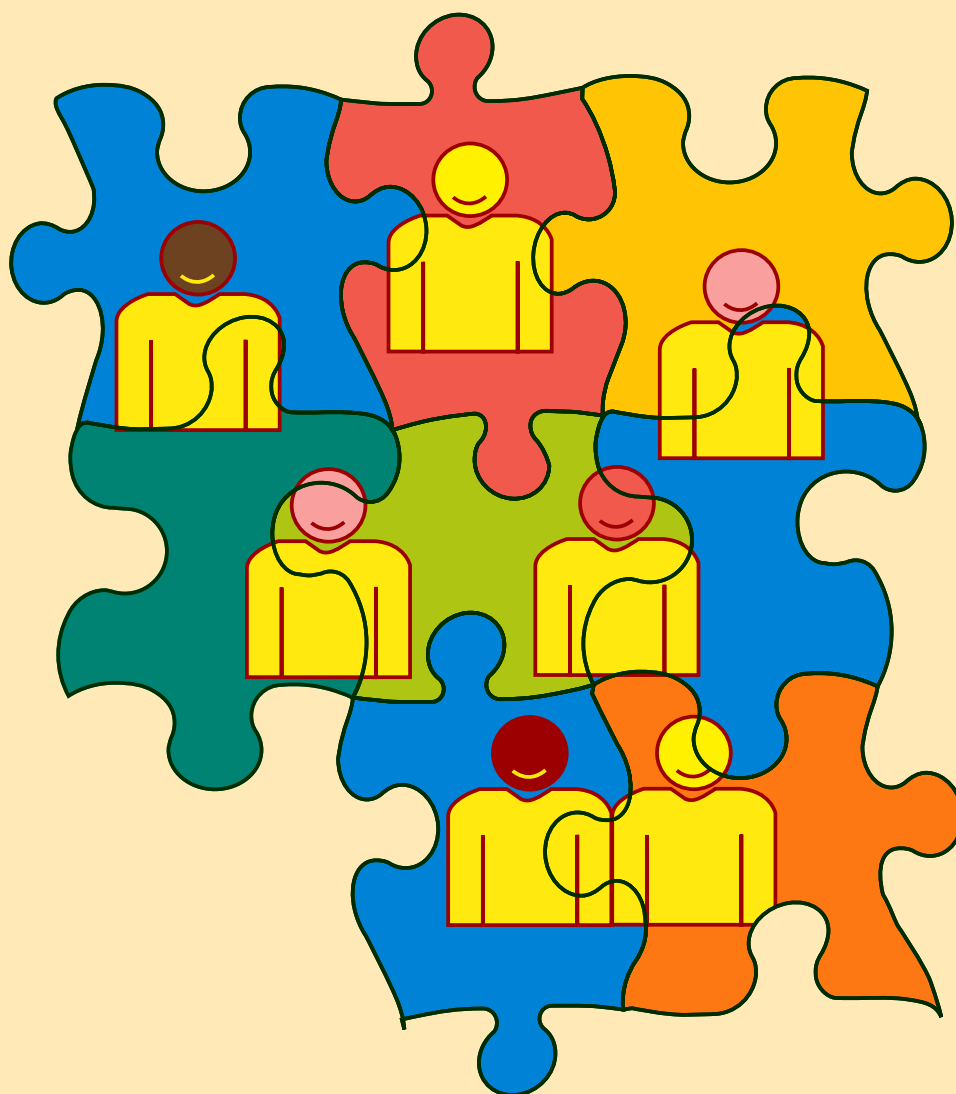


# III JORNADA DE TREBALL SOCIAL ALS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT



## *ENTRANT AL NOU MIL·LENNI*

**Lleida, 1 de juny de 2000**

**Palau de Vidre, Fira de Lleida.**  
(Av. de les Garrigues. 25001 Lleida)

O R G A N I T Z A

 Institut Català de la Salut  
Subdivisió d'Atenció Primària  
Centre i Lleida

Àmbit Lleida



## S A L U T A C I Ó

---

Representa per a mi una gran satisfacció poder obrir una porta cibernètica mitjançant aquest CD –símbol del moment més actual- al conjunt de comunicacions que resumeixen el que ha estat aquest dia 1 de juny de l'any 2000 en la III JORNADA DE TREBALL SOCIAL ALS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT.

Ja fa més de 20 anys que amb la declaració d'Alma-Ata s'incorpora el component social en el concepte de salut. No fa tant temps endegavem la reforma de l'Atenció Primària ratificada posteriorment per la Llei General de Sanitat.

El Decret 84/85 de mesures per a la reforma de l'Atenció Primària, ja té 15 anys, ja ha superat l'edat pediàtrica i es troba en la maduresa jovial de l'adolescència, el mateix temps que el Treball Social porta incorporat a l'Atenció Primària.

Com podem veure, tot i la joventut, en matèria de normativa sanitària i polítiques de salut, 15 anys no representen molt temps per implantar un model que abasta la totalitat de la població, ja estem en les III jornades. Això implica iniciatives, desig de comunicar experiències, inquietud innovadora etc.

En aquest temps, l'ICS s'ha consolidat com el proveïdor majoritari de l' SCS en atenció primària i dins dels equips d'atenció primària hem passat de la definició dels rols a la indispensabilitat dels mateixos. Els equips humans, durant aquest període s'han consolidat en el sí dels EAP i el component sanitari s'ha obert i ha valorat que la tasca en matèria de salut va més enllà que l'acte purament sanitari o assistencial en la unitat física, CAP o el propi domicili, continuant en la societat on el nostre primer vector va ésser l'expert en treball social.

Així, després d'aquesta primera fase que podríem dir de consolidació interna, hem de passar a una segona més madura, que hem d'assolir com a repte, en què l'equip com a grup s'obre a la societat com a conjunt de ciutadans fent-nos més accessibles, incrementant les intervencions comunitàries; a la resta de nivells, millorant la coordinació amb els mateixos i facilitant-nos el traspàs d'informació, experiències i treball.

Ara doncs, no únicament cal mantenir-se, cal millorar per adaptar-se a l'expectativa poblacional, i això s'aconsegueix mitjançant la creativitat, la innovació i augmentant la permeabilitat de la nostra estructura cap a altres, sanitàries o no, que també tenen responsabilitat social i realitzant jornades com aquesta que avui ens reuneix.

Per tot això, us convido a la lectura acurada de totes les aportacions aquí recollides; valor afegit del grup ICS.

## COMITÈ ORGANITZADOR

---

**M. Carme Alòs.** Treballadora social  
**Anna Becana.** Treballadora social  
**Toni Calvet.** Treballador social  
**Maria Casamajó.** Treballadora social  
**Roser Durano.** Treballadora social  
**Rosa M. Farré.** Treballadora social  
**Anna Granja.** Treballadora social  
**Pilar Martínez.** Treballadora social  
**Neus Nogués.** Treballadora social  
**M. del Mar Peña.** Treballadora social  
**Carme Piqué.** Treballadora social  
**M. Alba Piñol.** Treballadora social  
**Josiane Rasquin.** Treballadora social  
**Carme Rovira.** Treballadora social

## COMITÈ CIENTÍFIC

---

**Pepita Capdevila.** Treballadora social  
**Enriqueta Cacho.** Treballadora social  
**Carme Castells.** Treballadora social  
**Francesc Domingo.** Metge pediatre  
**Carme Esteban.** Infermera  
**Divina Farré.** Treballadora social  
**Montse Marín.** Treballadora social  
**Lis Mitjans.** Llevadora  
**Pilar Naya.** Cap de la Unitat de Treball Social Hospital Universitari Arnau de Vilanova.  
**Eduard Peñasca.** Metge de Família  
**Teresa Salud.** Cap UAU i coordinadora de Treball Social  
**Jaume Sangrà.** Treballador social i Coordinador de la Delegació de Lleida del Col·legi de Treballadors Socials de Catalunya.

## SECRETARIA DE LA JORNADA

---

Institut Català de la Salut  
Secció de Formació:

**M. Carme Mata**  
**M. Lluïsa Martínez**  
Col.laboració : **Antònia Sánchez**





**III JORNADA DE TREBALL SOCIAL  
ALS EQUIPS D'ATENCIÓ  
PRIMÀRIA DE SALUT**

**P R O G R A M A**

8.30 h-9.00 h.	<b>Recepció i lliurament de material</b>
9.00 h.	<b>Acte inaugural</b>
9.30 h.	<b>Conferència inaugural a càrrec de:</b> Sra. Mercè Canet Ponsà. Sociòloga i Treballadora Social.
10.15 h.	<b>Taula I.- Les tasques invisibles de les professions d'ajuda. Reflexions sobre l'atenció a la persona.</b> • <b>Ponent:</b> Dra. Carmen Domínguez Alcón. Doctora en Sociologia i Infermera. Coordinadora del Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions de la Universitat de Barcelona. • <b>Comunicacions a la taula</b> • <b>Moderadora:</b> Sra. Pepita Capdevila Segura. Treballadora Social.
11.35 h.	<b>Descans i Cafè</b>
12.00 h.	<b>Taula II.- Polítiques de salut i de benestar. Rendibilitat qualitativa.</b> • <b>Ponent:</b> Sra. Iolanda Piedra Mañes. Economista. • <b>Comunicacions a la taula</b> • <b>Moderadora:</b> Sra. M <sup>a</sup> Carme Alòs Pintó. Presidenta del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.
14.00 h.	<b>Dinar</b>
16.00 h.	<b>Visita pòsters</b>
16.20 h.	<b>Projecció vídeo</b>
16.45 h.	<b>Taula III.- Salut i Treball Social. Nous reptes.</b> <b>Ponents:</b> Sra. Rosa Carrasco Coria. Advocada i Treballadora Social. Sr. Josep M <sup>a</sup> Sagrera Mis. Metge de Família. Sr. Josep Costa Borrat. Cap de la Subdivisió d'Atenció Primària Centre i Lleida, de l'Institut Català de la Salut. <b>Comunicacions a la taula</b> <b>Moderadora:</b> Sra. Pilar Quejido Molinero. Treballadora Social. Professora de l'Escola Universitària de Treball Social de Lleida.
18.30 h.	<b>Conclusions</b>
18.45 h.	<b>Acte de cloenda</b>

La Jornada està reconeguda d'interès sanitari per l'Institut d'Estudis de la Salut (IES).  
La Universitat de Lleida concedeix 0,5 crèdits de lliure elecció per l'assistència.

# CAP A NOUS REPTES EN LA SALUT I EN EL BENESTAR

**M. Mercè Canet i Ponsa**

Àrea Bàsica de Salut Raval Sud de Barcelona.

## UN NOU CONCEPTE DE SALUT I DE SERVEIS SOCIALS

M'agradaria començar amb una breu reflexió sobre l'evolució dels nous conceptes de salut i de serveis socials, però quan parlem d'aquests temes, sempre ens veiem obligats a buscar els referents històrics que ens ajudin a comprendre la nostra realitat actual i ens puguin ajudar cap a la projecció conjunta de futur.

Per això voldria començar la meua intervenció amb quatre pinzellades bàsiques de la història dels dos sistemes que ens poguessin ajudar a entendre el nostre moment actual.

Històricament la Sanitat i els Serveis Socials ja compartien els seus orígens en la Beneficència, de fet, l'origen dels Serveis Socials s'ha de buscar en les tendències religioses i humanitàries que apareixen en les diferents cultures i civilitzacions al llarg dels segles, però el Treball Social com a disciplina neix a finals del segle XIX i començament del XX.

En el naixement dels Serveis Socials i del Treball Social com a professió, no solament influeix el paradigma filosòfic i el puritanisme religiós de l'època, sinó, que el corrent del pensament positivista existent dins el camp de les ciències socials d'aquells moments, no solament pretenia entendre la realitat social, sinó poder-la transformar.

En la pràctica, el que es necessitava era poder trobar solucions racionals als problemes creats per la industrialització europea en la qual les famílies pobres, dones i nens inclosos, tenien unes jornades laborals molt extenses que dificultaven un desenvolupament adient del que es considerava i encara es considera nucli de la societat "la família", per tant aquestes situacions demanaven reformes de tipus global i orientacions individualitzades.

Com podem veure, l'origen dels drets socials no esdevé dels drets humans o dels drets de ciutadania, sinó dels intents de regularitzar els sistemes laborals, de manera que es poguessin originar uns drets, perquè els treballadors i les seves famílies poguessin protegir-se de la indefensió.

Amb l'aparició dels drets socials es van anar professionalitzant a poc a poc tot una sèrie de tasques d'ajut que pertanyen a l'àmbit privat que van anar configurant la disciplina que anomenem "Treball Social".

En el cas d'Espanya, la primera Escola de Treball Social es va fundar a Catalunya l'any 1906. Més endavant l'any 1932 es va constituir l'Escola d'Assistència Social de connotacions laiques que va portar cap a l'any 1953 la fundació de l'Escola de Treball Social del Dr. Sarró, a l'Hospital Clínic de Barcelona,



la qual es va dedicar a formar preferentment Assistents Socials Psiquiàtrics i més tard es va ampliar la formació a tot el camp sanitari.

Per tant, com podem veure, el Treball Social com a professió comença a estar vinculat al Sistema Sanitari a Catalunya pràcticament des dels seus orígens, quedant integrat directament als hospitals.

Més endavant els Serveis Socials se separen del Sistema de Salut quan esdevenen configurats com un sistema amb identitat pròpia desvinculada d' altres disciplines.

Cap els anys 70 , des dels àmbits nacionals i internacionals el món sanitari comença a tenir consciència de la necessitat de definir la salut com quelcom, que va més enllà de la simple idea d' absència de malaltia, es comença a pensar en un concepte de salut més complex, resultat de la constant interacció de diversos factors biològics, psicològics, socials i culturals.

Per altra banda, cap a la dècada dels 80, és quan dins el Treball Social també apareix amb un canvi ,es passa de la visió benèfic - assistencial cap una visió en què l' atenció individual i col·lectiva queda regulada per la via legal.

També varia el concepte d' "Acció Social " que passa de tenir un contingut d' intervenció merament puntual i assistencial a tenir en compte la complexitat de l' entorn i la globalitat dels problemes.

Des d'aquesta visió integral neix un treball més tècnic i específic dels Treballadors/es Socials, i també des d'aquesta mateixa visió és on es tornen a retrobar els Sistemes de Salut i els Sistemes de Serveis Socials.

Un cop instaurada la democràcia, en el nostre país es comença a desenvolupar la xarxa Serveis Socials amb entitat pròpia, però a la vegada també comencen a créixer les unitats de treball social dins el sistema de salut sobretot amb la Reforma d' Atenció Primària (Decret. DOG 84/85 del 21 de març) amb la incorporació de professionals de Treball Social a la xarxa de les noves Àrees Bàsiques de Salut.

Aquest procés ha portat i continua portant un intens debat sobre el paper del treballador/a social dins la xarxa de salut. De fet, en molts discursos teòrics i normatives es continua dient que el camp específic d' actuació dels Treballadors Socials és el de la marginació o exclusió social, i en part és cert, ja que dins el Treball Social existeix un treball específic amb la població marginal, però no tot el treball social és un treball amb població exclosa o marginal. Per exemple, la pèrdua de salut pot portar un individu a haver de fer front a noves necessitats i per tant a unes potencials demandes de prestacions cap a serveis públics o privats que poden ser canalitzades pels Treballadors/es Socials del Sistema de Salut

Actualment ens trobem que apareixen dins l'estructura social determinats extractes o classes mitjanes que degut als factors d'envelliment, estils de vida etc.. poden arribar a necessitar una cobertura social que els ajudi a potenciar i mantenir els seus nivells de salut.

Tot això ens indica ,que encara que existeix una relació directa entre els problemes de salut i les situacions de pobresa, els canvis en les formes de vida de la societat, també porten els individus a les noves necessitats socials relacionades amb els seus estats de salut i no totes aquestes necessitats passarien exclusivament pel Sistema de Serveis Socials, sí, en canvi, que passarien per una bona cobertura de serveis dins l' Estat del Benestar.





## L'IMPACTE DELS CANVIS SOCIALS EN L'ESTAT DEL BENESTAR

- Quin impacte tenen els canvis de les formes de vida en la salut dels individus?
- Quin cost suposa a l'Estat del Benestar tot això?
- Amb quins criteris es distribueixen els recursos del Estat del Benestar?
- Amb quins criteris i amb quins valors es potencia la salut?
- Com s'organitzen els equips d'atenció primària per poder obtenir resultats satisfactoris pels seus usuaris?

Aquestes i moltes altres preguntes són les que ens van apareixent cada dia i les que ens impulsen cap a nous reptes.

De fet, l'evolució econòmica dels anys 80 i 90 ha consolidat una estructura social molt diferent a la de les dues dècades anteriors. Els avenços tecnològics, l'augment de l'esperança de vida, els canvis en l'organització social i el creixement de les classes mitjanes, i mitjanes baixes ens han portat cap a processos d'exclusió social derivats de processos de desestructuració social diferents dels coneguts fins ara.

Si observem els sistemes sanitaris dels països desenvolupats veiem que han estat creats per atendre malalties agudes, però, per altra banda, ens trobem que el desenvolupament tecnològic ha reduït aquest tipus de demanda i en canvi ha potenciat un increment de l'esperança de vida que no s'ha vist acompanyat amb la mateixa mesura per la desaparició de les malalties cròniques o degeneratives.

L'aparició de les malalties cròniques com a noves necessitats sanitàries de la població ha obligat el Sistema Sanitari a fer un considerable esforç en el seu procés d'adaptació, però, com aquests tipus de malalties ens demanen poder desenvolupar més el "Tenir cura de." que el "guarir", això implica haver de desenvolupar accions conjuntes amb altres tipus de serveis de benestar preferentment Serveis Socials la qual cosa, ens porta a potenciar la intervenció dels dos sistemes cap a una major assistència a les persones que es troben en fases terminals de la seva vida o en situacions de malalties cròniques amb dificultats per desenvolupar les seves activitats de la vida diària.

L'aparició de la figura del "cuidador/a" (la majoria de vegades son dones grans o amb cargues familiars i de treball que se li sobreafegeixen les tasques de cura de la persona malalta o amb discapacitat) ens dona la mesura del grau de necessitat i de desprotecció en què ens trobem.

En ser tan restringides les prestacions de Serveis Socials, la cobertura passa per la demanda dels serveis a entitats privades sense que hi hagi cap tipus d'ajut social intermig que els pugui donar suport ja que la majoria de vegades els serveis necessaris no es poden assolir en la seva totalitat. Aquestes situacions deixen a determinats usuaris en una situació de desprotecció per part del sistema de tal manera que al final de procés, quan la malaltia, la soledat o la vellesa es converteixen en l'avantsala de la mort, el Treballador/a Social actua de testimoni i gestor de l'escassetat de recursos públics.

Davant d'aquestes situacions bull fer referència a un article publicat al "Periódico" sobre recursos socials aquest mes d'abril passat en el que el periodista Joan Barril deia que **L'antiga frase "no té on caure mort" POT COMENÇAR A SER RECONVERTIDA per un angoixant "No té on caure viu"**.

Alguna cosa deu estar passant que les estadístiques no ens detallen, per una part tothom parla dels mils de milions que es donen per això i per allò, però en la pràctica professional només se'ns parla de retallades.





Segurament es podrien fer esforços per incrementar els recursos socials però la tònica general n'és la reducció.

De fet, quan mirem les dades que ens diuen quines són les principals causes de pobresa a Catalunya, veiem que moltes d'aquestes dades estan relacionades amb l'atur i l'envelliment, però també existeixen altres circumstàncies que ens porten a problemàtiques socials complexes que afecten a la salut, com per exemple:

La dificultat d'imaginar un futur atractiu és l'origen de molts problemes entre la població jove, tals com, el fracàs escolar, la violència, la drogoaddicció etc.

Els canvis en el tipus d'estructura familiar, el pas de la família extensa a la família nuclear o famílies unipersonals, l'accés de les dones al treball remunerat amb les dificultats que ha suposat en el canvi de valors socials, les construccions d'habitatges reduïts etc. Tot això va generant una pèrdua de suport social que davant de la malaltia demana de la intervenció dels sistemes de Benestar i especialment dels Serveis de Salut i Serveis Socials.

De totes maneres, si ens parem a pensar sobre el concepte d' "**igualtat bàsica**" dins del que suposa la desigualtat del sistema econòmic i social dels països desenvolupats veiem que s'accepta l'existència **d'una "equitat restringida"**, perquè encara que es garanteixi un accés equitatiu a certs serveis, aquesta igualtat sempre queda limitada per la pròpia desigualtat econòmica del sistema. De fet, aquesta característica de la nostra societat no ens ha de limitar per poder continuar treballant **per a una major humanització de l'econòmic.**

Els límits de l'equitat dins dels Serveis de l'Estat del Benestar són un dels objectes de més debat en l'actualitat i en aquest punt, sí que els treballadors/es socials hi tindríem molt a dir.

## CAP A UN NOU MODEL DE SERVEIS SANITARIS - SOCIALS

Com hem anat veient, els canvis socials han anat portant al llarg d'aquests últims anys una evolució de forma paral·lela dels Sistemes Sanitari i de Serveis Socials i crec que ha arribat el moment que per fer front junts als nous reptes ens cal conèixer-nos una mica millor.

Per començar, m'agradaria de fer una petita reflexió sobre algunes característiques diferencials entre el Sistema Sanitari i els Serveis Socials. Per exemple:

La sanitat, tant a Catalunya com a la resta de l'Estat Espanyol, per dret, té una cobertura universal en pràcticament totes les prestacions bàsiques. Aquesta situació no es dona en el cas dels Serveis Socials ja que encara que tot usuari té dret a ser atès pels Serveis Socials, aquests no poden oferir cobertura amb característiques similars a les que ofereix el Sistema Sanitari, precisament perquè els Serveis Socials són reequilibradors de l'equitat entre individus, i per la seva pròpia essència, les prestacions que ofereixen sempre han d'anar condicionades a les característiques i a la situació social plantejada en cada moment.



Com es regulen i com es distribueixen els recursos, és aleshores quan comença el problema.

Aquestes situacions són les que a vegades dificulten la comprensió de la resta de personal sanitari a l'hora que el Treballador/a Social de Salut pugui obtenir recursos de Serveis Socials.

Un altra característica interessant que diferencia la Sanitat dels Serveis Socials és que el Sistema de Salut té darrera un desenvolupament tecnològic molt important i la nostra societat assimila “desenvolupament” a desenvolupament tecnològic oblidant que aquest desenvolupament ha de tenir una relació amb el desenvolupament social, i aquí, en les pràctiques sanitàries és on queda més reflectit ja que el Sistema de Salut en tenir un component tècnic i un component social és on el sistema entra en contradicció.

Estaria d'acord en que la concepció de salut concebuda des del punt de vista integral necessita dels mitjans tècnics desenvolupats, però també necessita d'un sistema de benestar que pugui donar una qualitat de vida d'acord a la situació de salut de cada usuari, i és aquí on tenim “la pota coixa de la cadira”. Per tant és aquí on els Serveis Socials haurien de venir a completar l'objectiu de posar a disposició dels ciutadans uns recursos que els permetessin de trobar solucions particulars a les seves necessitats també particulars.

Per altra banda els Serveis Socials incorporen factors de risc. La seva variabilitat, la referència a valors canviants o la dispersió en la responsabilitat d'identificar l'oferta, com una demanda de serveis, generen incertesa col·lectiva. Aquesta incertesa suposa un important repte per a la pròpia acceptació dels Serveis Socials en si mateixos i per contra de les Unitats de Treball Social dins del Sistema de salut.

Les polítiques de Serveis Socials s'articulen a través d'una oferta focalitzada i a la vegada heterogènia. No s'adrecen a tothom sinó a grups o persones específiques la qual cosa comporta un disseny radicalment diferent: cal comptar amb aquestes persones i grups i cal disposar de la suficient flexibilitat per a adaptar-se a l'heterogeneïtat i al canvi.

Els Serveis Socials s'articulen també d'una altra forma, els recursos que es requereixen són més intangibles. És veritat que són necessàries més competències i més diners, però una de les coses que realment es necessita i de la qual no es parla és el tenir més **legitimitat** per reclamar un tractament diferenciat per als usuaris. Aquesta legitimitat, a més, no és tan “d'origen expert”, sinó més d'“origen tècnic - polític”: cal una proximitat, un coneixement del terreny i poder tenir més autoritat per poder parlar en veu de les persones.

De nou es tracta d'un repte considerable, ja que les nostres administracions estan acostumades a treballar amb recursos materials, mentre que el concepte Serveis Socials exigeix treballar amb recursos polítics. Un exemple pràctic seria el Programa “Vida als Anys” amb els llits de descans familiar. Aquí no s'ingressa a un pacient per guarir o compensar una malaltia, aquí s'ingressa el pacient perquè el “cuidador/a” pugui gaudir d'uns dies de descans o pugui ocupar-se d'altres assumptes (operar-se, altres aspectes familiars etc).

La mesura no és tècnica, sinó que és una mesura política.

Per tant, el futur de l'Estat del Benestar és sobretot una qüestió de voluntat política que es dirimeix en el terreny dels valors i els seus continguts es demostren dia a dia en la praxi.



A mesura que anem avançant, cada cop menys valdrà amagar-se rere l' excusa de la manca de recursos o competències. Tampoc no valdrà a dir que les opcions públiques vénen avui determinades per imperatius de globalització.

Aprofundir en una acció conjunta sanitària - social sobre les noves formes de desigualtat emergent, requereix de nous programes interdepartamentals amb estratègies d' extensió dels Serveis d' Atenció Domiciliària Sanitària i Social a la gent gran. Programes d'integració social - sanitària per a persones amb addiccions, malalts mentals, immigrants etc. Amb un treball integrat que es porti a terme entre els Serveis de Salut i els Serveis Socials en el qual el treballador/a social de la xarxa sanitària tingui un important paper de connexió entre les necessitats socials dels usuaris del Sistema Sanitari i la resta de serveis de l' Estat del Benestar inclosos els Serveis Socials.

Els problemes de les persones i grups, a diferència dels problemes d'experts són difícilment segmentables, ja que estan formats a partir de dèficits, dissenys diversos i no entenen d'estructures ni circuits administratius. Les respostes personalitzades exigeixen d'estructures amb capacitat per integrar i coordinar serveis.

Aquesta complexitat reclama, en definitiva, respostes complexes i les respostes requereixen una organització que sigui capaç de coordinar-se, de dialogar internament i sumar esforços perquè al final puguem acabar fent camí junts i puguem acabar dient que **“Els nostres usuaris, sí que realment tenen on caure vius”**.



## TAULA I

---

# Les tasques invisibles de les professions d'ajuda Reflexions sobre l'atenció a la persona

---

### PONENT

**Dra. Carmen Domínguez Alcón**

Doctora en Sociologia i Infermera

Coordinadora del Departament de Sociologia i

Anàlisi de les Organitzacions de la Universitat de Barcelona

### COMUNICACIONS A LA TAULA

### MODERADORA

**Sra. Pepita Capdevila Segura**

Treballadora Social



# TAREAS INVISIBLES DE LAS PROFESIONES DE AYUDA: REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LA PERSONA

por

**Carmen Domínguez-Alcón**



Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones  
Universitat de Barcelona

## **III Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut**

Institut Català de la Salut  
Subdivisió d'Atenció Primària. Centre i Lleida

*Lleida 1 de junio 2000*

Dra. Carmen Domínguez Alcón  
Doctora en Sociología  
Profesora Titular del Departamento de Sociología y Análisis de las  
Organizaciones  
Universitat de Barcelona  
C/Tinent Coronel Valenzuela 1-11. 08034 Barcelona  
Tel 34 (93) 4029056. Fax 34 (93) 2048862. E-mail: cdomin@eco.ub.es

# TAREAS INVISIBLES DE LAS PROFESIONES DE AYUDA. REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LA PERSONA

## Agenda

**Cambios en la organización y provisión de servicios**

**Trabajo en entornos cambiantes**

**Compromiso e implicación profesional: el valor de lo no visible**

**¿Qué es ser profesional en el siglo XXI?**



# Cambios en la organización y provisión de los servicios

En las últimas décadas y en especial en los últimos veinte años se han producido cambios drásticos en las formas de organizar y proveer los servicios sociales. El siglo XXI empieza con diversos procesos de cambio que se producen a diferentes niveles. Una parte importante de tales cambios sociales tienen implicaciones para la salud y los cuidados. Los estudiosos del tema, y los responsables de la planificación en el área de salud y de los servicios sociales y personales están de acuerdo en que tales cambios suponen además nuevos retos para el Estado de Bienestar (Esping Andersen 1999: 9; Generalitat de Catalunya 1997: 119; Laporte 1998: 5; Ajuntament de Barcelona 1999: 69; MSC 1999: 23 y 40).

Una de las transformaciones más importantes se produce en la estructura de la población, con el envejecimiento progresivo de las personas en nuestras sociedades (Fernández Cordón 1998: 49). Se incrementa la esperanza de vida, con diferencias según género, las mujeres viven más, y además desciende la tasa de natalidad. En España es una de las más bajas del mundo. En cuanto a las implicaciones para la salud y los cuidados, en el tema del envejecimiento y del incremento de las personas mayores en nuestra sociedad hay varios aspectos relevantes y entre ellos conviene señalar, ya de entrada, la importancia y necesidad de ver a las personas mayores como recurso, no como carga, percepción todavía extendida, y que no se corresponde con los datos disponibles de la aportación de las personas mayores al bienestar de la sociedad, que comentare más adelante.

Otro de los puntos clave se refiere a la necesidad de reflexión y debate (Giddens 1999: 143) acerca de los recursos colectivos que el conjunto de la sociedad está dispuesta a poner a disposición de las personas mayores y muy mayores, en especial en las situaciones de fragilidad y dependencia, si de verdad mantenemos el discurso de la calidad de vida. En un contexto de recortes de presupuesto, racionar algunos recursos plantea cuestiones éticas que deben ser abordadas en un debate amplio en el que puedan participar todos los agentes implicados.

