

O TRABALLO SOCIAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE. SITUACIÓN, AVANCES E RETOS

*M.^a Rosario Luís-Yagüe López, traballadora social sanitaria
Subdirección de Humanización da Asistencia Sanitaria.
Consellería de Sanidade. Comunidade de Madrid*

RESUMO:

Este artigo constará de tres partes, na primeira falarase da orixe do traballo social sanitario, centrarse a continuación na evolución académica e profesional, en paralelo co marco lexislativo na sanidade española. Na segunda parte, tras sinalar a actual situación de empregabilidade dos traballadores sociais, presentarase unha análise de como está incorporado o traballador social sanitario, nos sistemas de saúde de diversas comunidades autónomas; partindo da existencia ou non de rexistro informatizado de historia social, así como do uso da axenda dixital. Na terceira e última parte, farase unha proposta de cara a onde seguir camiñando, os retos e as accións que se van realizar, desde o traballo social dentro do sistema público de saúde; que debe ir máis aló do correcto coñecemento ético, centrándose nun interese real pola persoa fráxil e en situación de vulnerabilidade, poñéndoa non como obxecto de intervención senón como experta na súa enfermidade, coa que acordar pactos de coidado respectando sempre, a súa autonomía e toma de decisións.

PALABRAS CLAVE:

Traballo social sanitario, sanidade pública, historia social, atención sociosanitaria, especialización.

RESUMEN:

Este artículo constará de tres partes, en la primera se hablará del origen del trabajo social sanitario, centrándose a continuación en la evolución académica y profesional, en paralelo con el marco legislativo en la sanidad española. En la segunda parte, tras señalar la actual situación de empleabilidad de los trabajadores sociales, se presentará un análisis de cómo está incorporado el trabajador social sanitario, en los sistemas de salud de

diversas comunidades autónomas; partiendo de la existencia o no de registro informatizado de historia social, así como del uso de la agenda digital. En la tercera y última parte, se hará una propuesta de hacia dónde seguir caminando, los retos y las acciones a realizar, desde el trabajo social dentro del sistema público de salud; que debe ir más allá del correcto conocimiento ético, centrándose en un interés real por la persona frágil y en situación de vulnerabilidad, poniéndola no como objeto de intervención sino como experta en su enfermedad, con la que consensuar pactos de cuidado respetando siempre, su autonomía y toma de decisiones.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo social sanitario, Sanidad pública, historia social, atención sociosanitaria, especialización.

ABSTRACT:

This article is divided into three sections, the first one deals with the origins of medical social work, focusing on its academic and professional evolution within the statutory framework of the Spanish health care system. The second one introduces the current situation of social workers from the point of view of employability, analysing the status of medical social workers in the health care systems of several autonomous regions; taking as a basis the existence or absence of a computerised social record and the use of the digital diary. The third one puts forward a road map and goes through the challenges to be addressed and the actions to be implemented by social workers within the public health care system. These should go beyond mere ethical knowledge and reflect an actual interest on fragile individuals in a vulnerable situation, treating them as experts on their illness, rather than as mere intervention subjects, and agreeing with them on the care to be provided, respecting their autonomy and decision-making capacity.

KEYWORDS:

Medical social work, public health care system, social records, medical and social attention, specialisation.

INTRODUCCIÓN:

O profesor Miguel Miranda nunha das súas últimas publicacións di “o traballo social non é un caso especial que se move na indefinición, mentres outros navegan nun mundo de certezas consolidadas e homoxéneas” (Miranda, 2012, p. 74)

Os traballadores sociais sanitarios a pesar das luces e as sombras do Decreto foral 35/2015 dopasado día 27, seguimos en camiño cara a un recoñecemento da nosa presenza e intervención especializada no campo da saúde. Só hai que mirar e analizar os acontecementos e pasos que estamos a dar.

