

Revista Galega de **TRABALLO SOCIAL**

fervenzas –20–
- VOLUMEN II -

Comunicacións presentadas ás **II XORNADAS DE TRABALLO SOCIAL E SAÚDE**

Complexo Hospitalario Álvaro Cunqueiro
23 de novembro de 2016, Vigo



Revista Galega de TRABALLO SOCIAL

fervenzas –20–
- VOLUMEN II -



Xunta de Goberno	Presidenta, Miriam Rodríguez Sierra Vicepresidenta, Antía Sobrino Bernaldo De Quirós Secretario, Antonio Doval Canabal Tesoureira, María Estela Rosende Villar Vogal, Ana María Rodríguez Fernández Vogal, Ana María Vilar Varela Vogal, Obdulia Pérez Fernández Vogal, Silvia Sanjurjo Constenla Vogal, María Del Carmen Rodríguez Rodríguez Vogal, María Pilar Lema Rey
Responsable da edición	Miriam Rodríguez Sierra
Coordinadora da edición	Ana Mª Fungueiriño Carneiro
Mesa de redacción	Mª Elena Puñal Romaris, Mª Xosé Vázquez Vázquez, Inés Moreira Brenlla, Ana Mª Rodríguez González, Begoña Sánchez Roura, Francisco Xabier Aguiar Fernández
Edita	Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia
	Rúa Dublín, 6, baixo, porta 3 15707 Santiago de Compostela Teléfono: 981 56 81 00 Fax: 981 94 18 98 E-mail: fervenzas@traballosocial.gal
Data da Publicación:	Xaneiro 2018
Imprime	Gráficas Mera
ISSN	1698-5087
ISSN electrónico	2254-7657
Dep. Legal	C-1.884/97

Fervenzas non se responsabiliza das opinións expresadas das/dos autoras/es, nin se identifica necesariamente cos contidos dos textos publicados.

S U M A R I O

LIMIAR	Páx.	5
1. O traballo social no sistema público de saúde. situación, avances e retos. <i>M^a Rosario Luis-Yagüe López</i>	Páx.	7
2. Protocolo de notificación dende as unidades de traballo social da E.O.X.I. de Lugo, Cervo e Monforte, ante posibles situacións de desprotección infantil. <i>Nieves Pazos Díaz, María del Sagrario Fernández Méndez e Paula Alvarez Feroso</i>	Páx.	23
3. O valor engadido do traballo social na unidade de coidados palitivos do complexo hospitalario universitario de A Coruña- Hospital de Oza. <i>Luisa Andaluz Corujo e Maira Vilar Pumares</i>	Páx.	35
4. A intervención con grupos de apoio socioterapéuticos dirixidos a coidadores/as de persoas dependentes dende a atención primaria de saúde <i>M^a Emilia Martínez</i>	Páx.	51
5. Cooperación público-privado dende o traballo social no sistema de saúde. “Construindo pontes, derrubando muros” <i>María Belén Piñeiro Bóveda</i>	Páx.	65
6. A protección de datos para as/os profesionais do traballo social. A protección de datos e as novas ferramentas. <i>M^a Elena Puñal Romarís</i>	Páx.	75
7. Traballo social e rexistro da actividade no IANUS <i>M^a Xosé Vázquez Vázquez</i>	Páx.	83
8. Coordinación Socio-Sanitaria. Mesa de atención a persoas sin fogar. Inclusión social-saúde mental <i>Miriam Rodríguez Sierra</i>	Páx.	95
9. Traballo social en rede no barrio de Fontiñas <i>Eva María González Santiago e Alcira Baleato Negreira</i>	Páx.	101

10. Servizo de traballo social do CHUS: “Programa informático de detección de risco social ao ingreso”.

José Luis Barreiro Mosquera

Páx. 115

CONCLUSIÓNS

Páx. 127

S
U
M
A
R
I
O

Desta volta ofrecémosvos dende o Colexio Oficial de Traballo social un segundo volume do numero 20 da revista Fervenzas onde quedan recollidas algúns dos relatorios e comunicacións presentadas nas **II Xornadas de Traballo social e saúde en Galicia**, celebradas o 23 de novembro de 2016 no Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. Unha xornada que permitiu afondar en cuestións que nos preocupan como colectivo profesional nun eido como é o da saúde.

A realidade actual á que nos enfrontamos dende o Traballo social levaron a deseñar un programa na que se abordaron varios temas de interese e que deixaron ganas de seguir avanzando e volver a xuntarnos pronto para seguir afondando nas inquedanzas que o colectivo alí deixou plasmado.

Contamos ese día coa presenza de Rosario Luis-Yagüe, técnica da Subdirección General de Asistencia Sanitaria da Comunidade de Madrid e Delegada da AETSyS para esa comunidade, que na **Ponencia marco** fixo un repaso a situación actual, avances e retos do traballo social no actual sistema público de saúde.

Podedes ver neste número tamén varias das comunicacións presentadas nunha **primeira mesa de Innovación e Boas Prácticas asistenciais** na que varias profesionais de distintos dispositivos de Galicia presentaron experiencias que están a desenvolver con resultados moi positivos: O Protocolo de notificación dende as unidades de traballo social da EOXI de Lugo Cervo e Monforte ante posibles situacións de desprotección infantil, O valor engadido do traballo social na unidade de coidados paliativos do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña-Hospital de Oza, A intervención con grupos de apoio socioterapéuticos dirixidos a coidadores/as de persoas dependentes dende a atención primaria de saúde e os Convenios de Colaboración da EOXI de Ourense nunha cooperación público-privado dende o traballo social no sistema de saúde, foron algunhas das comunicacións presentadas nesa mesa e que neste número de Fervenzas podedes atopar.

Nunha mesa redonda sobre Tecnoloxía ao servizo de traballo social no eido sanitario, contouse con dúas relatorios que aquí publicamos: nunha delas María Xosé Vázquez, fai unha reflexión acerca de IANUS como ferramenta para o traballo social e da situación actual respecto ao acceso á mesma das e dos profesionais do SERGAS e no outro relatorio da mesma mesa María Elena

Puñal achéganos unha reflexión sobre aspectos a ter en conta ao redor da Protección de datos e as novas ferramentas tecnolóxicas para os e as profesionais do Traballo social.

Tamén mostramos outras tres experiencias que se presentaron na Xornada nunha segunda mesa de Innovación e Boas prácticas asistenciais: O programa de detección de risco social ao ingreso do Hospital clínico de Santiago de Compostela, A experiencia de coordinación sociosanitaria da Mesa de atención a persoas sen teito da cidade da Coruña e un relatorio sobre O traballo en rede que se desenvolve no barrio de Fontiñas de Santiago de Compostela.

Finalmente poñemos a vosa disposición as **conclusións** que se presentaron para pechar o día e que nos achega Beatriz Aranzazu Soto.

Foi sen dúbida unha Xornada intensa e inspiradora que aspira a ter continuidade, na que as e os profesionais alí presentes apostaron por un traballo social sanitario de calidade que siga a posicionarse na defensa da xustiza social e dos dereitos sociais da cidadanía pero tamén na que se reclamou o recoñecemento do traballo social como profesión sanitaria ou a mellora nas actuais estruturas dos Servizos de traballo social sanitario.

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-de-ponencias/>

PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DENDE AS UNIDADES DE TRABALLO SOCIAL DA EOXI DE LUGO, CERVO E MONFORTE, ANTE POSIBLES SITUA- CIÓNS DE DESPROTECCIÓN INFANTIL

Pazos Díaz, Nieves.

Traballadora Social. SAP Illas Canarias. EOXI Lugo, Cervo, Monforte

Fernández Méndez, María del Sagrario.

Traballadora social. Hospital Lucus Augusti. EOXI Lugo, Cervo, Monforte

Álvarez Feroso, Paula.

Traballadora social. SAP Sagrado Corazón EOXI Lugo, Cervo, Monforte

RESUMO:

A atención a situacións de desprotección infantil no campo da saúde require, as máis das veces, dunha actuación inmediata. Esta urxencia non sempre permite no momento en que se producen os feitos, unha revisión documental e normativa o respecto e o consenso na interpretación desta polos diferentes axentes implicados na desprotección infantil.

Con este motivo as TS da saúde de Lugo decidimos protocolizar as ditas actuacións, secuenciando e esquematizando o procedemento que se vai seguir, dende a detección da desprotección por parte de algún ou algunha profesional da EOXI de Lugo, Cervo, Monforte ata a notificación a autoridade competente.

PALABRAS CLAVE:

Notificación desde saúde, desprotección infantil, situación de risco, situación de desamparo.

RESUMEN:

La atención a situaciones de desprotección infantil en el campo de la salud requiere, la mayoría de las veces, de una actuación inmediata. Esta urgencia no siempre permite, en el momento en que se producen los hechos, una revisión documental y normativa al respecto y el consenso en la

interpretación de la misma por los diferentes agentes implicados en la desprotección infantil.

Con este motivo las TS de salud de Lugo decidimos protocolizar dichas actuaciones, secuenciando y esquematizando el procedimiento a seguir, desde la detección de la desprotección por parte de algun/a profesional de la EOXI de Lugo, Cervo, Monforte hasta la notificación a la autoridad competente.

PALABRAS CLAVES:

Notificación desde salud, desprotección infantil, situación de riesgo, situación de desamparo.

ABSTRACT:

The attention of the situations of child vulnerability usually requires a immediate action. The urgency at the time in which the events occur does not allow a documentary and regulatory review and consensus in the interpretation by the different professionals involved.

The social workers of the field of health decided to formalize this performance since the detection by any professional in the EOXI Lugo, Cervo e Monforte, until the notification to the competent authority.

KEYWORDS:

Notification from health, child vulnerability, risky situation, helplessness situation

OBXECTO:

Establecer a secuencia de accións que se van realizar por parte do persoal das unidades de Traballo Social da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte, cando se detecte unha situación de posible desprotección dun ou dunha menor atendido ou atendida en calquera das súas áreas sanitarias, cara á notificación ante os servizos pertinentes.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Este protocolo aplicarase na EOXI de Lugo, Cervo e Monforte, para todos os casos en que se detecte unha posible situación de desprotección dun ou dunha menor atendido ou atendida en calquera das áreas sanitarias (servizos hospitalarios de Urgencias Pediátricas, unidades de Hospitalización

Pediátrica, consultas externas hospitalarias de Pediatría, servizos e unidades de Atención Primaria, e puntos de Atención Continuada).

DEFINICIÓNS:

FACTORES DE RISCO: Existen unha serie de circunstancias individuais, familiares ou socio-culturais que poden favorecer a aparición do maltrato infantil. A presenza ou ausencia de cada unha delas e de como se interrelacionan entre si, poden precipitar e/ou predispoñer para que se desenvolva unha situación de maltrato.

Os factores de risco por si mesmos nunca proban a existencia de maltrato, só predín a posibilidade de que apareza, e ante a súa presenza habería que establecer as medidas preventivas que procedan.

Sinálanse neste protocolo diversos factores de risco relacionados co ou coa menor e outros factores familiares e ambientais que son determinantes de situacións de risco.