La gran transformación en la estructura familiar es otro proceso que se produce en nuestras sociedades, además del envejecimiento, y de que nacen menos niños y niñas. La familia es una institución que en las tres últimas décadas ha experimentado cambios enormes (Alberdi 1999: 10; Iglesias de Ussel 1998; Domínguez Alcón 1998: 464) Las implicaciones para la salud y los cuidados, en este escenario de transformación familiar, son variados, y aunque la extensión de la presente charla no permite entrar en ellos en detalle, si es importante señalar el impacto de los mismos para los niños y niñas que viven hoy en esas familias en proceso de cambio, con referentes que quizá les sea difícil identificar, porque a veces no están presentes, con progenitores que trabajan ambos y que a menudo llegan difícilmente a conciliar la vida laboral con la familiar y personal.

Tales cambios están directamente relacionados con la progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral, y con la necesidad de armonización entre la vida laboral y familiar ya mencionada (Dominguez Alcón 2000). Los datos son claros al respecto, en Catalunya la tasa de actividad femenina es actualmente del 42% y la de ocupación del 36%, igualando casi en el nivel formativo superior la tasa de actividad de los varones. Esas tasas son algo superiores a las del conjunto del territorio español, pero algo más bajas que las de la Unión Europea (Franco 2000).

A todo ello hay que añadir además otros procesos de cambio en el mercado laboral, que ponen progresivamente acento en la flexibilidad, que a su vez crea incertidumbre en las personas sujetas a ella, y un nuevo orden, que es a menudo un régimen de poder ilegible (Sennet 2000:10). Nada es a largo plazo y cada vez hay menos tiempo para la familia. En este escenario de grandes cambios y de transformación, es necesario tener presentes los que se producen en la estructura económica y financiera además de la laboral, en la que las formas y ritmos en los contextos de trabajo, o relacionados con la ausencia del mismo, tienen a diversos niveles impacto sobre la salud, y sobre las formas en que las personas hacen frente a esas transformaciones.





Otros cambios que se consideran determinantes, en relación con los sistemas de atención a la salud y las formas de hacer frente a las estructuras cambiantes son los que se producen a nivel tecnológico, que pueden tener consecuencias asociadas precisamente al progreso tecnológico y social. Si algo se plantea como factible técnicamente, se realiza, ese es precisamente uno de los retos. Sin embargo no siempre se tienen en cuenta las consecuencias, incluso a menudo no es fácil prever esas consecuencias a medio o largo plazo y su impacto sobre las personas.

En la conferencia inaugural se han mencionado ya algunos de estos aspectos y la importancia de profundizar y reflexionar sobre ellos, ya que tienen consecuencias a diferentes niveles, en relación con la organización y provisión de los servicios, con los mercados de salud, y de los servicios sociales, dan lugar a nuevas regulaciones, nos ofrecen nuevas oportunidades pero también diferentes riesgos.

Todo ello supone hacer frente a cambios sin precedentes y las diferentes estructuras sociales, en especial los profesionales que prestan en ellas sus servicios, asistencia y atención a las personas, ya que se enfrentan a la situación de tener que ofrecer respuesta a nuevas necesidades y demandas. En ese escenario complejo, cambiante, incierto, diverso y que presenta diferentes dilemas, los profesionales no son agentes pasivos, son iniciadores de cambios en su propia práctica como bien muestra la iniciativa de la Jornada que nos convoca hoy aquí.

Los profesionales del trabajo social, del sistema sanitario al igual que los de otros ámbitos, necesitan reflexionar y explorar, buscar a entender y comprender, a menudo junto con profesionales de otras disciplinas, como resolver las situaciones y los problemas a los que se enfrentan. O incluso hacer visibles y claramente identificables parte de las tareas que realizan, en especial aquellas cuya medida y cuantificación es más difícil. La flexibilidad y la innovación son elementos básicos, entre otros elementos que son también clave, y su presencia en la práctica profesional genera nuevas dinámicas. De manera que los profesionales se enfrentan con diferentes factores y con nuevas formas de hacer y de estar, que hacen patente la necesidad de pensar, ser positivos, críticos, analíticos y activos, para de esa forma contribuir, desde su ámbito de acción, a ofrecer respuesta a los nuevos retos.

Con frecuencia hablamos de bienestar y de necesidades de las personas y de la cobertura de las mismas. Entendemos que el bienestar de las personas está ligado a la cobertura de necesidades de diversa índole, y en relación con la calidad de vida. La noción de necesidad es compleja. Incluso puede considerarse un término ambiguo, que tiene diferentes acepciones. De todas formas en relación con las necesidades humanas, que se construyen socialmente (Domínguez Alcón 1999a: 13), se considera muy importante su medición y cuantificación, que se realiza usualmente a partir de las medidas objetivas y subjetivas. El concepto de necesidad es empleado continuamente como criterio para justificar las actuaciones de las instituciones sociales de forma que se convierte en la medida de lo que debe o no debe hacerse (Taylor Gooby en Martínez Pisón 1998: 161), pero sobre todo lo que interesa en relación con las necesidades es su comprensión (Percy-Smith 1996: 8).

En lo que se refiere a las necesidades a menudo las personas perciben, experimentan, o sufren situaciones o carencias pero no todas son relevantes, depende de los parámetros personales, sociales, culturales, y en función de ellos se les concede más o menos importancia. Lo que se percibe como necesidad o carencia cambia con el tiempo y en el espacio. Puede no estar suficientemente identificada, no se ha hecho explícita, no se percibe como necesidad, o no se experimenta como tal.

También ocurre que si se percibe y experimenta como necesidad, quizá por diferentes motivos no se le da satisfacción o cobertura, o incluso no puede ofrecerse la respuesta adaptada y aceptable para quien recibe el bien o servicio destinado a cubrir la necesidad. En este aspecto de cobertura de necesidades, conviene reflexionar sobre la importancia de las actividades no materiales, no visibles, que realizan los profesionales, a menudo difícilmente cuantificables, o medibles, aunque consumen un tiempo relacional y de escucha que se invierte en la satisfacción de las necesidades como parte de la actividad profesional.

Es importante tener en cuenta además, que los procesos de atención, en los diversos ámbitos, son llevados a cabo por diferentes agentes, de los sistemas de atención social o de salud, y todos o cada uno de ellos no valoran de la misma forma los procesos de cambio en los que estamos inmersos las personas, los/as



profesionales, la población y las propias estructuras sociales. Hacer frente a tales situaciones requiere de nuevos roles y responsabilidades para los profesionales del trabajo social y de la salud. Ese nuevo papel se orienta hacia la población, hacia las estructuras en las que prestan sus servicios, y hacia ellos mismos como colectivo.

Los documentos de planificación sanitaria suelen poner énfasis en los retos actuales y futuros de la sanidad, consideran de importancia el ya mencionado relacionado con envejecimiento progresivo de la población, la aparición de nuevas tecnologías, y también el aumento del nivel cultural y de las expectativas de la población (Laporte 1998: 5; Generalitat de Catalunya 1997: 119; Ajuntament de Barcelona 1999: 69). Tales aspectos junto con la preocupación, en los últimos años y en especial en la década de los años noventa, por el incremento de costes, la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención, han obligado a los diferentes países del entorno europeo, a realizar diferentes reformas y ajustes, que repercuten en los roles y responsabilidades de los profesionales implicados. En este proceso intervienen también nuevos agentes y se da un mayor protagonismo a la población. Todo ello nos coloca en un entorno distinto, y a ese aspecto voy a dedicar el siguiente apartado.

## Trabajo en entornos cambiantes

Las situaciones nuevas y los retos que plantean nos enfrentan a diversos cambios lo que supone reconocer la influencia e impacto de algunos factores ya que los diferentes procesos de transformación social tienen implicaciones para la salud y los cuidados. Se produce una mayor presencia de algunas enfermedades frente a otras de menor incidencia; supone además un potencial incremento de atención a determinados grupos de población. Se reconoce de forma progresiva la importancia de ofrecer respuestas adaptadas y aceptables, y se considera la necesidad de participación ciudadana en los procesos de provisión de servicios de salud. Incorporar la opinión de la población en la planificación y política sanitaria es un elemento al que progresivamente se concede mayor importancia, así como a la conveniencia de realizar avances en ese aspecto (Generalitat de Catalunya. D. Sanitat i Seguretat Social 1999:471).

En los últimos años y en especial en la década de los años noventa los servicios sanitarios de los diferentes países del entorno europeo, han ido realizando reformas y ajustes orientados a mejoras estructurales, y de gestión para conseguir mayor eficiencia y eficacia, tratando de adecuarse a las nuevas necesidades y demandas. Nos hallamos ante contextos diferentes y percepción distinta de los mismos. Las nuevas situaciones como el hecho de que las personas vivan más años, que es un logro muy importante, plantean nuevas formas de relaciones, e incluso de transferencias de funciones de unos a otros sistemas.

En el caso de las personas mayores la aportación que estas hacen al bienestar de sus familias es considerable, ya que a menudo proporcionan cuidados y atención a diferentes miembros de las mismas (Domínguez Alcón 1998, 1999b) ya sea a niños/as, a personas adultas y a personas mayores o muy mayores. También proporcionan ayuda y atención a otras personas, con las que no les unen vínculos familiares, e incluso participan en asociaciones u organizaciones no gubernamentales, de manera que realizan una contribución básica, poco reconocida al bienestar de la sociedad, que suele fijarse más en el aspecto de carga o coste, y se percibe de forma predominante el envejecimiento como problema.

Como parte de esa situación nueva, el envejecimiento de la población supone que más personas mayores pueden sufrir de manera esporádica, intermitente, periódica o continua algunos trastornos, o puedan necesitar, ellas mismas, recibir ayuda y atención. Ese hecho ya significa actualmente una mayor demanda de atención por parte de ese grupo de población, y puede traducirse en un incremento potencial de personas usuarias de los servicios.



Los datos recientes de la Encuesta Nacional de Salud, de 1997 (CIS 1999: 43) confirman una peor percepción de salud en las personas mayores, aunque en conjunto la percepción de salud es buena para más de las dos terceras partes de la población consultada. Si se consideran todas las edades, la proporción de quienes perciben que su estado de salud es bueno o muy bueno es del 68%, con una percepción algo peor en el caso de las mujeres (65%) frente a los varones (72%). Esa proporción baja al 44% para las personas de 65 a 74 años y es del 39% para quienes tienen más de 75 años. De manera que los datos confirman que a más edad peor percepción de salud.

Otro dato de la mencionada Encuesta Nacional de Salud que puede apoyar la idea de incremento potencial de usuarios de los sistemas de atención, es la mayor proporción de personas mayores que ven limitada su actividad por alguna dolencia o enfermedad. En el caso de todas las edades es no llega a la quinta parte (19%), con mínima diferencia según género, y se dobla (39%) en las personas de más de 75 años. Lo mismo ocurre en el caso de hospitalización, que es del 9% para toda la población pero que se dobla (16%) para las personas de más de 75 años. Ese mismo grupo de población, de más de 75 años, también utiliza mayor proporción de medicamentos (82%) que el total de la población (52%) consultada en la Encuesta Nacional de Salud. Y sabemos que las personas mayores de 75 años consultan y visitan casi el doble al médico (42%) que el total de la población (25%).

Los datos disponibles en cuanto a la percepción de salud, y utilización de servicios junto con algunos de los cambios sociales señalados que se producen a distintos niveles, suponen nuevos roles y responsabilidades para los profesionales en las diferentes estructuras y sistemas. En especial para los diferentes profesionales en la atención sanitaria, que desarrollan su labor profesional en estructuras y con una organización de los servicios basada fundamentalmente en la alta tecnología, y orientados a la atención a la enfermedad aguda (Jovell 1999: 3).

Por ello hacer frente a una demanda de atención de salud en situaciones en las que los factores sociales tienen una fuerte presencia, predomina la cronicidad, o en aquellas en que la misma persona puede tener varias dolencias, en las que la aplicación de la tecnología no es a menudo pertinente, precisa de una adaptación de los sistemas a esas necesidades emergentes. Se trata de situaciones en las que se atienden dolencias agudas, pero predominan los procesos con expectativas de curación limitadas, y se atienden mayoritariamente situaciones y problemas en los que cuenta fundamentalmente el bienestar y la calidad de vida de las personas. Y con frecuencia las tareas a realizar además de las materiales y técnicas, son relacionales, de escucha, acompañamiento, actividades no visibles, a menudo más difícilmente identificables, e incluso escasamente reconocidas, aunque suponen uso de tiempo profesional.

Por tanto interesa tener en cuenta esos aspectos no visibles, y no únicamente las características materiales del producto, bien o servicio que se ofrece, su aptitud para el uso o consumo, los costes del mismo, que sea competitivo. Si se trata de ofrecer respuestas, interesa que estas se adapten a las necesidades, se tenga en cuenta la posibilidad de elección y la satisfacción de quien recibe el servicio. Todo ello sobrepasa a menudo las dimensiones materiales, pero tiene consecuencias para quien recibe el bien o servicio y para quien lo produce, y está en relación con sus conocimientos y habilidades profesionales, desarrollo personal, valores, ideología, concepción de la persona, y del servicio profesional que presta.

El contexto actual es de optimización del Estado de bienestar, en el que además de considerar el sistema público, el mercado y la familia, se presenta como un sistema mixto, que moviliza recursos de unos sectores a otros, mediante un conjunto de procedimientos y asignación a cada sector de una determinada responsabilidad en el suministro de recursos de bienestar (Adelantado et al. 1998: 37).

Esa nueva configuración da lugar a una diversidad en la organización de la atención. Lo que se ha identificado como división social del bienestar con unos procedimientos básicos (Adelantado et al., op. cit.). En este contexto el sector estatal garantiza determinados bienes y recursos, definidos usualmente como derechos sociales (estataliza); convierte los derechos en mercancías o los suprime (desestataliza). El sector mercantil convierte una relación social en mercancía (mercantiliza) o extrae la relación social del circuito mercantil (desmercantiliza).



En el sector informal se asigna a las familias la provisión de recursos que realizaba el Estado, el mercado o el sector voluntario (familiariza); o se traslada al Estado, asociaciones voluntarias o mercado la provisión de recursos que realizaban las familias (desfamiliariza). El sector voluntario atribuye a las asociaciones voluntarias la provisión de recursos que llevaban a cabo las familias, Estado o mercado (comunitariza), o (descomunitariza) traslada a las familias, Estado, o mercado, la provisión de servicios que realizaban las asociaciones voluntarias."

La propuesta de relaciones entre los diferentes sectores—que analizan los autores citados—supone algunas limitaciones, entre ellas, por ejemplo, colocar en una situación ambigua o excluir servicios realizados por algunos grupos, como por ejemplo los de autoayuda, u otros grupos en función de otro tipo de relaciones de amistad, de buena vecindad o en la comunidad, con niveles de formalidad o informalidad más o menos presentes o consolidados, grupos que por cierto han sido también excluidos de las normativas que desde 1991 han ido regulando el voluntariado en nuestro país (Domínguez Alcón y Mérida 2000).

La idea que me interesa resaltar es la relevancia de algunos aspectos del trabajo no visible, y no remunerado que se realiza de forma sustitutoria o complementaria y en relación de asociación en el cuidado de la salud, aspecto que han sido señalado por diferentes autores en estudios e investigaciones recientes. Por ejemplo en el aspecto de no visibilidad económica (Duran 1988, 1992, 1995, 1999), poniendo énfasis en la solidaridad familiar (Bazo y Domínguez Alcón 1995, 1996; Domínguez Alcón 1994, 1998, 2000).

La conclusión más relevante del estudio reciente de Durán dedicado a los costes invisibles de la enfermedad, señala que únicamente el 12 % del total de horas dedicadas anualmente al cuidado de la salud corresponden a volumen de trabajo remunerado (op. Cit. 1999: 19). Lo que muestra la importancia y diversidad de recursos que se dedican a la atención de la salud, así como la dificultad de hacer visibles, con los métodos tradicionales, algunas de las actividades provistas por diferentes agentes, presentes en la provisión del servicio o intervención, beneficiosas e imprescindibles para quien recibe la acción, y sin embargo que permanecen invisibles a la percepción habitual, como es el caso de las ya comentadas, al igual que ocurre en algunas actividades realizadas desde el Trabajo social.

En el flujo de recursos entre los distintos sectores es importante tener en cuenta además, que los agentes en los diferentes sistemas de atención pueden no percibir ni valorar de la misma forma los procesos de cambio en los que todos/as estamos inmersos: personas, profesionales, población y las propias estructuras sociales. En lo que respecta a los profesionales del Trabajo social, o profesionales sanitarios, la exigencia y responsabilidad profesional es ser sensibles a una mayor y mejor comprensión de las necesidades a las cuales hacen frente en entornos cambiantes y espacios compartidos.

Se trata de satisfacer, o de dar cobertura, a esas necesidades emergentes mediante el saber profesional y experto que poseen como profesionales. Se plantea así una nueva dinámica de relaciones, en la que a menudo puede aparecer un cierto conflicto de perspectivas, ya que las expectativas de unos/as, acerca de lo que esperan de los otros puede no ser percibido como responsabilidad por parte de esos otros.

En el caso de la población ese conflicto de perspectivas me parece bastante claro, ya que se espera que sea el Estado quien se ocupe de algunas cuestiones, como por ejemplo ser cuidado cuando se está enfermo, recibir ayuda en situaciones de necesidad, recibir ayuda en la vejez, entre otras cuestiones, y los datos confirman que en esas situaciones la ayuda mayoritaria es la de la familia (CIRES 1994 y CIRES 1996 en Muñoz et al. 1997: 697). La extensión de la presente charla no permite entrar en mayores detalles, pero los datos disponibles invitan a una reflexión en ese aspecto.

Sin embargo esa no es la única visión en el tema de quien puede resultar perjudicado, ya que en la actual complejidad organizacional y situación cambiante de los contextos de trabajo, dominados por la flexibilidad, la dinámica que se produce puede colocar a las personas que trabajan en ellos en situación de incertidumbre, lo cual junto a los recortes presupuestarios, y la general escasez de recursos puede alejar el modelo ideal de servicio, de la realidad cotidiana. De ahí el papel básico de los profesionales manteniendo una actitud profesional, reflexiva y crítica respecto a la práctica que realizan desde la especificidad profesional de cada uno, en los diferentes contextos en los que la llevan a cabo. Esa idea permite profundizar en algunos aspectos que voy a tratar en el apartado siguiente.



# Compromiso e implicación profesional: El valor de lo no visible

El contexto de cambio a diferentes niveles conduce a los distintos profesionales que trabajan en el sector sanitario a una forma de ejercicio profesional que debe permitir la reflexión, es necesario aprender de la práctica e incorporar las expectativas de la población. Parece que existe unanimidad en la mayoría de los países de nuestro entorno en la preocupación acerca de la situación del sistema sanitario, que resumen en tres aspectos: el coste que se ha incrementado de forma constante; las modificaciones de las tendencias políticas y económicas que exigen importantes reestructuraciones; y la incapacidad para generar mejoras reales en la salud de la población. De forma que se reconoce una situación de incompatibilidad entre la capacidad de la oferta y las demandas de los usuarios (CECS 1999: 40). La formulación de planes estratégicos, el establecimiento de prioridades y de objetivos muestra la voluntad de compartir la definición de necesidades, en una visión que considera que la resolución de situaciones requiere del compromiso e implicación profesional"

En ese nuevo escenario la incorporación de la opinión de los usuarios es básica, al igual que es necesaria la reflexión sobre la propia práctica, y las diferentes dimensiones que tienen impacto en las acciones e intervenciones de los/las profesionales en la población, en definitiva sobre las personas receptoras de los servicios profesionales. A este respecto me parecen de gran interés los datos de un estudio reciente acerca de la participación ciudadana en la provisión de los servicios de salud (Servei Català de la Salut 1999: 35).

El estudio mencionado aborda diversos aspectos de gran relevancia relacionados con la opinión de la población acerca de cómo la población localiza las fuentes de ayuda frente a trastornos de salud, las razones de su comportamiento, expectativas, creencia respecto a como pueden influir, tipos de participación de que disponen y percepción de las prioridades del sistema. De entre los diferentes aspectos, todos ellos de extraordinario interés he elegido algunos que me parecen más directamente relacionados con el tema que planteo hoy aquí, ya que entiendo que el compromiso e implicación de los profesionales ante la sociedad del siglo XXI requiere de elementos tradicionales y también de nuevas bases.

Una forma de expresarlo podría ser la de los valores profesionales al servicio de las personas, de manera que si los diferentes profesionales que trabajan en el sector sanitario han de incorporar los nuevos elementos que la sociedad del siglo XXI espera, requieren de la información y conocimiento acerca de como ellos y ellas son percibidos por parte de la población. Conocer donde están los puntos fuertes y los débiles, las potencialidades y las barreras, la percepción de la población respecto de la provisión de los servicios es básica y de quienes los proporcionan también. Eso es lo que posibilita hacer frente al compromiso profesional.

De manera que los profesionales además de utilizar su expertise y experiencia, siendo conscientes de sus propios valores e ideología, y de los marcos de reflexión que utilizan para la acción /intervención profesional (Domínguez Alcón 1997), precisan de forma continuada poder reflexionar, explorar y comprender las situaciones a las que hacen frente, creando la posibilidad de negociar las respuestas y soluciones, reconociendo la interdependencia con los demás, de manera que sea posible una práctica responsable y un compromiso real con la población a quien se ofrece el servicio profesional.

Para poder plantearse el ejercicio profesional de esa manera es necesario reconocer a la otra persona como igual y tener en cuenta las preferencias, expectativas y opiniones de la población. En definitiva incorporar dimensiones no materiales. Al igual que los propios profesionales, las personas potenciales usuarias o clientes, atribuyen un valor a la salud, a la enfermedad, al papel de los servicios y de los profesionales según factores personales, psicológicos y culturales. De manera que el conocimiento, por parte de los y las profesionales, de tales opiniones y percepción de la población frente a esos temas es básico.

Los datos que nos ofrece el estudio citado (Servei Català de la Salut op. cit.), son ilustrativos del estado de la cuestión, sugerentes para poder plantearse formas de hacer distintas o la reflexión sobre nuevas posibilidades, de cómo abordar nuevos o viejos problemas y situaciones, así como el papel de las dimensiones no visibles.





En cualquier caso elementos útiles para cambiar, si es preciso algunos aspectos de la práctica profesional, y de las rutinas institucionales

Uno de los resultados del estudio pone en evidencia que la reticencia de la población a utilizar los servicios formales proviene de las dificultades de acceso que se prevé comportarán (Servei Català de la Salut 1999: 23) lo que hace que en algunos casos tales servicios formales sean dejados como último recurso a utilizar. Esa situación se corrobora con una información reciente sobre el porque las personas mayores no utilizan la ayuda formal (Abellán 1999:185) los datos que ofrece el autor apoyan la infrautilización de esa ayuda, y entre las causas menciona, las barreras burocráticas y de organización, desigualdades en la localización, entre otras.

El tiempo disponible no permite entrar en mayores detalles pero cabe resaltar que se percibe una eficacia elevada de los servicios públicos para resolver problemas graves, en la atención hospitalaria y de urgencias que son bien valoradas. En la atención primaria se menciona algún aspecto negativo derivado de las condiciones en las que se trabaja, en relación con la masificación de las consultas. Para necesidades leves es más valorada la eficacia de los servicios privados.

La accesibilidad es el aspecto que genera una evaluación más negativa, que se relaciona sobre todo con las esperas para casi todo tipo de atención: ser visitado en atención primaria, y en especialistas, para realizar pruebas, servicios mal comunicados, burocracia excesiva. Además de otros aspectos que se perciben como injustos y que se derivan de diferencias entre personas que tienen alguna influencia y quienes no la tienen, lo que se percibe como agravio comparativo.

Un aspecto que me parece de importancia primordial es como percibe la población su relación con los profesionales, aunque en los datos publicados no se diferencian las distintas profesiones, ni la categoría profesional. El trato por parte de los profesionales, merece una evaluación negativa y ese es un rasgo diferencial con los servicios privados. Si bien es cierto que en las cuestiones referidas al trato en la relación profesional/usuario/a se matiza que a menudo se atribuye a problemas de organización, no a la voluntad del profesional. Se relaciona sobre todo con la falta de atención suficiente, y poca personalización. Se mencionan otros temas relacionados con la falta de coordinación entre servicios; que los profesionales proporcionen la información solicitada, mejorando la cantidad y calidad de la información que ofrecen, y guarden la máxima confidencialidad. "

Las expectativas que más se reiteran en relación con los profesionales giran alrededor de los aspectos de trato, humanización y ofrecer credibilidad . Se hace referencia también a que los profesionales deberían tener en cuenta la opinión y puntos de vista de la persona, en lo que se refiere a la forma de planificar la curación, tratamiento o intervención profesional.

Hay otros muchos aspectos que merecerían especial atención pero el tiempo de que disponemos hoy aquí es limitado, por lo que voy a concluir este apartado comentando algunos datos en relación con la percepción de la población acerca de la participación y como influir en la mejora o cambio en los servicios. El mecanismo más mencionado, es la queja oral, mucho menos la reclamación por escrito, y menos aún la denuncia. Vehicular la queja a través de asociaciones o grupos formales se percibe como más eficaz. La salida o abandono del sistema es otro de los mecanismos puesto en práctica .

La población parece desconocer otros mecanismos de participación, y reconoce que las quejas no sirven para resolver los problemas. Se muestra cierta desconfianza acerca de que se tenga en cuenta su opinión, se faciliten mecanismos de participación y en la toma de decisiones. Aunque se considere que son los profesionales a quienes les corresponde resolver los problemas, la población estaría dispuesta a mayor participación si pudieran hacerlo. Se expresa la preferencia por la participación directa, aunque se manifiesta un cierto temor si se lleva acabo.

Quizá uno de los aspectos que merece mayor reflexión, por parte de los profesionales creo que es el cuestionamiento de la población acerca de la participación. Las opiniones en este aspecto son variadas, desde



la idea de no participación, ya que es cuestión de los expertos/as, a la postura de que es inútil plantearse la misma posibilidad de participación en el contexto actual. Todo ello me parece de extraordinario interés ya que muestra claramente que con la acción /intervención profesional se puede contribuir a reducir o hacer desaparecer algunas desigualdades presentes, pero sobre todo es importante tener en cuenta esos aspecto de manera que la práctica profesional no contribuya a crear desigualdades o reforzar otras que ya existen.

## ¿Qué es ser profesional en el siglo XXI?

Empiezo este último apartado con una pregunta provocadora, aunque debo decir que no tengo una respuesta clara para ella, pero si creo que debemos formularla a nivel individual y también a nivel colectivo, y debatir sobre el tema, incluyendo en el debate a quienes reciben el servicio profesional. La tendencia, comentada en el párrafo anterior, que pone en práctica el sector sanitario, y que promueven los documentos de planificación, de considerar a la población como participante activo en el proceso de provisión de servicios es uno de los aspectos importantes.

Esa propuesta requiere seguramente de marcos institucionales algo distintos de los actuales a la vista de los resultados, antes comentados, del estudio de la participación de la población en la provisión de servicios. Se plantea una cuestión clave que algunos autores analizan desde la perspectiva de generar confianza (Barnes y Prior 2000: 359). Tanto a nivel individual, porque existe el cara a cara cotidiano, en cada una de las situaciones de atención, y a nivel colectivo, que implica a los diferentes agentes y a la población, considerada como grupo.

Los seis elementos que se identifican como relevantes en relación con la confianza entre individuos: 1) la aceptación de la validez de las experiencias, conocimiento e interpretación de otros, creyendo en esos puntos de vista. 2) La confianza en que el otro tiene la capacidad de hacer juicios apropiados acerca de cómo actuar para variar las circunstancias. 3) Respeto por el papel del otro como contribuyente activo en la relación. 4) Honestidad acerca del otro en su buena voluntad de compartir información relevante acerca de la relación. 5) Reciprocidad de la obligación, reconociendo que cada persona que interviene en la relación tiene responsabilidades con el otro.6) Reciprocidad de intereses, reconociendo que cada persona que interviene en la relación tiene sus propios objetivos que quiere alcanzar al proseguir la relación.

Tales elementos tienen que ver con lo no visible y en una aproximación a la forma de ser profesional que incorpore el pensamiento innovador y tenga capacidad de crear de forma permanente en la relación cotidiana unas condiciones de relación diferentes. Que están presentes como relaciones de confianza y tienen implicaciones y consecuencias cuando se aplican y cuando no están presentes en las relaciones entre proveedores y usuarios de los servicios. Es cierto que todo ello está mediado por diferentes factores, y sobre todo ocurre en una compleja trama de relaciones en las que tienen gran importancia algunos componentes, como por ejemplo: el dialogo; la competencia; la participación; la apertura o transparencia; la responsabilidad, y la negociación.

Todos los componentes citados está de un a forma u otra en relación con la información disponible acerca de la participación de la población en la provisión de los servicios. Su presencia o su ausencia es el elemento clave a tener en cuenta en las condiciones de uso de los servicios. De manera que se dibuja un nuevo modelo con componentes y condiciones que en parte están presentes, y que en parte hay que potenciar, facilitar y hacer posible que se mantengan de forma continuada, desde la especificidad de todos y cada uno de los actores en presencia. La propuesta parece todavía más cerca del ideal y de los deseos, pero que sin duda nos ofrece un escenario donde tienen importancia las tareas no visibles, y tiene cabida la calidad de la atención, el bienestar de las personas y su participación real en las decisiones que afectan a su salud y a sus procesos vitales.