- Diversas comunidades autónomas realizando xornadas de traballo social sanitario autonómicas. En Castela e León tres, na Comunidade Valenciana dúas, na Comunidade de Madrid dúas xornadas, o 9 de novembro de 2016 o primeiro encontro na Comunidade Autónoma de Andalucía, o 15 de novembro de 2016 en Asturias.
- Recoñecemento en Navarra, tras 28 anos en tribunais, sobre a existencia dun traballador social por centro de saúde (Decreto foral 35/2015, publicado no BON n.º 108, do 5 de xuño de 2015).
- Maior presenza de traballadores sociais en niveis de mesoxestión e planificación no campo sanitario.
- A través da Asociación Científica Española de Traballo Social e Saúde (AETSeS) participación nos grupos de traballo das estratexias impulsadas polo Ministerio de Sanidade, Igualdade e Servizos Sociais (enfermidades neurodexenerativas, paliativos, saúde mental...).
- Creación de documentos de consenso que visibilizan e homoxenizan as nosas funcións. En Castela e León Documento de consenso sobre as funcións do profesional de traballo social sanitario. En Valencia *Guía de intervención de traballo social sanitario*. En Extremadura, Madrid, Canarias, Cataluña... Organización e Funcionamento do Traballo Social Sanitario en Atención Primaria de Saúde etc.
- Apoio do Consello Xeral do Traballo Social, avogando pola especialización de traballo social sanitario así como pola inclusión do traballo social sanitario dentro do conxunto de profesións sanitarias.

Cal é a razón de ser do traballo social? Como profesión de axuda, é apoiar e axudarlles ás persoas, fundamentando a nosa intervención sobre os valores indivisibles e universais da dignidade humana, a liberdade e a igualdade, segundo consta no Código deontolóxico da nosa profesión tomado da Declaración Universal dos Dereitos Humanos. Un dos campos de intervención onde se fai máis evidente e necesario o dito apoio, é no ámbito sanitario. A relación de axuda do traballador social sanitario (TSS), adquire unhas determinadas características polo maior grao de vulnerabilidade e dependencia que sofren as persoas, que están en procesos de enfermidade que minguan as súas capacidades. A súa abordaxe demanda uns coñecementos e técnicas propias que contribúan a facer unha intervención global, personalizada, participativa, preventiva e predictiva, eficaz e eficiente, que redunde en beneficio das persoas enfermas, as súas familias, o sistema sanitario e a sociedade en xeral.

1. ORIXE E EVOLUCIÓN DO TRABALLO SOCIAL NO ÁMBITO DA SAÚDE.

Falar do traballo social no campo da saúde, implica remontarse aos primeiros anos do século XX. O traballo social sanitario débelle a súa orixe ao Dr. Richard Clarke Cabot (1865-1939), que en 1905 organizou a primeira prestación social na sección externa do Hospital Xeral de Massachusetts de Boston (Castellanos, 1985, p. 84), contratando a Garnet Isabel Pelton, coidadora visitadora, que é considerada como a primeira traballadora social sanitaria.

O Dr. Cabot dicía: «O traballo social, como eu o vexo, non toma ningún punto de vista especial; toma o punto de vista humano total, (...) cada un de nós ten o seu campo propio, pero non debemos traballar de forma separada, para os seres humanos que están ao noso cargo debido a que eles non poden dividirse» (Cabot, 1915). Pensaba que as condicións económicas, sociais, familiares e psicolóxicas eran a causa das condicións que os pacientes presentaban cando chegaban ao hospital, e que as traballadoras sociais poderían traballar nunha relación complementaria cos médicos.

Durante os primeiros anos o traballo social definíase pola defensa da dignidade humana e da liberdade. A importancia de avaliar os traballos, para asegurar o camiño correcto das intervencións. Considerar a persoa participe do seu tratamento para lograr cambios en si mesma e no seu hábitat. Ser a familia o núcleo de intervención (Goldstein, 1910). Dar importancia ao traballo de campo na formación (Smith, 1915). Ver a necesidade de crear establecementos comunitarios onde se dese a acción comunitaria e socializadora, e se apoiase a desinstitucionalización de enfermos mentais (Jane Adams). Facer uso do método científico para comparar metodoloxías e resultados (C. R. Henderson). Reivindicar que fose unha profesión remunerada (M. Richmond). Dar importancia á visita domiciliaria e a reunións de profesionais de TS como espazo onde compartir experiencias (M. M. Ogilvie). Distinguir e diferenciar a entidade filantrópica e o traballo social sanitario, e o obxectivo do traballo social sanitario está enmarcado no diagnóstico social, prognóstico e tratamento (G. I. Pelton) (Colom, 2014).

