d'haver d'anar canviant de torn.*

Habitatge

@ *Dificultat per accedir a una vivenda per a persones amb alguna disminució, ja sigui per qüestions econòmiques o per qüestions d'accessibilitat.*

@ *Dificultat d'accés als llocs públics d'oci (teatres, cines...).*



- @ Dificultat d'accés a l'esport, no es posen facilitats si una persona amb alguna discapacitat vol realitzar un esport.*

- @ Pacients amb greus trastorns de conducta com a conseqüència d'una lesió cerebral adquirida (ictus, TCE, etc.) que no tenen accés als recursos de la xarxa pública de salut mental perquè aquesta que l'origen del trastorn és orgànic.*

- @ Persones amb reconeixement de disminució (superior al 33 %), beneficiaris de la TIS d'un familiar en situació laboral activa, que no poden optar a tenir TIS pròpia amb farmàcia gratuïta (a no ser que t'ho concedeixin per la via excepcional, fet molt poc habitual i que no és permanent).*

- @ Dificultat d'obtenir dades comunes d'altres serveis/institucions per poder treballar de forma conjunta.*

Discapacitat

- @ En el moment que els professionals de la salut han de donar un diagnòstic d'una malaltia que pot estar patint una persona amb discapacitat intel·lectual, habitualment, es dirigeixen a la família, podríem parlar d'una situació de discriminació, ja que es dona per suposat que no els entendran.*

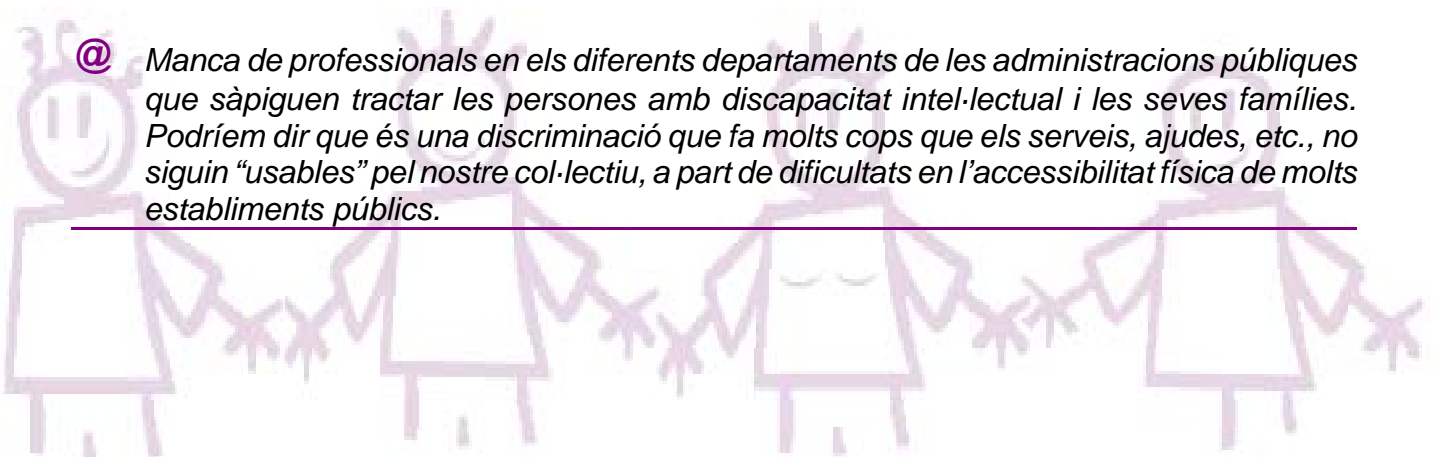
- @ Pel que fa les prestacions sanitàries per a aquest col·lectiu són insuficients (ajuts ortopèdics, medicació...).*

- @ Hi ha una clara desinformació per part dels professionals sanitaris respecte a les necessitats assistencials de les persones amb discapacitat intel·lectual. Falta de formació pel que fa a aquest col·lectiu.*

- @ El sistema sanitari no està adaptat a les característiques de les persones amb discapacitat intel·lectual (habilitats d'intervenció, eines d'avaluació...).*

- @ Hi ha una manca de programes preventius dirigits al col·lectiu de persones amb discapacitat intel·lectual. Val a dir que la investigació desenvolupada per APPS en relació a l'envelliment prematur (SÈNECA) aporta dades significatives: més obesitat, més consum de tabac i cafè, etc.*

- @ Manca de professionals en els diferents departaments de les administracions públiques que sàpiguen tractar les persones amb discapacitat intel·lectual i les seves famílies. Podríem dir que és una discriminació que fa molts cops que els serveis, ajudes, etc., no siguin "usables" pel nostre col·lectiu, a part de dificultats en l'accessibilitat física de molts establiments públics.*



- @** *Manca de coordinació per part dels professionals que atenen les persones amb discapacitat intel·lectual (especialment els aspectes socials i sanitaris).*

- @** *Les barreres arquitectòniques (per exemple, la diferència en qualitat de vida i salut d'una persona que va amb cadira de rodes i pot sortir al carrer perquè té ascensor, i la persona que per manca d'ascensor només pot sortir al carrer quan el va a buscar una ambulància).*