Otra idea a la que quería referirme, ya para terminar es que he denominado paradigmas actuales de construcción de un a nueva identidad profesional. En este aspecto mi reflexión se centra en lo siguiente: si como profesionales nos instalamos en la racionalidad técnica (TR/"technical rational"), y en las rutinas controlando, proscribiendo





y prescribiendo, o tratamos de hallar un equilibrio entre “TR” y el talento –habilidad profesional (PA/ “profesional artistry”) entendiendo este último como la forma de hacer frente a la complejidad, toma de decisiones responsables , complejas y negociadas, en una mezcla de juicio profesional e intuición, en la que las actividades no son únicamente rutinas y técnicas (Fish y Coles 1998: 30). Teniendo en cuenta las expectativas de la población en la provisión de la atención, la cuestión clave es si adoptamos una forma de ser profesional moralmente responsables de nuestra conducta profesional considerando a las personas como un todo, no a trozos fragmentados.

Otro de los paradigmas sobre el que me gustaría decir algo es el que se refiere a la mejora constante de la calidad (CQI/ “continous quality improvement”) y garantizar la calidad total (TQM/”total quality management”). En este apartado mi comentario estaría en relación con la reflexión sobre la postura que adoptamos, si está más centrada en todo lo que se refiere a incremento de protocolos, de procedimientos, de guías, que me parecen fundamentales y necesarias , siempre que ello no signifique que aparentemente dejamos de pensar y nos limitamos únicamente a cumplir las reglas (Fish y Coles 1998 op cit.). La idea es que como profesionales proveemos atención, ayuda y cuidados, dispensamos servicios, resolvemos situaciones y problemas de salud que afectan a las personas, teniendo en cuenta a las personas.

En este punto creo que estamos en el proceso de una nueva identidad profesional. Los parámetros actuales tienen que ver con la incertidumbre, la inseguridad y los retos. Lo que caracteriza hoy la experiencia profesional es la pérdida de las certezas anteriores y en parte la difuminación de límites entre roles profesionales. Las demandas de colaboración multidisciplinar son constantes, y las presiones para ser más eficientes y al mismo tiempo ser responsables son continuas. De manera que la única salida es examinar cuidadosamente quienes somos, cuestionarnos con todo rigor sobre lo que hacemos, que perseguimos respecto al servicio profesional que ofrecemos a la población desde nuestra aportación esencial y específica.

Ser un nuevo/a profesional como se ha escrito (Davis 1995: 151) es estar comprometido con una práctica reflexiva, participatoria, colaboradora y que permita hacer. Que tiene que ver con los diferentes contextos en los que se lleva a cabo . Los modelos profesionales están cambiando y en la construcción del futuro algunas cuestiones escapan de nuestras manos, pero seguro que en el debate conjunto pueden surgir ideas que nos ayuden a construir un nuevo profesionalismo que nos permita hacer frente a nuestro compromiso con la sociedad.



## Bibliografía citada

Abellán, Antonio (1999) "Porqué las personas mayores no utilizan la ayuda formal" Revista Multidisciplinar de Gerontología (9): 183-187.

Adelantado, José et al. (1998) "Las relaciones entre política social y estructura social" Working Paper 1998/1 . Universitat Autònoma de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona (1999) Una aproximació al sistema sanitari del futur Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona.

Alberdi, Inés (1999) La nueva familia española Madrid: Taurus.

Barnes , M. y D. Prior (2000) "From Private Choice To Public Trust: A New Social Basis for Welfare" pp. 357—365 en Celia Davis, Linda Finlay y Ann Bullman (ed.) Changing Practice Londres: Sage.

Bazo M. Teresa y Carmen Domínguez Alcón (1995) Solidaridad familiar y vejez . Informe de investigación. Fundación Caja de Madrid.

Bazo M. Teresa y Carmen Domínguez Alcón (1996) Los cuidados de salud en las personas ancianas y las políticas familiares" Revista Española de Investigaciones Sociológicas. (73): 43-56.

Centro de Estudios del Cambio Social (1999) Informe España 1998 Madrid: Fundación Encuentro .

Centro de Investigaciones Sociológicas (1999) Boletín 21.

Davis, Celia (1996)

Domínguez Alcón, Carmen (2000) Mujeres , trabajo y calidad de vida Investigación en el Plan Nacional de I+D. Programa Sectorial de las Mujeres y del Género. Madrid: Instituto de la Mujer.

Domínguez Alcón, Carmen (1999a) Análisis de necesidades y demandas de servicios a domicilio. Parte I. Proyecto de investigación Transnacional SERDOM. Diputación de Barcelona. Fondo Social Europeo.

Domínguez Alcón, Carmen (1999b) "Mujeres cuidadoras, mujeres cuidadas" Coloquios sobre La Mujer Instituto Internacional en España. Madrid.

"Domínguez Alcón, Carmen (1998) "Familia, cuidados informales y políticas de vejez" pp 464-479 en A. S. Staab y L.C. Hodges Enfermería gerontológica. Adaptación al proceso de envejecimiento Mexico: McGraw Hill. "

Domínguez Alcón, Carmen (1997) Formación continuada y marcos de referencia en la practica profesional Congreso Nacional de Enfermería Cardiológica. Asociación Nacional de Enfermería Cardiológica. Santander.

Domínguez Alcón, Carmen y Fredesvinda Mérida de Pedraza (2000) "Un nuevo pacto social hacia el futuro: Estado de Bienestar, Política social y cuidados. Congreso sobre La Sociología para el futuro Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones . UB y D. De Sociología y Teoría de la Educación. U. Alicante.

Durán, M. Angeles (1988) (dir.) De puertas adentro Madrid: Instituto de la Mujer.

Duran, M. Angeles (1992) "Salud y sociedad. Algunas propuestas de investigación" pp. 57-79 en Margarita Barañano Mujer, trabajo y salud Madrid: Trotta.

Duran, M. Angeles et al (1995) "Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria" Política y sociedad Nº 19.

Duran, M. Angeles (1999) Los costes invisibles de la enfermedad Madrid: Fundación BBV. 335 pp.

Esping Andersen, Gosta (1999) "The sustainability of Welfare State into 21 century" Papers de la Fundació Barcelona Fundació Campalans N.113

Fernández Cordón (1998) "El envejecimiento de la población española" Papeles de Economía Española (77): 49-62.

Fish D. y C. Coles (1998) (eds.) Developing Professional Judgement in Health Care Londres: Heineman.

Franco Sole, Lluís (2000) "Dona i treball" Conferencia organizada por el Institut Català de la Dona. Generalitat de Catalunya, marzo.

Gandía, Eleuterio (2000) Sistemas de creencias y prácticas ligadas al cuidado de la salud en la ciudad de Villena. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.

Generalitat de Catalunya (1997) Pla de salut de Catalunya 1996-1998 Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Generalitat de Catalunya (1999) Participació ciutadana en la provisió de serveis de salut Barcelona: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Guiddens, A. (1999) La tercera vía Madrid: Taurus .

Iglesias de Ussel, Julio (1998) La familia y el cambio político en España Madrid: Tecnos.

Illich, Ivan (1981) Profesiones inhabilitantes Madrid: Blume.

Jovell, Albert (2000) "Gestión del cambio y tecnologías de la información en sanidad: conocimiento, recursos humanos y valores profesionales", en La tecnología de la información: Impacto en la Política y Gestión Sanitaria del s. XXI. Fórum Sanitas SB Y Albert Jovell y M Aymerich (ed.) Evidencia y toma de decisiones en sanidad Barcelona ACMCB

Laporte, Josep (President)(1998) Catalunya demà. La política sanitaria més enllà del 2000 Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Martínez Pisón, José (1998) Políticas de bienestar Madrid: Tecnos.

Muñoz, Santiago et al. 1997) Las estructuras del bienestar Madrid: Civitas.

Percy-Smith, J. (ed.) (1996) Needs assessments in Public Policy Buckingham: Open University.

Sennet, Richard (2000) La corrosión del carácter Barcelona: Anagrama.

Taylor Gooby, Peter (1998) OJO completar citado por Martinez Pisón



# PERCEPCIÓ DE SOBRECÀRREGA I EXISTÈNCIA DE TRASTORNS MENTALS EN ELS CUIDADORS DE MALALTS D'UN PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

**AUTORS:** M. Tubau, J. Pedrosa, A. Nebot, M. Soler Boada, E. Ferrer, M.A. Martínez Adell  
**CENTRE DE TREBALL:** ABS Florida Nord, ABS Florida Sud. L'Hospitalet  
**TELÈFON:** 93 334 17 17

## OBJECTIU

Conèixer la percepció de sobrecàrrega dels cuidadors de malalts inclosos en el programa d'atenció domiciliària (ATDOM) i la seva associació amb l'estat mental.

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal.

## ÀMBIT DE L'ESTUDI

Dues ABS urbanes.

## SUBJECTES

Persones adscrites a les ABS, que durant 1998 van assumir el rol de cuidador principal d'un malalt inclòs en PATDOM.

## MESURAMENTS I INTERVENCIIONS

Enquesta valorant test d'ansietat i depressió de Golberg, test de sobrecàrrega de Zarit.

Altres variables: edat, sexe, parentiu amb el malalt, malalts al seu càrrec, temps de dedicació, recursos externs, situació laboral, freqüentació i dades del malalt (edat, sexe, test mental de Pfeiffer i test físic de Barthel).

## RESULTATS

N=162. Edat 60.5 DE:11.8. Dones 79.6%. 29% sense recurs extern. Golberg d'ansietat 4.65+/-3.15. Golberg depressió 2.71+/-2.92. Test sobrecàrrega Zarit 53.50+/-13.66 (42.5% presentaven sobrecàrrega intensa).

### CORRELACIONS DEL TEST DE SOBRECÀRREGA:

Golberg ansietat	Golberg depressió	Temps dedicació	Nº visites UBA	Pfeiffer (malalt)	Barthel (malalt)
R=0.41 P=0.0000	R=0.37 P=0.0001	R=0.17 P=0.07	R=-0.07 P=0.45	R=0.14 P=0.14	R=-0.12 P=0.20

### ASSOCIACIONS DEL TEST DE SOBRECÀRREGA:

Situació laboral	Amb feina	52.09+/-13.6	T=0.54 (p=0.58)
	Sense feina	53.88+/-13.73	
Recursos externs	Si	53.94+/-13.73	T=-0.55 (p=0.58)
	No	52.76+/-14.84	
Nº malalts a càrrec	Un	53.10+/-13.32	T=-0.55 (p=0.58)
	Més d'un	54.87+/-15.01	

## CONCLUSIONS

- Important grau de percepció de sobrecàrrega entre els cuidadors.
- La percepció de sobrecàrrega es correlaciona amb els test d'ansietat i depressió de Golberg.
- L'estat físic i mental del malalt i altres condicionants que poden influir en la tasca del cuidador no han mostrat associació amb la seva percepció de sobrecàrrega.



# TREBALLADOR SOCIAL O ENQUESTADOR?

**AUTORS:** Margarita Garcia, Rosa M. Carrasco, Yolanda Fábregas, Olga Herruz, Mónica Pila, Jordi Torrabadella

**CENTRE DE TREBALL:** ABS Mataró, 5 i 7 / ABS Centre (L'Hospitalet)

**TELÈFON:** 93 757 90 43

## INTRODUCCIÓ

En el marc d'un estudi de factors psicosocials i depressió es va realitzar una enquesta amb preguntes obertes i tancades a 200 persones per valorar la influència dels factors psicosocials en el tractament de la depressió, a càrrec de 3 enquestadores amb formació en treball social (TS). Posteriorment es crea un grup de discussió per conèixer la percepció de la vivència de les enquestadores, que va ser gravat en vídeo. (Es proposa reproduir els fragments més interessants d'aquest a la Jornada).

## OBJECTIU

1. Conèixer les vivències i sentiments de l'enquestador en l'estudi de factors psicosocials.
2. Determinar en quina mesura condiona la formació en TS a l'hora de treballar amb una enquesta d'aquest tipus.
3. Valorar la utilitat del grup de discussió com a eina d'investigació qualitativa.
4. Valorar la validesa del vídeo com a eina d'anàlisi qualitativa.

## DISSENY

Estudi descriptiu. Àmbit: medi urbà (8 àrees bàsiques de salut). Subjectes: 3 enquestadores. Intervencions: grup de discussió semi-obert, amb un moderador i un observador, d'una hora de durada, gravat en vídeo. Mesuraments: sentiments de l'enquestador, dificultats amb el disseny de l'enquesta, aspectes relacionats amb la interacció enquestador-enquestat, aspectes relacionats amb l'enquadre i altres valoracions.

## RESULTATS

Del buidatge de les valoracions fetes en el grup s'ha extret que en relació amb els sentiments: destaca la necessitat de reprimir l'impuls d'aconsejar i motivar a les persones, la responsabilitat sobre la informació que ha rebut l'enquestador donat el seu caràcter íntim i personal, la necessitat de recompensar l'enquestat amb la comprensió, la necessitat de connectar amb els sentiments de l'altre i la de no deixar-se influir per prejudicis. Amb el disseny de l'enquesta: les preguntes obertes afavorien que l'enquestat es desbordés i les tancades no permetien justificar la resposta, els resultava difícil no poder aclarir dubtes al voltant de les preguntes. Relacionats amb la interacció consideraven molt important marcar uns límits, així com establir distàncies i clarificar rols. Relacionats amb l'enquadre destaca la necessitat de crear un clima agradable i la importància de la rebuda i el comiat. En altres valoracions l'enquestador considera haver realitzat un aprenentatge amb la pràctica, veu necessari un suport emocional i que es reconegui la seva tasca.

## CONCLUSIONS

1. El predomini de les emocions i percepcions de l'enquestador els ha dut a crear instruments adaptatius a la incomoditat de la situació (registrar davant l'enquestat i reconvertir l'enquesta en entrevista).
2. La formació prèvia de les enquestadores ha estat determinant a l'hora de realitzar la seva valoració entorn a la experiència, així com a utilitzar mecanismes de relació extrets del TS.
3. El grup de discussió resulta una eina de valoració qualitativa molt útil, donada la riquesa de la informació que proporciona.
4. La utilització de mitjans audiovisuals permet analitzar i relacionar en profunditat els aspectes qualitius



# PACIENTS HIPERFREQUENTADORS; COM HO PODEM RESOLDRE?

AUTOR: Mercè Rico i Busquets

CENTRE DE TREBALL: ABS Sant Josep. DAP l'Hospitalet

TELÈFON: 93 337 05 14

## OBJECTIU

Descriure com és viscut el procés d'emmalaltir de les dones hiperfreqüentadores del barri de Sant Josep de l'Hospitalet durant els anys 1998-99. Descriure com es dona aquest procés en un grup determinat de dones adscrites a l'ABS. Identificar les circumstàncies en que es dona aquest procés.

## SUBJECTES

Les dones que venen a la consulta del metge/essa del barri de S.Josep que presenten una determinada patologia que un cop estudiada i valorada per l'Equip al cap d'un temps no millora.

## ÀMBIT

Àrea Bàsica de Salut de Sant Josep de l'Hospitalet de Llobregat.

## DISSENY

Estudi descriptiu qualitatiu.

## RESULTATS

De les 38 persones ateses en la consulta del Treballador social de l'ABS l'edat de les quals està compresa entre 19 i 72 anys que han vingut a consulta des de principis de l'any 1998, derivades de cadascuna de les UBAS (Unitats Bàsiques assistencials). La mitjana d'edat de totes elles és de 40,2 anys amb una Desviació Standard; 15 anys.

- El nombre de visites que feren abans de començar a la consulta del T.Social en el darrer any és de:  
Mitjana; 9,66 Desviació Standard, 3,32  
Mediana; 10 (varia entre 1 persona 4 visites i la resta entre 7 i 22 visites).
- Durant el període que vingueren a la consulta de T.Social a la consulta del metge es realitzaren;  
Mitjana; 1,53 visites amb una Desviació Standard, 1,31  
Mediana 1
- De les 38 persones, 17 són alta des de la consulta de T.Social.
- D'aquestes 17, un cop donades d'alta tornen a la consulta del metge/infemera;  
Mitjana; 0,71 visites amb una Desviació Standard, 0,85  
Mediana; 1
- A la consulta de Treball Social la freqüentació depenent de cada situació personal, comença sent entre 1 cop per setmana poc a poc es va distanciant 2 visites al mes fins arribar a una visita al mes.

## CONCLUSIONS

Els recursos utilitzats en tots aquests pacients són els propis de la comunitat i els personals tant els del propi equip, com els de la propia persona. Com es pot observar baixa considerablement les visites a l'EAP un cop s'ha pogut treballar cada cas. Des del Treball Social es pot ajudar a produir molts canvis, canvis que donaran com a resultat una bona qualitat o millor qualitat en la salut dels nostres pacients i, com no, als nostres companys de l'equip.



## TAULA II

---

# Polítiques de salut i de benestar

## Rendibilitat qualitativa

---

### PONENT

**Sra. Iolanda Piedra Mañes**  
Economista

### COMUNICACIONS A LA TAULA

### MODERADORA

**Sra. M<sup>a</sup> Carme Alòs Pintó**  
Presidenta del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya



# EL TREBALL SOCIAL: UNA NOVA PROFESSIÓ SUBMINISTRADORA EFICIENT DE SERVEIS PÚBLICS

**Sra. Iolanda Piedra Mañes**

Economista

La present síntesi preten ser una aproximació a les reflexions tractades durant la Taula II que porta per títol **Polítiques de salut i de benestar. Rendibilitat qualitativa.**

Al llarg de l'exposició es realitza una anàlisi dels aspectes més rellevants de les intervencions públiques posant un èmfasi especial en la consideració de les peculiaritats que té una nova professió com és la del treball social.

Els objectius fonamentals que s'han intentat cobrir són:

- 1.- Reflexionar sobre el naixement de l'economia de la Hisenda Pública i de l'economia del Benestar.
- 2.- Descriure breument la tècnica de l'Anàlisi Cost-Benefici com una de les eines existents a l'hora d'avaluar els beneficis i costos del treball desenvolupat pel col·lectiu de Treballadors/es Socials.
- 3.- Analitzar alguns exemples d'actuacions. Identificar el conjunt de serveis intangibles atorgats en aquests exemples i fer una primera avaluació qualitativa per mitjà de la tècnica Anàlisi Cost-Benefici.
- 4.- Analitzar les valoracions que sobre el treball desenvolupat pels Treballadors/es Socials tenen altres col·lectius professionals.
- 5.- Plantejar reflexions sobre les aportacions i externalitats positives que poden generar en els diversos camps en què actuen els Treballadors/es Socials.





## REFLEXIONAR SOBRE EL NAIXEMENT DE L'ECONOMIA DE LA HISENDA PÚBLICA I DE L'ECONOMIA DEL BENESTAR

Quan l'actuació d'un agent polític, econòmic o social és nova cal establir els mecanismes estratègics d'intervenció i justificar davant la societat civil totes les decisions i actuacions realitzades.

El professional privat que actua en un mercat obert ven un servei a canvi d'uns beneficis que com a mínim són equivalents al preu que paga per ells el client. De no ser així, no es garantiria que el seu procés productiu es fa atenent a criteris de qualitat i el producte final és competitiu al mercat.

Fruit d'aquestes tradicionals visions neix fa pràcticament un segle l'economia del Benestar relacionada amb l'avaluació econòmica de les intervencions públiques.

Partint del concepte de "**necessitats humanes**" *definides com la sensació d'insatisfacció caracteritzada per l'enyorança d'una cosa i el desig d'aconseguir-la*, sempre que davant aquesta sensació s'afegeixi el problema d'"**escassetat**" com conseqüència de la manca de mitjans per satisfer-la podem parlar de **necessitats econòmiques**.

I prenent com estructura -de satisfacció de necessitats- les entitats i administracions públiques que actuen de manera associativa a l'hora d'identificar i cobrir les necessitats comunes o col·lectives, neixen diverses disciplines científiques com és la Hisenda Pública.

Agents, com és el cas dels polítics, devien justificar davant la societat una política pressupostària i de despesa i argumentar davant els seus votants que, sota un exercici de responsabilitat, estaven aplicant la política pressupostària més eficient en termes qualitius i quantitius.

Parlar de "**despesa pública**" resultava poc convenient quan la intervenció privada utilitzava criteris de selecció, entre inversions, en funció de la "**rendibilitat econòmica existent**" i mai en funció del volum de despesa que diverses actuacions poguessin suposar.

A partir dels anys 30 el sector públic inicia un procés d'incorporació de l'anàlisi privat com és el cas de l'Anàlisi Cost - Benefici per calcular els beneficis socials nets que s'obtenen d'una determinada despesa pública.

L'assignació dels recursos públics es comença a fer en funció de criteris d'eficiència i s'estableix com a metodologia bàsica d'actuació governamental aquella que pretén maximitzar el "**benestar social**" entès com aquell que un cop analitzades totes les possibles alternatives per atorgar un servei a la societat selecciona la alternativa que maximitza la diferència entre beneficis i costos.

És sota aquesta premissa que el conjunt de polítiques de benestar endegades des de les diferents AAPP i les professions responsables del seu atorgament haurien d'actuar.

Un exemple no aïllat, en el camp de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya, és el que neix a l'ordenament econòmic-social arran del Decret 84/1985 i de l'Ordre de 6 de maig de 1990 per introduir en el mercat un conjunt de serveis professionals com es el cas dels assistents socials d'atenció primària.



## 2.- DESCRIBRE BREUMENT LA TÈCNICA DE L'ANÀLISI COST-BENEFICI COM UNA DE LES EINES EXISTENTS A L'HORA D'AVALUAR ELS BENEFICIS I COSTOS DEL TREBALL DESENVOLUPAT PEL COL·LECTIU DE TREBALLADORS/ES SOCIALS

Sembla lògic que les actuacions governamentals pretenguin maximitzar el benestar social de totes les possibles alternatives que tenen al seu abast, i seleccionin com a òptima aquella que maximitzi la diferència entre beneficis i costos.

En aquest sentit, només es duen a terme aquells programes o actuacions que originen més beneficis que costos, i els mateixos els desenvolupen fins aquell nivell on l'increment de beneficis (benefici marginal) resulta igual a l'increment de cost (cost marginal).

Aquesta igualtat en el marge entre benefici i cost resulta ser en definitiva el criteri d'assignació eficient dels recursos en els mercats privats, i no hi ha res que aconselli alterar aquest criteri d'eficiència quan els recursos s'assignen per mitjà de "mercats polítics", com les polítiques de salut i de benestar.

Malauradament, l'aplicació pràctica d'aquest senzill principi de racionalitat econòmica podrà en molts casos no ser tan senzill com acabem d'explicar. Un gran ventall de béns i serveis públics que es subministren i sobretot aquells que més justificat tenen el seu subministrament, tenen unes peculiaritats de les que se'n deriva la difícil valoració de beneficis i costos relacionats amb el seu subministrament.

Ens situem davant de:

- Mercats imperfectes i
- Béns i serveis intangibles

on és de difícil identificació la quantitat de servei subministrat al client-usuari i la valoració de la utilitat rebuda per l'usuari al no existir la majoria de vegades un equivalent monetari com passa en el preu pagat en l'adquisició d'un bé o servei subministrat privadament.

Quan estem davant de serveis públics que milloren substancialment els estàndards de benestar com poden ser els serveis educatius, sanitaris i socials, haurem de realitzar un plantejament racional de com identifiquem el volum de servei subministrat i quin és el seu valor econòmic.

La manca d'estudis que analitzin intervencions d'aquesta categoria pot ocasionar el mantenir un sistema global de subministrament de serveis ineficient, seleccionar una alternativa diferent de l'òptima i oferir una quantitat de servei que no compleixi ni les regles més bàsiques de la eficiència, com que és el cas de què el Valor Actual Net sigui inferior a zero.



### 3.- ANALITZAR ALGUNS EXEMPLES D'ACTUACIONS. IDENTIFICAR EL CONJUNT DE SERVEIS INTANGIBLES ATORGATS EN AQUESTS EXEMPLES I FER UNA PRIMERA AVALUACIÓ QUANTITATIVA PER MITJÀ DE LA TÈCNICA ANÀLISI COST-BENEFICI

Amb caràcter general, podem considerar els projectes governamentals com a processos productius que exigeixen la renúncia a certs béns i serveis (inputs), el que suposa un cost, per generar altres béns i serveis (outputs), que ens atorguen uns beneficis.

La maximització del benefici social net que es persegueix amb l'anàlisi Cost-Benefici requereix la identificació de tots els inputs (costos) i de tots els outputs (beneficis) relacionats amb un programa de despesa pública.

Però resulta convenient tenir en compte la varietat d'inputs i d'outputs que poden donar-se en un projecte públic com són els serveis atorgats pels Treballadors/res Socials als seus usuaris.

La primera distinció a la que es pot fer referència és la distinció entre beneficis i costos directes i indirectes, tangibles o intangibles, i les externalitats positives i negatives. L'anàlisi Cost-Benefici (ACB), per poder ser un instrument útil de maximització del benefici social net ha de tenir en compte tots els costos reals i els beneficis.

El procés per avaluar la rendibilitat econòmica d'un servei atorgat pels Treballadors/res Social haurà de seguir el mateix procés que l'utilitzat en l' ACB per avaluar altres actuacions públiques:

- Identificar els serveis subministrats
- Identificar els col·lectius involucrats
- Definir l'àrea d'atracció
- Definir la funció de demanda
- Identificació dels preus
- Construir l'horitzó temporal de costos i beneficis
- Seleccionar un criteri de decisió
- Seleccionar el valor de la taxa d'interès a aplicar
- Calcular i analitzar el grau de rendibilitat de la despesa pública o inversió.

Si analitzem diferents casos pràctics d'actuacions realitzades pels Treballadors/res Socials podem obtenir a nivell indicatiu una primera aproximació qualitativa del que suposa la tasca realitzada per aquests treballadors.



CAS Detecció indigència-infecció	INTERVENCIÓ	RESULTATS	COSTOS/BENEFICIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Home de 72 anys, sense relació amb la seva família.</li> <li>• Home alcohòlic.</li> <li>• No té domicili fix, és un indigent.</li> <li>• Invalidesa de la seguretat social per la qual percep 60.000 pts./mes.</li> <li>• Territori: la comarca de la Noguera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda d'intervenció per que l'home viu des de fa tres mesos en una granja en unes condicions pèssimes. Consell comarcal.</li> <li>• Consulta als registres: no s'ha visitat mai al centre de salut, i no es pot fer l'informe mèdic.</li> <li>• Contacte amb la família i amb els propietaris de la granja.</li> <li>• Visita al domicili: l'home es troba en condicions físiques precàries. Condicions de la barraca on viu: no té aigua corrent, ni llum ni W.C.</li> <li>• La treballadora social sol·licita visita urgent al metge de guàrdia, que ho deriva a urgències del hospital.</li> <li>• Seguiment del cas dins l'hospital, col·laboració amb la treballadora social de planta.</li> <li>• Es diagnostica Tuberculosi pulmonar molt greu.</li> <li>• Impossibilitat de sol·licitar residència fins que la malaltia no estigui inactiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconversió de demanda social a sanitària. Adequació dels serveis públics.</li> <li>• Millor resposta a les necessitats de l'usuari.</li> <li>• Tractament del seu alcoholisme, rehabilitació exitosa.</li> <li>• Evitar una possible infecció col·lectiva.</li> <li>• Millora de la convivència comunitària</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serveis intangibles</li> <li>• Benefici directe</li> <li>• Benefici indirecte</li> <li>• Externalitat positiva</li> </ul>

CAS Transports medul·la òssia	INTERVENCIÓ	RESULTATS	COSTOS/BENEFICIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dona de 26 anys pendent de trasplantament de medul·la òssia en un hospital de Barcelona.</li> <li>• Unitat familiar composta per la pacient i la seva mare de 70 anys, vídua.</li> <li>• Baix nivell econòmic: els únics ingressos provenen de la pensió de viduïtat.</li> <li>• Territori: Lleida i Barcelona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La demanda d'actuació ve derivada de la Unitat de Treball d'un hospital de Lleida, arran d'una entrevista amb la mare.</li> <li>• Coordinació amb la treballadora social de Lleida</li> <li>• Coordinació amb l'UBA (metge i infermera) per fer visites domiciliàries.</li> <li>• Traslats continus als Hospitals de Lleida i Barcelona (utilització de transports públics, mentre la pacient pugui).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinació amb UBA per sol·licitar els desplaçaments amb taxi, mètode més adient per la pacient, sense necessitat d'ambulància.</li> <li>• Elaboració per part de la treballadora social d'un informe per sol·licitar el pagament dels desplaçaments.</li> <li>• Un cop realitzada la intervenció quirúrgica, es concerten visites de seguiment i suport.</li> <li>• Millora de la convivència familiar.</li> <li>• Atorgament d'un servei integral social e informatiu</li> <li>• Evitar somatitzacions</li> <li>• Evitar possible suïcidi de la mare i de la pròpia malalta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducció de costos indirectes</li> <li>• Millora de la qualitat. Benefici directe</li> <li>• Reducció costos directes</li> <li>• Beneficis indirecte. Mare com a contribuent</li> </ul>



CAS Persona gran sense assistència	INTERVENCIÓ	RESULTATS	COSTOS/BENEFICIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient de 75 anys, pateix una pluripatologia (parkinson, HTA...).</li> <li>• Conviu amb la seva dona de 72 anys, artrítica.</li> <li>• També conviu el seu fill solter de 50 anys, esquizofrènic.</li> <li>• Intervingut d'una hèrnia.</li> <li>• La metge-infermera fa visita domiciliària i detecta situació d'alt risc: -immobilitzat, -habitable sense il·luminar, -higiene tant del domicili com del malalt molt deficitària.</li> <li>• La cuidadora principal no és conscient del problema: possible patologia. No accepta l'ingrés del malalt en un centre.</li> <li>• Territori: Barcelona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des dels serveis mèdics (UBA) es demanda la intervenció de la Treballadora Social.</li> <li>• Canvis en la higiene, mobilitat i alimentació.</li> <li>• Canvis en les condicions del domicili.</li> <li>• Millora en el nivell de benestar i qualitat de vida i salut del malalt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilització dels recursos propis de la família, que assumeixen cobrir el pagament de la Treballadora Social.</li> <li>• Increment de la qualitat de vida i supervivència del malalt.</li> <li>• Optimització dels recursos sanitaris. Estalvi econòmic.</li> <li>• S'assoleixen els plans terapèutics marcats, gràcies a la participació de la treballadora social. Perfecte enteniment entre actors participants: metge, infermera, treballadora social i família.</li> <li>• S'ha evitat acudir a instàncies judicials per resoldre la situació.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducció costos ICS</li> <li>• Servei intangible. Benefici indirecte</li> <li>• Reducció costos directes</li> <li>• Benefici indirecte</li> <li>• Estalvi costos socials</li> </ul>

CAS CAS Nen amb disminució	INTERVENCIÓ	RESULTATS	COSTOS/BENEFICIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nen de 2 anys, afecte de quadre malformatiu.</li> <li>• Se'l trasllada a un hospital de Barcelona.</li> <li>• Prescripció d'atenció precoç urgent.</li> <li>• Deteriorament de la relació de parella (els progenitors del nen).</li> <li>• Despesa farmacèutica elevada.</li> <li>• Manca de recursos socio-familiars i econòmics.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La demanda prové de la UBA de pediatria del CAP.</li> <li>• Coordinació amb la UBA de pediatria i l' ICASS per establir un seguiment.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconeixement de disminució</li> <li>• Tràmit de l'ajuda d'atenció social al disminuït sol·licitant atenció precoç</li> <li>• Coordinar suport psicològic amb el fisioterapeuta i el psicòleg</li> <li>• Tràmit de prestació de fill a càrrec.</li> <li>• Informe social i sol·licitar TIS amb farmàcia gratuïta.</li> <li>• Sol·licitud de pagament dels desplaçaments.</li> <li>• Suport a la mare, visites domiciliars.</li> <li>• Gestions amb Càritas per facilitar bolquers i llet infantil</li> <li>• Possiblement nen a càrrec de les Administracions Públiques en cas de dissolució de la parella</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefici directe</li> <li>• Benefici directe</li> <li>• Benefici directe</li> <li>• Benefici directe</li> <li>• Benefici directe</li> <li>• Benefici indirecte</li> <li>• Benefici indirecte</li> <li>• Reducció de costos indirectes</li> </ul>



## 4.- ANALITZAR LES VALORACIONS QUE SOBRE EL TREBALL DESENVOLUPAT PELS TREBALLADORS/ES SOCIALS TENEN ALTRES COL·LECTIUS PROFESSIONALS

No sempre les professions que contribueixen més a optimitzar els recursos públics reben la consideració social que es mereixen.