En 1915 o Dr. A. Flexner deu unha conferencia titulada: *É o traballo social unha profesión?* onde dicía: “As profesións implican en esencial operacións intelectuais cunha gran responsabilidade individual. Derivan a súa materia prima da ciencia e da aprendizaxe. Este material trabállano ata un extremo práctico e definido. Posúen unha técnica educativa comunicable; tenden á autoorganización, chegan a ser cada vez máis altruístas na motivación” (Flexner, citado por Colom, 2012, p. 27), o que supuxo unha toma de conciencia respecto diso, e que se realizase unha consolidación e normalización dos estudos empíricos a través da investigación de casos, o que deu paso á profesionalización do traballo social. Todo iso desembocaría na publicación de dous libros no ano 1917, que cambiarían o rumbo do

traballo social xeral e sanitario: “Social Diagnose” de Mary E. Richmond e a reedición de “Social Work in Hospitals: A contribution to progressive medicine” de Ida M. Cannon (primeira edición ano 1913).

Bibiana Travi, como ideas clave desenvolvidas por Mary E. Richmond en referencia ao seu libro *Diagnóstico social*, indica:

“A finalidade que persegue é lograr unha “maior profesionalización”, resalta que, ademais da práctica, é fundamental o coñecemento teórico e que o «estudo dos procesos» dun campo disciplinar, o coñecemento ordenado» non pode ser considerado como «inimigo da inspiración»: o traballador social que prescinde dos precedentes da técnica (...) deixa tras del un territorio completamente arrasado: o traballador social que só se guía pola inspiración ou o que acata estritamente as normas e as fórmulas” (Richmond, citada por Travi, 2011, p. 60).

En 1923 A. Gordon Hamilton definiu en que consistía o traballo social de caso (Colom, 2008, p. 4) e en 1931 introduciu a importancia das «técnicas» de traballo social de caso ou de traballo social comunitario falando do pouco coñecemento dos factores (trazos de personalidade, nivel económico, ruptura de parella...) que poden estar influíndo na persoa/familia/comunidade (Colom, 2008, p. 19).

Na década dos anos trinta Hamilton introduciu “o concepto de caso psicosocial por considerar que os factores causais dos problemas individuais están máis aló da persoa. A partir de entón, os conceptos de diagnóstico ou psicosocial foron equivalentes para denominar esta corrente. Este último concirne ás realidades psicolóxicas do home e ao contexto social no cal vive” (Kisnerman, 1997, p. 33)

En 1951 Gordon Hamilton define o diagnóstico social como:

“Esencialmente o diagnóstico é a opinión profesional do traballador social sobre a natureza da necesidade ou do problema que o cliente presenta. Non é unha etiquetaxe secreta do cliente, non é unha aventura sen control aos misterios da súa vida. É un pensamento real, franco e un intento científico de comprender a necesidade presente do cliente, que é sempre unha persoa nunha situación formulada, incluídas relacións interpersoais” (Hamilton, citado por Colom, 2012, p. 131).

En 1956 Helen Harris Perlman explica que é o traballo social:

“O traballo social é a personificación da crenza na nosa sociedade de que as persoas deben ter o dereito e a oportunidade para levar unha vida persoal satisfactoria e socialmente útil. Esta crenza leva a sociedade de forma continua, a realizar un balance das necesidades humanas insatisfeitas, dos problemas na vida diaria das persoas e das

metas persoais e sociais desexables. Esta apreciación conduce á invención e ao desenvolvemento e organización dos medios polos cales prevén as necesidades psicosociais insatisfeitas para mellorar o día a día da vida social das persoas” (Perlam, citada por Colom, 2012, p. 29)

En 1970 Helen Harris Perlam no seu libro *Persona, social role and personality* sinala o principal que se debe saber da persoa para realizar un diagnóstico social: Quen é esta persoa? Cal é a súa personalidade e temperamento?

Cales son os seus distintos roles? En que maneira, usando as súas capacidades, pode satisfacer as súas necesidades? Esa persoa pode transformarse? Que é o que se debe modificar na persoa para que poida afrontar os seus novos problemas? (Perlam, citada por Colom, 2012, p. 148)

Evolución do traballo social sanitario. Datas de interese.