SITUACIÓN DE RISCO: Considérase situación de risco aquela na que, a causa de circunstancias, carencias ou conflitos familiares, sociais ou educativos, o ou a menor sexa prexudicado no seu desenvolvemento persoal, familiar, social ou educativo, no seu benestar ou nos seus dereitos de xeito que, sen acadar a entidade, intensidade ou persistencia que fundamentarían a súa declaración de situación de desamparo e a asunción da tutela por ministerio da lei, sexa precisa a intervención da Administración pública competente, para eliminar, reducir ou compensar as dificultades ou inadaptación que lle afectan, e evitar o seu desamparo e exclusión social, sen ter que ser separado do seu contorno familiar. Para tales efectos, considerárase indicador de risco, entre outros, o feito de ter un irmán ou unha irmá declarado en tal situación salvo que as circunstancias familiares cambiaran de xeito evidente. A concorrencia de circunstancias ou carencias materiais considerárase indicador de risco, pero nunca poderá desembocar na separación do contorno familiar.

A negativa dos proxenitores, titores, gardadores ou acolletores a prestar o consentimento respecto dos tratamentos médicos necesarios para salvagardar a vida ou integridade física ou psíquica dun menor constitúe unha situación de risco.

Entenderase por situación de **RISCO PRENATAL** a falla de coidado físico da muller xestante ou o consumo abusivo de substancias con potencial aditivo, así como calquera outra acción propia da muller ou de terceiros tolerada por esta, que prexudique o normal desenvolvemento ou poida provocar enfermidades ou anomalías físicas, mentais ou sensoriais no bebé que acaba de nacer.

SITUACIÓN DE DESAMPARO: A normativa actual considera situacións de desamparo as seguintes:

- O abandono da persoa menor de idade
- O transcurso do prazo de garda voluntaria
- Ter un irmán ou unha irmá declarado en situación de desamparo, agás que as circunstancias familiares mudaran
- O risco para vida, saúde e integridade física do ou da menor. En particular cando se produzan malos tratos físicos graves, de abusos sexuais
- A negligencia grave no cumprimento das obrigas alimentarias e de saúde
- A identificación do ou da menor como vítima de trata de seres humanos
- O consumo reiterado de substancias con potencial aditivo ou a execución doutro tipo de condutas aditivas de xeito reiterado por parte do ou da menor co consentimento ou tolerancia dos proxenitores
- Cando se produzan prexuízos graves a bebé que acaban de nacer causados por maltrato prenatal
- O risco para a saúde mental do ou da menor, a súa integridade moral e o desenvolvemento da súa personalidade debido ao maltrato psicolóxico continuado ou a falla de atención grave e crónica das súas necesidades afectivas ou educativas
- A ausencia de tratamento por parte dos proxenitores ou a falta de colaboración durante o mesmo, cando exista un trastorno mental grave ou consumo habitual de substancias con potencial aditivo ou outras condutas aditivas habituais
- O incumprimento ou o imposible ou inadecuado exercicio dos deberes de garda como consecuencia da grave deterioración do contorno ou das condicións de vida familiares, cando dean lugar a circunstancias ou comportamentos que prexudiquen o desenvolvemento do ou da menor ou da súa saúde mental
- A indución do ou da menor á mendicidade, á delincuencia ou prostitución ou calquera outra forma de explotación do ou da menor de similar natureza ou gravidade

- A ausencia de escolarización ou falta reiterada e non xustificada ao centro educativo e a permisividade continuada ou a indución ao absentismo escolar durante as etapas de escolarización obrigatoria
- Calquera outra situación gravemente prexudicial para o ou a menor, que se produza a causa do incumprimento ou dun imposible ou inadecuado exercicio da patria potestade, a tutela ou a garda, cando as consecuencias destas non poidan ser evitadas mentres permaneza no seu contorno de convivencia.

CONCEPTO DE **GRAVIDADE**: Fai referencia á intensidade ou severidade do dano sufrido polo ou pola menor nunha situación de abandono ou abuso, á dimensión da lesión ou da negligencia exercida contra o ou a menor e as consecuencias visibles nel ou nela, tomando en consideración os seguintes factores: tipo de dano, localización da lesión e nivel de vulnerabilidade do ou da menor. Pode resultar de utilidade a consulta de:

Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración. Región de Murcia. (2010) Instrumento para a valoración da gravidade das situacións de desprotección infantil. <https://www.carm.es/psocial/maltratoinfantil>

Este protocolo inclúe un anexo (I) que contén unha táboa de indicadores de maltrato físico, negligencia, maltrato psicolóxico, abuso sexual, risco/maltrato prenatal, e de indicadores na conduta dos pais/coiadores, que son de especial utilidade para detectar a presenza de situacións de desprotección do ou da menor.

RESPONSABILIDADES



Fonte: elaboración propia a partir da normativa en vigor

PROCEDEMENTO

- Calquera profesional (pediatra, persoal de enfermería, traballador ou traballadora social, matróon ou matrona...) poderá detectar na súa actividade diaria factores de risco ou indicadores de desprotección que fagan sospeitar ou evidencien unha situación que requira unha intervención a nivel preventivo, ou unha situación de risco ou de desamparo, e deberá quedar rexistrada esta información na historia clínica do ou da menor (atención primaria rexistrará en Episodio Z21, e atención hospitalaria rexistrará no episodio correspondente de hospitalización, urxencias ou consultas externas).
- O profesional que detecta o caso fará unha interconsulta/derivación á Unidade de Traballo Social, preferentemente a través de IANUS.
- O traballador ou a traballadora social correspondente comprobará se o ou a menor ten historia social. De tela, recuperará o expediente e senón, abriralle historia social ao ou á menor, e realizará a recollida e rexistro de información complementaria necesaria para realizar a valoración do caso.
- O traballador ou a traballadora social determinará, xunto co resto do equipo multidisciplinar, se se trata dunha situación de risco para o ou a menor, ou dunha sospeita ou de evidencia de desamparo. En caso de lesións psicofísicas, ofacultativo remitirá o correspondente parte de lesións ao xulgado de garda.
- No caso de detectarse factores de risco ou indicadores de situación de risco que, aínda que non se consideren desamparo, no caso de non intervención, fora probable que chegara a producirse, a Unidade de Traballo Social notificará o caso aos servizos sociais municipais e de saúde, se procede, e establecerase unha adecuada canle de coordinación, para o correcto seguimento e intervención.
- No caso de detectarse indicadores de risco prenatal, os servizos de saúde e o persoal sanitario deberanlle notificar esta situación á Administración pública competente, neste caso aos servizos sociais municipais así como ao Ministerio Fiscal. Tras o nacemento manterase a intervención co ou coa menor e a súa unidade familiar para que, se fose necesario, se declare a situación de risco ou desamparo do ou da menor para a súa axeitada protección.
- Ante a negativa dos proxenitores, titores, gardadores ou acolletores a prestar o consentimento respecto dos tratamentos médicos necesarios para salvagardar a vida ou a integridade física ou psíquica dun ou dunha menor, informarase a Dirección da EOXI que

inmediatamente poñerá tales situacións en coñecemento da autoridade xudicial, ben directamente ou a través do Ministerio Fiscal.

- Cando existan evidencias ou sospeita de desamparo, pero non exista risco vital ou necesidade de protección urxente, notificaráselle a situación ao Equipo Técnico do Menor (ETM), a través da folla de notificación, acompañada dun informe médico.
- Cando existan evidencias ou sospeita de desamparo, e o ou a menor precise de protección urxente, por estar a súa saúde ou seguridade ameazadas, remitirase de xeito urxente a situación ao ETM, a través da folla de notificación, acompañada dun informe médico, primeiro por fax e posteriormente por correo ordinario; é tamén aconsellable establecer contacto telefónico co ETM. En horario de tarde ou noite, ou durante a fin de semana, contactarase co 116111, e seguiranse as instrucións que se diten pola súa parte, e dende os SAP derivarase ao hospital, de ser necesario. Se o ou a menor está no hospital, valorarase manter o ingreso hospitalario ata que sexa posible a valoración por parte da UTS, ou, en caso contrario, contactar co 116111.
- O Equipo Técnico de Menores realizará unha valoración inicial do caso, e determinará, se é necesario, asumir a tutela do e da menor e establecerase unha correcta canle de coordinación e seguimento.
- Se o ou a menor está hospitalizado e o ETM decide non asumir a tutela, este ou esta poderá ser dado de alta cando o Servizo Médico o determine, informando sempre o ETM. En caso de que o ETM determine necesario asumir a tutela do ou da menor, remitirá á Unidade de Traballo Social a resolución de declaración de desamparo e asunción de tutela legal, da que se gardará unha copia na historia clínica do ou da menor. Notificaralle ao facultativo ou facultativa responsable a asunción da tutela por parte da Xunta.
- Contestación da folla de interconsulta/episodio en IANUS, na que quedará reflectida toda a intervención realizada.
- No caso de que os pais/titores intenten levar o ou a menor tutelado pola Xunta, o facultativo ou facultativa responsable notificará ao xulgado de garda, e de ser preciso, poderá requirir a intervención dos corpos de seguridade e comunicarlle a dita circunstancia á Dirección da EOXI.
- No momento en que o Servizo Médico determine que o ou a menor pode ser dado de alta hospitalaria, o traballador ou a traballadora

social informará o Equipo Técnico de Menores. A retirada do o da menor do hospital por parte do persoal do Equipo Técnico do Menor, realizarase con comunicación previa á Unidade de Traballo Social do persoal autorizado, mediante o Anexo III, que quedará arquivado na historia clínica do menor.

No momento da retirada do ou da menor, facilitaráselles aos técnicos e ás técnicas autorizados do Equipo de Menores os informes médicos de alta correspondentes.

- A notificación, tanto a servizos sociais municipais como ao Equipo Técnico de Menores, das posible situacións de risco ou de desprotección realizarase a través da folla de notificación (Anexo II), que se remitirá por fax e correo postal con rexistro de saída e unha copia quedará na historia clínica do ou da menor.

O protocolo inclúe dous fluxogramas onde se indica a secuencia de accións que se van desenvolver polos ou polas profesionais para as notificacións de posibles situacións de desprotección dende os centros de atención primaria e dende os hospitais á Administración e/ou servizos pertinentes, así como a canle para realizar estas notificacións.