Fa tres anys l'Associació d'Empresaris Productors de Multimèdia va iniciar un treball d'identificació de quina era la valoració que sobre les tasques realitzades pels Treballadors/es Socials de l'ICS tenien els seus companys de feina i els usuaris.

Els objectius de l'estudi eren diversos però els principals es poden resumir com:

- Avaluar les possibilitats actuals i futures dels Treballadors/es Socials.
- Avaluar el grau de coneixement de la tasca dels Treballadors/es Socials entre els ciutadans i entre el personal tècnic i auxiliar de les ABS.
- Avaluar l'opinió i el grau de satisfacció dels ciutadans sobre la tasca realitzada pels Treballadors/es Socials.
- Avaluar el tipus de relació entre Directors/es DAP, Coordinadors/es Socials.
- Analitzar els punts forts, punts febles, amenaces i oportunitats de la professió dels Treballadors/es Socials.

Amb aquests objectius es va portar a terme l'estudi seguint les següents fases metodològiques:

- Es va utilitzar la tècnica de l'entrevista personal, mitjançant enquestes realitzades per persones especialitzades.
- Les enquestes van ser realitzades a l'àrea metropolitana de Barcelona i a Lleida amb l'objectiu d'incorporar en l'estudi tant les zones urbanes com les zones més rurals donat que les problemàtiques a les que els/les Treballadors/es Socials s'enfronten diàriament en ambdues zones són diferents.
- La mostra a la que es van realitzar les enquestes al llarg dels mesos d'octubre i novembre de 1997 es va dividir en els següents col·lectius

COL·LECTIU	NÚM. ENQUESTES
Directors/es DAP - Coordinadors/es ABS	8
Metges/ses	4
Infermers/es	4
Treballadors/es Socials	8
UAAU	4
TOTAL	28



Les conclusions derivades de l'estudi queden reflectides en el quadre següent:

	DIRECCIÓ DAP COORDINACIÓ ABS	METGES/SES	INFERMERS/ES	UAAU	DTREBALLADORS/ES SOCIALS
<b>Coneixement de la funció dels TS</b>	Afirmatiu	Afirmatiu	Afirmatiu	Afirmatiu	Els companys sí les coneixen
<b>Valoració--opinió genèrica dels TS</b>	Bona; percepció de persones molt qualificades i actives	Cada dia són més necessaris	Realitzen una feina molt necessària i tenen una missió molt important	S'ocupen dels problemes de la gent i solucionen problemes socials	Valoració positiva de les seves tasques i funcions
<b>Necessitat de l'existència dels TS</b>	Necessaris i imprescindibles: tasca important davant problemes socials no estrictament mèdics	Imprescindibles i necessaris: solucionen problemes que els metges no poden solucionar	Necessaris: duen a terme un rol propi i exclusiu per resoldre els problemes dels usuaris que s'escapen de l'àmbit de l'assistència mèdica	Imprescindible: existeix una mala qualitat assistencial i molta gent sense recursos	
<b>Necessitat per a la societat dels TS com a personal no sanitari</b>	Sí, ja que la població atesa és cada vegada més gran	Sí, ja que cal curar l'ànima juntament amb el cos i perquè estem a l'època de l'especialització	Sí, pels problemes que el personal sanitari no està preparat per resoldre, sobretot a nivell domèstic	Sí, ja que existeix una manca d'assistència actual i perquè tothom necessita algú que l'escolti	Sí, encara que calen altres professionals relacionats (auxiliars de geriatría, auxiliars familiaras...)
<b>Quant temps es relacionen professionalment amb els TS</b>		Quan els necessiten, sense reglamentació o costum	Depenent del lloc on es desenvolupi el treball com a infermer/a	Segons la proximitat laboral i/o per informar als familiars que pregunten per ells	
<b>Grau de resolució de problemes per part dels TS</b>	Mitjana de 8: intervenen en el procés, però no tenen capacitat de resolució, ja que depenen de tercers (manca de competències)	Mitjana de 5-6: tenen limitacions per manca de recursos	Mitjana de 7: en alguns casos es veu reduït el grau per la manca de col·laboració dels pacients i/o per la manca de recursos	Entre 6 (perquè no coneixen realment el grau de resolució) i 8 (perquè no hi ha queixes de la seva feina)	





	DIRECCIÓ DAP COORDINACIÓ ABS	METGES/SES	INFERMERS/ES	UAAU	DTREBALLADORS/ES SOCIALS
Coneixement de la funció dels TS	Afirmatiu	Afirmatiu	Afirmatiu	Afirmatiu	Els companys sí les coneixen
Valoració--opinió genèrica dels TS	Bona; percepció de persones molt qualificades i actives	Cada dia són més necessaris	Realitzen una feina molt necessària i tenen una missió molt important	S'ocupen dels problemes de la gent i solucionen problemes socials	Valoració positiva de les seves tasques i funcions
Necessitat de l'existència dels TS	Necessaris i imprescindibles: tasca important davant problemes socials no estrictament mèdics	Imprescindibles i necessaris: solucionen problemes que els metges no poden solucionar	Necessaris: duen a terme un rol propi i exclusiu per resoldre els problemes dels usuaris que s'escapen de l'àmbit de l'assistència mèdica	Imprescindible: existeix una mala qualitat assistencial i molta gent sense recursos	
Necessitat per a la societat dels TS com a personal no sanitari	Sí, ja que la població atesa és cada vegada més gran	Sí, ja que cal curar l'ànima juntament amb el cos i perquè estem a l'època de l'especialització	Sí, pels problemes que el personal sanitari no està preparat per resoldre, sobretot a nivell domèstic	Sí, ja que existeix una manca d'assistència actual i perquè tothom necessita algú que l'escolti	Sí, encara que calen altres professionals relacionats (auxiliars de geriatría, auxiliars familiaras...)
Quant temps es relacionen professionalment amb els TS		Quan els necessiten, sense reglamentació o costum	Depenent del lloc on es desenvolupi el treball com a infermer/a	Segons la proximitat laboral i/o per informar als familiars que pregunten per ells	
Grau de resolució de problemes per part dels TS	Mitjana de 8: intervenen en el procés, però no tenen capacitat de resolució, ja que depenen de tercers (manca de competències)	Mitjana de 5-6: tenen limitacions per manca de recursos	Mitjana de 7: en alguns casos es veu reduït el grau per la manca de col·laboració dels pacients i/o per la manca de recursos	Entre 6 (perquè no coneixen realment el grau de resolució) i 8 (perquè no hi ha queixes de la seva feina)	
Possible evolució de la tasca dels TS	Cal cercar un espai en el procés complicat i difícil dins els equips d'atenció primària	Cap a feines comuns adreçades a tota la població en general	Augmentaran les seves funcions al ser una professió amb futur perquè la població està envellint	Hi haurà menys personal donat que la qualitat del servei no es valora (es valora molt més la quantitat de serveis)	



RECOMANACIONS PER MILLORAR LA FUNCIO I VALORACIO FUTURA DELS TS					
Millora d'equipaments i materials	No, ja que ja existeixen els més necessaris	No, ja que ja estan suficientment equipats	Sí, ja que hi ha una manca de recursos sobretot a nivell de places geriàtriques	Sí, per poder desenvolupar la feina en condicions	Cal tenir-los força en compte per la seva necessitat a l'hora de realitzar una bona feina
Definir millor les seves tasques		Hi ha varietat d'opinions	És necessari per millorar el seu fi	No, ja que estan ben definides les seves tasques i tenen clar la seva funció	Hi ha varietat d'opinions
Millorar les relacions laborals amb altres col·lectius		No és necessària cap acció addicional, ja que estan integrats	Sí, ja que així es millorarien els resultats i es facilitaria la seva feina	Sí, ja que és important la interrelació entre els companys (dels que també depenen les relacions)	Sí, ja que existeix un gran desconeixement d'allò que fan i com ho fan
Comptar amb la col·laboració de professionals de reconeguda experiència en l'assessorament		Possible necessitat per poder millorar la seva organització interna		Sí, per evitar l'excés d'aïllament en el seu despatx	Sí, ja que ajudarà a millorar les seves funcions i és positiu en quant a supervisió
Promoure accions d'informació— comunicació		No, ja que aquestes no són efectives		Sí, donada la manca de coneixement de les seves tasques	Sí, són molt positives
Promoure col·laboracions amb altres institucions públiques relacionades amb les seves funcions		Sí, per obtenir més recursos econòmics	Sí, perquè amb més recursos és més fàcil realitzar les seves tasques	Sí, perquè milloraran en les seves tasques i obtindran més ajuts	Sí, són positives
Noves tasques que cal que desenvolupin els TS		Caldria realitzar un pla de formació contínua (com el cas dels treballadors del camp sanitari--social)	Creuen que ja fan de tot dins les seves possibilitats	Donar més qualitat humana, tracte amb el malalt i suport	Cada professional hauria de marcar fins on vol arribar, per evitar fer tasques que no els corresponen



## 5.- PLANTEJAR REFLEXIONS SOBRE LES APORTACIONS I EXTERNALITATS POSITIVES QUE POT TENIR EL DIVERSOS CAMPS EN QUÈ ACTUEN ELS TREBALLADORS/ES SOCIALS

Arran de l'anàlisi fet s'hauria de reflexionar sobre diferents aspectes que són bàsics si l'Administració Pública vol garantir un subministrament òptim i integral de serveis.

En aquesta línia, agruparem en dos blocs els aspectes a considerar dels que passem a indicar possibles temes que s'haurien d'analitzar:

### a) RECURSOS DISPONIBLES PELS TREBALLADORS/RES SOCIALS

1. Els Treballadors/res Socials han obtingut el recolzament suficient que les AP han d'atorgar a qualsevol professional per desenvolupar la seva feina?
2. S'haurien de definir millor les tasques si es vol atorgar de manera eficient els serveis?
3. Cal identificar la funció de demanda?
4. Cal identificar l'àrea d'atracció del subministrament dels serveis?
5. Es requereix un major poder de decisió?

### b) ATORGAMENT DE SERVEIS I L'ESTALVI ECONÒMIC-SOCIAL QUE POT SUPOSAR

1. Pot conèixer l'usuari els serveis que ofereix l'administració si les tasques no estan totalment delimitades?
2. Estem desaprofitant oportunitats de resolució de conflictes socials per manca d'informació?
3. Cal identificar els serveis subministrats per obtenir una estimació econòmica del seu valor?
4. Cal avaluar l'estalvi econòmic fruit d'una intervenció professional generadora d'externalitats positives a l'usuari i a la comunitat?

Finalment és obligat reconèixer que l'aportació feta en aquest document no té un valor quantitatiu a l'hora d'avaluar la rendibilitat de les tasques dels Treballadors/res Socials. Però em sentiria satisfeta si servís com element de debat i reflexió per l'endegament d'una anàlisi rigorosa de l'estalvi econòmic que poden generar el col·lectiu de professionals de Treballadors/res Socials.



# TEMPS AMB SALUT: PROGRAMA DE SENSIBILITZACIÓ A L'INICI DE L'ENVELLIMENT

**AUTORS:** Joan Badia Pons (Metge), Gemma Novelles (Infermera) Teresa Pampalona (Treballadora Social) Antoni Fernández (Metge)

**CENTRE DE TREBALL:** Centre Sanitari del Solsonès

**TELÈFON:** 973 48 18 08 / 973 48 11 72

## INTRODUCCIÓ

El Programa s'origina per la manca de planificació i decisió en la resolució de conflictes de salut- malaltia, alhora que s'observa una desinformació sobre recursos socio-sanitaris i una incultura sanitària en l'àmbit de la gent gran, tant usuaris com cuidadors. Ens qüestionem: per què costa invertir amb salut? Per què ens és fàcil invertir en cangurs i tan difícil en cuidadors per gent gran? La resposta dels problemes derivats de la gent gran recau únicament a les administracions, quin paper juga la família? i la persona gran? " Temps amb salut" no pretén donar resposta immediata a aquestes qüestions sinó que pretén els següents:

## OBJECTIUS

Orientar i conscienciar de la necessitat de planificar l'envelliment.

Potenciar l'interès per cuidar-se

Donar consells de salut

Detectar i prevenir el risc d'un envelliment fràgil

## METODOLOGIA I ACTIVITATS

Es realitzen sessions a grups reduïts de persones (25) que s'inicien a la jubilació. Es convoca a les sessions a través de carta personalitzada. La sessió consisteix en una exposició interdisciplinària, un debat i una avaluació de satisfacció. Es lliura un dossier de material educatiu a cadascú amb missatges clars, senzills i entenedors. Aquest DOSSIER DE SALUT consta dels temes següents:

- Cuidar-se. Que volem dir?
- L'alimentació
- Les vacunes
- Activitat física
- La higiene
- Planificació de l'envelliment
- La família
- Els accidents
- La medicació
- La sexualitat
- L'impacte emocional de la jubilació
- Recursos socio-sanitaris de la comarca
- Centre Sanitari Del Solsonès, guia de serveis

## ACTIVITATS DE GLOBALITAT

Es realitza una sessió anual on es convoca a totes les persones que s'hagin jubilat i es tracten algun dels problemes que hagin suggerit a les enquestes de satisfacció.

## AVALUACIÓ

Al finalitzar la sessió es passen dues enquestes: Una satisfacció i una per a detectar situacions de risc. Perfil de salut de Nittingham (PSN).

## CONCLUSIONS

Existeix un buit, tant a nivell individual, familiar com l'administració, en la planificació de l'envelliment.

La prevenció i l'assessorament a l'inici de la jubilació minimitzen l'impacte d'aquesta

Els programes d'assessorament a la jubilació són una eina eficaç i de promoció de la salut

És necessària la implicació i motivació dels professionals per realitzar aquests programes.



# LA INTEGRACIÓ DELS TREBALLADORS SOCIALS EN ELS EQUIPS D'AP. MILLORA LA QUALITAT I EL BENESTAR DE LA POBLACIÓ

**AUTORS:** Pilar Porcel Omar

**CENTRE DE TREBALL:** Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Centre. Sant Cugat del Vallés

**TELÈFON:** 93 589 55 26

## JUSTIFICACIÓ

Hi ha indicis seriosos que semblen demostrar que els equips d'atenció primària amb treballador social integrat milloren la qualitat en l'atenció, detecten prematurament situacions anòmales i poden a curt i mig termini reduir els costos globals de l'ABS.

## OBJECTIU

A partir del document d'Avaluació 1998 del contracte de compra de serveis d'atenció primària 1996-1998 de la Regió Sanitària Centre i del resultat d'una enquesta als treballadors socials de les ABS del territori elaborada específicament per aquest estudi, conèixer quines són les franges de població de risc i com intervenir preventivament per evitar pèrdues de salut

## MATERIAL I MÈTODE

Avaluació de l'activitat d'intervenció dels treballadors socials de les ABS de la Regió

## CONCLUSIONS

- a.- El contracte d'atenció primària pot ser un eficaç instrument que permeti introduir indicadors de qualitat amb costos quantificables.
- b.- Posar èmfasi en aquells símptomes que poden ser indicadors de situacions anòmales abans que aquestes es produeixin faciliten una intervenció preventiva i eviten l'agudització i cronificació, més costoses en sufriment i en diners.
- c.- El treballador social aporta la visió interdisciplinària en aquelles situacions de més risc, però també dona el toc d'alerta recordant amb el seu quefer diari que no hi ha malalts sinó persones malaltes.
- d.- El treballador social en una ABS no és, només, un gestor de recursos socials, un coordinador amb les diferents xarxes d'altres sistemes, sinó aquell professional coneixedor de tècniques específiques.



# APORTACIONS DES DEL GRUP-ANÀLISI. LA FEDERACIÓ CATALANA DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS REFLEXIONA SOBRE L'ENTORN I ELS MITJANS DE COMUNICACIÓ

**AUTORS:** Carme Llopart Catusus, Paz Cue Piedra, Aurora Garcia Lavin, F. Xavier Reig Monteagudo

**CENTRE DE TREBALL:** ABS St. Andreu de la Barca. ICS

**TELÈFON:** 93 653 00 49

## INTRODUCCIÓ

A maig de 1999 la Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals organitzà unes Jornades per reflexionar sobre el seu futur. Aquest encàrrec va ser ofert als autors d'aquest treball, amb formació grupal analítica, que mantenen coordinació entre ells i que pertanyen a diferents àmbits d'intervenció: salut mental, serveis socials, administració pública i sanitat.

## OBJECTIUS

El plantejament fou la reflexió sobre el futur de la Federació, revisar les seves expectatives i plantejar noves estratègies.

## DISSENY

Les Jornades van ser organitzades al voltant de 3 temes. Cada tema era debatut en un grup petit compost per 15 o 16 persones i un grup gran o assembleari, on participaven totes les persones inscrites a la Jornada. Cada espai tenia una durada d'hora i mitja. Els grups petits eren conduïts per un professional, i el grup gran pels quatre conductors dels grups petits.

Àmbit d'estudi

Els temes a tractar van ser la relació amb l'administració, amb els professionals i amb l'entorn i els medis de comunicació.

## SUBJECTES

Tots els participants eren familiars de malalts mentals associats a les diferents associacions de familiars de malalts mentals de Catalunya federades.

## INTERVENCIONS

La intervenció va realitzar-se des de la comprensió de les dinàmiques grupals des d'una perspectiva profunda.

## RESULTATS

Aquests van anar al voltant de les respostes a les següents preguntes: Diem què ens passa? Com reaccionen els altres? Què esperem dels altres quan ho diem? Què podem fer per a què entenguin la nostra problemàtica? Respostes totes elles plantejades al voltant de com poder intervenir ells com familiars.

## CONCLUSIONS

Aquest treball ens ha ajudat a confirmar la necessitat d'una estreta col·laboració entre familiars, afectats i professionals per arribar a un punt comú: la recuperació del malalt.



# VOLUNTARIAT: UN RECURS PER L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

**AUTORS:** M. Dolors Olmos Pagès, Pepita Rodriguez Molinet, Montse Monsó Codó, Dolors Molina Pérez, Anna Matas Pla, Carmen Puche Sanz

**CENTRE DE TREBALL:** Treballadores Socials de la DAP. Santa Coloma de Gramanet

**TELÈFON:** 93 466 20 96

## JUSTIFICACIÓ

L'activitat assistencial que es dona en el sí de les Àrees Bàsiques de Salut, concretament en el Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM) i en el PADES, posa de manifest la gran necessitat d'atenció i companyia que tenen en general els malalts crònics i les persones grans. Sovint la nostra atenció professional és insuficient a l'hora de satisfer totes les necessitats de la persona i de vegades, les famílies cuidadores necessiten també d'algú que els escolti al mateix temps que els proporcionin temps per descansar o per cuidar-se de si mateixos.

L'experiència que presentem a continuació és la creació d'un Equip de Voluntaris col.laborant en el programa ATDOM.

## OBJECTIUS

- Millorar l'atenció de les persones incloses en el programa d'atenció domiciliària i les seves famílies mitjançant la creació d'un programa de voluntariat.
- Millorar la qualitat assistencial del programa ATDOM.
- Aconseguir una més gran implicació de la comunitat en la tasca desenvolupada per les àrees bàsiques de salut respecte als malalts crònics.

## MATERIAL I MÈTODES

L'any 1998 vam dissenyar un projecte de voluntariat on les funcions a desenvolupar pels voluntaris són: suport social i assistencial, companyia i passeig i animació. Posteriorment vam fer una campanya de captació de voluntaris adreçada a tota la població resident a la localitat. Es va desenvolupar mitjançant la utilització de tècniques mass-media (cartells, ràdio, publicacions), de coordinació institucional (entitats socials, assoc. Voluntaris, serveis socials) i de treball d'equip a les ABS participant en el projecte i captant voluntaris a les pròpies consultes.

## RESULTATS

Al llarg de dos anys han ofert els seus serveis 25 voluntaris dels quals s'han seleccionat 21. En l'actualitat hi ha 9 voluntaris en actiu. En el pòster s'especificarà el número de casos i actuacions dels voluntaris així com la tipologia de les situacions ateses.

## CONCLUSIONS

Aquesta experiència ha resultat enriquidora tant per l'equip de professionals de la DAP que compten amb un nou servei de suport al programa d'atenció domiciliària, com pels propis usuaris i familiars que se'n beneficien.



## TAULA III

---

# Salut i Treball Social

## Nous reptes

---

### PONENT

**Sra. Rosa Carrasco Coria**

Advocada i Treballadora Social

**Sr. Josep M<sup>a</sup> Sagrera Mis**

Metge de Família

**Sr. Josep Costa Borrat**

Cap de la Subdivisió d'Atenció Primària Centre i Lleida, àmbit Lleida de l'Institut Català de la Salut

### COMUNICACIONS A LA TAULA

### MODERADORA

**Sra. Pilar Quejido Molinero**

Treballadora Social. Professora de l'Escola Universitària de Treball Social de Lleida





# L'ESPECIFICITAT DEL TREBALL SOCIAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

**Rosa M. Carrasco Coria**

Advocada i Treballadora Social

## MARC CONCEPTUAL DEL TREBALL SOCIAL A L'APS

El decret 84/85 de 21 de març regula la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya en base a uns principis innovadors que afavoreixen la incorporació dels treballadors socials en els equips d'atenció primària de salut (EAPS), alguns d'aquests principis són:

- La identificació del concepte de salut entés des de la seva dimensió biopsicosocial.
- La integració de l'activitat de l'EAPS dins de l'àmbit comunitari (per tant es dona importància a les característiques de la població atesa, a la participació d'aquesta població en els temes relacionats amb la seva salut, a la coordinació i integració del sistema sanitari amb la resta de serveis de la comunitat).

Aquest mateix decret, en el seu article 6, inclou als assistents socials com a personal sanitari dels equips.

Per començar des del principi ens hem de situar en el concepte d'**atenció primària de salut**, es a dir:

1. Ens situem com servei de nivell primari, la qual cosa comporta:
  - Accessibilitat directa dels ciutadans al servei.
  - Població "normalitzada", sense connotacions de precarietat, o marginalitat.
  - Població que exerceix els seus drets, que reivindica una atenció de qualitat.
2. Estem a l'àmbit sanitari, per tant atendrem situacions relacionades amb l'estat de salut de la persona (problemes de salut que afecten a nivell social i problemes socials que repercuteixen en la salut)

L'any 90 el Reglament Marc de funcionament dels EAPS ( Ordre de 6 de maig de 1990) regula, en l'article 72, les nostres funcions, entre d'altres:

- Proporcionar atenció preventiva, assistencial i de reinserció social, tant en consulta espontània com programada, a aquelles persones i/o famílies amb problemes socials que influeixin directament o indirecta en la seva salut.
- Realitzar les visites domiciliàries que es requereixin per tal de valorar el risc social dels pacients i preveure la realització de les accions necessàries.
- Dur a terme activitats d'educació per la salut integrades en la consulta individual o adreçades a grups de pacients o als grups de població objecte dels programes de salut.
- La coordinació amb els serveis socials i d'altres recursos a l'abast de l'EAP.



- Promoure i participar en l'avaluació dels aspectes culturals, socioeconòmics i de risc sòciosanitari de la població assignada a cada EAP.
- Participar en els programes de salut planificats pels EAP, i executar aquelles activitats que els corresponguin.
- Vetllar perquè l'EAP integri els aspectes relacionats amb la reinserció social en l'atenció a la població.
- Participar en les activitats que l'equip dugui a terme amb la comunitat o amb grups específics d'aquesta.
- Participar en les activitats de formació continuada.
- Dur a terme activitats de docència a pre i post-graduats d'assistència social en aquells equips amb acreditació docent. Podrà col.laborar també en la docència a altres professionals de l'àmbit de les ciències de la salut...
- Participar en les activitats de recerca i d'avaluació i promoció de la qualitat assistencial.

## ESPECIFICITATS DEL TREBALL SOCIAL A L'APS

Segurament és en l'article anterior on es recull amb major especificitat quina és la nostra activitat. Cal destacar:

- L'amplia cobertura que s'ofereix: a nivell individual i familiar però també a nivell grupal i comunitari.
- La responsabilitat respecte a la coordinació amb els recursos que té a l'abast l'EAP.
- A més, de manera explícita, es reconeix l'activitat de recerca i avaluació, la qual cosa no queda recollida, legalment, en cap altre àmbit d'intervenció del treball social, el mateix passa amb la tasca docent.

Aquestes especificitats les podem analitzar a altres nivells. (Les reflexions que s'aporten a continuació han estat extretes de memòries i treballs realitzats per treballadors socials de diferents DAPs):

### 1. En base als problemes socials en els que s'intervé:

Els problemes on la nostra intervenció queda més clarament diferenciada són:

- Necessitat de rehabilitació/convalescència.
- Alta hospitalària difícil.
- No acceptació de la malaltia.
- Manca de col.laboració en l'autocura.
- Problemes d'el.laboració de dol.
- Dificultats dels cuidadors per atendre els malalts.
- Claudicació del cuidador.
- Ajudes tècniques per l'autonomia.
- Deteriorament físic important
- Manca d'assistència sanitària.
- Orientació en prestacions del Servei Català de la Salut (SCS)
- Altres problemes derivats de malalties cròniques, terminals o infeccioses.



## **2. En base a la coordinació amb altres serveis:**

Destacar la realitzada amb hospitals, CSS, PADES, UFISS així com amb Serveis Socials.

## **3. En base al tipus d'intervenció:**

A més del treball individual (cita prèvia, programada i espontània), destacar les experiències, cada vegada més nombroses, de treballs amb grups i la nostra participació en programes, especialment PATDOM i el Nen Sa. La nostra intervenció des dels programes de salut garanteix la vessant preventiva a nivell social ja que ens permet treballar sense demanda, sobre una població amb factors de risc previament determinats com poden ser en el cas d'atenció domiciliària: edat avançada, malaltia crònica, dependència per les AVD, barreres arquitectòniques o dificultats per l'accessibilitat als serveis. I en el cas del Nen sa: no compliment del calendari de vacunacions o dels controls pediàtrics, higiene precària, pares amb dificultats d'organització, entre d'altres.

## **4. Altres especificitats del Treball Social en l'APS:**

- Treball en equip multidisciplinari amb una peculiaritat: de cada disciplina hi ha més d'un professional llevat del treballador/a social que és únic a cada equip.
- Estructura organitzativa amb absència de responsables formats en Treball Social. Com a conseqüència:
  - Manca d'objectius específics de treball social a nivell institucional, per tant, manca d'encàrrec institucional i d'avaluació de resultats.
  - Manca de supervisió i de possibilitat de contrastar criteris d'intervenció amb altres treballadors socials.
- Sistemes de registre d'activitat i recollida d'informació no unificat, cada professional o grup de professionals ha dissenyat els seus propis registres no reconeguts a nivell institucional.

## **5. En base als recursos utilitzats:**

Identificaríem en primer lloc els centres sociosanitaris (CSS) en les seves diferents modalitats (llarga estada, convallescència, descans familiar, pal·liatiu, hospital de dia). Els serveis d'ajuda a domicili, centres de dia i residències també són utilitzats amb freqüència així com els recursos o prestacions del SCS.