- 1932. Créase en Barcelona a primeira Escola de Formación Social impulsada polo Dr. Roviralta. (34 anos antes, en 1898 creouse a Escola de Filantropía de Nova York). Interrompida co inicio da Guerra civil, e reinicio en 1939.
- 1939. Créase en Madrid a “Escuela de Formación Familiar e Social”, chamada “Escuela de Lagasca”.
- 1955. Madrid, Escuela de Asistencia Social San Vicente de Paul (pasa a integrarse na Universidade Pontificia de Comillas en 1981).
- 1960 (década). Incorporación de asistentes sociais (visitadora social) ás institucións sanitarias (hospitais xerais e hospitais psiquiátricos).
- 1962. O 21 de xullo dáse a aprobación da Lei 37/62 sobre normas reguladoras dos hospitais onde se fala do Plan nacional de acción sanitaria e social.
- 1964. Real decreto 1403/1964 do 30 de abril, regulou as escolas para a formación de asistentes sociais. Recoñécese oficialmente o título de asistente social como técnico de grao medio.
- 1974. Decreto 2065/1974, do 30 de maio, Lei xeral de Seguridade Social. No seu Artigo 6. Coordinación de funcións afíns: “Correspóndelle ao Goberno ditar as disposicións necesarias para coordinar a acción dos organismos, servizos e entidades xestoras do Sistema da Seguridade Social coa dos que cumpren funcións afíns de previsión social, de sanidade pública, educación nacional e beneficencia ou asistencia social”
- 1978. Declaración de Alma-Ata.

«A saúde, estado de completo benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades, é un dereito humano fundamental e que o logro do grao máis alto posible de saúde é un obxectivo social sumamente importante en todo o mundo, cuxa realización esixe a intervención de moitos outros sectores sociais e económicos, ademais do de saúde.» (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Saúde. Alma-Ata, 1978)

- 1984. Plan de humanización da asistencia hospitalaria, creación dos primeiros servizos de atención ao paciente. Ministerio de Sanidade e Consumo. Instituto Nacional da Saúde (INSALUD).
- 1985. *Boletín Oficial do Estado*. Orde do 1 de marzo BOE núm. 55, do 5 de marzo de 1985. Regulamento xeral de estrutura, organización e funcionamento dos hospitais da Seguridade Social (só se nomea o asistente social como posible vogal da Xunta Facultativa).
- 1986. Lei xeral de Sanidade. Lei 14/1986, do 25 de abril. Publicada no BOE núm. 102 do 29 de abril de 1986.
- 1986. Primeiras Xornadas de Traballo Social e Saúde, coa constitución da Asociación Científica Española de Traballo Social e Saúde (AETSeS)
- 2004. Presentación do *Libro Branco. Título de Grao en Traballo Social*. Axencia Nacional de Avaliación da Calidade e Acreditación.
- 2008-2009 Comézase a impartir o título de Grao en Traballo Social, que substitúe o de Diplomado en Traballo Social.
- 2008. Curso de posgrao en Traballo Social Sanitario.
- 2010. Real decreto 861/2010, do 2 de xullo, ordenación dos ensinos universitarios oficiais. Implantación dos novos títulos de grao, mestrado e doutor.
- 2015. Mestrado público oficial en Traballo Social Sanitario. Resolución do 18 de marzo de 2015. Publicada no BOE n.º 126 do 27 de maio de 2015.

Mencionar a importancia que tivo para o traballo social nas súas orixes, a creación das unidades de Atención ao Paciente, enmarcado como obxectivo do Plan de humanización da asistencia hospitalaria, que terían unha dependencia directa da Dirección do hospital.

“(…) responsabilizarse da acollida e orientación do paciente e familiares, recollerá as propostas, suxestións, queixas, reclamacións, para a mellora da atención que reciben. Igualmente velará polo cumprimento das normas ditadas pola Dirección respecto dos pacientes

e familiares, analizando os datos e información que compile e elabore sobre política e organización do hospital, en prol dunha humanización deste” (Plan de humanización da asistencia hospitalaria, 1984, p. 44).