- @** *A la consulta de ginecologia no estan preparats per explorar una dona amb cadira de rodes: com haig de pujar a la llitera. Què passa amb això?*

Farmàcia gratuïta

- @** *Un dels col·lectius més deseparats respecte a aquest tema el formen els afectats de disminució, sovint nens amb gran despesa farmacèutica i sobre els quals gairebé no hi ha ajuts.*

- @** *Col·lectius amb greu problemàtica econòmica que no poden pagar la despesa farmacèutica i que resten a expenses de la voluntarietat del seu grup social proper o bé d'ONG.*

- @** *Persones immigrants en situació d'il·legalitat tenen accés, pel fet de ser més grans de 65 anys, a la prestació de farmàcia gratuïta, mentre que per als ciutadans del nostre territori això no és produeix si no es dona la circumstància de ser pensionista.*

- @** *La via de farmàcia gratuïta excepcional prevista per les administracions sanitàries és totalment inoperant.*

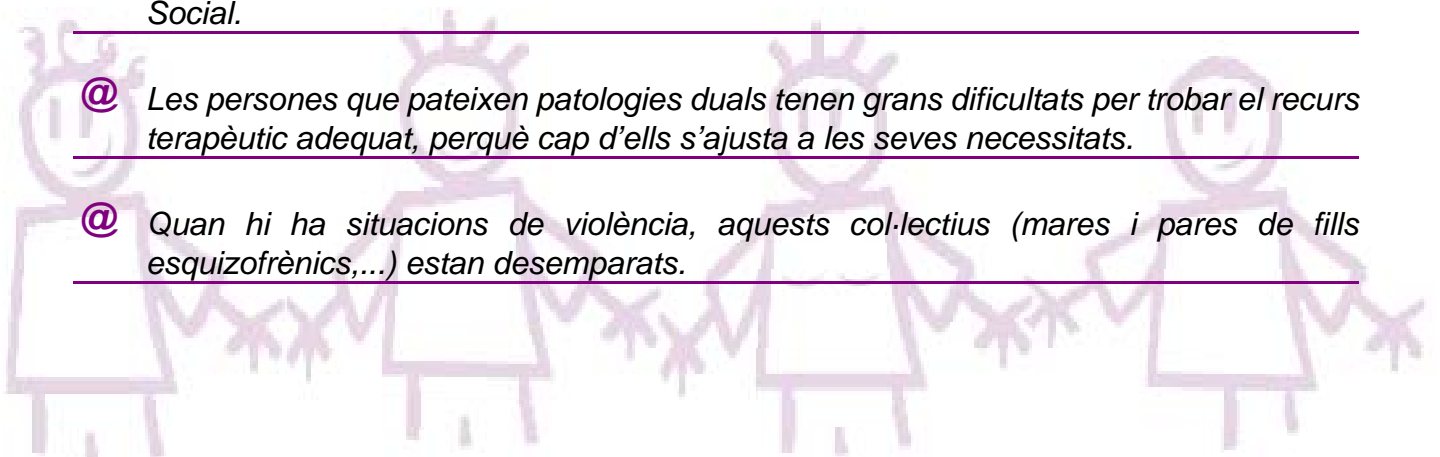
- @** *Les persones de menys de 65 anys no tenen accés automàtic a farmàcia gratuïta encara que els seus ingressos siguin inferiors als de persones més grans de 65 anys.*

Salut mental

- @** *Hi ha una gran desigualtat entre les persones que pateixen problemes de salut mental segons la classe econòmica a la qual pertanyen, de manera que els més desfavorits no poden fer-se càrrec de tractaments psicoterapèutics no finançats per la Seguretat Social.*

- @** *Les persones que pateixen patologies duals tenen grans dificultats per trobar el recurs terapèutic adequat, perquè cap d'ells s'ajusta a les seves necessitats.*