MARCO NORMATIVO

- Código civil español
- Lei orgánica 1/2015, do 30 de marzo pola que se modifica o Código penal: Título VII bis e Título VIII
- Lei orgánica 1/96, do 15 de xaneiro, de protección xurídica do menor. (BOE do 17 de xaneiro de 1996)
- Lei 1/2000, do 7 de xaneiro, de axuízamento civil. (BOE do 8 de xaneiro de 2000)
- Decreto 42/2000, do 7 de xaneiro, polo que se refunde a normativa reguladora vixente en materia de familia, infancia e adolescencia. (DOG n.º 45 de 6 de marzo de 2000)
- Lei 2/2006, do 14 de xuño, de dereito civil de Galicia. (DOG n.º 124 do 29 de xuño de 2006)
- Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia. (DOG n.º 245 do 18 de decembro de 2008)
- Lei 3/2011, do 30 de xuño, de apoio á familia e á convivencia de Galicia. (DOG n.º 134 do 13/07/2011)

- Lei 26/2015, do 28 de xullo, de modificación do sistema de protección á infancia e á adolescencia. (BOE n.º 180 do 29 de xullo de 2015)

BIBLIOGRAFÍA

- Moreno Torres-Sánchez, Julieta (2015) Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Guía para profesionales y agentes sociales*. Recupera do de [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion del sistema de proteccion a la infancia y a la adolescencia.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion%20del%20sistema%20de%20proteccion%20a%20la%20infancia%20y%20a%20la%20adolescencia.pdf)
- Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude. Xunta de Galicia. (2010) *Guía para a detección do maltrato infantil*. Recuperado de: <http://benestar.xunta.es/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Guias/guiamaltrato2010.pdf>
- Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana (2012) *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Recuperado de [http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia_Intervencion Trabajo_Social_Sanitario.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia_Intervencion%20Trabajo_Social_Sanitario.pdf)
- Consellería de Traballo e Benestar. Dirección Xeral de Familia e Inclusión. (2013) *Guía de recursos do sistema de protección de menores*. Recuperado de http://benestar.xunta.es/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Guias/guia_menores_galego.pdf
- Observatorio de la Infancia (2014). Protocolo Básico de Intervención Contra el Maltrato Infantil: Recuperadodehttp://www.observatoriodelainfancia.mssi.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. (2014) Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalsevilla/images/docu/gestion sanitaria/areaasistencial/continuidadasistencial/docu/guiasdeactuacioncompartidas/distrito sevilla/Protocolo%20Maltrato%20Infantil%20consejera_v6.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalsevilla/images/docu/gestion%20sanitaria/areaasistencial/continuidadasistencial/docu/guiasdeactuacioncompartidas/distrito%20sevilla/Protocolo%20Maltrato%20Infantil%20consejera_v6.pdf)

ANEXO I – TÁBOAS DE INDICADORES	
INDICADORES FÍSICOS NO/A MENOR	INDICADORES COMPORTAMENTAIS DO/A MENOR
MALTRATO FÍSICO	
<p>01.Lesións cutáneo-mucosas, en forma de hematomas, contusións, equimose, feridas, pinchazos, laceracións, queimaduras, mordeduras, alopecia, coas seguintes características engadidas: Lesión non congruente coa causa referida. Múltiples ou presenza frecuente e reiterada de lesións. En distintos estadios evolutivos. Localización en zonas non habituais e non prominentes. A forma da lesión delata o obxecto co que se fixo.</p> <p>02.Lesións dentais non congruentes coa causa referida.</p> <p>03.Lesións osteoarticulares, en forma de fractura ou traumatismo osteoarticular coas seguintes características engadidas: Menores de 2 anos, sobre todo se a causa non é congruente. Múltiples, recurrentes e en distintos estadios evolutivos. Non congruente coa causa referida a calquera idade. Outras lesións asociadas suxerentes dalgún tipo de maltrato.</p> <p>04.Lesións internas, en forma de hemorrixias, hematomas, contusións, edemas ou rotura da viscera.</p>	<p>023.Cauteloso con respecto ó contacto físico con adultos.</p> <p>024.Móstrase aprensivo cando outros nenos/as choran.</p> <p>025.Mostra conductas extremas (agresividade ou rexeitamento extremos)</p> <p>026.Parece ter medo aos seus pais.</p> <p>027. Informa que o seu pai/nai lle causou alguna lesión.</p>
NEGLIXENCIA	
<p>05.Derivados dunha alimentación inaxeitada: Retraso no desenvolvemento psicomotor. Fallo global de desenvolvemento. Retraso no desenvolvemento puberal. Raquitismo. Anemias ou déficits de vitaminas ou oligoelementos</p> <p>06.Derivados dunha hixiene globalmente inaxeitada: Aspecto externo de abandono, suciedade global. Infestacións por parásitos. Infeccións cutáneas, gastrointestinais, respiratorias repetidas, boca catastrófica.</p> <p>07.Derivados da exposición a condicións ambientais inaxeitadas.</p> <p>08.Accidentes domésticos repetidos.</p> <p>09.Derivados da falta de atención ás enfermidades agudas ou crónicas, falla no cumprimento das recomendacións de prevención de enfermidades (vacinas, revisións de saúde para cribado de patoloxías, tratamentos preventivos en enfermidades crónicas como o asma, a diabetes...)</p>	<p>028.Participación en accións delictivas, como vandalismo, prostitución, drogadicción e alcolismo...</p> <p>029.Pide ou rouba comida.</p> <p>030.Dice que non hai ningún que o coide.</p> <p>031.Absentismo escolar; non cumpre os horarios, chega moi cedo ou se vai moi tarde.</p> <p>032.Conductas para chamar a atención.</p> <p>033.Conductas autogratificantes ou movementos autoestimulativos.</p> <p>034.Traballos inaxeitados para a súa idade.</p> <p>035.Inmadurez emocional, retraso madurativo global.</p>
MALTRATO PSICOLÓXICO	
<p>010.Retraso no desenvolvemento psicomotor</p> <p>011.Fallo de medo inorgánico</p> <p>012.Retrasos na adquisición de funcións madurativas: control de esfínteres, hábito de mastigar...</p>	<p>036.Parece excesivamente compracente, pasivo, nada esixente.</p> <p>037.Inhibido no xogo.</p> <p>025.É extremadamente agresivo, esixente ou rabioso.</p> <p>038.Mostra conductas extremadamente adaptativas, que son ou ben demasiado "de adultos" ou demasiado infantís.</p> <p>039.Retrasos no desenvolvemento físico, emocional e intelectual. Enanismo psicossocial: Retraso no crecemento e baixo peso, retraso psicomotor, retraso intelectual e cognitivo. Trastornos na expresión e o linguaxe, trastornos na regulación de esfínteres. Falta de sorriso e apatía, facciones avellentadas.</p> <p>040.Intentos de suicidio.</p> <p>041.Desconfianza hacia os adultos cando lle fan promesas ou ante actitudes positivas.</p> <p>042.Paradóxica reacción de fácil adaptación a desconocidos.</p> <p>043.Busca contactos físicos inapropiados.</p> <p>En nenos/as máis maiores:</p> <p>044.Síntomas depresivos, desconexión afectiva, síntomas ansiosos e compulsivos, trastornos psicómaticos.</p> <p>045.Conductas antisociais, conductas regresivas.</p> <p>046.Masturbación pública e/ou de forma excesiva, comportamentos autogratificantes.</p> <p>041.Desconfianza hacia os adultos cando lle fan promesas ou ante actitudes positivas.</p> <p>042.Paradóxica reacción de fácil adaptación a desconocidos.</p> <p>043.Busca contactos físicos inapropiados.</p> <p>038.Conductas extremas: demasiado "adultos" ou demasiado infantís.</p>
ABUSO SEXUAL	
<p>013.Signos externos:</p> <p>Se é aguda ou recente: roupa interior rasgada, con sangue, semen ou fluídos</p> <p>Dificultade para camiñar ou sentarse.</p> <p>Lesións cutáneas en cara interna dos muslos, rodillras, pubis, colo ou mamas.</p> <p>Sinais de loita na pel: petequias, marcas no colo.</p> <p>014.Nos xenitais:</p> <p>Calquer tipo de lesión: Hemorrixias, edemas, sinais de infección, feridas, hematomas, desgarras a nivel de vulva, vagina, labios, rexión perianal, e no varón, a nivel de pene ou zona anal. Presencia de corpos extraños en vagina ou recto.</p> <p>Dilatacións himeneais, rupturas de himen, sinequias himen.</p> <p>Dilatación anal, verrugas perianales, fisuras múltiples.</p> <p>015.Embarazo ao inicio da adolescencia con outros factores comportamentais asociados.</p> <p>016.Enfermidades de transmisión sexual, descartando que se hayan transmitido de forma perinatal.</p>	<p>047.Parece reservado, rexeitante ou con fantasías ou conductas infantís, incluso pode parecer que ten un retraso.</p> <p>048.Ansiedade, fobias.</p> <p>049.Ten escasas relación cos seus compañeiros.</p> <p>028.Comete acción delictivas ou fúgase.</p> <p>050.Manifesta conductas,coñecementos ou xogos sexuais extraños, sofisticados ou inusuais á súa idade.</p> <p>0.27.Dice que foi atacado por un pai/coidador.</p> <p>051.Pudor inexplicable e esaxerado ne exploración médica xenital.</p> <p>052.Exceso de interese ou de evitación no relativo a temas sexuais.</p> <p>053.Agresividade sexual hacia outros nenos/as; masturbación en lugares públicos.</p> <p>054.Trastornos no control de esfínteres que non existían: enuresis, encopresis.</p>
RISCO/MALTRATO PRENATAL	
<p>017.Prematuridade</p> <p>018.Retraso no crecemento intrauterino ou baixo peso.</p> <p>0.19.Síndrome de abstinencia a drogas.</p> <p>020.Fenotipo característico: Síndrome de alcobólico fetal.</p> <p>021.Enfermidades de transmisión vertical: HIV, Hep B y C.</p> <p>022.Sinais de sufrimento fetal por abandono no momento do parto.</p> <p>010.Retraso no desenvolvemento psicomotor.</p>	<p>0.55.Trastornos da conducta e do comportamento. Dificultades de aprendizaxe.</p>
INDICADORES NA CONDUCTA DOS PAIS/COIDADORES	
<p>056.Foi obxecto dalgún tipo de maltrato na súa infancia</p> <p>057.Falta de control médico durante o embarazo (menos de 5 visitas), falla de coitado físico na muller xestante; consumo abusivo de substancias con potencial adictivo durante a xestación; calquera outra acción propia da muller xestante ou de terceiros tolerada por ésta, que perxudique o normal desenvolvemento ou poida provocar enfermidades ou anomalías físicas, mentais ou sensoriais no recém nacido.</p> <p>058.Embarazo non desexado: solicitude inicial de aborto, adopción...</p> <p>059.Ausencia de cobertura sanitaria</p> <p>060.Monoparentalidade e falta de apoio sociofamiliar</p> <p>061.Situación económica precaria: desarrago, pobreza, marxinação...</p> <p>062.Problemas de vivenda: carencia, condicións deficientes, deterioro do entorno...</p> <p>063.Negativa a que se realicen visitas domiciliarias</p> <p>064.Aspecto descoidado, deixado ou falta de hixiene nos pais.</p> <p>065.Pais moi xóvenes ou inmaduros.</p> <p>066.Algún dos pais padece unha enfermidade mental.</p> <p>067.Abuso de drogas e/ou alcohol</p> <p>068.Dificultades de comprensión nos pais.</p> <p>069.Ludopatía nos pais.</p> <p>070.Antecedentes de declaración de situación de risco ou desamparo con outros fillos/as.</p> <p>&09.Violencia de xénero e/ou familiar.</p> <p>072.Os pais non acoden cando son citados</p>	<p>073.Cambios habituais de hospital, centro de saúde...</p> <p>074.Negativa a prestar consentimento respecto dos tratamentos médicos necesarios para salvagardar a vida ou integridade física ou psíquica do menor. Comportamento conflitivo durante as visitas médicas</p> <p>075.No ingreso hospitalario do/a fillo/a, non o visitan o suficiente.</p> <p>076.Non dan importancia á conducta detectada</p> <p>077.Intentan ocultar os indicadores físicos ou o causante.</p> <p>078.Non dan explicacións convincentes e congruentes.</p> <p>079.Non controlan o comportamento do/a neno/a nas visitas médicas.</p> <p>080.Disciplina demasiado rixida e autoritaria.</p> <p>081.Parece non preocuparse polo/a menor.</p> <p>082.Non prestan atención ao/a menor.</p> <p>083.Son extremadamente protectores.</p> <p>084.Eluden as súas responsabilidades parentais ou abandonan ao/a menor.</p> <p>085.Utilizan ao/a menor en tarefas inapropiadas á súa idade.</p> <p>086.Téñen unha imaxe moi negativa do/a menor.</p> <p>087.Expectativas non realistas sobre o/a menor.</p> <p>088.Desprecian, rexeitan ou culpan ao/a menor.</p> <p>089.Non manifestan afecto hacia o/a menor.</p> <p>090.Excesiva ansiedade ante a crianza.</p>