A unidade, como orientación flexible, estaría formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 asistente social e 1-2 administrativos e será decisión da Dirección a composición definitiva desta unidade.

Aínda que o seu obxectivo era a acollida e orientación do paciente e familiares, a súa función foise en moitos centros hospitalarios decantando por a atención de suxestións e reclamacións, en menoscabo da práctica do traballo social sanitario. Partíase de que os recursos estaban nos servizos sociais e de que a función do traballador social se limitaba a solicitar e xestionar estes recursos case sempre vinculados á alta. O desenvolvemento destes servizos, polo menos nos hospitais da Comunidade de Madrid foi moi diverso, dependendo da Xerencia e a Dirección do hospital.

2. SITUACIÓN DO TRABALLADOR SOCIAL SANITARIO SEGUNDO A COMUNIDADE AUTÓNOMA.

Durante o Sexto Congreso do Colexio Profesional de Traballo Social de Madrid, marzo de 2106, a súa decana, Mar Ureña, achegou uns datos inquietantes sobre o nivel de empregabilidade dos traballadores sociais.

En España hai uns 32 000 profesionais de Traballo Social colexiados, a estimación de titulados e tituladas calcúlase en case o dobre. Realizáronse no ano 2015 un total de 1048 contratos indefinidos e 27 377 temporais, o que supón unha temporalidade do 96,31 %. En canto ao tipo de xornada, no ano 2015, só o 49,59 % foron contratos de xornada completa (Ureña, 2016, p. 58).

Destacar que nas categorías “asimiladas” pero de carácter inferior (profesionais de apoio, animadores, monitores), teñen unha presenza de case un de cada 6 contratos. No sector servizos no ano 2015 un 6,89 % dos contratos de traballo que asinaron titulados e tituladas en Traballo Social (diplomados e diplomadas e graduados e graduadas) era de camareiros e camareiras e o 7,82 % de dependentes (vendedores en tendas e almacéns) (Ureña, 2016, p. 59).

“Durante os últimos anos nas ofertas de emprego ten un gran peso o sector de atención a persoas maiores e discapacidade. Sumando datos acumulados entre 2009 e 2014, do total de ofertas difundidas (1725) as ofertas dos ámbitos maiores, discapacidade e relacionados cos servizos domiciliarios (axuda a domicilio, teleasistencia) —en sentido amplo o que poderíamos identificar co que a Estratexia 2020 denomina “emprego branco”— acumula un terzo das ofertas (29,10 %) dirixidas a traballadoras e traballadores sociais” (Ureña, 2016, p. 59)

Centrándonos xa na análise da situación dos TTSS sanitarios nas comunidades autónomas (CCAA), empezaremos dicindo que aínda que nos últimos anos está empezándose a dar unha comunicación e coordinación entre eles, atópanse uns mesmos obxectivos e miras, non é fácil saber a situación e dificultades destes. Para este apartado, tomaremos como referencia, os datos que Agustina Hervás reflicte no seu artigo sobre coordinación sanitaria (Hervás, 2016); así como a sondaxe realizada desde a Subdirección Xeral de Humanización da Asistencia Sanitaria da Comunidade de Madrid, durante o último trimestre do ano 2016 en varias CCAA, sobre a implantación do rexistro informatizado de historia social en Sanidade, e a existencia de axenda dixital para os TTSS sanitarios; instrumentos esenciais para visibilizar e cuantificar o traballo que se realiza.

Comunidad Autónoma de Madrid

Segundo os datos do portal saúde da Consellería de Sanidade hai 315 traballadores sociais sanitarios (estatutarios, laborais, funcionarios) dos que aproximadamente 92 están en centros de atención primaria, 70 en servizos de saúde mental e 153 en centros hospitalarios públicos, dos que o 62,20 % son fixos. A OPE 2016 ofertou 51 prazas, das que 2897 son os traballadores sociais que se presentaron.