La limitació dels recursos als que tenim accés ens ha portat en moltes ocasions a aprofitar les oportunitats que ens ofereix la pròpia comunitat; en aquest sentit cal destacar els projectes de reutilització d'aparells ortopèdics, la incorporació d'objecció de consciència a l'APS, la creació de grups de voluntariat i grups d'autoajuda...

## **PERSPECTIVES DE FUTUR**

Ni l'exitosa implantació d'aquests "productes" que realment són fruit de la iniciativa i el compromís de molts companys, ni tot el treball realitzat en aquests anys d'integració en els EAPS, han estat suficients per garantir la continuïtat "de ple dret" dels treballadors socials en l'APS. La progressiva disminució del nombre de places d'assistent social que es convoquen, l'augment de la ratio d'habitants per treballador social, l'amortització de places, la no cobertura de vacances i incapacitats temporals, no ens permet veure el futur amb massa optimisme.



El tipus d'intervenció que realitzem no ens permet igualar-nos a nivell de número de visites amb la resta de professionals sanitaris de l'equip; amb criteris de rendibilitat i eficiència tampoc tenim masses oportunitats de convencer als gestors. L'estalvi que pot representar la reutilització d'aparells ortopèdics no repercuteix directament en la partida pressupostària que es gestiona des de les DAP, el SCS tampoc ha fixat mai cap objectiu anual per reduir la despesa generada per la prescripció d'aparells ortopèdics, per tant no és així, o no és només així, com es pot reafirmar la presència dels treballadors socials als EAPS. La incorporació d'objectors de consciència, la creació de grups de voluntaris, d'autoajuda o d'educació sanitària, la contenció i suport que oferim als malalts i les seves famílies... aporten un valor afegit, millora la qualitat de l'atenció que oferim des de l'APS, això és el que dona importància al treball social. Però malauradament (o, pot ser, afortunadament) això no té una traducció en termes econòmics.

El treballador social, amb la seva formació i les seves capacitats tècniques, pot realitzar altres aportacions molt vàlides en diferents àmbits de l'APS. Algunes propostes serien:

- Dissenyar i executar les línies de participació comunitària de cada DAP.
- Reforçar l'atenció que s'ofereix en els processos de dol als malalts i les seves famílies.
- Coordinar els temes relacionats amb l'atenció a l'usuari i la millora de la qualitat assistencial en els EAP.
- Promoure la creació i conducció de grups com alternativa terapèutica i d'educació sanitària.

Correspón ara als responsables de l'APS rendibilitzar les possibilitats que el Treball Social pot aportar en l'àmbit sanitari.



# SALUT I TREBALL SOCIAL. EL TREBALLADOR SOCIAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

**Dr. Josep Maria Sagrera Mis**

Metge de família . CAP l'Eixample. Lleida

Els elements conceptuals de l'Atenció Primària de Salut (APS): Integral, Integrada, continuada i permanent, activa i accessible, basada en el treball en equip, comunitària i participativa, programada i avaluable, docent i investigadora, consideren a la persona des d'una perspectiva biopsicosocial i l'aplicació d'aquest model a la pràctica clínica implica una sèrie de condicions: impregnar la relació assistencial d'un clima emocional terapèutic, distingir entre demanda i necessitat de salut, evitar la focalització exclusiva cap als aspectes biològics o els psicosocials, conèixer i integrar les tres dimensions del ésser humà (biològica, psicològica i social), descartar les causes orgàniques però mantenint un diagnòstic positiu en els aspectes psicosocials, tolerar l'incertesa, conèixer els factors de risc dels usuaris integrant la prevenció i la promoció de la salut, actuar terapèuticament quan només siguin possibles mesures pal·liatives, integrant lo psicosocial amb lo biològic.

Per desenvolupar l'APS és necessària la creació d'equips de salut multidisciplinars, capaços d'integrar diversos perfils professionals al voltant del pacient (no del metge) i complementar-se en la triple dimensió biopsicosocial. La composició de l'equip ha d'ajustar-se a les característiques concretes de la comunitat que ha d'atendre (evitant la rigidesa actual d'assignar els professionals en funció del número de població adscrita exclusivament), ha d'assumir les funcions dirigides a garantir i millorar el nivell de salut individual i col·lectiu de la població; els professionals s'han d'identificar amb l'entorn demogràfic, social, geogràfic i epidemiològic.

El treballador social (TS), com a membre imprescindible de l'Equip d'Atenció Primària (EAP) ha d'investigar els factors psicosocials que incideixen en el procés salut/malaltia i la seva aportació a l'equip es desenvoluparà al voltant de l'individu i de la seva comunitat, amb l'objectiu de conèixer en profunditat la comunitat.



## FUNCIONS DEL TREBALLADOR SOCIAL A L'APS

Es prioritària la realització d'un estudi social de la zona de referència que abasti dos aspectes fonamentals: les característiques sociodemogràfiques i culturals, estils de vida, creences i mites arrelats a la població, grups de risc social (especialment les minories ètniques i els grups marginals) i els recursos en l'àrea social, sanitària i comunitària per intentar elaborar el diagnòstic de salut (Guia de recursos).

1. Promoció de la salut. Educació per la salut individual/familiar i comunitària, amb especial incidència a la comunitat educativa.
2. Prevenció de la malaltia. Estudi dels factors psicosocials que afecten a la salut. Estudi dels problemes i conflictes socials de la zona de referència (captació de grups de risc, com les minories ètniques, dones maltractades, infància marginada, avis desatesos, mestresses de casa amb greus càrregues familiars, etc.). Estudi dels factors que afavoreixen o dificulten la implementació dels programes de salut.
3. Consulta a demanda i programada a l'ABS i al domicili: l'atenció protocolitzada dels programes de salut facilita la captació de persones o grups en els que es pressuposa una problemàtica social. És molt important la tasca del TS en l'atenció al nen, adolescent, dona, adult i ancià dins el marc dels programes de salut específics. Activitats comunitàries: és el nexa d'unió entre l'EAP i la població, està directament implicat en la relació amb els grups, institucions, entitats i els seus interlocutors, amb els que establirà una coordinació absoluta.
4. Rehabilitadores. Atenció a individus, grups de pacients crònics, disminuïts, ancians, fomentant la seva adaptació i reinserció social.
5. Recerca, formació i docència. Elaboració dels protocols de treball social en els programes de salut. Participació en els projectes de recerca de l'equip. Docència de pre i postgrau: a estudiants de medicina, infermeria, treball social, metges residents, etc.

## RELACIONS INTERPROFESSIONALS I TREBALL EN EQUIP

El TS és un membre de l'EAP i per tant necessita una infraestructura bàsica per desenvolupar la seva tasca, ha d'estar integrat en les activitats de l'equip i seria imprescindible consolidar la figura d'un coordinador de TS dins l'organigrama de la gestió sanitària que compliria una doble funció: suport tècnic als equips directius (amb responsabilitat en quant a la planificació del seu camp específic) i com interlocutor dels TS dels equips.

El treball en equip està dificultat per:

1. L'heterogeneïtat dels EAP i el desconeixement de la dimensió psicosocial d'alguns professionals.
2. La lentitud de la Reforma Sanitària i la diferent interpretació de la mateixa segons les diverses Comunitats Autònomes: 1 TS per ABS o Centre de Salut?.
3. El poc desenvolupament a Catalunya dels Programes de Salut dissenyats per ser implementats a les ABS dificulta la coordinació entre els professionals, convertint els centres en "reinos de Taifas", amb interpretacions a vegades distorsionades del treball en equip.



## PERSPECTIVES DE FUTUR DEL TREBALL EN EQUIP A L'APS

El TS és un professional necessari i imprescindible dins l'EAP, fet clarament demostrat al llarg dels anys d'aplicació de la reforma sanitària.

L'EAP en la seva composició té una estructura piramidal, amb el metge de família al seu vèrtex i la situació d'aquest professional està condicionant el funcionament dels equips, principalment a les ABS urbanes, on el nombre d'usuaris per metge està augmentant de forma persistent, superant els 2100 a la majoria. Tenint en compte que aquest número pot superar els 2500 usuaris per metge, hi ha el perill de convertir les ABS en ambulatoris per l'increment de la demanda assistencial. Això condiona les tasques de l'equip, que han de *prioritzar activitats*, eufemisme inventat per amagar la realitat: renunciar a desenvolupar les activitats no assistencials pròpies de l'APS i que per manca material de temps queden relegades a un segon terme (visites programades, formació i recerca, activitats preventives i comunitàries, coordinació de l'equip, etc.), amb el perill que pot suposar d'aïllament d'alguns membres de l'equip, principalment el TS i l'odontòleg.

## EXPERIÈNCIA PERSONAL DEL TREBALL AMB EL TS

Dins la meva activitat professional he treballat amb 5 TS i considero aquesta experiència com a positiva i enriquidora.

Citaré com aspectes més destacables:

- 1 - L'augment del nivell de comprensió de la comunitat amb la participació directa del TS en l'estudi de les necessitats de salut de la població atesa, provocant una conscienciació de la resta de membres de l'equip en la importància d'aquesta recerca.
- 2 - L'elaboració de la Guia de Recursos Socials que facilita enormement la solució d'aquests problemes.
- 3 - Seguiment del programa ATDOM, realitzant tasques de prevenció, rehabilitació i reinserció.
- 4 – El dinamisme que ha d'irradiar perquè ha de suplir la manca de recursos amb els contactes (la imatge del TS "penjat" al telèfon).

La principal dificultat és la integració en les activitats de l'EAP amb el perill d'aïllament que això suposa.



# LA VISIÓ DE LA INSTITUCIÓ RESPECTE L'EVOLUCIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT I EL TREBALL SOCIAL. PRESENT I FUTUR

**Sr. Josep Costa Borrat**

Cap de la Subdivisió d'Atenció Primària Centre i Lleida







## OBJECTIUS 2000

### **“Millorar l'accés dels ciutadans al sistema sanitari”**

- **Extensió de documents d'assignació de metge**
- **Extensió de la informatització bàsica als CAP i coordinació amb hospitals.**
- **Flexibilitat horària d'atenció en els EAP**



---

## OBJECTIUS 2000

### **“Pla d'atenció integral al malalt mental”**





## **OBJECTIUS 2000**

**“Projectes de posta en marxa de centres socio-sanitaris  
adscrits als hospitals de l'ICS”**



---

## **OBJECTIUS 2000**

**“Pla corporatiu dirigit a importar i adequar els programes  
d'investigació de l'ICS”**



## **OBJECTIUS 2000**

### **“Implementació del Pla d'integració d'especialitats en els hospitals de l'ICS”**



---

## **OBJECTIUS 2000**

### **“Enquesta de satisfacció”**

- **Avaluació d'enquesta**
- **Enquesta als usuaris d'urgències hospitalàries**
- **Enquesta als usuaris dels CAP**





## OBJECTIUS 2000

**“Millorar l’acollida i la informació als usuaris en els punts de contacte amb el sistema”**

**Cal elaborar un pla de receptivitat**



---

**“Millorar en l’organització i la gestió**





## **“Realització d’Audits de valoració de la qualitat”**



---

## **OBJECTIUS 2000**

## **“Potenciació dels objectius a través de la formació”**





**Estendre la reforma de l'Atenció Primària de Salut,  
d'acord amb el Pla de finalització a l'any 2002**

---



Pla Anual d'Implantació d'ABS de 1999

**Implantació d'ABS**

implantació acumulada en data 31-12-99

regions sanitàries i total

	total ABS	nombre ABS funcionament	%ABS funcionament
Lleida	29	25	86,2
Tarragona	35	30	85,7
Tortosa	9	9	100
Girona	36	28	77,8
Costa de Ponent	56	51	91,1
Barcelonès Nord i M.	40	26	65
Centre	73	57	78,1
Barcelona	66	36	54,5
	344	262	76,2





Pla Anual d'Implantació d'ABS de 1999

increments absolut i percentual d'ABS en 1999

regions sanitàries i total

total ABS

increment 1999

increment	increment
absolut	percentual

Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
Costa de Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona

29
35
9
36
56
40
73
66

1	3,4
3	8,6
-	-
4	11,1
5	8,9
3	7,5
4	5,5
2	3,0

344

22	6,4
----	-----



Pla Anual d'Implantació d'ABS de 1999

**cobertura poblacional**

implantació acumulada en data 31-12-99

regions sanitàries i total

	total ABS habitants	nombre habitants	% habitants
Lleida	340.960	278.013	81,5
Tarragona	438.530	366.257	83,5
Tortosa	133.228	133.228	100
Girona	519.368	409.212	78,8
Costa de Ponent	1.153.851	1.052.047	91,2
Barcelonès Nord i M.	686.987	471.528	68,6
Centre	1.308.311	1.033.492	79
Barcelona	1.508.805	737.552	48,9
	6.090.040	4.481.329	73,6

# PARAULES QUE DESVETLLEN ALLÒ QUE S'ESPERA DEL TREBALLADOR SOCIAL

**AUTORS:** Guadalupe Angelina i Gil, Isabel Iribarren Acedo.

**CENTRE DE TREBALL:** CAP ABS de Cirera. Molins

**TELÈFON:** 93 757 55 54

## INTRODUCCIÓ/JUSTIFICACIÓ/OBJECTIUS

Com trobar allò específic del Treball Social a l'Atenció Primària de Salut? Vam decidir preguntar-ho a la resta de l'equip i també als companys de Tercer de l'Alumna de Pràctiques. Ander Egg parla d'un "Paradigma Vigent" i d'un "Paradigma Alternatiu". Triarem 8 frases (4 de cada paradigma) per veure quin és el sistema de creences predominant en definir el Treball Social avui. També demanarem que hom puntués per ordre d'importància un llistat d'activitats. Així mateix, si el Treballador Social ha de limitar-se a atendre famílies amb pacients identificats, qualsevol situació que pugui repercutir en la salut, o bé qualsevol demanda, encara que després es derivi, si és especialitzat o polivalent el Treball Social en una ABS i si és una Ciència, una Praxi Social, o una Tecnologia Social- com defensa Ander Egg.

## MATERIAL I MÈTODES

En el qüestionari dissenyat consta tan sols la professió i dues preguntes obertes: citar tasques i/o funcions compartides amb el TS, d'una banda, i específiques d'ell, d'una altra, a més de les preguntes tancades ja esmentades, la tabulació de les quals s'ha fet calculant la mitjana del sumatori de cada ítem per estaments. Quant a les preguntes obertes, s'ha optat per mesurar la freqüència en que apareixien paraules-clau.

El disseny de l'estudi i del qüestionari / i la recollida i tabulació de les dades van trigar 15 dies respectivament (del 15-2-2.000 al 15-3-2.000 en total). Es tracta d'un Estudi qualitatiu.

## RESULTATS I CONCLUSIONS

S'han rebut 30 qüestionaris (8 de metges, 5 d'infermeres, 5 d'administratives i 12 de TTSS. Som en transició d'un paradigma a l'altre. Paraules clau: "recursos, informar, orientar, gestionar" i, en el cas dels TTSS, també "derivar, coordinar". Alhora que un "expert en recursos" es veu al TS com mobilitzador del recurs humà i promotor de la qualitat de vida de la població en general. Pels metges el més important és el treball familiar, per les infermeres el suport emocional, seguit del treball familiar, per les administratives la tramitació / informació de recursos, les entrevistes, "els domicilis" i la solució de problemes són equiparables. Pels TTSS les entrevistes són el més important. S'ha d'atendre qualsevol situació que pugui repercutir en la salut; els TTSS però trien atendre qualsevol demanda i les administratives han donat igual puntuació als dos ítems. Metges i TTSS veuen el treball polivalent, les administratives especialitzat; les infermeres dubten. Es cataloga el Treball Social com Praxi Social majoritàriament.



# INTERVENCIÓ DE XARXA: UNA EINA PER GARANTIR L'ATESA EN POBLACIÓ AMB TRANSTORNS MENTALS SEVERS. RESULTATS DE LA PROVA PILOT DEL PLA DE SERVEIS INDIVIDUALITZATS

**AUTORS:** M Roser Caba i Calbet, Joaquim Balsera i Gómez, Lluís Berruezo i Ortíz, Josep M Haro i Abad, Consuelo Rodríguez i Medina, i, David Clusa i Gironella.

**CENTRE DE TREBALL:** CSM GAVÀ. Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental

**TELÈFON:** 93 662 51 52

## JUSTIFICACIÓ

Hi ha pacients que tant per les seves dificultats derivades de la malaltia i situació psicosocial, com pel propi funcionament del sistema assistencial i sanitari, queden fora de la possibilitat de ser atesos de forma global i continuada. Donem a conèixer un programa de gestió de casos (case management) dins de l'àmbit de la salut mental adreçat a població diagnosticada de Transtorn Mental Sever (TMS). El programa, anomenat Pla de Serveis Individualitzats (PSI), ha estat posat en marxa en els circuits assistencials de Gavà i Sants-Montjuïc.

Mostrem com des de qualsevol punt del sistema assistencial i sanitari utilitzant intervencions en xarxa, afavorint la intensitat i la multidisciplinarietat es poden garantir els mínims per poder donar una cobertura de les necessitats d'aquest tipus de població.

## OBJECTIUS

- Estudiar la factibilitat de la implantació del model de gestió de casos a Catalunya.
- Avaluar l'efectivitat de la implantació del programa PSI.

## MATERIAL I MÈTODE

S'ha realitzat seguiment de la intervenció feta als primers trenta casos durant el període de funcionament del programa. S'han utilitzat els qüestionaris com a eina de mesura a l'entrada al programa i a l'any de seguiment. Tots els pacients han estat avaluats amb: Qüestionari d'Avaluació de Necessitats de Camberwell, Qüestionari d'habilitats de la vida diària, Escala PANSS de símptomes psiquiàtrics, Escales de funcionament global i discapacitat, Qüestionari d'utilització de serveis.

## RESULTATS

Sobre els primers 24 casos s'obtenen variacions significatives en: augment de les visites al psiquiatre del CSM ( $p=0.04$ ), augment de la puntuació a l'escala GAF ( $p=0.06$ ). Disminució tant de les visites a urgències psiquiàtriques com dels dies d'hospitalització en aguts ( $p=0.04$ ).

## CONCLUSIONS

Pensem que la valoració general del programa pels professionals de la xarxa assistencial i sanitària és positiva i els resultats de l'avaluació mostren l'assoliment dels objectius proposats.



# LA MEDIACIÓ CULTURAL EN L'ÀMBIT DE LA SALUT: UNA EXPERIÈNCIA DE COL.LABORACIÓ ENTRE L'AJUNTAMENT I EL TREBALL SOCIAL SANITARI

**AUTORS:** Azour Khadiya, Ana López Parada, Fina Santos González, Dídac del Pino Parra  
**CENTRE DE TREBALL:** ABS i ABS-2, Ajuntament Viladecans  
**TELÈFON:** 93 637 47 41

## INTRODUCCIÓ

Des de finals de l'any 99 es va introduir la figura del mediador/a cultural magrebí en la població de viladecans, en els àmbits d'educació, sanitat i serveis socials. aquesta experiència ha donat resultats positius en tots els àmbits. a nivell sanitari està sent molt satisfactòria pels professionals i per la població.

## OBJECTIU

La millora de la qualitat i l'increment de la població magrebina atesa.

## RECURSOS HUMANS

- La població magrebina
- professionals sanitaris
- mediatra cultural.

## INTERVENCIONS

- Traducció de pautes sanitàries
- Detecció d'infància en risc
- Seguiment de casos amb malalties cròniques
- Tràmits de TIS
- Informació del circuit sanitari i el seu funcionament
- Educació sanitària
- Coordinació entre professionals:educació; sanitat; serveis socials
- Intercanvi cultural entre professionals.

## RESULTATS

- Creació d'una figura de referència tant per a la població com pels professionals
- Increment de la població atesa
- Increment de la qualitat de l'atenció donada
- Creació d'un clima de confiança i seguretat vers el sistema sanitari per part de la població magrebina.

## CONCLUSIÓ/VALORACIÓ

Valorem que l'intercanvi cultural és imprescindible per oferir una atenció integral a la persona.



# Pòsters III jornada de treball social als equips d'atenció primària de salut

1. Carícies en la relació d'ajuda
3. "Opinió de los profesionales de un CAP sobre la atención a inmigrantes"
4. Als CAP fem possible la integració
6. Qui paga l'acolliment residencial?
7. Com resollem la demanda?
9. Els nostres adolescents. Els coneixem?
13. Cuidem els que cuiden: coneixem les necessitats sentides pels cuidadors?
14. Experiència d'un grup de suport a cuidadors-familiars mitjançant la coordinació de diferents serveis socials i sanitaris
15. La supervisió: espai de reflexió que ens permet la millora de la qualitat del nostre treball
16. Estudi descriptiu del recurs d'ingrés temporal en el centre sociosanitari de referència
17. La coordinació entre l'ABS, l'equip PADES i els serveis d'ajut a domicili municipal és necessària per aconseguir l'optimització dels recursos existents
18. L'atenció domiciliària a les comarques del Pirineu Lleidatà
19. L'aplicació de la teoria racional-emotiva com a instrument d'autoajuda en una consulta de treball social
20. A les aules no hi ha lloc per al tabac. Educar i promoure la salut entre els estudiants un repte per als centres de salut
22. La persona sense oblidar la malaltia
23. Ens preparen des de l'Escola pel treball en equip ?
24. "Políticas de salud y estrategias de comunicación"
25. Com ens coordinem?
26. El circuit cuidador-usuari
27. Cuidem al que cuida!
28. Un bon servei, un gran estalvi
29. Protocol de coordinació davant de la detecció de situacions de risc psico-social infantil de 0-3 anys
30. De l'assistent social de l'ambulatori a la treballadora social de l'Equip d'Atenció Primària de Salut
33. Coneixem realment la població assignada? Estudi del grup > 65 anys que viuen sols o amb parella.
34. Gabinet d'intervenció comunitària
36. "Opinió de los inmigrantes sobre la atención recibida en un CAP"
37. La satisfacció professional a l'Atenció Primària
38. Treball social i aprofitament de recursos farmacèutics. Quin impacte suposa en la prescripció?
39. Àlbum de la Salut
40. Diverteix-te aprenent
41. El SAD es posa en marxa
42. La casa de les tres moreres
43. Millorem la memòria
44. Programa d'intercanvi de xeringues
45. "Sex & Seny"
46. Resultats del pilotatge d'un audit de Treball Social a l'Atenció Primària de Salut
47. Informatització de la consulta de treball social
48. La seva opinió sí compta. Ajudeu-nos a millorar
49. Guia de recursos socials

# CARÍCIES EN LA RELACIÓ D'AJUDA

AUTORS: Emy Linares, Emi Sala, Gema Garcia

CENTRE DE TREBALL: ABS Gavà

TELÈFON: 93 638 34 00

## INTRODUCCIÓ

La cura de malalts amb demència representa una càrrega psico-emocional pels seus cuidadors.

## JUSTIFICACIÓ

En els grups de suport a familiars de malalts amb demència es va constatar la necessitat de contacte i reconeixement familiar i social, motiu pel qual es va incloure, en el programa de sessions un taller de carícies.

## OBJECTIU

Avaluar l'utilitat percebuda pels participants en el taller de carícies.

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal.

## AMBIT D'ESTUDI

Dos Arees Bàsiques de Salut urbanes.

## SUBJECTES

Cuidadors de malalts amb demència que han participat en el taller de carícies els anys 1998 i 1999.

## INTERVENCIONS I MESURAMENTS

Mitjançant enquesta telefònica, en el mes de març de 2000, es mesura la utilitat global, individual i familiar del taller juntament amb la capacitat de donar, rebre i demanar carícies, tipus de carícies, persones a qui les dóna i de qui les reb, grau de millora en les relacions i l'ajuda per part dels familiars i grups socials i la percepció de sentir-se estimat. Per la puntuació s'ha utilitzat una escala de 0 a 10, valorant positiu puntuacions superiors a 5.

## RESULTATS

Dels 17 participants al taller se'n varen localitzar 11, 4 homes i 7 dones, amb una mitjana d'edat de 54'47 anys (DE = 10'61). La mitjana obtinguda per a la utilitat global del taller es de 8'00 (DE=2'97), 6'09 per a la família (DE=4'16) i 7'27 per al participant (DE= 2'33). Donen carícies de tipus verbal amb una mitjana de 6'00 (DE=4'21) i físiques de 6'09 (DE=3'65). Les adreçades al malalt obtenen una puntuació mitjana de 6'09 (DE=4'21) i a la família 6'09 (DE=3'65). Demanen carícies al malalt amb una mitjana de 7'00 (DE=3'49), millorant la relació amb el malalt una mitjana de 5'82 (DE=4). L'ajuda rebuda de la família puntua 5.00 (DE=3'89) i el sentiment d'estimació per la família 5'09 (DE=4'04). La resta de paràmetres es situa per sota de 5.

## CONCLUSIÓ

El tamany de la mostra i la manca d'avaluació prèvia a la intervenció limita l'anàlisi dels resultats. Malgrat això la valoració global de la seva utilitat és positiva. Els aspectes millor valorats són en relació al malalt (demanar, i donar carícies i la millora de les relacions). Cal fer un estudi prospectiu amb una mostra més ampla que permeti aprofundir en l'efectivitat del taller.





# OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN CAP SOBRE LA ATENCIÓN A INMIGRANTES

**AUTORS:** Sonia Gómez Martínez, Carmen Calvente Martín, Itziar Amilibia Cabeza, José Castillejo Medina, Xavier Sibera Aresté, Mireia Soler Boada

**CENTRE DE TREBALL:** ABS Florida Nord. L'Hospitalet

**TELÈFON:** 93 334 17 17

## OBJETIVOS

Describir la opinión de los profesionales sobre la atención sanitaria a la población inmigrante (países fuera de la CEE).

## DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

## ÁMBITO DE ESTUDIO

Dos zonas de salud urbanas.

## SUJETOS

Profesionales sanitarios y no sanitarios (90 personas).

## MEDICIONES

Mediante instrumento de encuesta autoadministrada cerrada :

- Frecuencia de visitas realizadas a inmigrantes.
- Opinión sobre factores que dificultan la atención.
- Opinión del grado de cobertura sanitaria deseable según edad y situación legal.

## RESULTADOS

90 encuestas N=68. Tasa respuesta:75.5%. Mujeres:71.6%. Edad media:34.7 (DE:6.62). Enfermeras:25%; médicos:35%; administrativos:19%; residentes:19%.

El idioma (79%) y la dificultad de comprensión de indicaciones(66%) son los principales obstáculos en la atención. Enfermería valora más las dificultades culturales; médicos:falta de cumplimiento y comprensión; administrativos:idioma; residentes:menos dificultad en todos los ítems.

Un 94% no han recibido formación sobre el tema, 35% manifiestan la necesidad de recibirla.

Un 26% piensa que los inmigrantes comportan riesgo social, 41% beneficio social, 17% riesgo sanitario.

Un 45% opinan que los inmigrantes adultos en situación ilegal deben recibir cobertura total sanitaria. Este porcentaje aumenta si se trata de población infantil (ilegal 65% y legal 85%) e inmigrantes legales sin asistencia sanitaria(65%).

## CONCLUSIONES

Los factores de dificultad tienen diferente valoración según el colectivo profesional.

- La opinión sobre la cobertura que debe proporcionarse está condicionada por estereotipos sociales ligados a temas como la situación legal o edad.
- La actitud de los profesionales respecto a los inmigrantes es clave para resolver los problemas que se plantean en este ámbito.



# ALS CAPS FEM POSSIBLE LA INTEGRACIÓ

**AUTORS:** Jesús Martínez Bertholet, Pilar Martínez Bertholet, Alejandro Andreu Lope, Juanjo García Sanvisen, Núria Huguet Beà i Àngeles Mayor Cañizares.

**CENTRE DE TREBALL:** ABS de Seròs

**TELÈFON:** 973 78 03 28

## INTRODUCCIÓ

Des de l'1 d'octubre de 1997 funciona l'ABS de Seròs que dona atenció a les poblacions d'Aitona, Almatret, La Granja d'Escarp, Maials, Massalcoreig i Seròs. Es tracta d'una zona rural dedicada principalment a l'explotació frutícola, tant en el seu vessant productiu com de comercialització. Això comporta una forta demanda de mà d'obra a l'època de collita, mà d'obra que procedeix principalment del Nord d'Àfrica i de la resta d'Espanya amb el conseqüent augment de població flotant que ha de ser atesa a l'ABS de Seròs.

Problemes de comunicació i de desconeixement dels nostres serveis sanitaris per part d'aquest col·lectiu ens han motivat a elaborar un programa per resoldre el problema.

## OBJECTIU

- Afavorir la integració del col·lectiu d'immigrants que no viuen a l'àrea (població flotant) i que presenten una important manca d'informació.
- Millorar l'accessibilitat dels treballadors immigrants als serveis temporals de l'ABS.
- Informar dels diferents serveis i normes establertes per utilitzar-los.
- Tenir en compte l'opinió de l'usuari immigrant a l'hora d'avaluar l'utilitat del programa.

## MÈTODE

- Recopilació de dades sobre la població flotant i la seva avaluació en els últims anys.
- Representació en taules i gràfics.
- Realització d'una guia de serveis en els idiomes d'origen dels immigrants (àrab, francès, anglès i castellà). Guia elaborada per la UAU de l'ABS de Seròs i aprovada per la DAP Sergrià i Garrigues.
- Donar a conèixer la guia de serveis a les diferents institucions que també atenen aquest col·lectiu mitjançant diferents activitats que inclouen xerrades informatives, i completar així la seva difusió.
- Realització d'una enquesta prèvia per validar la conveniència de la difusió de la guia i garantir la seva qualitat.
- Facilitar als professionals de l'EAP de Seròs d'un qüestionari i guia per a l'entrevista mèdica en àrab.