ANEXO 2: FOLLA DE NOTIFICACION DE DESPROTECCIÓN INFANTIL		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DO/A MENOR		
NOME	APELIDOS	<input type="checkbox"/> HOME DATA NACEMENTO <input type="checkbox"/> MULLER
ENDEREZO	LOCALIDADE	PROVINCIA
COBERTURA SANITARIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		CENTRO DE SAÚDE:
Nº TARXETA SANITARIA:		PEDIATRA:
DATOS DOS PROXENITORES		
NAI:	PAI:	
TELÉFONO:	TELÉFONO:	
ENDEREZO:	ENDEREZO:	
MOTIVO DE ATENCIÓN :		
<input type="checkbox"/> SOSPEITA <input type="checkbox"/> EVIDENCIA <input type="checkbox"/> SITUACIÓN DE RISCO <input type="checkbox"/> DESAMPARO <input type="checkbox"/> NEGLIXENCIA <input type="checkbox"/> RISCO/MALTRATO PRENATAL <input type="checkbox"/> MALTRATO PSICOLÓXICO <input type="checkbox"/> TRATA DE SERES HUMANOS <input type="checkbox"/> DELITO CONTRA A LIBERDADE/INDEMNIDADE SEXUAL <input type="checkbox"/> EXPLOTACIÓN <input type="checkbox"/> CORRUPCIÓN <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> MALTRATO FÍSICO		
INDICADORES OBSERVADOS (Ver reverso)		
OUTROS INDICADORES OU OBSERVACIÓNS A DESTACAR		
MENOR ESCOLARIZADO: <input type="checkbox"/> NON PROCEDE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI CENTRO ESCOLAR:		
ANTECEDENTES EN SS.SS. DE REFERENCIA <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI CENTRO DE SS.SS. DE REFERENCIA:		
QUEN ACOMPAÑA AO/Á MENOR:		
OUTROS:		
SITUACIÓN SOCIO SANITARIA		
INSTANCIA Á QUE SE NOTIFICA		
<input type="checkbox"/> CENTRO DE SERVIZOS SOCIAIS MUNICIPAIS <input type="checkbox"/> XERENCIA EOXI LUGO, CERVO E MONFORTE DE LEMOS <input type="checkbox"/> MINISTERIO FISCAL <input type="checkbox"/> SERVIZO DO MENOR - XEFATURA TERRITORIAL DA CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL		
PARTE DE LESIÓNS Ó XULGADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		
DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA Á NOTIFICACIÓN		
<input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO <input type="checkbox"/> INFORME SOCIAL COMPLEMENTARIO <input type="checkbox"/> OUTROS		
DATOS DA NOTIFICACIÓN		
CENTRO SANITARIO:		
TRABALLADOR/A SOCIAL:	Nº COL.:	
TELEFONO DE CONTACTO:	E-MAIL:	
DATA:		
ASDO.:	SELO:	

O VALOR ENGADIDO DO TRABALLO SOCIAL NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA- HOSPITAL DE OZA

Luisa Andaluz Corujo
Maira Vilar Pumares

Traballadoras sociais do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña
luisa.andaluz.corujo@sergas.es
maira.vilar.pumares@sergas.es

RESUMO:

O artigo seguinte presenta a posición do traballo social e o valor engadido deste dentro do equipo da Unidade de Cuidados Paliativos, con dúas dimensións importantes, a intervención social directa a pacientes e familias e a información xestión e tramitación de recursos necesarios para resolver os múltiples problemas sociais ao final da vida. Preséntanse unha parte dos datos analizados polo Servizo de Traballo Social no período de dous anos do 1 de xaneiro de 2015 ao 31 de decembro de 2016.

PALABRAS CLAVE:

Traballo social, cuidados paliativos, valor engadido, intervención social.

RESUMEN:

El artículo siguiente muestra la posición del trabajo social y el valor añadido del mismo dentro del equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos, con dos dimensiones importantes, la intervención social directa a pacientes y familias y la información, gestión y tramitación de recursos necesarios para solucionar los múltiples problemas de salud al final de la vida. Se presentan una parte de los datos analizados por el Servicio de Trabajo Social en el Período de dos años, del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2016.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo social, cuidados paliativos, valor añadido, intervención social.

ABSTRACT:

In the following paper we try to show both the value added by the Social Work Service in the Palliative Care Unit and its location inside the team. We do that from two perspectives: the direct social intervention with patients and families and the information, together with management and processing of the needed resources to solve the several health problems at the end of the life. We present a two-years -from Jan, 1st, 2015 to December, 31st, 2016- subset of the data analysed by the Social Work Service.

KEYWORDS:

Social work, palliative care, mark-up, social intervention.

1. INTRODUCCIÓN

O posicionamento do Traballo Social na Unidade de Coidados Paliativos existe no Complexo Hospitalario da Coruña dende hai máis de 20 anos. Polo tanto a inclusión no equipo xa está inicialmente claramente xustificada, aínda que no ámbito sanitario e hospitalario, o noso traballo segue sendo un exercicio continuo e dinámico nos equipos e na propia organización.

Na actualidade e dende hai un ano, o hospital tivo en conta a proposta realizada polo servizo e facilita unha habitación individual para cada paciente coa conseguinte mellora do traballo diario para todos os profesionais. Non podemos esquecer o espectacular contorno do hospital, nun edificio de dúas plantas, con saída a un xardín terapéutico, vistas ao mar nun contorno natural e humanizado.

O artigo que te propós ler, recolle o traballo diario no servizo e as posibilidades de mellora e integración do traballo social sanitario no ámbito dos cuidados paliativos.

2. AS PORTAS DE ENTRADA

Os pacientes chegan á unidade procedentes doutros servizos do hospital, derivados dos médicos de atención primaria e derivados de centros residenciais.

A intervención do traballador social vén provocada polo propio programa de cuidados paliativos, a través das reunións de equipo e derivados por cada un dos profesionais do equipo de traballo. Así mesmo, directamente da familia, doutros traballadores sociais sanitarios, especializados, do terceiro sector, dos servizos sociais etc. e unha longa e interminable listaxe de persoas que demandan a nosa atención.

3. O QUID DA CUESTIÓN

A intervención do traballador ou traballadora social na unidade, ten varias vertentes e moitas xestións que se nomean a continuación. Estas non están organizadas por importancia, entendendo que cada paciente/familia/rede social en cuidados paliativos, é única e irrepetible, e a súa demanda é a máis importante das que se poden facer, polo tanto cada vez que se realiza unha intervención, debemos posicionarnos na total individualidade.

Segundo consta na bibliografía de referencia, e na Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais en Galicia, todas as dimensións estudadas en Cuidados Paliativos para valorar a calidade de vida, as cales son o benestar físico, psicolóxico, socioeconómico e espiritual, van tomando importancia ao longo da enfermidade avanzada e complexa cunha orde personalizada, onde unha vez resolta unha dimensión, xoga un papel determinante outra, facendo círculos concéntricos na importancia da atención.

Na intervención na área social, temos en conta dende a atención na dignidade, aqueles aspectos que crean un malestar social de calquera índole (económica, material, humana, de exclusión, de soidade, distrés na familia e rede social de apoio, insatisfacción etc.), anteriores á enfermidade e reafirmados por esta ou producidos como consecuencia dela.

Desde o traballo social a espiritualidade trabállase, mellorando, aumentado ou respectando a autonomía do paciente, as expresións de afecto; o contacto humano, facilitando a oportunidade de localización de persoas queridas que quedaron no esquecemento e respectando aquelas conviccións persoais das persoas, dende a cordialidade que nos dá o quefacer profesional na intervención directa co usuario. A espiritualidade é no noso entender, o valor máis transversal de todos os membros do equipo, traballo artesanal, pouco cuantificable, e cun valor engadido inmedible.

3.1 O ÁMBITO SOCIAL, O QUE SE VE E SE PODE MEDIR

É cotián observar no enfermo gran cantidade de “perdas” que se deben de afrontar, a máis evidente é a perda funcional e moitas veces a necesidade inherente dunha terceira persoa; perdas laborais, de nivel adquisitivo, das actividades diarias, das relacións sociais, dos ideais e plans de futuro... ao mesmo tempo a familia afronta a perda dun xeito emocional e xorden gran variedade de dúbidas, preocupacións de futuro, de información, de comunicarse co enfermo, cos demais membros da familia e coa rede de apoio.

A actitude profesional debe ser aberta e receptiva e coa presenza do respecto e do afecto.

3.1.1. INTERVENCIÓN SOCIAL

Dentro da propia intervención social, intervimos maioritariamente dende 3 aspectos definidos:

- a) Acompañamento individualizado
- b) Información e asesoramento e tramitación
- c) Planificación da alta hospitalaria
 - a) Acompañamento individualizado
 - Pedindo permiso e dando as grazas
 - Con calidade e cordialidade
 - Seguindo o ritmo vital de cada usuario
 - b) Información, orientación e tramitación:
 - Reorganización de roles
 - Información a outros membros da rede
 - Coidados á alta
 - Traballo no dó
 - Traballo cos sentimentos do enfermo e familia
 - Potenciar a participación en todo o proceso, incluído o rito funerario
 - Cobertura de necesidades básicas, incluído o rito funerario
 - Solicitude de prestacións, xestión de servizos e prestacións sociais, económicas e sociosanitarias. (domiciliarias e externas) (estancia temporal, valoración de dependencia, axuda no fogar de libre concorrencia...) (incapacidades, incapacitacións, discapacidade...)
 - c) Planificación da alta
 - Aparición de novas demandas familiares

3.1.2 OUTROS PROGRAMAS

- a) Voluntariado
- b) Programa PADSS
- c) Axudas técnicas
- d) Formación e investigación

- a) **Voluntariado:** o Servizo de Coidados Paliativos xunto co Servizo de Traballo Social facilita un servizo de acompañamento a través de voluntariado formado para o acompañamento de persoas e familias en situación de enfermidade avanzada e complexa.
- b) **Programa PADSS:** o Servizo de Traballo Social e o Concello da Coruña, coordinan un programa de atención domiciliaria inmediata unha vez que se produce a alta hospitalaria a pacientes en situación de enfermidade avanzada de complexa.
- c) **Axudas técnicas:** o Servizo de Traballo Social dispón dun banco de axudas técnicas para facilitar o préstamo de material ortoprotésico a aquelas persoas en situación de reorganización e acomodación da súa contorna.
- d) **Formación e investigación:** o Servizo de Traballo Social participa na formación docente de alumnos dos graos de Traballo Social da Universidade de Santiago e Universidade de Vigo. Participa na formación doutros profesionais do ámbito sanitario en formación básica en coidados paliativos e en formación a persoal referente de atención primaria en coidados paliativos.

Participación en xornadas e congresos.

4. ALGÚNS DATOS RELEVANTES

Investigación en Traballo Social e Coidados Paliativos*

*notas das autoras: os datos presentados na comunicación oral en novembro de 2016, eran una aproximación dos datos que presentamos neste artigo.

4.1 TÉCNICA DE RECOLLIDA DE DATOS

Para a obtención da información relativa aos pacientes e aos seus familiares obxecto deste estudo, recorreuse a dous soportes informáticos:

1. **Aplicativo Clínica-** Trátase dunha aplicación informática propia do CHUAC onde se recolle toda a información básica dos pacientes que utilizan algún dispositivo sanitario: sexo, idade, duración da hospitalización, ingresos e reingresos, procedencia e derivación sanitaria etc.