Tanto en zonas rurais como en zonas urbanas, os traballadores sociais dan cobertura a dous ou tres centros de saúde (algunha zona rural ata en cinco centros). En varias poboacións (periurbanas e rurais) non hai servizo de traballo social nos centros de saúde, directamente derivan a traballo social de servizos sociais xerais. Nos centros de saúde mental, tras a disposición de área única sanitaria de 2011 produciuse unha fractura da Rede de atención sanitaria, e aínda que se reivindica un TS por cada 75 000 habitantes, oscilan entre un e tres traballadores sociais (TTSS) por centro de saúde mental, sen ter en conta a poboación asignada a cada un. En Madrid os hospitais públicos están divididos en tres grupos dependendo do número de camas e a carteira de servizos. Hai unha dotación moi dispar de traballadores sociais por centro hospitalario, hai un hospital con TS as 24 horas do día no servizo de urxencias e cunha dotación total de 28 profesionais, e outros onde hai un traballador social por 120 e mesmo 150 camas, cando a recomendación é dun traballador social por cada 100 camas (OMS). Os TTSS están adscritos maiormente aos servizos de Atención ao Paciente ou Admisión.

Existen diversos sistemas operativos de dixitalización e rexistros en función do hospital de referencia. Hai centros con axendas dixitalizadas e outros continúan con axendas en papel.

Comunitat Valenciana

A distribución é moi desigual en función do departamento de saúde e a provincia. Os hospitais teñen pouca dotación, as unidades de saúde mental

de Castelló non teñen traballadores sociais e en AP hai profesionais que atenden máis de dúas zonas básicas de saúde. (Hervás, 2016, p. 17)

Rexistros. Os hospitais non teñen axenda dixital de TS, si existe desenvolvida e estandarizada en atención primaria (AP). Non teñen unha historia social como tal, senón un informe que van completando. Incorporáanse as notas sociais á folla evolutiva da historia clínica do paciente. Non teñen desenvolvidos os diagnósticos sociais. Existen diversos sistemas operativos de información en función do hospital de referencia.

Generalitat de Cataluña

A cobertura difire en función das provincias. En Barcelona todos os centros de AP están dotados de traballador social do mesmo xeito que os hospitais públicos. Non ocorre o mesmo no resto de provincias da comunidade. Tarragona ten dotación na atención hospitalaria, pero non toda a AP está cuberta de maneira que os profesionais comparten varios centros, isto tamén se dá nas outras dúas provincias catalás. A rede de saúde mental é privada e dispón de traballadores sociais que comparten centros. (Hervás, 2016, p. 17)

Gobierno de Aragón

Existen traballadores sociais nos hospitais e nas zonas urbanas de atención primaria. Na AP das zonas rurais compártese profesional entre dous centros e nas unidades de saúde mental non hai. (Hervás, 2016, p. 17)

Junta de Andalucía

No seu inicio contemplábase un traballador social en cada centro de saúde de atención primaria, pero na actualidade atopamos que un único profesional pode compartir ata tres centros de saúde. En saúde mental abríronse novos centros sen praza de traballador social en persoal. Os hospitais teñen traballadores sociais sen ter en conta nin os cocientes de camas, nin as especificidades do centro en función dos servizos clínicos que prestan. (Hervás, 2016, p. 17). Desde a creación das unidades de Xestión Clínica, os traballadores e traballadoras sociais de atención primaria pasaron a formar parte dos dispositivos de apoio dos distritos, dependendo funcionalmente da Dirección de Enfermería, máis centrada no desenvolvemento profesional doutras categorías. En canto aos traballadores e as traballadoras sociais sanitarios pertencentes á atención hospitalaria, a adscrición depende das unidades de Atención á Cidadanía.

En canto á dixitalización e rexistros, o sistema que se utiliza no Sistema Sanitario Público de Andalucía como soporte da historia clínica electrónica chámase DIRAYA, que integra toda a información de saúde de cada unha das persoas atendidas nos centros sanitarios. Non hai un informe social unificado en DIRAYA.

A historia social está máis desenvolvida en AP que en hospitais, as axendas en formato papel, a recollida de diagnósticos é en base a CIE 10 pero con modificacións, o rexistro de hospitais límitase á recollida de tres apartados: motivo da derivación, diagnósticos e intervención; están pendentes do desenvolvemento dunha historia social ampliada, utilizouse o formato de informe/historia social limitado a un determinado hospital, e ampliárono a algúns hospitais sen contar cos departamentos de Traballo Social.