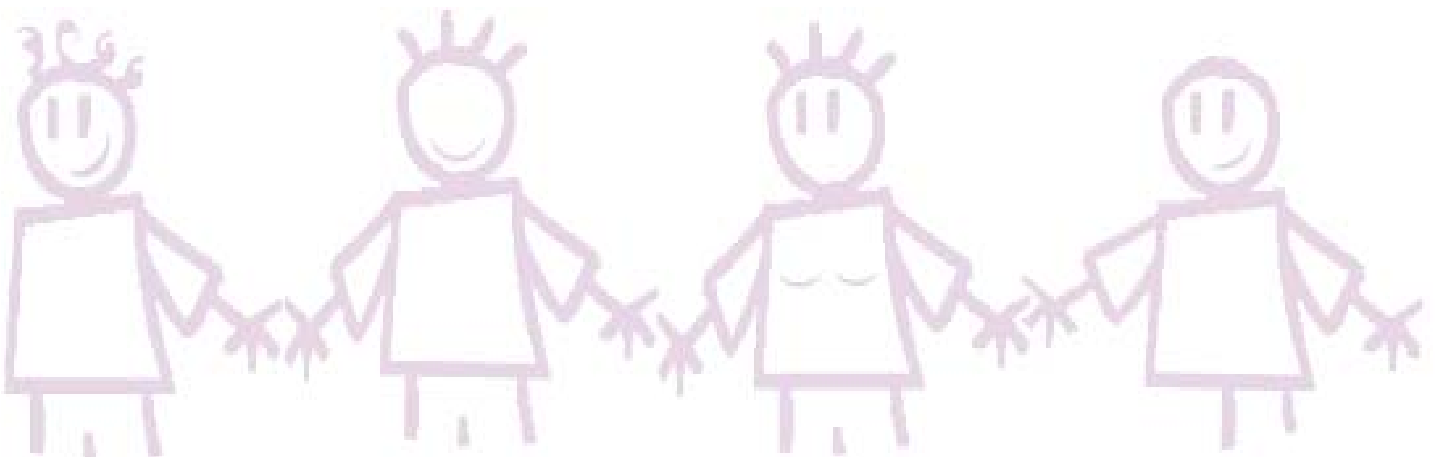
- @** *Quan hi ha situacions de violència, aquests col·lectius (mares i pares de fills esquizofrènics,...) estan deseparats.*

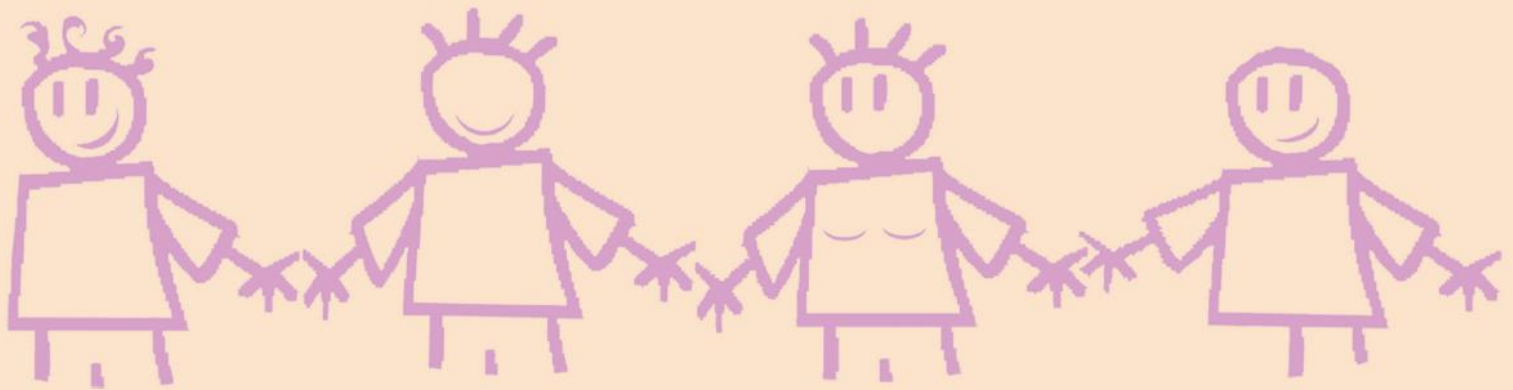


@ *Adults amb grau de discapacitat del 65 % que no cobren pensió (els pares amb fills a càrrec) poden acompanyar els pares en els viatges de l'IMSERSO però no al termalisme per no ser pensionistes.*

Participants al fòrum de les desigualtats

ASSCAT (Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis C)
 P. Santamaría. ASSCAT
 Josep R. Gil Sarrà. EAP1 Santa Coloma de Gramenet
 Margarita Garcia i Canela. EAP Mataró 6
 Carme Rovira. EAP Martorell
 Alfred Rivera. CAS Toxicomanies. Creu Roja a Barcelona
 Conchita Peña. Vall d'Hebron Hospitals
 Tura Carbonell Vinyet. Lliga Reumatològica Catalana
 Montse Montsó. SAP Santa Coloma de Gramenet
 Leila Nomen Martín. Associació Catalana d'Esclerosi Lateral Amiotròfica
 Pilar Laporta. EAP Llefià
 Gemma Illa Sagarra. EAP Muralles
 Jordi Rengel Chica. EAP la Mina
 Mercedes Muñoz León. Hospital Sant Joan de Déu
 Susi Cordón. Federació Catalana pro Persones amb Retard Mental
 Mar Peña. EAP Rambla de Ferran. Lleida i Centre
 Pepita Rodríguez. SAP Santa Coloma de Gramenet
 Meritxell Ortiz. Federació ECOM
 Dolors Olmos. SAP Santa Coloma de Gramenet
 Montserrat Jara. SAP Santa Coloma de Gramenet
 Victoria Mir. EAP Premià de Mar
 Rosa Armengol. SAP Muntanya. Barcelona Ciutat
 M^a Antònia Rocabayera. SAP Santa Coloma de Gramenet
 Raquel Soto. Presidenta de MINUSPACE (Asociación para el progreso de las personas con parálisis cerebral de Barcelona)





Amb la col·laboració de