2. **Aplicativo ASIS - Programa** propio do Servizo de Traballo Social do CHUAC, onde é vertida a información, previamente recollida no protocolo REDISS, de carácter social como: indicadores de risco, nivel de autonomía nas ABVD, situación de convivencia, valoración social etc.

4.2 RESUMO DO TRABALLO DE CAMPO E TRATAMENTO DE DATOS

Trátase dun estudo observacional descritivo de carácter retrospectivo. A recollida de datos prodúcese ao longo de dous anos, entre o 01/01/2015 e o 31/12/2016 en pacientes ingresados no Hospital de Oza nas unidades de Cuidados Paliativos e Cuidados Continuos (longa estancia). Os ditos datos foron recompilados a través dos aplicativos sinalados, Clínica e ASIS.

O tratamento dos datos levouse a cabo nos meses de febreiro e marzo de 2017. Unha vez obtidos os resultados, a interpretación e a análise dos resultados leváronse a cabo nos meses de abril e maio. Para o baleirado e tratamento dos datos utilizouse no programa informático Excel.

4.3 PRESENTACIÓN, ANÁLISE E INTERPRETACIÓN DOS RESULTADOS

- Datos sociodemográficos

1. Distribución dos pacientes por rango de idade segundo o sexo

Táboa 1

IDADE	HOME		MULLER		TOTAL			
	N	% V	% H	N	% V	%H	N	%
Menores de 18 anos	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00
De 18 a 24 anos	0	0,00	0,00	1	0,40	100,00	1	0,21
De 25 a 34 anos	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00
De 35 a 44 anos	5	2,20	62,50	3	1,20	37,50	8	1,68
De 45 a 54 anos	13	5,75	48,14	14	5,60	51,85	27	5,67
De 55 a 64 anos	30	13,27	69,77	13	5,20	30,23	43	9,03
De 65 a 74 anos	40	17,69	54,05	34	13,60	45,95	74	15,55
De 75 a 80 anos	54	23,89	58,06	39	15,60	41,94	93	19,54
Maiores de 80 anos	84	37,20	36,52	146	58,40	63,48	230	48,32
TOTAL	226	100,00	47,48	250	100,00	52,52	476	100,00

Fonte: Elaboración propia

Do total de pacientes atendidos podemos observar que o número de pacientes se incrementa en progresión conforme aumenta o tramo de idade e son practicamente inexistentes os pacientes que ingresan na Unidade de Coidados Paliativos menores de 44 anos, (que representan tan só o 1,89 %) e incrementase enormemente a partir dos 75 anos e máis (chega a supoñer o 67,86 % do total).

Estes datos corresponden *a grosso modo* co ciclo de vida normal, onde en idades novas non son frecuentes as enfermidades dexenerativas ou crónicas pero estas vanse incrementando en etapas da vida adulta e máis na ancianidade.

Valoración social

Situación de convivencia previa ao ingreso hospitalario

Un factor importante na valoración social do paciente é coñecer con quen convive previamente ao ingreso hospitalario. Este factor xunto coa autonomía funcional do paciente vai resultar fundamental á hora de determinar se no momento da alta é posible que a persoa regrese ao seu contorno habitual ou sexa necesario xestionar algún dispositivo ou recurso para a súa saída do hospital.

Táboa 2

CONVIVENCIA PREVIA AO INGRESO	N.º	%
Só	94	19,75
Con cónxuxe	87	18,28
Con fillos	103	21,64
Con cónxuxe e fillos	49	10,3
Con pais	12	2,52
Con familia extensa	44	9,24
Centro residencial	63	13,23
Con amigos	6	1,26
Con coidador privado	3	0,63
Centro de acollida	1	0,21
Non consta	14	2,94
Total	476	100,00

Fonte: Elaboración propia

Situación de convivencia posterior ao ingreso hospitalario

Táboa 3

CONVIVENCIA POSTERIOR AO INGRESO	N.º	%
Só	23	4,83
Con cónxuxe	37	7,77
Con fillos	67	14,08
Con cónxuxe e fillos	31	6,51
Con pais	8	1,68
Con familia extensa	30	6,31
Centro residencial	74	15,55
Centro sociosanitario	18	3,78
Con amigos	1	0,21
Con cuidador privado	1	0,21
Estancia temporal en residencia	3	0,63
Centro de acollida	2	0,42
Hospital	4	0,84
Exitus	175	36,76
Non consta	2	0,42
Total	476	100,00

Fonte: Elaboración propia

Posteriormente ao ingreso hospitalario a situación de convivencia cambia para unha importante porcentaxe dos pacientes. O dato máis destacable é o importante porcentaxe de pacientes que falecen durante a hospitalización, máis dun terzo do total de pacientes ingresados na unidade de cuidados paliativos (36,76 %).

Os principais cambios que podemos observar é que se reducen drasticamente as persoas que viven soas que pasan dun 19,75 % a un 4,83 % o que resulta lóxico dada a necesidade de cuidados das persoas que se atopan na etapa final da vida. E tamén se reduce de forma importante a convivencia nun contorno familiar (con cónxuxe, fillos...), que pasa dun 61,98 % a un 36,35 %.

Outro dato significativo é que, contra o que a lóxica nos levaría a pensar -coidados complexos non asumibles no domicilio e que, polo tanto, serían pacientes candidatos a ingresar en centro residencial- non se incrementa o número de pacientes que conviven nun centro residencial de forma moi significativa, tan só se incrementa do 13,23 % ao 15,55 %. Non obstante, temos que facer unha precisión á hora de analizar este dato. Hai que ter en conta que os pacientes que proceden de centro residencial non son exactamente os mesmos que regresan a centro residencial á alta hospitalaria. Parte dos pacientes que proceden de centro residencial falecen durante a hospitalización, e en moitas ocasións son outros pacientes que previamente tiñan outro tipo de convivencia os que pola complexidade dos coidados ou imposibilidade familiar de asumilos á alta trasládanse a centro residencial.

Ademais, aparece unha nova alternativa de convivencia, centro sociosanitario, que se trata dun recurso de media estancia conveniado co CHUAC.

Durante o período dos dous anos a que se refire este estudo, foron trasladados a este centro sociosanitario no momento do alta hospitalaria 18 pacientes, que representan un 3,78 % do total.

Recoñemento de dependencia

Táboa 4

RECOÑEMENTO DE DEPENDENCIA	N.º	%
Si	90	18,91
Non	197	41,39
A trámite	22	4,62
Non procede	167	35,08
Total	476	100,00

Fonte: Elaboración propia

Outro dos elementos que configuran a valoración social é se o/a paciente conta ou non co recoñemento de dependencia. Dado que na actualidade para acceder á gran maioría das prestacións públicas é preciso dispoñer do dito recoñemento. Para o traballador social que intervéen desde a Unidade de Coidados Paliativos é un dato de grande importancia na valoración social, xa que pode determinar o acceso a un servizo/prestación con maior ou menor prontitude.

Dos datos observados, é destacable que hai unha maioría de pacientes que non dispoñen do recoñecemento de dependencia 41,39 %. Tamén pódese observar no valor “no procede” un importante número de casos 35,08 %. Estes datos teñan a súa explicación, non hai que esquecer que moitas enfermidades crónicas non limitan en exceso a autonomía funcional do paciente ata fases moi avanzadas de enfermidade. Co que sería lóxico que non iniciasen os trámites do dito recoñecemento.

Diagnósticos sociais

Táboa 5

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS SOCIAIS	N.º	%
Familia normofuncionante que asume cuidados	242	19,9
Carencia de rede de apoio social e familiar que asuma a atención do paciente	45	3,7
Falta de capacidade persoal para a xestión do autocoidado	96	7,89
Falta de capacidade/habilidades da persoa cuidadora/familia para o coidado	32	2,63
Dificultade da rede familiar para facerse cargo dos cuidados	82	6,74
Angustia ante a alta hospitalaria	112	9,21
Persoa soa sen rede familiar	16	1,32
Persoa sen vínculos familiares ou relacións familiares deterioradas	31	2,55
Sobrecarga ou estrés da persoa cuidadora principal	184	15,13
Claudicación familiar	110	9,05
Economía deficitaria para abordar as necesidades de coidado	60	4,93
Carencia de ingresos que imposibilita afrontamento de necesidades básicas	5	0,41
Vivenda non reúne condicións adecuadas ás necesidades de cuidados	9	0,74
Vivenda en estado ruinoso non reúne condicións adecuadas de habitabilidade	7	0,58
Situación de exclusión social grave (senfogarismo...)	5	0,41
Multiproblemática social	48	3,95
Desorganización familiar para afrontar a situación	21	1,73
Síndrome de Dióxenes/Crátés e Hiparquía	49	4,03
Síndrome de Imerio	1	0,08
Outros	61	5,02
TOTAL	1216	100,00

*NOTA: resposta múltiple Fonte.: Elaboración propia

Tras iniciar o tratamento e intervención coas familias chégase a unha serie de diagnósticos sociais sobre cada paciente. Poderíamos dicir que cada un destes ítems son diagnósticos parciais que contribúen a realizar o diagnóstico social global.

Polo tanto, sobre un mesmo paciente pódese realizar máis dun diagnóstico parcial.

Vemos na táboa anterior que sobre os 476 pacientes ingresados obtivéronse un total de 1216 valoracións diagnósticas. A normalidade, no sentido da maioría dos casos, encontrámola en familias normofuncionantes, con capacidade para asumir a situación e coidados do paciente. Do total de 1216 valoracións diagnósticas un 19,9 % correspóndense con esta categoría.

A seguinte valoración diagnóstica maioritaria é “sobrecarga o estrés do coidador ou coidadora principal”, cun 15,13 %. Este factor diagnóstico é moi habitual nos coidadores. É moi importante a detección precoz da sobrecarga familiar e a intervención.

En terceiro e cuarto lugar atopamos dous factores diagnósticos estreitamente relacionados, por un lado a anguria ante a alta hospitalaria 9,21 % e por outro lado a claudicación familiar 9,05 %.

Recursos asistenciais sobre os que se informou/asesorou e recursos asistenciais tramitados.

Táboa 6

PROGRAMAS E RECURSOS ASISTENCIAIS	INFORMACIÓN		XESTIÓN		TOTAL			
	N.º	% V	% H	N.º	% V	% H	N.º	%
Comida a domicilio	6	0,86	85,71	1	0,38	14,29	7	0,73
Axuda a domicilio temporal (PADSS)	36	5,16	78,26	10	3,82	21,74	46	4,79
Axuda a domicilio pública de carácter permanente	87	12,46	83,65	17	6,49	16,35	104	10,83
Estancia temporal en residencia (pública/privada)	27	3,87	75,00	9	3,43	25,00	36	3,75
Centro residencial público	93	13,32	72,66	35	13,36	27,34	128	13,33
Centro residencial privado/iniciativa social	81	11,60	68,64	37	14,12	31,36	118	12,29
Centro sociosanitario	38	5,44	64,40	21	8,02	35,60	59	6,15
Hospitalización a domicilio	2	0,29	66,67	1	0,38	33,33	3	0,31
Centro de día	6	0,86	75,00	2	0,76	25,00	8	0,83
Coidadora privada/Axuda a domicilio privada	65	9,31	87,84	9	3,44	12,16	74	7,71
Teleasistencia	4	0,57	100,00	0	0,00	0,00	4	0,42
Dispositivos de aloxamento alternativo	8	1,15	72,73	3	1,15	27,27	11	1,15
Comedor social/Cociña económica	3	0,43	60,00	2	0,76	40,00	5	0,52
ONG: Cáritas, Cruz Vermella, AECC...	9	1,29	60,00	6	2,29	40,00	15	1,56
Equipo de Atención Psicosocial PEA	49	7,02	50,52	48	18,32	49,48	97	10,10
Sistema de Dependencia	157	22,50	76,58	48	18,32	22,32	205	21,35
Certificado de Discapacidade	7	1,00	70,00	3	1,15	30,00	10	1,04
Prestacións económicas Mellora/cambio de vivenda, eliminación de barreiras	5	0,72	71,43	2	0,76	28,57	7	0,73
Outras	10	1,43	62,50	6	2,29	37,50	16	1,67
TOTAL	698	100,00		262	100,00		960	99,9

*NOTA: resposta múltiple Fonte.: Elaboración propia

No caso dos recursos asistenciais trátase novamente dunha cuestión de resposta múltiple, polo que cada paciente pode ser informado ou que se lle tramite máis dun recurso deste tipo.