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Teñen historia clínica electrónica (HCE). Utilizan a aplicación “Mambrino” en Albacete. Axenda electrónica con ao redor de 11 prestacións equiparadas ás axendas doutros profesionais (formación, coordinacións internas e externas, bloqueos de axendas por realización doutras actividades non axendables...). Hai rexistro de actividade en todo o horario da xornada laboral.

Junta de Castilla y León

Os traballadores sociais en atención primaria, en función das áreas algúns traballadores sociais atenden dous e tres centros de saúde. O mesmo ocorre nos centros de saúde mental. Nos hospitais, a dotación tamén é moi desigual. (Hervás, 2016, p. 17)

En canto a dixitalización e rexistros, a historia social que teñen é moi básica, integrada no modelo de informe único hospitalario dentro de GACELA. Depende das ferramentas de cada hospital. Contan cun modelo de informe á alta hospitalaria único que lles chega a AP desde o hospital. Non teñen historia social propia. Non teñen axenda dixital.

Gobierno de Navarra

O sistema de saúde ten unha sentenza recente do tribunal foral pola que se debe dotar cun traballador social a cada un dos seus centros de saúde. A aplicación desta sentenza estase facendo moi aos poucos (Hervás, 2016, p. 17).

País Vasco

Non hai traballadores sociais en AP de saúde, só en atención hospitalaria. Portelo único para o sociosanitario. Están a traballar na creación dunha historia social con datos compartidos entre os sistemas de saúde e servizos sociais.

Principado de Asturias

O programa informático máis utilizado é Selene. Teñen circuíto establecido para que o informe social chegue a AP por medios informáticos

(formulario composto por ficha social e notas). Non teñen axenda dixital. Teñen diagnósticos sociais en AP, pendentes de revisión. Presentaron proposta para crear un cartafol virtual co obxecto de compartir información con outros profesionais: historia unificada do paciente (HUP).

Xunta de Galicia

A historia social non está unificada nin englobada na historia clínica, pero si informatizada. Teñen recollida de datos e un informe sociosanitario. Están a traballar un modelo de historia social cuns mínimos datos unificados (sociosanitarios) con Servizos Sociais e por modelos de complexidade.

A situación do traballo social sanitario no momento actual poderíamola resumir, en maior ou menor medida e dependendo da comunidade autónoma, en:

- Desaparición de postos de traballo.
- Aumento da invisibilidade.
- Intrusismo profesional.
- Falta de historia social informatizada.
- Escasa protocolización da intervención.
- Non realización do traballo a través de procedementos e procesos estandarizados.
- Atención a demanda (imposibilidade de sistematizar o traballo).
- Falta de unidades de xestión e coordinación de traballo social.
- Non dispoñer de axenda electrónica con prestacións propias.
- O non recoñecemento como especialidade.
- Falta dunha carteira de servizos mínimos unificada.
- Falta de estruturas organizativas centrais.

3. CARA A ONDE SEGUIR AVANZANDO. RETOS E ACCIÓNS.

Os traballadores sociais sanitarios temos moito que lle achegar á sociedade do século XXI. A nosa contribución ao sistema sanitario e á saúde pública céntrase na defensa da saúde e os dereitos sociais das persoas; facendo uso de técnicas de intervención propias (observación sistematizada, diálogo intencionado, entrevistas estruturadas, a relación de axuda, a mobilización de recursos...) e de todo aquilo que comporta o conxunto dunha boa práctica profesional co fin de lle axudar ápersoa, non obxecto de

intervención senón experta na súa enfermidade, a afrontar situacións acordando pactos de coidado, e a tomar as decisións máis acordes coas súas necesidades, desexos e preferencias, impulsando a súa autonomía.

A actuación do traballador social sanitario na súa intervención, vai máis aló do correcto coñecemento ético, centrándose nun interese real pola persoa fráxil e en situación de vulnerabilidade. Traballa na redución das desigualdades sociais en saúde a través do fomento da participación comunitaria; identifica os grupos vulnerables e poboación de risco, realizando accións preventivas que diminúan o risco de enfermarse e aumenten a calidade de vida das persoas.