## RESULTATS I CONCLUSIONS

- Millorar la integració i accessibilitat sanitària d'un col·lectiu clarament marginat dins de la societat.
- Sensibilització per part de la UAU d'aquesta problemàtica.
- Millora de la relació entre els immigrants i la població autòctona i millor utilització respecte a l'ús dels serveis d'aquest col·lectiu.
- Tenir en compte l'opinió de l'usuari immigrant a l'hora d'avaluar l'utilitat del programa.



# QUI PAGA L'ACOLLIMENT RESIDENCIAL?

**AUTORS:** P. Oliveras Gil, A. Sanz Martínez, M. Soler Boada, A. Nebot de Heras, F. Benavente Hernández, Mercè Rico Busquets

**CENTRE DE TREBALL:** ABS Sta. Eulalia Nord. L'Hospitalet de Llobregat

**TELÈFON:** 93 432 95 70

## OBJECTIU

Descriure les aportacions econòmiques de l'usuari, la família i l'ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis socials) de les sol.licituds úniques d'acolliment residencial aprovades durant els anys 1998-99.

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal multicentric.

## ÀMBIT

7 Àrees Bàsiques de Salut Urbanes.

## SUBJECTES

Sol.licituds úniques d'acolliment residencial tramitades pels Treballadors Socials de les 7 Àrees Bàsiques de Salut i aprovades durant els anys 1998-99.

## MEDICIONS

Aportacions econòmiques de l'usuari, la família, família/usuari i de l'ICASS

## RESULTATS

De les 110 sol.licituds tramitades varen ser acceptades un total de: 83. D'aquestes 83 sol.licituds el cost total mensual és de: 11.205.000 ptes (el preu per persona i mes és de 135.000 ptes). Les aportacions econòmiques es distribuïren de la següent manera:

- Aportació usuari. . . . . 3.484.681 ptes.
- Aportació famílies . . . . . 1.005.092 ptes.
- Aportació total usuari+família . . . . . 4.489.773 ptes.
- Aportació total ICASS . . . . . 6.715.227 ptes.

## APORTACIONS

APORTACIONS	MITJANA	PERCENTATGE
USUARI . . . . .	41,98	31,09%
FAMILIA . . . . .	29,56	8,97%
USUARI + FAMILIA . . . . .	54,09	40,06%
ICASS . . . . .	80,90	59,93%

De les 27 sol.licituds no acceptades pels motius següents:

- Ingressos econòmics suficients . . . . . 12
- Superar el varem d'autonomia . . . . . 9
- D'altres . . . . . 6

## CONCLUSIONS

L'aportació fonamental és per part de l'Institut Català d'Assistència i Serveis socials, amb un  $\pm 20\%$  superior a l'aportació de la família+ usuari. Tant sols en 34 sol.licituds hi ha aportació per part de la família. Cal assenyalar que del total de 83 sol.licituds en 5 d'elles l'usuari no ha fet cap aportació econòmica.



# COM RESOLEM LA DEMANDA?

**AUTORS:** Rico Busquets M. M., Benavente Hernández F., Carrasco Coria R., Nebot de Heras A., Oliveras Gil P., Soler Boada M.

**CENTRE DE TREBALL:** DAP Direcció d'Atenció Primària de l'Hospitalet de Llobregat

**TELÈFON:** 93 337 05 14

## OBJECTIU

Descriure les característiques dels pacients que consulten amb els professionals del Treball Social d'Atenció Primària i el grau de resolució de la seva problemàtica mitjançant l'aplicació dels recursos de la pròpia institució Institut Català de la Salut (ICS).

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal multicèntric.

## ÀMBIT

6 Àrees Bàsiques de Salut urbanes.

## SUBJECTES

Persones ateses en consulta pels Treballadors Socials durant l'any 1998 (1106 individus).

## MEDIACIONS

Edat, sexe, problemàtica social, intervenció, resolució.

## RESULTATS

Mitjana d'edat: 63 (D.E.:22) 55,8% majors de 65 anys, 66,1% dones.

Dels 1106 individus, en 608 (54,9%) , s'apliquen recursos propis. Els problemes socials que presenten aquests són:

Derivats de la malaltia . . . . .	27,6%
Tràmits prestacions ICS . . . . .	17,6%
Dificultats del cuidador . . . . .	15,3%
Econòmics . . . . .	13,5%
Ajudes tècniques (cadires rodes, caminadors..) . . . . .	9,6%
Conflicte familiar . . . . .	7,0%
Altres . . . . .	5,2%
Sense família directe . . . . .	2,2%

## INTERVENCIONS REALITZADES

Informació/ orientació . . . . .	42,5%
Soport/Treball familiar . . . . .	26,0%
Gestió de recursos . . . . .	24,5%
Coordinació . . . . .	7,0%

## RESOLUCIÓ

Problemàtica resolta . . . . .	67,4%
Pendent . . . . .	25,3%
No resultat . . . . .	7,3%

## CONCLUSIONS

La problemàtica social derivada de la pròpia malaltia es resol mitjançant l'aplicació dels propis recursos de la Institució (ICS) (reutilitzadó material ortopèdic, objectors de consciència, voluntariat, equip,...) Mitjançant les intervencions realitzades es resol la problemàtica detectada sense necessitat de derivació externa.



# ELS NOSTRES ADOLESCENTS ELS CONEIXEM?

**AUTORS:** Dolors Pujol Gomà, Yolanda Solà Huguet, Mar Álvarez Ceballos, Ignasi Casado  
**CENTRE DE TREBALL:** CAP Mollerussa  
**TELÈFON:** 973 71 11 64

## INTRODUCCIÓ

Els adolescents es caracteritzen per la disminució de la patologia infecciosa pròpia de la infància, la tendència generalitzada a identificar la figura del metge amb l'autoritat paterna i la creença social de que "ser jove" significa éstar sa. Expliquen en part el poc interès que hi ha en l'atenció a l'adolescent des de l'atenció primària. D'altra banda aquest grup d'edat presenta una manera d'enmalaltir característica, exposats a molts riscos. Són un dels grups de població en els que les activitats preventives poden ser més rentables, ja que en aquesta época es desenvolupen moltes de les actituds i conductes relacionades amb la salut de l'adult.

## OBJECTIUS

Coneixement integral bio-psico-social de l'adolescent en la consulta de primària. Aplicació d'activitats preventives i de promoció de la salut.

## DISSENY

Estudi descriptiu de la població de 15 a 20 anys, atesos en la consulta de l'adolescent, el primer any de funcionament.

## CAPTACIÓ

Fitxer de vaccins, consulta espontània, cita prèvia, urgències, consulta dels pares.

## TIPUS D'ENTREVISTA

Programada, impartida per metge i infermera, individual, confidencial, respectuosa, amb flexibilitat d'horari, evitant sentiments d'inferioritat, implicant a la família, .Periodicitat anual sino es detecten factors de risc.

## RESULTATS

71 adolescents atesos, 37 dones (D), 34 homes (H), edat mitjana 18 anys (D), 17 anys (H). Fan activitat física el 29,7% (D), 64,7% (H). Fan dieta equilibrada 45,95% (D), 55,8% (H). La mitjana IMC (D) és de 22,5, IMC (H) es de 21,6. El 64,8% de les dones fumen, el 58,8% dels homes. El 29,7% de les dones i el 50% dels homes consumeixen begudes alcohòliques. El 9,8% són consumidors d'altres drogues (mariguana, haxís, pastilles). Han iniciat activitat sexual el 30,98%. Utilitzen mètode anticonceptiu el 14,08%. Correctament vacunats el 100%.

## CONCLUSIONS

La dieta desequilibrada, l'elevat consum d'alcohol i tabac i el baix ús d'anticonceptius en relació la pràctica sexual són els resultats més rellevants. La visita programada permet la detecció de factors de risc i l'educació per la salut a la vegada que crea una relació de diàleg i empatia.



# CUIDEM ELS QUE CUIDEN: CONEIXEM LES NECESSITATS SENTIDES PELS CUIDADORS?

**AUTORS:** Mercè Font Arbo, Montse Millà Montsó, Eugènia Obis Aguilar, M. Teresa Ortega Gualda, M. Alba Piñol Jove,

**CENTRE DE TREBALL:** ABS Alfarras-Almenar

**TELÈFON:** 973 77 02 18

## JUSTIFICACIÓ

El motiu del treball ha estat l'interès per part de l'equip sanitari per conèixer les necessitats sentides pel col·lectiu de cuidadors informals dels malalts inclosos al programa ATDOM d'un municipi d'una ABS rural i adequar així les nostres intervencions.

## OBJECTIUS

- 1-Conèixer i fer emergir les necessitats sentides pel col·lectiu de cuidadors
- 2-Adaptar les intervencions de l'equip de salut a les necessitats concretes del nostre col·lectiu de cuidadors
- 3- Reforçar el treball dels cuidadors implicant-los en la resolució dels seus problemes a través de l'experiència grupal

## POBLACIÓ DIANA

Cuidadors dels pacients inclosos al programa ATDOM

## MATERIAL I MÈTODES

- 1- Registres ATDOM
- 2- Captació telefònica pels professionals d'infermeria
- 3- 1ª Reunió al Subcap amb els cuidadors conduïda per 2 DUI i 1 DTS
- 4- Recollida per escrit de les aportacions fetes per un observador
- 5- Avaluació de la reunió i planificació de les activitats posteriors

## RESULTATS I CONCLUSIONS

- 1- Senten la necessitat del suport professional especialment en les fases inicials de la malaltia
- 2- Pateixen ansietat i angoixa
- 3- Desconeixen algunes funcions dels professionals sanitaris
- 4- Els recursos socials al seu abast no s'adequen a les necessitats especialment en situacions d'urgència

A partir d'aquests resultats l'equip de salut ha planificat un seguit d'actuacions (millorar alguns aspectes del programa ATDOM, creació d'un grup de voluntariat, planificació d'un taller de relaxació, tallers informatius...)



# EXPERIÈNCIA D'UN GRUP DE SUPORT A CUIDADORS-FAMILIARS MITJANÇANT LA COORDINACIÓ DE DIFERENTS SERVEIS SOCIALS I SANITARIS

**AUTORS:** C. Marcos (TS), E. Bleda (DI), N. Zabaleta (DI), L. Cortés (TS)

**CENTRE DE TREBALL:** Pades Cornellà – ABS Lluís Millet DAP Baix Llobregat Centre

**TELÈFON:** 93 499 09 17

## JUSTIFICACIÓ

Les necessitats que té el cuidador-familiar d'informació, recolzament i reconeixement de la seva tasca tenen resposta amb la creació d'un grup de suport (organitzat i coordinat des de l'ABS, amb participació PADES i col·laboració d'una fundació).

## OBJECTIU

Millorar les atencions als pacients per part dels cuidadors (promovent noves habilitats als cuidadors).  
Disminuir el grau d'esgotament dels familiars en l'acompliment del rol del cuidador (potenciant recursos personals mitjançant la dinàmica de grup).

## METODOLOGIA

Seguiment i observació de les sessions:

Recull de dades i resultats.

Anàlisi enquesta de satisfacció.

## DESCRIPCIÓ

Grup de suport de cuidadors familiars realitzat en 7 sessions d'octubre a desembre (98').

Metodologia pedagògica: "Cuidem els cuidadors informals" (Guia pràctica).

## RESULTATS

Participants: 9 (8 dones i un home).

### • Perfil cuidador familiar:

Dona de 60 anys, filla o cònjuge del pacient, és mestressa de casa i/o jubilada, té altres responsabilitats afegides (atendre fills, nets,...).

La seva situació emocional és manifestada mitjançant ràbia, incertesa, irritabilitat, ansietat, estrès,...

Les dificultats expresades: Problemes de salut propis, no tenir temps per un mateix, disminució nivell econòmic, pèrdua il·lusions...

### • Perfil pacient-familiar:

Dona de 77 anys amb alta dependència per AVD i deteriorament cognitiu important amb necessitat constant d'atenció.

Diagnòstic principal: Alzheimer, AVC, Parkinson, amb fase molt avançada.

Recursos utilitzats pel cuidador-familiar:

- Centre de dia
- SAD (privat i públic)
- Recolzament resta família
- Hospital de dia
- Ingress temporal en un centre sociosanitari

## CONCLUSIONS

Els components del grup tenen l'oportunitat d'intervenir: informació, consells i experiències.

Aquest grup s'ha caracteritzat per una gran participació mitjançant aportacions dirigides al professional i a la resta de membres, així com un gran nivell d'assistència (100%), motivació i cohesió.

Paral·lelament s'ha realitzat una enquesta amb un alt grau de satisfacció.

Als 6 mesos de finalitzar el grup, s'ha retrobat amb els cuidadors-familiars per conèixer la situació i valorar els canvis (com reforçament del seu rol, sol·licitud de recurs socio-sanitari, foment dels propis recursos,...), la qual cosa reafirma que els grups faciliten l'adquisició de coneixements i recursos.



# LA SUPERVISIÓ: ESPAI DE REFLEXIÓ QUE ENS PERMET LA MILLORA DE LA QUALITAT DEL NOSTRE TREBALL

**AUTORS:** C. Marcos (DTS); M. Martín (DTS); L. Cortés (DTS); M.J. Moreno (Supervisora TS)  
**CENTRE DE TREBALL:** ABS LLUÍS MILLET – DAP BAIX LLOBREGAT CENTRE  
**TELÈFON:** 93 499 09 17

## INTRODUCCIÓ

Concepte: la supervisió és un instrument valuós de treball i ensenyament per totes aquelles professions d'ajuda, on es necessita d'un espai d'anàlisi i reflexió".

Aquesta pràctica afavoreix el desenvolupament del supervisat, i també als usuaris amb qui es treballa, i a la institució en la que presta els seus serveis. Al mateix temps és un bon recurs per pal·liar "l'esgotament professional".

## JUSTIFICACIÓ

Els professionals de treball social de la DAP Cornellà vam valorar les característiques en que ens trobem:

- Aïllament professional (únic professional de treball social de referència en l'ABS).
- Dispersió professional (portar més d'una ABS, tenir un àmbit d'actuació de diferents poblacions).
- Pressió assistencial per part del mateix equip i per part dels usuaris.

Detectant-se la necessitat de tenir un espai de reflexió per compartir (la part més emocional) i establir criteris comuns per la millora de l'atenció.

Per això, es va fer proposta a la DAP, aprovant-se, i a començaments de l'any 1999 es va iniciar aquesta supervisió. (la supervisió està inclosa en l'espai de formació).

## OBJECTIUS

- Tenir un temps i un espai que facilita la posada en comú de les angoixes i dificultats que sorgeixen a la pràctica diària del treball social.
- Font d'informació per organitzar les tasques i plantejament de noves modalitats en els serveis que s'ofereixen.
- Establiment de criteris comuns d'actuació.

## MATERIAL I MÈTODE

Recollida de la informació mitjançant les actes de les reunions.

Descripció:  Període de temps (de gener 99' a gener 2000).

N° de reunions: 9.

Freqüència mensual.

Qui ho realitza: Supervisora (treballadora social de fora de l'àmbit de la DAP i del Sector)

Participants: 4 Treb. Socials d'ABS (1 no hi participa) i 1 Treb. Social (PADES).

## RESULTATS

Punts de reflexió a destacar:

- Com ens podem organitzar millor davant la pressió assistencial? Agilitzar al màxim l'atenció mitjançant la detecció, elaboració d'indicadors que ens permetin diferenciar els casos urgents, prioritaris i ordinaris.
- Valoració del "cost" i "desgast" a nivell professional.
- Presentació i intercanvi de recursos.
- Exposició de les dificultats de coordinació entre diferents serveis que comporten més derivacions poc efectives.
- Valorar quin grau de participació té la treballadora social en els diferents programes o protocols a l'ABS (que afecten a la comunitat tan a nivell preventiu com assistencial).

## CONCLUSIONS

Eina útil per vetllar per la millora de la qualitat assistencial.

Afavoreix la disminució del grau de desgast emocional dels professionals.

Aquesta iniciativa té una continuïtat i us encoratgem a demanar-ho a la vostra DAP de referència





# ESTUDI DESCRIPTIU DEL RECURS D'INGRÈS TEMPORAL EN EL CENTRE SOCIOSANITARI DE REFERÈNCIA

**AUTORS:** L. Cortés (TS), J.A. Díez (M), O. Ventura (DI), N. Zabaleta (DI)

**CENTRE DE TREBALL:** PADES CORNELLÀ DAP BAIX LLOBREGAT CENTRE

**TELÈFON:** 93 499 09 17

## INTRODUCCIÓ

El recurs d'ingrés temporal (màxim 2 mesos) té com a objectiu afavorir la continuïtat a domicili del pacient amb criteris sòciosanitaris i disminuir el grau d'esgotament dels cuidadors principals.

L'equip PADES disposa des de juny de 1994, de 1 a 4 places, de forma progressiva, per aquest recurs. Des de maig de 1997 es gestionen 4 places de forma estable (1 d'home i 3 de dona).

## OBJECTIU

Conèixer la utilització del recurs d'ingrés temporal (gestionat per l'equip PADES de 1994 a 1999).

## MATERIAL I MÈTODE

- Revisió història clínica de cada pacient valorat per a ingrés temporal.
- Recull i anàlisi de dades (memòria 94 a memòria 99)
- Població objecte: 363 pacients valorats.

## RESULTATS

- El perfil d'aquest pacient ingressat és majoritàriament dona (69%), major de 80 anys i amb gran dependència (demència avançada, seqüeles AVC) per les AVD. Conviu de manera estable amb conjuge i/o fills (i són aquests qui sol·liciten l'estada temporal).
- El cuidador de referència és en un 72 % filla entre 40 i 60 anys (compaginant les atencions amb responsabilitats familiars i laborals).
- S'han realitzat 363 valoracions, de les quals han ingressat 215 pacients (61 homes i 154 dones) amb una estada mitjana de 25 dies.
- Motiu principal de sol·licitud d'ingrés: descans principal cuidador.
- 148 peticions s'han denegat per criteris d'exclusió:
  - Principalment per no criteris sòciosanitaris, 19%.
  - Exitus abans ingrés, 21%.
  - Rebuig família en el moment de l'acord per ingrés, 24%.
  - Ingrés en un centre alternatiu i/o de llarga durada, 22%.

## CONCLUSIONS

La valoració conjunta d'aquest recurs es pot qualificar de positiva, ja que compleix les expectatives i objectius establerts.

El grau de satisfacció de les famílies i dels pacients es constata en l'acompliment dels compromisos de temps d'estada i per les noves peticions de reingrés que s'han rebut.

Destaquem la importància d'aquest recurs a l'hora de pal·liar l'esgotament del principal cuidador i retardar la institucionalització definitiva. Cal assenyalar que l'equip PADES-Cornellà ha realitzat la tasca d'informació i difusió d'aquest recurs a la resta de serveis del sector.



# LA COORDINACIÓ ENTRE L'ABS, L'EQUIP PADES I EL SERVEIS D'AJUT A DOMICILI MUNICIPAL, ÉS NECESSÀRIA PER ACONSEGUIR L'OPTIMITZACIÓ DELS RECURSOS EXISTENTS

**AUTORS:** M. Martín (DTS), L. Cortés (DTS), E. Martínez. (DTS)

**CENTRE DE TREBALL:** ABS ST. ILDEFONS PADES CORNELLÀ SAD Municipal Cornellà

**TELÈFON:** 93 499 09 17

## INTRODUCCIÓ

L'envelliment de la població, i també les millores en el diagnòstic i el tractament de les malalties cròniques, determinen una necessitat creixent d'atenció socio-sanitària a domicili, de manera que les persones a les quals no sigui possible desplaçar-se puguin romandre a casa seva, a pesar de les limitacions de l'autonomia que pateixin, si aquest és el seu desig.

Llavors, els serveis d'atenció primària social i sanitària conjuntament amb els serveis socio-sanitaris han de fer un esforç de coordinació per fer front a les necessitats d'aquests malalts i als seus familiars-cuidadors.

Per aquest motiu, l'establiment d'un circuit permetrà la intervenció dels diferents nivells assistencials per garantir una gestió eficaç dels recursos socio-sanitaris utilitzats

## OBJECTIUS

Assolir mitjançant la coordinació entre els Treballadors Socials de; l'ABS, el SAD municipal i l'equip PADES, l'aplicació dels recursos amb la màxima eficàcia i eficiència. Garantint l'atenció dels malalts a domicili susceptibles de ser atesos pels serveis de SAD municipal i PADES. Per facilitar el suport als cuidadors familiars de referència.

## METODOLOGIA

Elaboració d'un document tècnic on s'identifiquen els serveis i els professionals que intervenen, el protocol d'actuació-detecció de la demanda, diagnòstic del cas, pla d'intervenció, documentació utilitzada per tramitar els recursos, seguiment i derivació del cas, avaluació amb indicadors de resultats.

## POBLACIÓ A LA QUE VA ADREÇAT

Població adscrita a l'ABS Sant Ildefons. DAP Baix Llobregat Centre i que es susceptible de ser beneficiaria del SAD municipal Cornellà i/o ingrés temporal PADES Cornellà.

## RESULTATS

L'Assistent Social de ABS ha valorat 70 casos que estaven inclosos en el programa ATDOM i que podien ser candidats per ser beneficiaris del SAD i/o ingrés temporal centre socio-sanitari, durant el període comprés de setembre'98 a agost'99.

Sol.licituds de SAD que se' han rebut en el servei: 29 casos.

Casos aprovats 25 casos: adjudicats 16 , en llista d'espera 4, no iniciats 5.

Casos denegats 1 cas.

Pendants resolució 3 casos.

Sol.licituts d'ingrés temporal : 16 casos

Adjudicats 6 casos

No adjudicats 10 casos

Persones que s'han beneficiat del SAD i l'ingrés temporal en centre socio-sanitari: 2 casos

## CONCLUSIÓ

L'optimització d'aquests serveis depèn d'una detecció prèvia i una derivació correcta. Així, el pacient podrà romandre en el seu entorn i el mateix temps els cuidadors principals rebrant suport evitant la claudicació.



# L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A LES COMARQUES DEL PIRINEU LLEIDATÀ

**AUTORS:** Teresa Salud Pijuan, Roser Durano Palacín, Anna Granja Fité, Antoni Calvet, Bellera, Carme Castells Perucho, Marta Rosel Ardèvol.

**CENTRE DE TREBALL:** DAP Lleida Nord (Tremp)

**TELÈFON:** 973 65 22 60

## OBJECTIUS

- Conèixer el Número d'ATDOM reals
- Conèixer la tipologia prevalent de la població inclosa al programa.
- Avaluar registres dels diagnòstics socials (consensuats per la Subdivisió d'A.P.) dels ATDOM de la DAP.

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal

## ÀMBIT

Àrea rural (43563 hab), distribuïda en 5 ABS i 3 Treballadors Socials més una Treballadora Social de la UMAP (Unitat Mòbil d' Atenció Primària).

## SUBJECTES

Població d'ATDOM del llibre de registre del programa atesa des de gener de 1999 fins març de 2000.

## MESURAMENT

Auditoria interna, calculant el percentatge de les següents variables: sexe, edat, motiu d'inclusió (patologia crònica, malalties terminals, demències i altres) cuidadors i recursos complementaris.

## RESULTATS

De tots els pacients, el 62'82% són dones, el 29'91% tenen 85 o més anys edat. Els principals motius d'inclusió són patologia crònica (64'5%) i demències (14'52%). Un 6'41% són terminals. Els principals cuidadors resulten ser els fills (39'10%). Un 6'41% viuen sols. Dins els recursos utilitzats destaquen les treballadores familiars (49'54%) i UMAP (22'43%) . Només un 5% van requerir ingrés en residència. En quan al diagnòstic social hi ha els següents resultats:

DIAGNÒSTICS SOCIALS	Percentatge	Valor Absolut
Malaltia crònica invalidant	19'35%	263
Demències	5'88%	80
Sense família directa	3'01%	41
Esgotament cuidador	6'69%	91
Atenció Insuficient	2'57%	35
Sentiment de soledat malalt/cuidador	3'67	50
Barreres arquitectòniques	15'59%	212
Condicions deficientes habitatge	3'01%	41
Aïllament	4'85%	66
Altres	36%	489

## CONCLUSIONS

Dels 468 casos ATDOM, els principals motius d'inclusió en el programa són patologia crònica i les demències. Com a cuidadors principals destaquen els fills i els cònjuges. Un 6,4% viuen sols i un 46,15% estan utilitzant recursos complementaris: la meitat treballadors familiars i un 22,43% UMAP

Dins la variabilitat dels diagnòstics socials cal remarcar la malaltia invalidant, barreres arquitectòniques i esgotament del cuidador. La mitjana de diagnòstics socials per cada usuari és de 2,98.

Per tant, el perfil del pacient inclòs en l'ATDOM més prevalent és dona, de més de 75 anys, amb patologia crònica i amb fill com a cuidador principal.



# L'APLICACIÓ DE LA TEORIA RACIONAL EMOTIVA COM A INSTRUMENT D'AUTOAJUDA EN UNA CONSULTA DE TREBALL SOCIAL

**AUTORS:** Carme Rovira i Aler, M<sup>a</sup> Teresa Ibañez Escuder  
**CENTRE DE TREBALL:** Àrea Bàsica de Salut de Martorell  
**TELÈFON:** 93 775 51 03

## INTRODUCCIÓ

En la nostra consulta de treball social, observem les angoixes emocionals i les conductes dels pacients i familiars provocades pels seus pensaments irracionals. Es per aquest motiu que utilitzem la teoria racional-emotiva basada en la idea que tant les emocions com les conductes són producte de les creences de l'individu i de la interpretació de la realitat.

## OBJECTIUS

Detectar quines són les inferències sobre un mateix, sobre els altres i sobre el món en general, per arribar a conèixer la filosofia de la vida de l'individu.

L'objectiu principal és orientar el pacient i els familiars en la identificació dels seus pensaments irracionals i ajudar a substituir-los per altres de més racionals i efectius que li facilitin adaptar-se al seu estat de salut.

## MÈTODES

Observació en les entrevistes a consulta i domiciliàries de les emocions i sentiments insans com l'ansietat, ràbia, depressió, vergonya, gelosia, culpa, enveja, odi, etc.

Identificació de les creences irracionals que provoquen aquestes emocions i sentiments insans.

Donar elements perquè el pacient es qüestioni si aquestes creences irracionals li aporten algun benefici o no.

## CONCLUSIONS

Després de l'aplicació d'aquest mètode trobem que els pacients comencen a interioritzar les següents actituds racionals:

### **AUTOINTERÈS**

Les persones se sacrifiquen fins a cert punt pels que estimen, però no completament o totalment.

### **AUTODIRECCIÓ**

Les persones assumeixen responsabilitats de la seva pròpia vida.

### **FLEXIBILITAT**

Les persones no estableixen regles rígides ni inamobibles sobre elles mateixes i els altres.

### **AUTOACCEPTACIÓ**

Les persones escullen acceptar-se incondicionalment a si mateixes.

### **AUTORESPONSIBILITAT PEL PROPI MALESTAR EMOCIONAL**

Les persones accepten la responsabilitat de la seva pròpia existència, en lloc de culpar defensivament els altres o les condicions socials.



# A LES AULES NO HI HA LLOC PER AL TABAC. EDUCAR I PROMOURE LA SALUT ENTRE ELS ESTUDIANTS. UN REPTE PER ALS CENTRES DE SALUT

**AUTORS:** Jesús Martínez Bertholet, Yolanda Cámara Reig, César Cornejo Echegaray, Núria Huguet Beà, Núria Aresté Albà.

**CENTRE DE TREBALL:** ABS de Seròs

**TELÈFON:** 973 78 03 28

## INTRODUCCIÓ

La nocivitat del tabac, les malalties que provoca i que el tabaquisme és un dels principals factors de risc en el camp de la pediatria ens ha fet apropar-nos a pares, mares, professors i adolescents, per treballar conjuntament i obrir un espai per a la prevenció escolar. Aquest pòster té una doble funcionalitat: com a campanya informativa que pretén la reflexió i canvi d'actituds en els nostres subjectes passius; la presentació del programa, resultats i treball realitzat als alumnes de 1r d'ESO de l'IES de Seròs. Volem transmetre la dificultat d'apropar, integrar, donar suport, col.laborar i fer més accessibles els centres de salut als nostres usuaris per assolir un objectiu final: MILLORAR LA SEVA QUALITAT DE VIDA. Creiem que l'entrada al nou mil·lenni també ha de significar intensificar els esforços vers el camp social, i com ja hem dit, apropar-nos i sortir del nostre àmbit de treball, si escau, per mirar d'obrir nous espais en la prevenció.

## OBJECTIUS

Transmetre una adequada i suficient informació sobre la realitat del tabac. Avaluar i proporcionar mètodes educatius amb el professorat i pares. Aprendre a analitzar situacions i reduir factors de risc a partir dels "pros i contras" de cada problemàtica. Ser crítics envers la publicitat enganyosa del tabac. Desenvolupar estratègies per vèncer la pressió grupal i desmitificar ideals. Conscienciar de la importància de la prevenció dins i fora de l'escola; diferents mesures i diferents agents. Apropar els centres d'atenció primària als estudiants i promoure la salut a l'escola. Proporcionar estratègies per deixar de fumar i així poder transmetre a pares, amics, etc.

## MÈTODE

1. Anàlisi del context: A qui va dirigit - Objectius - Informació rebuda. 2. Planificació i realització d'un taller als estudiants d'ESO de l'IES Seròs: 2.1 Xerrada - col.loqui informativa. 2.2 Visionat d'un vídeo sobre la publicitat. 2.3 Dinàmiques de grup i jocs de rol. 2.4 Joc CD-ROOM sobre drogodependències 3. Avaluació final mitjançant una pre i post enquesta anònima: 43 variables, 7 resultats de filiació, 7 a bloc d'informació, 17 a evolució i actituds i 12 a evolució dels consums i expectatives. 4. Avaluació del taller amb el professorat i pares. 5. Avaluació final del programa.