Entre os servizos/recursos sobre os que se presta información estaría en primeiro lugar o sistema de recoñecemento de dependencia e todo o que isto comporta (22,50 %). Nunha lectura horizontal da táboa en relación co sistema de dependencia podemos ver que a “información” supón o 76,58 % das intervencións fronte ao 22,32 % que supón a xestión.

En segundo lugar estaría o servizo de axuda no fogar que supón de forma conxunta (PADSS, axuda no fogar pública e axuda a domicilio/coidadora privada) o 26,93 % dos servizos sobre os que se presta información.

En terceiro lugar encontraríamos o Servizo de Atención Residencial que de xeito conxunto (centro residencial público e privado) supón o 24,92 % dos servizos sobre os que se presta información. En ambos os casos, nunha lectura horizontal da táboa podemos observar que do total de pacientes informados xestiónaselles o dito servizo a aproximadamente unha terceira parte (centro residencial privado 31,36 % e centro residencial público 27,34 %).

Recursos de soporte sobre os que se informou/asesorou e recursos de soporte tramitados

Táboa 7

PROGRAMAS DE SERVICIOS DE SOPORTE	INFORMACIÓN			XESTIÓN			TOTAL		
	N.º	% V	% H	N.º	% V	% H	N.º	%	
Voluntariado no hospital	158	14,16	50,16	157	15,33	49,84	315	14,75	
Apoio psicossocial	332	29,75	50,08	331	32,32	49,92	663	31,04	
Coordinación á alta hospitalaria	245	21,95	51,80	228	22,26	48,20	473	22,14	
Funcionamento servizos sanitarios	71	6,36	50,00	71	6,93	50,00	142	6,65	
Seguimento servizos Comunitarios	100	8,96	54,05	85	8,30	45,95	185	8,66	
Seguimento atención primaria de saúde	92	8,24	57,86	67	6,54	42,14	159	7,44	
Tratamento rede drogodependencias	2	0,18	66,67	1	0,10	33,33	3	0,14	
Axudas técnicas (cama articulada, cadeira de rodas...)	64	5,73	58,18	46	4,49	41,82	110	5,15	
Recursos aloxamento (pensións...)	4	0,36	80,00	1	0,10	20,00	5	0,23	
Programa "senfogarismo"	5	0,45	55,56	4	0,40	44,44	9	0,42	
Fiscalía/xulgado	5	0,45	55,56	4	0,40	44,44	9	0,42	
Documentación identificativa persoal	5	0,45	62,50	3	0,30	37,50	8	0,37	
Xestión sepelio	16	1,43	57,14	12	1,17	42,86	28	1,31	
Xestión de roupeiro (útiles aseo, calzado, roupa...)	7	0,63	53,85	6	0,58	46,15	13	0,61	
Outros	10	0,90	55,56	8	0,78	44,44	18	0,66	
TOTAL	1116	100,00		1024	100,00		2140	99,99	

*NOTA: resposta múltiple Fonte.: Elaboración propia

Os denominados “recursos de soporte” van referidos a aqueles servizos/ prestacións que non tratan propiamente de acceder a un recurso ou prestación senón doutro tipo de servizos, por expresalo dalgún xeito menos “tanxible”; pero tamén fundamentais de cara a planificar a alta hospitalaria. Neste caso de novo trátase de cuestión de resposta múltiple, polo que cada paciente pode ser informado ou que lle sexa tramitado máis dun recurso deste tipo.

Derivación social no momento da alta Táboa 8

DERIVACIÓN SOCIAL PACIENTES	N.º	%
Ingreso en residencia pública	26	5,46
Exitus no hospital	175	36,76
Estancia temporal de residencia asistida	4	0,84
Traslado interno (de urxencia a planta ou entre plantas)	7	1,47
Atendido directamente por Axuda a domicilio do Concello	7	1,47
Derivada a T.S. de atención primaria de saúde	41	8,62
Derivación a Servizos Sociais de base	3	0,63
Centro/Casa de acollida	2	0,42
Traslado a outro hospital	1	0,21
Ingreso en residencia privada	45	9,45
Refuxio/Albergue	1	0,21
Traslado a centro sociosanitario concertado carácter temporal	18	3,78
Ingreso en centro de día	1	0,21
Axuda a domicilio temporal	5	1,05
Derivación activa a T.S. servizos sociais de base	31	6,52
Cobertura por parte da familia	103	21,64
Hospitalización a domicilio	6	1,26
Total	476	100,00

Fonte: Elaboración propia

O momento da alta social pode coincidir ou non coa alta hospitalaria. A alta social é o momento no que se finaliza a intervención co paciente e/ou familia por parte do traballador social.

Entre o 01/01/2015 e o 31/012/2016 do total de pacientes ingresados no servizo de coidados paliativos faleceron durante a hospitalización un 36,76%.

En segundo lugar estaría a asunción de coidados por parte da familia, situación que se dá nun 21,64 % dos pacientes.

No extremo contrario, son mínimas as derivacións a servizos como centros de acollida/albergues que requiren os usuarios para o seu acceso un importante nivel de autonomía persoal, da que non adoitan gozar estes pacientes.

5. A PORTA DE SAÍDA

Dende a unidade, e na medida que sexa posible intentamos que o paciente en situación de enfermidade avanzada e complexa, regrese ao seu medio anterior, sexa domiciliario, residencial ou de calquera índole.

Facilitamos as saídas/permisos temporais que precisen e adaptámonos aos tempos de paciente e familia.

Identificamos a claudicación familiar, a falta de habilidades para o coidado das familias/coidadores, a necesidade de cambio de recurso utilizado previamente..., ou reorganizando a nova atención ao paciente.

Potenciamos, na medida do posible que a alternativa á alta sexa a preferida polo paciente, ao poñer ao alcance de todas as persoas e familias ingresadas, as posibilidades públicas ou privadas existentes.

6. CONCLUSIÓNS

As reflexións e os plans de mellora que xorden unha vez analizados os datos e do traballo diario segundo as autoras son:

- Os traballadores sociais debemos de propoñer alternativas de prestacións sociais básicas a pacientes no final da vida, que se saían da normativa do procedemento administrativo común, alternativas que deben de ser transversais tanto desde o ámbito da saúde como dos servizos sociais.
- Unha minoría da poboación utiliza os servizos de paliativos dos hospitais de agudos, polo que se deberán de buscar fórmulas para a detección dos ditos pacientes en todos os ámbitos, incluído o sociosanitario.

- A formación continua dos profesionais de traballo social na intervención en cuidados paliativos deberá de reforzarse en todos os ámbitos.
- A sensibilidade, madurez, responsabilidade, profesionalidade e sentido do humor, debe de ser un factor importante nos e nas profesionais do traballo social que traballen en cuidados paliativos.
- Unha intervención social profesionalizada no final da vida enriquece a satisfacción persoal e profesional dos traballadores e traballadoras sociais.

7. BIBLIOGRAFÍA

- San Martín, Juan (2016). *Medicina Paliativa. Libro del Curso de Especialista en Cuidados Paliativos*.
- Plan galego de cuidados paliativos (2007). Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Sergas. Santiago de Compostela.
(<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-277.pdf> Consultado 08 de marzo de 2017).
- ITUARTE TELLAECHÉ, Amaya (Coord.).2017 “Prácticas del trabajo social clínico”. Nau Libres.
- Masfret, D. C. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (47), 109-119.
- Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais. DOG núm. 133, do 16 de xullo.

INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE APOIO SOCIOTERAPÉUTICOS DIRIXIDOS A COIDADORES/AS DE PERSOAS DEPENDENTES DENDE A ATENCIÓN PRIMARIA DE SAÚDE

M^a Emilia Martínez

Traballadora Social do Centros de Saúde «NOVOA SANTOS-CARBALLEIRA» EN OURENSE.

RESUMO:

Despóis de recibir unha formación específica a través dun curso para traballar con grupos de apoio impartido dende o Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia, durante os anos 2007, 2008, 2009 e 2015 no meu lugar de traballo puxéronse se en marcha catro grupos de apoio socioterapéutico dirixidos a cuidadores/as de persoas dependentes.

Neste artigo ademáis de definir o que son estes grupos descríbese:

- As funcións do traballador social nos mesmos.
- Os obxectivos do proxecto.
- O perfil dos cuidadores.
- O apoio co que contaban estes cuidadores.
- A metodoloxía da intervención.
- Temas e desenvolvemento das sesións de grupo.
- A avaliación.

Finalmente fago unha breve análise, conclusión e reflexión sobre a intervención grupal levada a cabo durante estes anos.

PALABRAS CLAVE:

Grupo, apoio socioterapéutico, cuidadores/as, sesións de traballo, traballo social, dependentes.

RESUMEN:

Después de recibir una formación específica a través de un curso para trabajar con grupos de apoyo impartido desde el Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia, durante los años 2007, 2008, 2009 y 2015 en mi lugar de trabajo se pusieron en marcha cuatro grupos de apoyo socioterapéutico dirigidos a cuidadores/as de personas dependientes.

En este artículo, además de definir lo que son estos grupos se describe:

- Las funciones del trabajador social en los mismos.
- Los objetivos del proyecto.
- El perfil de los cuidadores.
- El apoyo con el que contaban estos cuidadores.
- La metodología de la intervención.
- Temas y desarrollo de las sesiones de grupo.
- La evaluación.

Finalmente hago un breve análisis, conclusión y reflexión sobre la intervención grupal llevada a cabo durante estos años.

PALABRAS CLAVE:

Grupo, apoyo socioterapéutico, cuidadores/as, sesiones de trabajo, trabajo social, dependientes.

ABSTRACT:

Having taken part in a specific training course focused on support groups organised by the Galician Association of Social Workers, I had the chance to cooperate with four social and therapeutic support groups for carers of dependent people created at my workplace, in 2007, 2008, 2009 and 2015.

Apart from defining the nature of this groups, this article describes:

- The functions of the social worker in each group.
- The project goals.
- The carers' profiles.
- The support carers were receiving in each case.

- The methodology of the intervention.
- The topics dealt with and the development of the group sessions.
- The assessment.

Finally, I have included a brief analysis, a reflection and a conclusion regarding my group interventions over the last years.

KEYWORDS:

Group, social and therapeutic support, carers, working sessions, social work, dependent people.

INTRODUCCIÓN

O centro de saúde de Chantada conta cunha poboación principalmente pertencente ao medio rural e envellecida, con algunhas dificultades para o acceso a determinados servizos.