Para terminar sinalaremos unha posible folla de ruta, con retos e accións que hai que realizar suxeitas a priorización tras consenso:

- Apostar pola formación especializada, incluído o traballo social sanitario dentro do conxunto de profesións sanitarias; describindo as tarefas, responsabilidades e habilidades que debe asumir na práctica profesional dentro do ámbito da saúde.
- Xerar respostas creativas e innovadoras que aseguren a continuidade asistencial en todo o sistema sanitario, liderando a atención sociosanitaria a través da xestión de casos.
- Desenvolvemento de protocolos, definición e xestión de procesos, deseño de programas onde se definan indicadores de risco e planificación da intervención.
- Fomentar espazos de encontro, de xestión e xeración do coñecemento.
- Crear e difundir un marco teórico específico arredor do traballo social en saúde.
- Apoiar e potenciar as sociedades científicas vinculadas coa saúde.
- Dar respostas desde o traballo social sanitario aos problemas que afectan o sector saúde: demográficos (envellecemento da poboación, enfermidades crónicas...), financeiros, operativos, de infraestrutura.
- Fomento e recompilación de boas prácticas.
- Recuperar o noso espazo relacional.
- Maior e mellor uso e aproveitamento das TIC. Traballo en rede, espazos colaborativos, participación en medios de comunicación, divulgación e difusión: Facebook, Twitter...

- Recoñecemento da docencia e a investigación social en saúde como funcións propias do traballo social.
- Buscar a excelencia no marco do cumprimento normativo sobre protección de datos, confidencialidade, e privacidade das persoas ameazadas por o avance vertixinoso e imparabile das tecnoloxías.
- Colaboración estreita entre o ámbito académico e o profesional creando un sistema integrado.
- Aspirar a unha ética de máximos no noso quefacer profesional.
- Fomento da supervisión combatendo o individualismo tendente.
- Sistematizar a avaliación do traballo de cara a propostas de mellora.

REFERENCIAS

- Cabot, R. (1915). Informe del Presidente del Comité de Salud. Según la Conferencia Nacional de Obras Benéficas y Corrección. Baltimore.
- Castellanos, M. (1985). *Manual de Trabajo Social*. México: Prensa Médica-Mexicana.
- Colom, D. (maio de 2008). Seminario “El diagnostico social” Vigo. Disponible en:
<http://hoxe.vigo.org/pdf/Plandrogas/DiagnosticoSocial.pdf>.
- Colom, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.
- Colom, D. (2014). De la ayuda filantrópica al enfermo y su familia a la ayuda del trabajo social sanitario. Universitat Oberta de Catalunya.
- Declaración de ALMA-ATA. (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- Hervás, A. (2016). La Coordinación Sociosanitaria: espacio profesional del trabajo social sanitario en la atención integral a la salud de las poblaciones. *Actas de Coordinación sociosanitaria. Fundación Caser*, 16, 7-20.
- Kisnerman, N. (1997). *Pensar el Trabajo social* (2.ª ed.). Buenos Aires-México: Lumen Humanitas.
- Libro Blanco. *Titulo de Grado en Trabajo social* (2004) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Disponible en:
http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf

- Ministerio de Sanidade e Consumo. (1984) *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*. Instituto Nacional de Saúde (INSALUD) Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/PlanHumanizacion_AsistHospit.pdf
- Miranda. M. (2012). Remontarse a las fuentes. Vindicación de las pioneras, 73-107. En Josefa Fombuena (coord.), *Trabajo social y sus instrumentos. Elementos para una interpretación a piacere*. Valencia, España: Nau llibres.
- Richmond, M. (2005) *Diagnostico social*. Colección Trabajo Social. Madrid: Consejo General del Trabajo Social y Siglo XXI.
- Travi, B. (2011). Conceptos e ideas clave en la obra de Mary Ellen Richmond y la vigencia actual de su pensamiento. *Cuadernos de Trabajo social*. 57, Vol. 24, 57-67.
- Ureña, M. (2016). Especialización: ¿una demanda de la profesión? ¿una demanda del mercado laboral? *En VI Congreso Trabajo Social Madrid*. (pp. 56-63). Madrid, España: Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. Disponible en: <http://congreso6.comtrabajosocial.com/paginas/libro-deponencias/>