## RESULTATS

Millorar els coneixements sobre la nocivitat del tabac (agents, efectes, embaràs,...). Desenvolupament d'una actitud crítica envers la publicitat i desmitificar els rols associats al fumador. Promocionar la salut en el centre escolar mitjançant personal sanitari especialitzat. Treballar conjuntament amb professors, pares i joves per educar en favor de la salut. Millorar la integració i accessibilitat sanitària vers altres àmbits de treball. L'enquesta ens permet conèixer canvis d'una millor i major informació, les actituds davant dels rols són més meditades i davant del consum i expectatives necessiten un major temps de reflexió.

## CONCLUSIONS

Es produeixen canvis positius quant a una millora de la informació, actituds i consums i expectatives. Participació activa i valoració positiva d'aquest apropament del món de la salut a les seves aules. Demanda dels professors i dels pares en continuar i ampliar els temes impartits. Involucració en aquest programa dels professionals de l'ensenyament i treball conjunt per millorar la salut. Com a conclusió final, i gràcies als resultats obtinguts, és necessari donar suport i col.laborar en projectes de prevenció i educació per a la salut com el nostre i ens volem comprometre a continuar apropant-nos i continuar treballant en aquest i en altres àmbits per a la salut. Encara no s'ha parlat prou del tabac.



# LA PERSONA, SENSE OBLIDAR LA MALALTIA

**AUTORS:** Miguel Flores González, Fco. Javier Hurtado Núñez, Gemma Contreras Montáñez, Marta Romero González, Belén Campos González.

**CENTRE DE TREBALL:** CAP BALÀFIA-PARDINYES-SECÀ SANT PERE.

**TELÈFON:** 973 23 06 35

L'impacte que suposa el diagnòstic d'una malaltia crònica com la diabetis origina, entre altres coses, el que a partir d'aquest moment deixem de sentir-nos "persones" per convertir-nos en "diabètics", "pares de diabètics", "amics de diabètics", ...

## OBJECTIU

Dissenyar una eina útil que ens permeti provocar en la població la reflexió sobre la necessària distinció que s'ha de fer entre la persona i la patologia que pateix.

## MATERIAL I MÈTODE

Després d'una revisió bibliogràfica, discussió i consens s'acorda (valorant la facilitat de difusió i el cost econòmic) el disseny de pòsters i tríptics.

En ells es recull, en primer lloc, una imatge i una frase que incita a la reflexió i posteriorment l'explicació de la importància del tema, per finalitzar amb alguns exemples i idees de canvi.

Dirigit a la població en general, pacients, familiars, amics, professionals sanitaris, escoles, ...

Convidant a que cadascú (a nivell personal, professional, ...), en el que pugui, ajudi a canviar aquest concepte tan arrelat.

S'inclou telèfon i direccions de contacte per a recollir adhesions i suggerències.

## RESULTATS

Disposem d'un material en el qual mitjançant imatges i textos estàndart es planteja/reforça la idea de que s'ha de viure amb la diabetis però no per a la diabetis.

Hem distribuït d'una forma experimental aquest material, en centres de treball, associacions de pacients amb diabetis, escoles d'infermeria, facultats de medicina, indústria farmacèutica i institucions.

També s'ha llançat el tema a través de diversos fòrums d'internet.

## CONCLUSIONS

El material ha tingut una bona acollida tant per part dels professionals com dels usuaris.

El missatge ha estat captat amb facilitat.

Esperem que contribueixi a sensibilitzar a la població en general sobre que primer són les persones i després les seves malalties.



# ENS PREPAREN DES DE L'ESCOLA PEL TREBALL EN EQUIP?

**AUTORS:** Bea Bobi Juvillar, Silvia Ibañez Garcia, Montse Siurana Solé

**CENTRE DE TREBALL:** ABS Alfarràs - Almenar

**TELÈFON:** 973 77 02 18

## INTRODUCCIÓ

Som tres estudiants, dos de 3er curs de l'Escola Universitària d'Infermeria i una de 3er curs de l'Escola de Treball Social que hem coincidit fent pràctiques en un centre d' Atenció Primària on es treballa en equip. Aprofitant la 4<sup>a</sup> Jornada de Treball Social als Equips d' Atenció Primària de Salut (APS) volem exposar mitjançant un pòster, quina informació rebem sobre el treball en equips des del punt de vista de la formació.

## JUSTIFICACIÓ

Volem fer una reflexió sobre la formació i preparació que rebem a les Escoles Universitàries per un futur treball en equip.

## OBJECTIUS

1. Valorar quins són els coneixements que tenen els estudiants de 3er curs de l' Escola Universitària de Treball Social sobre les tasques dels Diplomats en Infermeria en l'Equip d'Atenció Primària i viceversa.
2. Conèixer quina informació reben sobre l'equip interdisciplinari de l'APS i quins membres el formen.
3. Saber quins coneixements reben sobre el treball en equip.

## MATERIAL I MÈTODES

Hem centrat el nostre estudi en vint estudiants, deu de l' Escola Universitària d'Infermeria i deu de l'Escola Universitària de Treball Social.

Hem obtingut les dades desitjades mitjançant enquestes de deu ítems de resposta tancada. Els resultats obtinguts quedaran reflexats mitjançant gràfiques en un pòster.



# POLÍTICAS DE SALUD Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

**AUTORS:** Miguela Martínez Orduna, Laura Pelegrí Martínez, Neus Cosials Pons, Montserrat Vives Julines, Marta Pera Santandreu Miguel Flores González  
**CENTRE DE TREBALL:** UDL CAP Balàfia-Pardinyes-Seca  
**TELÈFON:** 973 23 06 35

## INTRODUCCIÓN

Hoy día se discute la importancia de comunicar la cartera de servicios que disponemos en cada CAP para que nuestros usuarios conozcan los servicios que les ofrecemos, para conocer la opinión que los usuarios tienen de ellos y además para que se puedan mejorar. Las estrategias de comunicación nos han de permitir que tanto los profesionales como los usuarios conozcan y utilicen los servicios. Partiendo de esta idea pusimos en marcha la exposición de una memoria gráfica.

## OBJETIVOS

Diseñar, una “Memoria Gráfica” del Centre para acercar el CAP a nuestros usuarios y conocer y analizar la opinión del usuario.

## DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Centro de Salud urbano, población mayor de 15 años 21500 habitantes. Sujetos: Adultos adscritos al Centro y que acudieron del 6 al 20 de abril, fechas en las que se realizó la exposición. Muestra de 100 individuos. Intervenciones y mediciones: método de aprendizaje pasivo: se elaboraron y diseñaron 33 carteles informativos y 32 carteles fotográficos (n = 59) tamaño DIN A-4. (Memoria gráfica). La recogida de datos se realizó mediante el diseño de un cuestionario en el que se recogió: información sobre la accesibilidad y satisfacción que percibían los usuarios sobre los diferentes profesionales que forman el EAP, la infraestructura del Centro y la satisfacción por la exposición gráfica.

## RESULTADOS

A partir de las encuestas realizadas a una población de referencia (n = 98), el 63% de los encuestados han sido mujeres y un 37% hombres.

Del bloque no sanitario destaca:

Un 48% manifiesta gran insatisfacción en la accesibilidad telefónica, solo un 6% dice que el acceso es bueno. Analizando el bloque sanitario destaca: En lo que respecta al colectivo médico el 87% de los usuarios están satisfechos con el servicio recibido frente a un 13% que manifiesta su insatisfacción. De enfermería el 89% de los encuestados destaca su satisfacción del servicio recibido frente a un 1,96% que opina que esta insatisfecho. Es importante remarcar que un 79% de la población encuestada, no ha podido contestar a las preguntas referentes a la asistente social porque la desconocen o no han hecho uso de su servicio.

Por último, referente a la exposición gráfica, un 54% de los usuarios encuestados opinan que gracias a ella han podido mejorar sus conocimientos acerca de los diferentes servicios y funcionamiento del CAP.

## CONCLUSIONES

Constatamos como válida la estrategia informativa. Los usuarios están satisfechos con la atención recibida en el CAP por los diferentes profesionales que forman el Equipo de Atención Primaria, sin embargo será necesario valorar y buscar estrategias organizativas para mejorar la accesibilidad telefónica a nuestro Centro.





# COM ENS COORDINEM?

**AUTORS:** F. Benavente Hernandez, R. Carrasco Coria, A. Nebot Heras, P. Oliveras Gil, M.M. Rico Busquets, M. Soler Boada

**CENTRE DE TREBALL:** DAP Direcció Atenció Primària d'Hospitalet

**TELÈFON:** 93 337 55 54

## OBJECTIU

Descriure la coordinació generada a partir de l'activitat realitzada pels treballadors socials.

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal multicèntric.

## SUBJECTES

Persones ateses pel Treballador Social l'any 1998 (1106 individus)

## MEDICIONS

dat, sexe, problema social, diagnòstic, coordinació, derivació i resolució.

## RESULTATS

Població estudiada: 1106 persones. Mitjana d'edat: 63 (D.E.22). 55,8% majors de 65 anys. 66,1% dones. S'ha realitzat coordinació en el 40% dels casos (442), la distribució per serveis és: 45,7% amb l'Equip d'Atenció Primària (EAP), 15,2% Serveis socials municipals (SSM), 13,8% serveis sanitaris especialitzats (Hospitals, centres sociosanitaris, PADES...), 7,5% ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials), 17,8% altres.

- **Amb SSM** els problemes coordinats més freqüentment són: 24,2% econòmics, 22,7% dificultats del cuidador per atendre el malalt, 13,6% repercussions personals de la malaltia (angoixa, depressió, desorientació..).
- **Amb ICASS** : 45,5% dificultats del cuidador, 21,1% econòmics.
- **Amb Serveis Sanitaris especialitzats:** 36,1% repercussions personals de la malaltia, 27,9% dificultat del cuidador, 13,1% tràmit de prestacions.
- **Amb l'EAP**, 28,9% repercussions personals de la malaltia, 23,9% dificultats del cuidador, 10,9% ajudes tècniques, 10,9% tràmit de prestacions.

Els diagnòstics que han requerit més coordinació són: el 58,3% d'addiccions, 56,8% malalties psiquiàtriques (d'aquestes el 18,5% amb serveis especialitzats), 51% de neoplasies (25,9% amb serveis especialitzats), 44,7% malalties neurològiques.

El 61,8% (260) de casos coordinats han tingut resolució positiva. Dels casos en que a criteri professional no ha calgut coordinació, el 71,9% (453) s'ha resolt positivament.

## CONCLUSIONS

- Ens coordinem més a nivell intern que amb serveis externs a l'EAP.
- Les addiccions, malalties psiquiàtriques i neoplasies requereixen una major coordinació entre serveis.
- Els problemes econòmics requereixen una major coordinació amb serveis socials no sanitaris.
- Per determinar si la coordinació millora la resolució s'haurien d'analitzar variables no recollides en aquest estudi.



# EL CIRCUIT CUIDADOR-USUARI

**AUTORS:** Monica Carbonell Badia, M<sup>a</sup> del Mar Peña Ocaña, Jordi Botines Aldomà

**CENTRE DE TREBALL:** ABS de Bellpuig

**TELÈFON:** 973 33 71 57

## OBJECTIUS

- Descriure el circuit utilitzat per que l'usuari disposi del servei d'un cuidador formal.
- Descriure les característiques de l'usuari.
- Descriure el perfil i funcions dels cuidadors formals que recolzen l'assistència d'EAP

## DISSENY

Estudi descriptiu

## ÀMBIT ESTUDI

Àrea Bàsica de Salut Rural

## SUBJECTES

Usuaris i/o familiars que formulen una demanda d'ajuda per millorar l'autonomia perduda (En 1999, 41 persones)

## MESURAMENT

Número de demandes explícites, d'usuaris sense cuidadors, d'usuaris beneficiaris d'ajudes públiques, d'usuaris que s'autofinancien el servei de cuidador, motiu de pèrdua d'autonomia, satisfacció usuari...

## RESULTATS

Del total de persones que acudeixen a la consulta de Treballadora Social (T S) de l'ABS (prèvia recepció per part de l'UAAU ) amb la necessitat d'ajuda per atendre una persona amb pèrdua d'autonomia (41), el 68.6% formula la demanda de manera explícita. El 44.4% d'aquests usuaris no disposa de cap membre de la família per atendre la seva necessitat. Solament el 22% dels usuaris son subceptibles de rebre ajudes públiques per beneficiar-se d'aquest servei.

## CONCLUSIONS

Tots els professionals que intervenen en aquest circuit treballa majoritàriament de manera no visible, per preservar l'autonomia del usuari i de la seva família en el seu entorn, i per garantir-li el màxim grau de qualitat de vida.



# CUIDEM AL QUE CUIDA !

**AUTORS:** Carme Farreny Vilamajó, Azucena Perales Millan, M. del mar Peña Ocaña i Ramón Tomàs Santamaria.

**CENTRE DE TREBALL:** ABS Bellpuig

**TELÈFON:** 973 33 71 57

## OBJECTIU

Descriure l' activitat de l'educació per a la salut generada a partir dels Tallers educatius per a ciudadors. L'objectiu dels Tallers Educatius: donar suport a les necessitats sanitàries del malalt i tenir cura de si mateix (cuidador).

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal

## SUBJECTES

Persones ciudadores de malalts inclosos o subceptibles de ser inclosos en un periode curt, en el programa ATDOM (Atenció Domiciliària) d'una Àrea Bàsica de Salut. (núm. 18 persones)

## MEDICIONS

Edat, sexe, tipus de malalt al que cuiden, tipus d'activitat d'educació sanitària, grau de participació, grau de satisfacció. Relació de parentiu.

## RESULTATS

- Mitjana d'edat: 53 anys (22-77)
- Sexe 100 % dones
- Tipus malalt que ciuden:  
M. crònica / Invalidant 44%, M. senilitat /demència 28% i altres patologies 28%.
- Relació de parentiu: Familiar de 1er grau: 10, altres familiars: 3 i altres: 5
- El grau participació en les activitats d'educació per la salut ha estat del 70%
- El grau satisfacció manifestat pels participants ha estat del 88,8% en l'àmbit personal i del 82,8 % en l'aspecte de contingut.

## CONCLUSIONS

Els professionals de l'APS, han d'incorporar, en la seva multidisciplinarietat, progressivament l'atenció i el suport a les persones que cuiden els malalts, ciudadors informals que en la seva majoria proporcionen l'atenció en el sí de la pròpia família i en situacions de dificultat. Els ciudadors informals mantenen una relació basada en l'afecte i el servei, sense instrucció prèvia i basada en la pròpia experiència, els propis valors, creences, cultura... i amb el sentiment de no reconeixement. Els professionals de l'APS han de cuidar al sector informal de ciudadors perquè constitueixen un recurs més de la xarxa de recursos i perquè ajuden a resoldre els problemes identificats en els sectors formal de salut i sociosanitari.



# UN BON SERVEI, UN GRAN ESTALVI

**AUTORS:** M. Mar Peña Ocaña, Jaume Massana Solé i Montserrat García Tomàs

**CENTRE DE TREBALL:** CAP de Bellpuig

**TELÈFON:** 973 33 71 57

## OBJECTIUS

- Descriure l'estalvi que l'administració aconsegueix amb l'aplicació del Programa de Recuperació d'Ortopèdia Utilitzada.
- Descriure les activitats realitzades per dur a terme el programa, i que en la seva majoria no són visibles però sí necessàries.

## DISSENY

Estudi descriptiu, retrospectiu.

## SUBJECTES

- Totes les persones possibles perceptores d'aparells ortopèdics per la deambulació
- Persones que des de l'obertura de l'ABS se'ls havia prescrit un aparell ortopèdic per la deambulació.

## MESURAMENTS

(Dels anys 1997/1998/1999)

- Número de POP tramitats a l'ABS.
- Número de donacions d'aparells ortopèdics per a la deambulació a l'ABS.
- Número de préstecs d'aparells ortopèdics realitzats a l'ABS.

## RESULTATS

ANY	Usuaris que hem prestat aparell		Usuaris que s'han tramitat POP.		Total usuaris		Percentatge d'usuaris als que hem arribat	
	Num. usuaris	Cost	Num. usuaris	Cost	Num. usuaris	Cost	% s/total usuaris	% s/total Cost
1997	18	419.191	11	266.971	29	686.162	62%	61%
1998	19	476.450	6	83.873	25	560.323	76%	85%
1999	33	552.437	8	163.849	41	716.286	80%	77%
<b>TOTALS</b>	<b>70</b>	<b>1.448.078</b>	<b>25</b>	<b>514.693</b>	<b>95</b>	<b>1.962.771</b>	<b>73%</b>	<b>74%</b>

## CONCLUSIONS

Amb l'aplicació del programa de Recuperació s'han optimitzat i racionalitzat una part dels recursos públics, en concepte de prestació ortopèdica, també hem facilitat a l'usuari l'obtenció ràpida de l'aparell, sense haver de fer tots els tràmits ni haver d'avançar els diners.



# PROTOCOL DE COORDINACIÓ DAVANT DE LA DETECCIÓ DE SITUACIONS DE RISC PSICO-SOCIAL INFANTIL DE 0-3 ANYS

**AUTORS:** Solanas Bacardit, G.; Rosell Soler, N.; Llorens Cabot, M.; Tarrés Gol, A.; Soler Vila, R.M.; Masfred Pujol, L.

**CENTRE DE TREBALL:** CAP Sagrada Família. ABS Manresa-4

**TELÈFON:** 93 874 78 13

## JUSTIFICACIÓ

Fruit del nombre de casos que observàvem de risc psico-social en els diferents àmbits socials, va sorgir la necessitat d'elaborar un protocol de coordinació que fós útil a tots els professionals implicats i evités duplicacions, pèrdues d'energia i inconcreció d'objectius.

## OBJECTIUS GENERALS

Coordinar les actuacions dels diferents serveis (Ajuntament de Manresa – Serveis bàsics d'Atenció Social de la zona Llevant; Centre d'Estimulació Precoç del Bages; Àrea Bàsica de Salut Manresa-4; Escoles bressol "Picarol" i "Espill") per tal de facilitar el treball de prevenció, observació i diagnòstic de la petita infància.

## OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Establir canals de coordinació clars i àgils entre les diferents parts implicades.
- Consensuar els factors de risc en els infants de 0 a 3 anys.
- Facilitar els recursos personals i/o materials per tal de poder aconseguir superar o millorar la situació de risc, seguint la metodologia amb tot el que implica.

## METODOLOGIA

1. Canals d'intervenció.
2. Detecció de casos.
3. Establiment d'un pla de treball.
4. Formes de coordinació – contactes.

Aquest protocol es va elaborar del març al desembre del 1999. Es van realitzar 6 reunions del grup de treball, format per 2 representants de cada servei. Principalment varen treballar les funcions de cada servei, consensuar els factors de risc psico-socials i elaborar el protocol.

## AVALUACIÓ

Es realitzarà a finals del 2000, tenint un reunió prèvia el juny d'enguany.



# DE L'ASSISTENT SOCIAL DE L'AMBULATORI A LA TREBALLADORA SOCIAL DE L'EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

**AUTORS:** Joana Gil (EAP Castelldefels), Fina Santos (EAP Viladecans I), Ana López (EAP Viladecans II), Dídac del Pino (EAP Montclar), Gabi Salas (EAP Sant Vicens), Maite D'Ambrosio (EAP Prat II)

**CENTRE DE TREBALL:** Maite d'Ambrosio. CAP Sant Cosme. El Prat de Llobregat

**TELÈFON:** 93 478 13 32

## INTRODUCCIÓ

El contingut d'aquest treball és el resultat de la reflexió del grup de treballadores socials de la DAP Baix Llobregat Litoral. La reflexió s'ha portat a terme mitjançant les reunions periòdiques que, després d'anys de treball conjunt, ens ha permès arribar a un coneixement més profund de la nostra professió i de la seva evolució dins de l'Equip d'Atenció Primària.

## OBJECTIUS

Reflexionar sobre la realitat de la treballadora social de l'Equip d'Atenció Primària: Qui som? Què fem? Com ho fem? Per a qui ho fem? Què tenim? Línies de futur.

### Qui som?

Personal sanitari no facultatiu: un membre de l'EAP de salut amb formació específica en els àmbits psicosocial i sociosanitari.

### Què fem?

Dins del model d'atenció sanitària públic aportem el diagnòstic social que permet el treball integral amb les persones i el seu entorn.

### Com ho fem?

Utilitzem tècniques específiques del Treball Social com:

- Entrevista (empatia, contenció, escolta activa, comunicació no verbal,...)
- Observació
- Coordinació interna i externa
- Derivació
- Avaluació
- Dinàmica de grups
- Treball comunitari

### Per a qui ho fem?

Treballem amb totes les persones que precisen atenció, domiciliària i ambulatoria, en l'àmbit sociosanitari

### Què tenim?

Els recursos de que disposem són: nosaltres mateixos com a professionals, l'EAP, la persona atesa i el seu entorn, i altres recursos al·lens a la nostra institució.

### Línies de futur

- Protocolitzar la coordinació entre els diferents àmbits i nivells d'atenció.
- Creació de l'aula de Treball Social
- Estudiar el grau de coneixement del rol del treballador social, per part de tots els treballadors dels centres d'atenció primària, i prendre les mesures adients (informació - formació)
- Participar activament en el procés d'informatització dels centres per tal d'incloure a la història clínica informatitzada d'atenció primària les variables sociosanitàries.



# CONEIXEM REALMENT LA POBLACIÓ ASSIGNADA?

## ESTUDI DEL GRUP >65 ANYS QUE VIUEN SOLS O AMB PARELLA

**AUTORS:** Francesc Avila Rivera, Josep Ramon Lopez Olivares, Eva Torra Escarrer, Rosa Ma Torres Sala  
**CENTRE DE TREBALL:** ABS Montserrat  
**TELÈFON:** 93 828 02 74

### OBJECTIUS

1. Conèixer la situació socio-sanitària de les persones >65 anys que viuen sols o amb parella
2. Assegurar que aquesta població conegui els recursos socio-sanitaris existents.
3. Prevenció d'accidents domèstics

### ÀMBIT DE L'ESTUDI I SUBJECTES

Pacients > 65 anys que viuen sols o en parella també de >65 anys d'una població rural amb ràpid creixement demogràfic i molta dispersió geogràfica, pròxima a centre urbà important.

### DISSENY

Visita domiciliària programada per part de metge, infermer i treballador social, a un llistat de gent obtingut a partir del cens municipal, llistat de HCAP i contactes amb serveis socials municipals i AAVV.

### MESURAMENTS I INTERVENCIONS

De cada pacient es recull la informació i es fan les intervencions següents:

1. Suport familiar o de serveis socials, la seva periodicitat i determinació del familiar de referència.
2. Existència de problemes de: salut, estructurals de la vivenda, transport o higiènic, aconsellant-ne si hi són mesures correctores. En funció dels 4 paràmetres, s'estableix un grau de risc de 0 a 4. Entrega del tríptic de Risc de la llar elaborat per l'ICS. Es fa especial incidència en la prevenció d'accidents d'aquells casos a on es troben problemes estructurals.
3. Grau de coneixement dels serveis socio-sanitaris existents i si aquest no és suficient, es dona la informació necessària.
4. Es recullen les ABVD i les AIVD, segons les escales de Barthel i Katz respectivament.

### RESULTATS

1. La població estudiada són 134 persones, que són un 33% del cens de > 65 anys. La mitja d'edat és de 74,36 anys. Un 18% viuen sols i la resta en parella.
2. Un 34,3% té problemes de salut, un 19,4% estructurals de la vivenda, un 19,4% de transport i un 6% higiènic
3. Del 16 % que no té suport familiar, un 36% viuen sols, dels quals un 18% tenen un grau de risc de 4.
4. De la gent que viu sola, un 50% té problemes sanitaris i un 50% de transport.
5. A la urbanització més llunyana viu un 46 % de la població amb problemes de transport i un 32% amb problemes sanitaris.
6. Un 56% no té coneixements suficients dels recursos socio-sanitaris

### CONCLUSIONS

Per tal d'evitar al màxim el risc d'institucionalització s'ha de fomentar l'autocura. La població triada, pel fet de viure sola, té més riscos i per tal de prevenir-los cal conèixer-los en el seu entorn habitual. Això ens permet identificar un grup de gent, que ja sigui per falta de suport familiar o per tenir un grau de risc elevat (que hem definit com igual o superior a 2), requereix un seguiment de la seva situació.

S'ha d'assegurar el coneixement dels recursos socio-sanitaris per part de la població.



# GABINET D'INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA

**AUTORS:** Mònica Anguela Batlle, Pilar Espelt Aluja, Ana Pérez Serrano

**CENTRE DE TREBALL:** DAP Reus Altebrat

**TELÈFON:** 977 32 11 12

## INTRODUCCIÓ

El treball social dins l'àmbit de l'APS ha d'ajudar a millorar el nivell de salut de la població, afavorint la visió dels aspectes socials en l'atenció integral de l'usuari/pacient.

Dins el marc del programa ATDOM, les persones que reben serveis sanitaris esperen resposta en temes de suport social. A fi de poder donar resposta comunitària a la necessitat del suport social, la DAP es planteja la creació i desenvolupament d'un gabinet d'intervenció comunitària.

## OBJECTIUS

Estimular el desenvolupament d'una xarxa social entre els familiars i malalts de parkinson i alzheimer a través de les associacions.

## MATERIAL I MÈTODES

Les variables identificades són: coordinació de flux d'informació (canalitzar a través de sessions, recomanacions bibliogràfiques reunions setmanals, etc) ser el referent.

Estructuració, creació i desenvolupament d'un gabinet d'intervenció comunitària. Dedicació de la treballadora social de la DAP d'un dia a la setmana de suport a les associacions.

## RESULTATS

L'articulació amb Atenció Primària de Salut de Reus es realitza de forma constant i fluïda sobre tot en allò que precisa d'una intervenció socio-sanitària.

*Activitats dutes a terme:*

- 14/04/99 Taula rodona Alzheimer.
- 28/09/99 Xerrada sobre recursos socials d'atenció a disminuïts.
- 30/10/99 Jornada del Parkinson a Mora la Nova.
- 04/11/99 Assistència al congrés d'Alzheimer de Bilbao (2 pòsters)
- Nov/des-99 5 tallers per a cuidadors de malalts d'Alzheimer.
- Gener-00 Elaboració del projecte de voluntariat.
- 07/03/00 1r grup d'ajuda mútua per a familiars i malalts de parkinson.
- 13/03/00 Xerrada: "Aspectes legals entorn la malaltia d'Alzheimer"

*Activitats programades:*

- 11/04/00 Dia mundial del Parkinson. Activitats per portar a terme a Reus, Salou, Tortosa i Valls.

## CONCLUSIONS

El flux de la informació ha de facilitar una transmissió de sabers i experiències relativitzant el patiment de la família, així com dotar-los d'autonomia per escollir la pròpia estratègia, a més a més és important per entendre una nova forma de viure acceptant la malaltia del familiar o la pròpia i l'adaptació a la cronicitat.

El fet de treballar a través de les associacions es pot oferir un tipus d'atenció més extensa a la comunitat.





# OPINION DE LOS IMMIGRANTES SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN UN CAP

**AUTORS:** Xavier Sibera Aresté, Itziar Amilibia Cabeza, Carmen Calvente, Martín , Sonia Gómez Martínez, José Castillejo Medina, Mireia Soler Boada

**CENTRE DE TREBALL:** ABS Florida Nord

**TELÈFON:** 93 334 17 17

## OBJETIVOS

Descripción de las características de la población inmigrante y conocimiento de su opinión sobre la atención sanitaria recibida.

## DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

## ÁMBITO DE ESTUDIO

Zona de salud urbana con 23.334 historias. Población estimada de 225 inmigrantes (países fuera de UE).

## SUJETOS

25 personas. Muestreo sistemático.

## MEDICIONES

Instrumento utilizado: Encuesta de 15 ítems cerrados mediante entrevista domiciliaria, valorando: opinión de la población inmigrante sobre el sistema sanitario, atención recibida por profesionales del centro, y factores que dificultan la relación asistencial.

Censo poblacional. Registro del centro.

## RESULTADOS

Según censo-1997: 701 inmigrantes en el barrio(1,69% del total población). 38,47% magrebíes (247); 8,25% resto africanos(53); 44,39% sudamericanos(285); 8,87% asiáticos (57).

En nuestra zona de salud (correspondiente a la mitad del barrio) hemos localizado 225 historias de inmigrantes; aproximadamente 50% acuden al centro por primera vez en los dos últimos años.

Resultados encuestas: De 86 casos, se localizaron 25 personas. Tasa respuesta:100%. Mujeres:64%. Edad media: 34 años. 32% nacionalidad española. 52% residen en el país desde hace 8-10 años.

80% están satisfechos del sistema sanitario, siendo la principal crítica el tiempo de espera(48%).

Grado de satisfacción respecto a los profesionales: 74%.

Principales dificultades: idioma (36%); diferencias culturales (32%).

36% dice haber recibido un trato discriminatorio en el país;16% en el centro.

## CONCLUSIONES

Se prevé un aumento progresivo de población inmigrante usuaria del centro.

El conocimiento de las características de este colectivo puede facilitar la relación asistencial.

Una parte importante de encuestados manifiestan dificultades que obstaculizan la atención.

Hemos hallado obstáculos para identificar y localizar la población inmigrante debido a la falta de un registro sistemático.