Tradicionalmente as familias deste concello levan asumindo o coidado das persoas dependentes através do chamado « apoio informal». Esta función recaíu e recae, case en exclusiva, nas mulleres do núcleo familiar sendo o perfil tipo unha muller con idade media comprendida entre os 35 e os 80 anos, co-residente co enfermo e que presta os seus coidados un número variable de horas durante os sete días da semana.

A insuficiencia de medidas de apoio institucional así como as transformacións sociais que debilitan as capacidades de resposta de apoio informal das familias provoca que con frecuencia se orixinen situacións de sobrecarga e todo tipo de patoloxías asociadas ao coidado.

Neste contexto despois de facer unha análise da realidade social coa axuda de outros traballadores sociais do Sergas nun curso impartido a través do Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia, e partindo da información recollida por medio de entrevistas individualizadas no traballo diario nas consultas, empregando o programa de Atención a Domicilio e da análise do contido das historias sociais, chegouse a primeira formulación diagnóstica nos seguintes termos: **os familiares de cuidadores de pacientes dependentes presentan unha serie de necesidades psicosociais en relación co seu nivel de ansiedade e esforzo na atención do enfermo que requiren da realización dunha intervención específica sendo de especial interese o seu tratamento a través de grupos socioterapéuticos.**

Dita intervención achegará unha serie de beneficios como: incremento dos recursos persoais e sociais que capacitan ás persoas para afrontar problemas e acontecementos estresantes e o incremento dos sentimentos de

afiliación e validación persoal que producen relacións sociais estables e positivas.

É dicir, este tipo de apoio social exercerá un efecto protector ao manter a autoestima e a autoconfianza, xerando un potencial de cambio positivo na saúde e sendo un instrumento de motivación e de educación social, co fin de servir aos seus membros e á sociedade, xa que convirte o proceso nun cambio individual, familiar, social. *Facendo que a proposta aquí presentada reforce o compromiso e o achegamento do centro sanitario á comunidade, propiciando un traballo coordinado na consecución dos obxectivos de saúde ademais de potenciar as propias redes informais de apoio e os recursos existentes na área de saúde.*

GRUPOS SOCIOTERAPÉUTICOS

Estes grupos utilízanse dende o traballo social para tratar aqueles aspectos que conflictúan e producen sufrimento ás persoas ou lles impiden desenvolver as súas capacidades, afectos, relacións e responsabilidades sociais.

A intervención socioterapéutica vai dirixida a mellorar as vivencias e a participación social dunha persoa o cal implica un desenvolvemento das capacidades persoais para enfrontarse consigo mesma e co entorno. (Rossel, T. (1998).)

OBXECTIVOS DESTES GRUPOS

Cada persoa convidada a participar nun grupo socioterapéutico ten unha situación particular e afronta esta situación de maneira persoal, por esta razón podemos falar de obxectivos particulares para cada un dos membros e así o traballador social tratará de axudar a cada un deles através do grupo. Deste modo consideramos que cada persoa que asiste ao grupo debe alcadar obxectivos particulares a través do obxectivo grupal.

Natalio kisnerman prantexa tres grandes obxectivos :

1. Restauración das relacións sociais.
2. Provisión de recursos sociais e persoais.
3. Prevención dos problemas relacionados coa interrelación social.

FUNCIÓNS DO/A TRABALLADOR/A SOCIAL NESTES GRUPOS

A función principal é axudar ao grupo a conseguir os seus obxectivos para a consecución destes hai que comprender e saber o papel que xoga cada membro no mesmo.

Outra función é manterse como conductor do grupo sen sucumbir á presión do mesmo que tratará de convertilo nun membro máis para eludir o esforzo e o traballo.

Tamén debe facilitar a integración dos seus membros renunciando ao protagonismo e ao paternalismo. A/O profesional debe encontrar o seu lugar sen dominar ao grupo e sen perder a súa autoridade.

Axudará a superar os conflitos que se producen entre os individuos e no grupo.

O/A traballador/a social polo tanto é o responsable de coordinar, organizar e dinamizar o proxecto grupal, contando coa colaboración doutros profesionais tanto do equipo de saúde como doutros dispositivos que existan na comunidade.

Ademáis:

- Capta, valora e selecciona aos membros do grupo.
- Organiza, coordina e avalía as sesións de traballo.
- Pode ademais clarificar, sintetizar contidos grupais, confrontar ideas, conceptualizar contidos, interpretar posicións que os membros tomaran nun momento dado.

A súa función rematará coa terminación do grupo

DATOS DOS COIDADORES/AS QUE ACUDIRON AOS GRUPOS DE APOIO: PERFIL DO/A COIDADOR/A PRINCIPAL

Nº de cuidadores: 42

Idade mediada 51 anos (rango entre 26 e 80 anos)

A maioría son mulleres (90.9%)

Estado civil: o 60.71% estaban casadas.

Nivel de estudos: estudos primarios (69%), estudos secundarios (31%).

En canto ao parentesco que mantiñan coa persoa que cuidaban: (71.8%) eran fillas.

Traballan a xornada completa (34.7%) das cales (25%) traballan no agro.

Teñen máis dunha persoa dependente ao seu cargo (12.5%)

Máis da metade (o 59%) referían que se atopaban físicamente mal ou regular sendo as doenzas máis comúns fibromialxias, dores de costas, cervicais e de cabeza. En canto ao seu estado emocional, o 74.5% manifestaban atoparse mal ou regular, vendose nalgúnhas ocasións desbordadas pola situación, debido a este motivo concretamente o 12.5% estaban a tratamento por depresión e o 6.5% por ansiedade.

DATOS DAS CARGAS:

Tempo que levaban cuidando : Máis de 10 anos (31.25%), de 6 a 10 anos (43.75%), de 1 a 5 anos (46.85%) menos de 1 ano (21.87%).

Tempo diario que lle adicaban ás persoas dependentes:

- De 2/4 horas diarias: (28.1%)
- De 4/8 horas diarias: (53.1%)
- Máis de 8 horas/día: (50%)

1-Recibían colaboración doutros membros da familia o (69.7%) o resto, un (27.27%) recibían soporte de empregadas de fogar contratadas durante algunhas horas a semana e únicamente un (8.8%) contaban co servizo de axuda no fogar do concello durante 2 horas/semana e finalmente o (13.63%) contaban co apoio do centro de día do concello.

NIVEL DE SOBREGARGA DO COIDADOR.

Segundo a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, aplicada antes de iniciar as sesión de traballo cos cuidadores/as:

O 9.3% dos cuidadores presentaban unha sobrecarga intensa, e o 31.2% tiñan sobrecarga leve, finalmente máis da metade o 59.6% non tiñan sobrecarga.

Concluindo podemos deducir que aos grupos de traballo asistiron maioritariamente mulleres casadas. amas de casa cunha idade media e con estudos primarios.

En canto aos cuidados que prestaban caracterizábanse por ter unha continuidade temporal sendo esta desempeñada por unha soa persoa coa existencia de repercusións tanto físicas como psíquicas que influían negativamente na saúde isto agravábase porque contaban con pouco soporte formal e a esta situación hai que engadir a falta de axudas públicas que as coidadoras recibían o que facía que tivesen que adicar practicamente todo o tempo do día ao cuidado da familia, a atención da casa e ao cuidado das persoas dependentes; se ademais para un elevado nº destas persoas éralle casi imposible atopar unha persoa que as substituise nun momento dado, podemos deducir que o seu círculo xeográfico de relación con outras persoas era

moi pequeno e limitado; instalábase así ao cuidador nunha posición que dificultaba a súa tarefa ao non dispoñer dos medios necesarios o cal ocasionaba que tivese que soportar unha carga psicosocial de enormes e graves consecuencias para a súa saúde.

Polo tanto, atopámonos na maioría dos casos cunha muller con adicación plena e continua e incluso en ocasións nos leva a pensar que as cuidadoras antepoñían o benestar do enfermo ante o seu propio benestar o cal fixo que nos prantexáramos a necesidade de por en marcha os grupos de apoio.

Despois desta análise podemos concluir que actualmente a cobertura de cuidados persoais segue recaendo abrumadoramente nas familias sin ningunha compensación económica, na maioría das veces, dentro da familia as mulleres son o grupo cuidador mais mioritario e só una n^o pequeno destas cuidadoras recibe axuda dos servizos sociais.

Prestar asistencia informal a persoas dependentes constitúe unha situación xeradora de estrés nas persoas encargadas das atención con importantes consecuencias para o seu benestar físico, psíquico e social.

E necesario que tanto as administración públicas coma o colectivo de profesionais do mundo sanitario e social incorporem unha nova premisa as nosas actuacións “COIDAR AOS QUE COIDAN” e que utilizemos a intervención con grupos, entre outras, para levala ao seu fin.

METODOLOXÍA

Cada grupo socioterapéutico foi coordinado e dinamizado pola traballadora social do centro de saúde contando con outra traballadora social que realizou función de observadora/supervisora. (Contei coa colaboración da traballadora social do concello de chantada, ca do centro de saúde de Monforte coa do hospital de Monforte e coa da empresa privada de axuda a domicilio en Chantada).

Ademais contouse coa colaboración interdisciplinar do resto dos profesionais do equipo de saúde no referente a derivacións de posibles participantes así como para a colaboración e intervención puntual nalgunha das sesións segundo os temas de interese do grupo e tamén con outros profesionais pertencentes a diferentes dispositivos integrados na comunidade, entre eles a: psicóloga de centro de día de chantada e o traballador social de sevizo da lei dependencia.

Ademais das fases de estudo previo, diseño e organización interna dos grupos en conto a metodoloxía destacamos os seguintes momentos na súa preparación e desenvolvemento:

A) ENTREVISTA DE VALORACIÓN, SELECCIÓN E PREPARACIÓN PREGRUPAL.

Mediante esta entrevista o traballador social valorou si se cumprían os criterios de inclusión do coidador no grupo e estableceu un primeiro diagnóstico da situación psicosocial do coidador, presentando especial interese no grao de sobrecarga físico e emocional, nivel de apoios familiares e sociais, así como o seu interese, predisposición e dispoñibilidade horaria para participar no grupo.

Instrumentos utilizados:

- Ficha de individualización dos integrantes.
- Escala de sobrecarga do coidador de Zarit.

B) DESENVOLVEMENTO E ESTRUTURACIÓN DAS SESIÓNS

Durante os anos 2007, 2008 e, 2009 traballouse con tres grupos de apoio socioterapéutico, e respectivamente en cada grupo desenvóléronse oito sesións. Cada grupo tivo un intervalo de duración que foi de 3 a 5 meses.

O primeiro ano as sesións facíanse cada 15 días pero durante os dous últimos anos a periodicidade foi semanal conseguindo así unha maior eficacia e continuidade nas sesións.

En ditas sesións participaron diferentes profesionais tanto do propio equipo do centro de saúde coma doutros dispositivos da comunidade entre eles estaban enfermeiros/as, fisioterapeutas, traballadores sociais e psicólogos.

Tódalas sesións estiveron coordinadas e varias delas incluso dinamizadas e impartidas pola traballadora social do centro de saúde, contando con outra profesional traballadora social que realizaba as funcións de observadora/supervisora.

En xeral, nestes tres anos as sesións desenvóléronse da seguinte maneira:

Na 1ª sesión tratábase de buscar un clima de confianza, empatía e de confidencialidade entre tódolos integrantes do grupo intentando xerar neles o interese por formar parte do grupo de apoio sendo os obxectivos principais:

- Presentar persoalmente aos membros do grupo.
- Explorar as necesidades e expectativas dos membros do grupo.
- Elexir os temas de interese do grupo.
- Fixar normas, funcionamento, horario e periodicidade das reunións.
- Avaliar a sesión.