# LA SATISFACCIÓ PROFESSIONAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

**AUTORS:** Ma Teresa Anglada Bellostes, Rosa Ma Casas Terés, Rosa Ma Garcia Mola, Ma del Carme Mateu Oms, Ma del Mar Peña Ocaña, Mercè Canet Ponsa  
**CENTRE DE TREBALL:** Delegació de Lleida Col·legi Oficial D.T.S  
**TELÈFON:** 973 28 07 21

## INTRODUCCIÓ/JUSTIFICACIÓ

Els Serveis Socials d'Atenció Primària han de treballar de manera coordinada amb els professionals de l'Atenció Primària de Salut. L'impuls donat per l'actual Llei de Serveis Socials ha representat un pas endavant en el desenvolupament dels Serveis Socials a les comarques. És important conèixer el grau de satisfacció i motivació dels professionals alhora de desenvolupar unes tasques que impliquen un donar de sí envers les altres persones.

## OBJECTIUS

Conèixer el grau de satisfacció dels professionals dels Serveis Socials d'Atenció Primària dels Consells Comarcals de Lleida i descriure les característiques dels Serveis Socials d'Atenció Primària en aquestes comarques.

## DISSENY

Estudi descriptiu transversal

## ÀMBIT D'ESTUDI

Serveis Socials d'Atenció Primària dels Consells Comarcals de la província de Lleida.

## SUBJECTES

Professionals dels Serveis Socials d'Atenció Primària depenents dels Consells Comarcals de Lleida; Coordinadors, Treballadors Socials, Educadors i Treballadors Familiars.

## INTERVENCIÓ

Mètode d'enquesta.

## MESURAMENT

Es va passar un únic qüestionari estructurat que incloïa preguntes relatives a dades personals de l'entrevistat, dades relatives al medi on es desenvolupa el treball social, a les funcions dels professionals, als instruments utilitzats i dades relatives al grau de satisfacció dels professionals.

## RESULTATS

S'han enquestat el 89,8% dels professionals dels Serveis Socials d'Atenció Primària de les comarques de Lleida (total 44). El 93,5 % consideren tenir molta feina. El 71 % manifesten que estan motivats i que tenen la suficient autonomia per desenvolupar la seva tasca. El 51,6 % considera que la feina no té repercussió en la seva vida personal. El 45,2 % manifesta que pateix o ha patit en algun moment estrès.

## CONCLUSIONS

En els Serveis Socials d'Atenció Primària dels Consells Comarcals, els EBASP's encara no disposen de la totalitat dels professionals per completar-los. En els professionals existeix un elevat grau de satisfacció per la feina que desenvolupen malgrat les dificultats, l'estrès, la pressió, la quantitat de feina que realitzen i els sentiments de no promoció professional.

A l'Atenció Primària Social i Sanitària, el professionals, realitzen moltes tasques no valorades ni quantificables, és a dir, no visibles per altres professionals.



# TREBALL SOCIAL I APROFITAMENT DE RECURSOS FARMACÈUTICS. QUIN IMPACTE SUPOSA EN LA PRESCRIPCIÓ?

**AUTORS:** Jordi Riba Cebrián (Treballador social EAP Pujol i Capsada), Maite Pérez Rodríguez (Farmacèutica DAP Baix Llobregat Litoral), Carles Furriols (Associació Humanitària Dr. Josep Trueta)

**CENTRE DE TREBALL:**

**TELÈFON:**

## INTRODUCCIÓ

L'Associació Humanitària Dr. Josep Trueta (AHDJT) ha establert un conveni de col·laboració amb l'Institut Català de la Salut, mitjançant el qual fa recollida selectiva de medicaments dins dels centres d'atenció primària. Aquesta medicació recollida es deriva al tercer món o s'elimina de forma adequada.

Els treballadors socials (TS) dels Equips d'Atenció Primària (EAP) van crear l'any 1997 un protocol de col·laboració, extès posteriorment als tots els EAP on intervé l'AHDJT, pel qual obtenen medicació per a pacients que incumpleixen el tractament prescrit per manca de recursos econòmics.

## OBJECTIU

Avaluar l'impacte de la medicació aconseguida pel TS per a la població amb malaltia crònica i sense recursos econòmics sobre la prescripció farmacèutica d'un EAP.

## DISSENY

Estudi descriptiu.

## ÀMBIT D'ACTUACIÓ

EAP Pujol i Capsada. Població total cens 1996: 11.918 habitants. Nivell socio-econòmic baix.

## SUBJECTES

El nombre d'habitants que van rebre medicació a través del TS, mitjançant l'AHDJT, durant l'any 1.999, ha estat de 22.

## MEDICIONS

S'han analitzat les següents variables:

1. Indicadors quantitatius:
  - 1.1. Cost total en farmàcia de l'EAP
  - 1.2. Cost total dels fàrmacs aconseguits
2. Indicadors qualitius:
  - 2.1. Percentatge de principis actius suministrats inclosos al pacte de prescripció de l'EAP.

## INTERVENCIONS

Els pacients acudeixen al TS mitjançant derivació dels professionals de l'EAP o per iniciativa pròpia. El TS atén la demanda, es coordina amb el metge, tramita la sol·licitud i rep els fàrmacs que són distribuïts a la consulta de medicina i/o infermeria.

## RESULTATS

El cost total dels fàrmacs aconseguits pel TS és de 2.640.102 pessetes, que representa aproximadament, l'1%<sup>[1]</sup> del cost total de la prescripció farmacèutica de l'EAP.

El X%<sup>[2]</sup> dels fàrmacs utilitzats estan inclosos dins del pacte de prescripció de l'EAP.

## CONCLUSIONS

S'assoleix una contenció del creixement de la despesa farmacèutica de l'EAP d'un 1% a expenses de l'utilització de fàrmacs d'utilitat demostrada.



# ÀLBUM DE LA SALUT

**AUTORS:** Joan Elvira, Jaume Donat, Enrique Gálvez, Paquita Garrido, Plácida López, Ramón Montes, Joana Naranjo, Antònia Pérez

**CENTRE DE TREBALL:** Regidoria de Benestar Social de l'Ajuntament de Castellar del V.

**TELÈFON:** 93 714 46 50

## OBJECTIUS

- Treballar lúdicament aspectes d'educació per la salut i medi ambient saludable amb els alumnes de 4t i 5è de primària.
- Potenciar el coneixement de la vila i dels seus recursos per part dels alumnes dels citats cursos. Emplenament d'un àlbum de 76 cromos amb els quals es treballen els diferents temes de salut del Programa Municipal de Salut (vacunes, alimentació, tabaquisme, autoestima, activitat física...).

## METODOLOGIA

- Emplenament d'un àlbum de 76 cromos amb els quals es treballen els diferents temes de salut del Programa Municipal de Salut (vacunes, alimentació, tabaquisme, autoestima, activitat física...).
- Realització d'una sèrie d'activitats complementaries contingudes en el mateix àlbum.
- Recopilació dels cromos a diferents dependències del municipi (ludoteca, punt d'informació juvenil, biblioteca, CAP i Ajuntament), al llarg de 6 setmanes.
- El projecte s'ha portat a terme al llarg dels mesos de gener i febrer de 2000 i han participat al voltant de 350 alumnes de les 5 escoles de primària de la vila.

El projecte de l'àlbum de la salut comporta, per les seves característiques, la implicació de moltes persones i entitats a les quals cal agrair la seva participació.

Aquest any, i de forma excepcional, han participat els alumnes de 4t i 5è de primària. En cursos posteriors s'aplicarà exclusivament als alumnes de 4t.

## CONCLUSIONS

Aquest ha estat el tercer curs en el qual s'ha portat a terme aquest projecte, que forma part del programa de salut a l'escola, dins del Programa Municipal de Salut. Tant per la valoració dels mestres com per l'alt índex de participació i del nombre d'alumnes que completen tot l'àlbum (al voltant del 80% del total) considerem que es tracta d'un projecte consolidat i que cal mantenir en cursos successius. Fóra convenient, però, preparar unes guies didàctiques per a mestres sobre els diferents temes tractats en l'àlbum.



# DIVERTEIX-TE APRENENT!

**AUTORS:** Joan Elvira, Elisabet Minguell, Antònia Pérez

**CENTRE DE TREBALL:** Regid. Benestar Social. Ajuntament de Castellar del Vallès

**TELÈFON:** 93 714 46 50

## INTRODUCCIÓ

El projecte preveu la realització de diverses activitats a través de la distribució en diferents àrees:

- Àrea de Salut: grups de suport psicològic.
- Àrea Formativa: formació escolar reglada.
- Àrea Lúdica: tallers de manualitats.
- Àrea Cultural: xerrades formatives complementàries.

## OBJECTIUS

- Facilitar suport psicosocial i afectiu.
- Potenciar les capacitats personals per tal d'incrementar les habilitats.
- Millorar la formació.
- Proporcionar habilitats específiques en diverses matèries.

## POBLACIÓ DIANA

Dones residents al municipi.

Adreçat preferentment a dones que són objecte de seguiment al Departament de Benestar Social.

## ACTIVITATS

El projecte es divideix en quatre àrees d'actuació, que s'interrelacionen entre elles, en funció de la diferent situació personal i necessitat d'atenció; cada participant assisteix a les àrees que es convinguin de forma personalitzada:

- Àrea de Salut:** en coordinació amb el centre de salut mental de referència es duen a terme grups de suport psicològic encaminats a respondre diferents problemàtiques existents. Són conduïts per psicòlegs i es realitzen quatre grups: dinàmica de grup, relaxació, ioga i grup de suport en habilitats socials. Es duu a terme un dia a la setmana, a determinar en funció del grup al qual pertanyen. Hi participen trenta-dues dones.
- Àrea Formativa:** curs d'alfabetització, neoelectors i graduat a l'Escola Municipal d'Adults. Es duu a terme quatre dies per setmana. Hi participen onze dones.
- Àrea Lúdica:** taller de manualitats: pintura, costura i cuina. Es realitza un dia per setmana, dividits en quatre grups. Hi participen cinquanta dones.
- Àrea Cultural:** xerrades informatives sobre temes d'interès. Obertes a tota la població.

## CONCLUSIONS

El projecte *Diverteix-te aprenent!* funciona des de l'any 1994, i des de llavors ha sofert variacions per millorar l'especialització i concreció dels grups. Es valora el grau de satisfacció i aprofitament a través d'una enquesta que es fa la darrera sessió i, fins a l'actualitat, el resultat, el seguiment i l'aprofitament són del tot satisfactoris, i s'han produït evolucions molt positives.



# EL SAD ES POSA EN MARXA

**AUTORS:** Elisabet Minguell

**CENTRE DE TREBALL:** Regid. de Sanitat i Ben. Social. Ajuntament de Castellar del Vallès

**TELÈFON:** 93 714 46 50

## INTRODUCCIÓ

El SAD és un conjunt d'accions organitzades per prestar suport personal, atenció i ajut, especialment a les persones amb dificultats de desenvolupament o manca d'autonomia personal, disminucions..., la qual cosa es fa desplaçant els serveis necessaris al domicili per tal de prevenir situacions de risc o retardar situacions d'internament i mantenir la persona el màxim de temps possible en el seu medi, garantint una atenció adequada.

## OBJECTIU GENERAL

Millorar la qualitat de vida de la persona o família que s'atén, oferint una atenció integral i integrada a la persona amb unes necessitats determinades per tal de recuperar l'equilibri de benestar físic, social i afectiu.

## SERVEIS

- Afavorir o estimular la dinàmica familiar
- Ordre i cura de la llar
- Higiene corporal
- Control de medicació
- Compra i organització de l'economia de la casa
- Cura dels infants
- Acompanyaments

## MÈTODES

El projecte va dirigit a:

- Gent gran que viu sola o que la família no pot tenir cura d'ells en tot moment.
- Persones amb disminucions físiques, psíquiques o sensorials amb necessitat d'un suport personal/familiar.
- Famílies o persones amb malalties temporals o cròniques.
- Famílies amb infants per atendre una absència obligada o incapacitada dels pares.

## CONCLUSIONS

Tenint present la diversitat de situacions de les quals pot ser demandant el col·lectiu al qual s'adreça el SAD valorem molt positivament que a través d'un suport al domicili la persona pugui dur a terme les activitats de la vida diària amb una òptima qualitat.



# LA CASA DE LES TRES MORERES

**AUTORS:** Anna Morante, Isabel Pardo, Carina Figueras

**CENTRE DE TREBALL:** Ajuntam. del Castellar del Vallès i Àrea Bàsica de Salut

**TELÈFON:** 93 714 46 50

## INTRODUCCIÓ

El projecte La Casa de les Tres Moreres, iniciat el mes d'octubre de 1.999, s'inscriu dins el Programa Municipal Sociosanitari, concretament formant part del programa d'atenció a la infància, adolescència i joventut de Castellar del Vallès. Participen professionals de l'àmbit sanitari, social, educatiu i psicològic. El projecte té com a població diana els infants de 0 a 3 anys i els adults de referència (pare, mare, avis, cangur...) del municipi de Castellar del Vallès.

## OBJECTIUS

- Oferir un espai de joc i relació on es puguin compartir experiències i relacionar-se en un clima distès de confiança i d'acompanyament.
- Facilitar un espai d'escolta i contenció emocional per a les famílies i els infants.
- Promoure espais de reflexió sobre temes que puguin sorgir en relació amb els mares/pares i els nens/es.

## MATERIAL I MÈTODES

- Espai de relació i joc per a infants i adults.
- Espai d'assessorament per a famílies.
- Xerrades informatives, formatives i d'assessorament per a les mares i els pares.

## CONCLUSIONS

El nombre d'assistents al projecte ha anat augmentant des del seu començament, així com el grau de participació. Actualment assisteixen 33 famílies.

Es contempla la possibilitat d'ampliació del servei, atenent l'increment constant de la demanda.



# MILLOREM LA MEMÒRIA

**AUTORS:** Elisabet Minguell, Júlia Girbau

**CENTRE DE TREBALL:** Regidoria de Benestar Social de l'Ajuntament de Castellar del V.

**TELÈFON:** 93 714 46 50

## INTRODUCCIÓ

Els tallers d'entrenament de la memòria són un programa preventiu d'activitats adreçades a la gent gran (a partir de seixanta anys) per ajudar a mantenir i millorar la seva memòria.

Els Tallers d'entrenament de la memòria van incorporar-se dins de les activitats que s'ofereixen des dels casals per a gent gran del municipi, aplicant el model de l'Àrea de Serveis Socials de la Diputació de Barcelona.

## OBJECTIUS

Facilitar estratègies per millorar la retenció i la capacitat d'evocació:

- Afavorir l'autonomia personal per a prevenir el deteriorament cognitiu de les persones grans.
- Proporcionar informació sobre quins són els factors no fisiològics que influeixen en la pèrdua de la memòria.
- Contribuir a reduir l'ansietat que genera la consciència personal de pèrdua de memòria

## MATERIAL I MÈTODES

Per a dur a terme el projecte els espais referencials són els dos casals per a gent gran del municipi.

El diferents tallers consisteixen en grups de treball en què s'ensenya a desenvolupar una actitud mental que activa els mecanismes de la memòria.

Cada taller està format per un grup de deu a dotze persones que es reuneixen al llarg de deu sessions d'una hora i mitja de durada, estan guiades per un professional, en què els participants treballen conjuntament una sèrie d'exercicis específics que estimulen diferents àrees de la memòria.

## CONCLUSIONS

Varen iniciar-se a l'abril del 1999 i fins a l'actualitat s'han dut a terme cinc cursos, tres en horari de matí i dos de tarda.

Es valora el grau de satisfacció i aprofitament a través d'una enquesta que es fa durant la darrera sessió i fins a l'actualitat el resultat, el seguiment i aprofitament del taller és del tot satisfactori.





# PROGRAMA D'INTERCANVI DE XERINGUES

**AUTORS:** Plàcida López, Antonio Salido, E. Gávez Hernández, L. Aragay Cruells, L. Jordà López, Ll. Farrè

**CENTRE DE TREBALL:** ABS de Castellar del Vallès

**TELÈFON:** 93 747 11 11

## INTRODUCCIÓ

Estudi descriptiu i prospectiu d'un programa d'intercanvi de xeringues al municipi de Castellar del Vallès.

## OBJECTIUS

- Disminució del risc de contagi de malalties de transmissió parenteral.
- Facilitar l'accessibilitat de l'usuari de drogues per via parenteral al sistema sanitari.
- Disminuir la presència de xeringues abandonades a la via pública.
- Afavorir l'adquisició d'hàbits i conductes més saludables.

## ÀMBIT D'INTERCANVI

Municipi de Castellar del Vallès.

## PUNTS DE DISTRIBUCIÓ

CAP i farmàcies del nostre municipi.

## SUBJECTES

Tots els ADVP que vagin als centres dispensadors.

## FULL DE REGISTRE

Data, hora i lloc de distribució. Sexe, edat i lloc de residència del demandant. Nombre de xeringues entregades i recollides.

## MATERIAL FUNGIBLE

Subministrat per l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (Generalitat). Departament de Drogodependències.

## ÀREA DE SERVEIS SOCIALS

- Període: 2 anys (d'octubre de 1997 a desembre de 1999).

## RESULTATS

- Registre d'un 92,1% d'activitat.
- De 1.064 registres d'actuacions el 2,1% corresponia a dones i el 97,9% a homes.
- Hem recuperat un 9% de les xeringues distribuïdes.

## CONCLUSIONS

- Nivell de registre molt satisfactori.
- Retorn de xeringues insuficient.
- Millora de les condicions higienicosanitàries d'aquest col·lectiu.
- El PIX aprupa els usuaris de drogues per via parenteral als serveis sanitaris sense conflictivitat.
- Considerem necessari preveure dins del programa algun tipus de cribatge serològic de malalties infeccioses prevalents en aquest tipus de població.



# TARDA DE JOVES

## “SEX & SENY”

**AUTORS:** Assumpta Oliva, Plàcida López, Eva Sala, Anna M. García

**CENTRE DE TREBALL:** ABS i Punt d'informació juvenil de Castellar del Vallès

**TELÈFON:** 93 747 11 11

## INTRODUCCIÓ

Sex & Seny és un projecte que va dirigit als joves entre 12 i 25 anys del municipi de Castellar del Vallès.

## OBJECTIUS

Educar i informar el jove sobre:

- Sexualitat
- Drogues
- Sida
- Etc.

Aconseguir apropar els joves al sistema sanitari d'una manera anònima per donar una resposta als seus dubtes.

## MATERIAL I MÈTODES

**Arribar als joves del municipi institucionalitzats:**

- Ensenyament primari i secundari
- Casal de Joves.

**Arribar als joves de municipi no institucionalitzats:**

- Punt d'informació juvenil
- CAP

**Activitats que es realitzen:**

1. Atenció individualitzada una tarda a la setmana al Punt d'Informació Juvenil i en horari d'atenció al públic al CAP
2. Atenció grupal previ contacte amb els responsables dels centres d'Ensenyament primari i secundari, Casal de Joves i Punt d'informació juvenil. Es munten els grups per realitzar posteriorment els tallers.

## CONCLUSIONS

És necessari que els joves del municipi de Castellar del Vallès puguin disposar d'un espai on d'una manera anònima se'ls hi doni resposta a tots els seus dubtes en relació a Sexualitat, Sida, Drogues, etc.



# RESULTATS DEL PILOTATGE D'UN AUDIT DE TREBALL SOCIAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

**AUTORS:** Neus Nogués Farré, Anna Becana Sanauja, M. del Mar Peña Ocaña, Antoni Calvet Bellera, Teresa Salud Pijuan, M. Alba Piñol Jové, Roser Durano

**CENTRE DE TREBALL:** ICS (Tremp)

**TELÈFON:** 973 65 22 60

## OBJECTIUS

- Avaluar la constància d'anotacions al MEAP i l'existència de full de dades socials en les HCAP de pacients que han consultat als treballadors socials de 7 EAP.
- Avaluar el grau de registre de 7 indicadors de bona qualitat de la història social.

## DISSENY

Estudi observacional transversal

## ÀMBIT

5 ABS rurals i 2 semirurals ateses per EAP amb Treballador Social.

## SUBJECTES

Mostra obtinguda del total de 825 pacients amb HCAP oberta, que van consultar al treballador socials d'algun dels 7 EAP estudiats, durant 1 de maig de 1999 fins el 31 d'octubre de 1999, en total : 250 HCAP.

## MESURAMENTS

S'identifica si consten anotacions al MEAP, si existeix full de dades socials i si està registrada la següent informació: Identificació de l'usuari, qui fa la demanda, composició familiar, habitatge, situació laboral, dades econòmiques i actitud davant la malaltia.

## RESULTATS

De les HCAP estudiades 92,8% tenen anotacions al MEAP i un 76,7% full de dades socials. Dels indicadors estudiats el més infraregistrat és l'habitatge amb un 56,9%, l'actitud davant la malaltia està registrat amb un 63,2%. Els millors registrats són la identificació de l'usuari amb un 89,6% i qui fa la demanda i la composició familiar, les dues amb un 84,7%. Les dades econòmiques i la situació laboral estan registrades en un 74,3% i un 75% respectivament.

## CONCLUSIONS

Del 7,2 % d'HCAP on no hi ha anotacions al MEAP, el motiu pot ser que la HCAP que s'ha tret no correspongui a l'usuari de qui es fa la demanda sinó a un familiar, que hagi estat una consulta espontànea puntual sense tenir l'HCAP per fer anotacions.

L'habitatge és del menys enregistrat degut a que es registra només quan el treballador social fa la visita domiciliària al pacient.

L'actitud davant la malaltia caldria registrar-la més donat la importància que té en el camp de la salut, en quan al treball interdisciplinari, igual com s'enregistra la situació laboral i les dades econòmiques. Considerem positiu haver realitzat una auditoria de procés i ens plantejarem properament avaluar el grau de resolució per obtenir un bon control de qualitat en les activitats professionals, i contribuir a implantar un Pla de millora de la Qualitat Assistencial en l'Atenció Primària de Salut des de la vessant biopsicosocial.



# INFORMATITZACIÓ DE LA CONSULTA DE TREBALL SOCIAL

**AUTORS:** Pepita Capdevila Segura i Teresa Salud Pijuan

**CENTRE DE TREBALL:** CAP de Les Borges Blanques

**TELÈFON:** 973 14 31 26

## JUSTIFICACIÓ

Els registre informatitzat del treball diari ha de permetre identificar la rendibilitat i qualitat del servei i cal considerar-lo com a Instrument d'Auditoria del treball social

## OBJECTIUS GENERALS

- a) Donar suport estructurat al registre de dades sobre l'activitat diària de la consulta
- b) Avaluar l'eficàcia i eficiència del treball realitzat (Control de Qualitat)
- c) Facilitar l'aportació de dades a considerar en el disseny dels programes de l'ABS
- d) Facilitar la planificació del treball social dins els equips d'atenció primària
- e) Facilitar les activitats d'investigació i docència

## OBJECTIUS ESPECÍFICS

- a) Conèixer el perfil de la població atesa
- b) Conèixer els recursos sanitaris, socials i socio-sanitaris emprats i assignats
- c) Facilitar la definició d'indicadors mensuals així com la memòria quantitativa i qualitativa anual

## MATERIAL I MÈTODES

Estudi, comparació i definició de conceptes d'utilitat per al treballador social en l'atenció primària sanitària en base a la documentació de la disciplina publicada pel dep. de Sanitat

## DISSENY

Estructuració del Registre de Dades

1. Indicadors de temps
2. Indicadors de població
3. Indicadors d'activitat
4. Demanda (necessitat/s subjectiva/es)
5. Diagnòstic socio-sanitari (necessitat/s objectiva/es)
6. Actes professionals
  - Recollirà:
    - Dades d'Identificació
    - Unitat Bàsica Assistencial
    - Dades sobre el motiu d'intervenció
    - Dades sobre l'Activitat

El processament de dades es realitzarà amb estadística descriptiva i estadística inferencial

## RESULTATS

Llistats de:

- Grau de Cronicitat
- Ratio d'Absentisme
- Grau de dependència entre variables (sanitàries i socials)
- Grau d'implicació de l'equip (en el treball multidisciplinar)
- Grau de Problemàtica Social sentida i expressada
- Grau de Problemàtica Socio-sanitària
- Perfil d'usuari/pacient atès a la consulta
- Recursos sanitaris, socials i/o socio-sanitaris utilitzats, absents i/o deficitaris en cada ABS
- Grau de Resolució de casos

## CONCLUSIONS

L'aplicació de les noves tecnologies en el treball social suposa una important millora en termes de qualitat assistencial, rendibilitat qualitativa i fer visibles les tasques invisibles.



# LA SEVA OPINIÓ, SI COMPTA

**AUTORS:** Cristina Bassà Torres, Francesc Mayench Ariza, Alfons Hornos Domínguez

**CENTRE DE TREBALL:** CAP ALMACELLES

**TELÈFON:** 973 74 20 20

## MOTIUS

De tots és sabut que quan hom es dirigeix a l'Administració té la sensació i alhora li queda aquell regust de:

Em faran cas? Servirà per alguna cosa?

Aquestes són unes preguntes que a tothom ens han passat pel cap, i precisament són aquestes qüestions les que fan que la gent sigui, en certs llocs, reacia a proposar millores o a fer suggeriments.

Els motius de la creació d'aquest pòster és intentar fer que l'usuari comenci a canviar la seva forma de pensar i vegi que la relació entre administració i usuari és molt més que un intercanvi d'informació sense resultats visibles, sinó que és un relació d'entesa i comunicació amb una finalitat comú, millorar.

## OBJECTIUS

- 1-. Mostrar a l'usuari que les seves demandes i suggeriments no cauen en un pou sense fons sinó que tenen resposta i/o solució i que la seva opinió es té en compte.
- 2-. Augmentar el número de comentaris i suggeriments.

## METODOLOGIA

Intentarem assolir els nostres objectius a través d'un pòster clar, concís i molt visual, on l'usuari es pugui sentir identificat i vegi solucions als seus comentaris i suggeriments.

## CONCLUSIONS

Malgrat que sabem que és tasca difícil canviar la mentalitat i forma de pensar de l'usuari envers l'Administració, pretenem fomentar i alhora augmentar el nombre de comentaris, observacions i suggeriments, tant oral com escrits, que ens puguin ajudar a corregir els nostres errors, i fer que l'usuari es senti més còmode i millor amb el nostre treball.

Actualment el nombre de suggeriments escrits és molt baix, molt més que els orals, i això fa que la informació que ens aporta l'usuari sobre la nostra feina sigui poca i no ens puguem adaptar, en la mesura del possible, a les seves necessitats.



# GUIA DE RECURSOS SOCIALS

**AUTORS:** Maria Casamajó Escuer, Joaquim Llinàs Calzada, Montse Sàez Morón.

**CENTRE DE TREBALL:** ICS, DAP, Segrià-Garrigues

**TELÈFON:** 973 74 20 20

## INTRODUCCIÓ

El projecte de la creació i elaboració d'una Guia de Recursos Socials, va sorgir de la necessitat d'obtenir informació per escrit, correcta i actualitzada, dels diferents àmbits socials, ja que en el camp del treball social són molts el recursos emprats i ara ja és un document imprescindible.

## OBJECTIUS

Facilitar la tasca en el treball social i en qualsevol altre àmbit per a donar suport, en un moment donat, de les diferents informacions que facilita la pròpia Guia.

## MÈTODE

- Treball de camps
- Anàlisi de contingut
- Entrevista

## RESULTATS

Informació en els camps de:

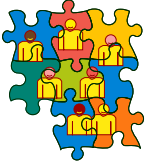
- Infància, adolescència i joventut
- Dona
- Minusvàlids i disminuïts
- Drogodependències
- Població en general:
  - . Associacions pro malalties
  - . Centres de serveis socials
  - . Altres
- Vellesa:
  - . Residències per a la gent gran
  - . Serveis per a la gent gran
  - . Annex: agenda ràpida

## CONCLUSIONS

La Guia de Recursos Socials, ha estat una eina molt útil per a un bon desenvolupament en la tasca assistencial en tots els seus àmbits.

La seva presentació, estructura i contingut, facilita d'una forma clara i ràpida la recerca d'informació i utilització dels recursos existents. No cal oblidar, però, la necessitat de la seva actualització, ja que, transcorregut un temps, aquesta Guia, fora un document amb poca validesa.





III JORNADA DE TREBALL SOCIAL  
ALS EQUIPS D'ATENCIÓ  
PRIMÀRIA DE SALUT

O R G A N I T Z A

 Institut Català de la Salut  
Subdivisió d'Atenció Primària  
Centre i Lleida

Àmbit Lleida

## ENTITATS COL·LABORADORES

 Servei Català  
de la Salut   
Regió Sanitària  
Lleida

 COL·LEGI OFICIAL  
DE DIPLOMATS  
EN TREBALL SOCIAL I  
ASSISTENTS SOCIALS  
DE CATALUNYA

  
Diputació de Lleida

LA PAERIA  
  
Ajuntament de Lleida

 CONSELL COMARCAL  
DEL  
SEGRITÀ

 midat mútua  
entitat d'afiliació de unitat i malalties professionals  
de la seguretat social núm. 4

  
CAIXA DE CATALUNYA

 "la Caixa"  
CAIXA D'ESTALVIS I PENSIONS  
DE BARCELONA

Caixa  Penedès



 GRACARE  
INSTITUT CATALÀ D'AJUDES TÈCNiques

 Comitat al Moltí  
SSAD  
Serveis Sanitaris a Domicili

Escola Universitària  
de Treball Social  
Creu Roja de Lleida

 Off 7  
SERVEIS  
GRÀFICS



## P · L · U · J · A

Plou. Dos amfibis fan un bis a bis mentre es somriuen amb amabilitat mútua. Un li explica a l'altre la història d'un home entre 30 i 90 anys que fa menstruar els núvols. Un futur millor sempre comença un dia de pluja, pensa l'amfibi: els amants s'estimen per primer cop: les guerres no esclaten; la dona rossa es posa les sabatilles de goma; l'home intractable somriu; el butlletí horari de les tres obra amb una bona notícia, i el senyor gran, que viu dues cantonades més enllà, surt de casa seva amb pijama per buscar la llibertat i no tornar mai més.

*Gemma Casamajó i Solé*