Nas seguintes **sesións** e concretamente da **2ª a 7ª** os eixes temáticos foron os que a continuación se relatan:

- Información sociosanitaria.
- Impacto psicosocial no cuidador e na familia sentimentos frecuentes.
- Os autocuidados. Aprendendo a coidar de un mesmo.
- Como mellorar a comunicación entre o enfermo e o cuidador ¿cómo manexar comportamentos que son difíciles de soportar.
- O duelo. Etapas de elaboración. O duelo pola saúde perdida.
- Técnicas para o control do estrés do cuidador (relaxación).
- A planificación dos cuidados e o reparto das responsabilidades.como pedir axuda.

Na **última sesión**, e para facilitar o cierre da tarefa grupal e a despedida dos membros do grupo:

Favoreceuse a reflexión e a avaliación do proceso grupal.

Reforzouse a percepción dos posibles beneficios individuais e grupais obtidos.

Recopiláronse suxerencias e información dos membros do grupo que permitiron enriquecer e mellorar os procesos grupais futuros.

Finalizouse cunha pequena festa de clausura.

O desenvolvemento das distintas sesión apoiouse no emprego de técnicas propias do traballo social de grupo, sendo principalmente dos seguintes tipos:

- Técnicas de iniciación grupal.
- Técnicas de produción grupal.
- Técnicas para resolver conflitos e problemas.
- Técnicas de mediación e avaliación grupal.

TEMPORALIZACIÓN-CRONOGRAMA

Os grupos socioterapéuticos desenvolvéronse os anos 2007, 2008 e 2009 por razón de cinco meses o primeiro dos anos e o resto por tres.

Nº de sesións: 10 (+ 2)

Frecuencia : quincenal no ano 2007 e semanal os dous últimos anos

CRONOGRAMA		D	X	F	M	A	M	X	XLL	A
SELECCIÓN GRUPO	contactos/reunión equipo-presentación proxecto	X								
	difusión grupo (cartaces etc)	X	X							
	definición protocolos derivación/coord.. equipo	X								
	entrevistas individuais valoración/selección/preparación pregrupal	X	X							
	elección/constitución grupo		X							
DESENVOLVE MENTO/ PRODUCCION GRUPAL	diseño e organización sesións	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	desenvolvemento de actividades			X	X	X	X	X	X	X
	aplicación de técnicas e de dinámicas			X	X	X	X	X	X	X
AVALIACIÓN	avaliación das sesións de grupo			X	X	X	X	X	X	X
	avaliacións individualizadas			X	X	X	X	X	X	X
	avaliación xeral								X	X
	observación/supervisión			X	X	X	X	X	X	X
	informe final									X

RECURSOS

- RECURSOS MATERIAIS
- Sala equipada con cadeiras individuais e mobiles, pizarra etc...
- Soporte audiovisual, ordenador portátil, proxector e reproductor de cd's
- Cartaces, fotocopias, follas de avaliación e rexistro etc...
- RECURSOS HUMANS
- Un coordinador-dinamizador: traballadora social do centro de saúde
- Un observador-supervisor
- Profesionais colaboradores
- RECURSOS ECONÓMICOS
- Recursos propios do centro de saúde

AVALIACIÓN:

As persoas que participaron durante os tres anos que tiveron lugar os grupos de apoio manifestaron que o que aprenderon no grupo foi:

- Con respecto ao grupo:
- O apoio dos compañeiros a comunicación, a convivencia, que non se sentían solos...
- Con respecto a eles mesmos:
- Ver que non estaban solos, que había outras persoas que se encontraban na mesma situación.
- Aprender a ter paciencia, a coidar de un mesmo.
- A quererse máis.
- A relaxarse...

Manifestaron tamén que introduciron na súa vida cambios que se propuxeron nas sesións de traballo.

En xeral non lles costou asistir, a participación foi moi alta, sendo activa e participativa casi o 100%, desexaban continuar participando en grupos de características similares e incluso querían que as sesións de traballo fosen mais longas e que se alargara a duración do grupo de apoio.

As propostas que facían a hora de mellorar as sesións eran:

- a maior duración das mesmas e máis información sobre información sociosanitaria e mais participación de médicos nalgunha sesión.

O sentimento xeneralizado foi o de estar moi a gusto no grupo, sentirse escoitado, acollido e relaxado ademais de aprender bastante, polo tanto gustoulles moito participar.

Os profesionais pensamos que a actitude positiva dos membros facilitou que o 100% dos obxectivos se cumprisen.

Con respecto a asistencia, no ano 2007 só unha persoa deixou de asistir a partir da 3ª sesión por cargas familiares, no ano 2008 asistiron tódolos compoñentes do grupo con bastante regularidade, pero no ano 2009 a partir da 4ª sesión o grupo viuse reducido ao 50% por diferentes motivos dos participantes entre eles a maioría foi por ter que facerse cargo do dependente de maneira continuada e non ter ningunha persoa que os poidese substituír.

O proxecto que se prantexou nun principio sufriu modificacións xa que foise adaptando o contido das sesións as necesidades e desexos expresados polos compoñentes do grupo, tratando sempre de manter os contidos máis adecuados asos obxectivos prantexados.

Soamente no grupo que tivo lugar durante o ano 2007 conseguimos que xurdise un grupo informal de encontro e apoio mutuo que se mantivo durante algunhos meses despois de rematadas as sesións grupais, tamén este ano algúns dos participantes foron protagonistas dunha reportaxe que foi emitida na tvg concretamente no telexornal do día 31/12/2007, dita reportaxe trataba da laboura que facían os propios cuidadores no día a día, cuidando das persoas dependentes que tiñan ao seu cargo.

Por outra banda, tamén se mediu a través da escala de Zarit a sobrecarga que tiñan estes cuidadores (antes de iniciar o grupo e despois) os resultados son os seguintes:

ESCALA DE ZARIT

ANO 2007

PRE-TEST: (PASADO A 13 PERSOAS) **POST-TEST:** (PASADO A 12 PERSOAS)

SOBRECARGA INTENSA: 1 PERSOA -1 PERSOA

SOBRECARGA LEVE: 3 PERSOAS -2 PERSOAS

SEN SOBRECARGA: 9 PERSOAS..... -9 PERSOAS

ANO 2008

SÓLO SE RALIZOU O **PRE-TEST** (PASADO A 12 PERSOAS) (o motivo deste fallo foi un olvido.)

SOBRECARGA INTENSA: 0 PERSOAS

SOBRECARGA LEVE: 4 PERSOAS

SEN SOBRECARGA: 8 PERSOAS

ANO 2009

PRE-TEST: (PASADO A 10 PERSOAS) **POST-TEST:** (PAS. A 5 PERSOAS)

SOBRECARGA INTENSA: 1 PERSOA -1 PERSOA

SOBRECARGA LEVE: 3 PERSOAS -

SEN SOBRECARGA: 6 PERSOAS..... -4 PERSOAS

Como se pode observar os cambios son bastante significativos, sobre todo en canto as persoas que pasan de sobrecarga leve a estar sen sobrecarga no ano 2007, no ano 2008 non temos datos os cambios que se produciron para ser vistos a través desta escala nembargantes no ano 2009 aínda que sólo lle podemos facer o post-test a 5 cuidadoras 4 delas non tiñan sobrecarga manifesta.

Queda reflexado polo tanto os beneficios da asistencia a un grupo de apoio socioterapéutico non só a nivel cuantitativo senon tamén a nivel cualitativo.

Pese aos tres anos de experiencia continuo encontrando dificultades para a toma de conciencia de que os cuidadores deben de coidarse para poder coidar, incluso tamén para que soliciten axuda e soporte da propia familia, repartindo tarefas, e tamen dos servizos sociais (resaltar que unha grande parte das cuidadoras non confiaban no sistema público viano insuficiente e ineficaz.); vese claramente que en ocasións siguen antepoñendo benestar do enfermo ao seu. Tamén resulta dificultoso o manexo da ansiedade estres que estas persoas padecen en determinadas ocasións e se transforma en problemas de saúde manifestos.

CONCLUSIÓN

O grupo de apoio socioterapéutico dirixido a cuidadores de persoas dependentes serviu como instrumento de motivación, educación sociosanitaria e foi potenciador dos autocuidados dos cuidadores, polo tanto deu e dará lugar a cambios nos compoñentes do grupo de forma individual, familiar e social mellorando así a súa calidade de vida, non só en beneficio propio senon tamén en beneficio de toda a comunidade.

Según Teresa Rossel, encontramos una serie de hipótesis que poden afirmar que na intervención con grupos cúmplense:

- O grupo alivia o illamento e favorece o sentimento de pertenza así como o derrolo de relación sociais.
- Permite expresar sentimentos que o individuo pode sentir como negativos e “normalizalos” en relación aos demais.
- Os individuos modifican actitudes e comportamentos inducidos por outras persoas en situacións similares a súa, estes cambios tenderán a ser duradeiros.

Podemos concluir que a intervención grupal convértese nunha resposta as necesidades dos cuidadores distinta a oferta de recursos institucionais establecidos.

Por outra banda, e tendo en conta que os traballadores sociais en atención primaria de saúde forman parte dun equipo de saúde e deben de estar preparados para abordar tanto ao paciente como a familia cuidadora e en concreto ao cuidador principal co fin de axudarlle a afrontar a enfermidade da persoa dependente e o desgaste que conleva o seu coidado; de todo praxado despréndese a necesidade de por en marcha en tódolos centros de saúde grupos de apoio socioterapéuticos dirixidos aos cuidadores/as,

intentando conquistar un maior benestar persoal do coidador, estado que repercutirá directamente nas persoas enfermas con discapacidade e mellorará os tres criterios que contén a arte de curar.

- Querer/Saber/e Dispoñer dos medios necesarios.

Finalizando quería insistir en que as institucións deberían de promover non só a creación de grupos de apoio senón proveer de tempo necesario para o intercambio e a formación dos profesionais que están dispostos a conducir grupos.

Por en marcha un grupo, esixe tempo, esforzo e capacidade para superar, en ocasións, a frustración das primeiras etapas, todo isto compénsase coa satisfacción de ver os resultados xa que é una experiencia moi gratificante e que te enche non só a nivel profesional senon tamén persoal.

Anímovos compañeiras/os a romper cos medos e resistencias que se vos presenten a hora de poñer en marcha un grupo, e despois de dar ese paso, sería necesario e interesante que todos aqueles que empezádes a traballar con esta forma de intervir, adquirídes o hábito de informar aos vosos colegas sobre a marcha do grupo, os seus avances e resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiar Ibáñez, M.J. (2000). *Como animar un grupo. Técnicas grupales*, Madrid: CCS
- Tschorne, P. (1977). *Dinámica de grupo de trabajo social, atención primaria y salud comunitaria*. Salamanca: Amarú.
- Núñez, T. (1997). *El grupo y su eficacia. Técnicas al servicio de la dirección y coordinación de grupos*, Barcelona: Ed. EUB
- Bucay, J. *El camino de las lágrimas*. Editorial Sudamericana, S: Ay Ed de Nuevo Extremo.
- Selmes, J y Selmes, M.A. (1991). *Vivir la enfermedad de alzheimer*. Madrid: Meditor.
- Fernández de Tróconiz, M.I., Montorio, I, e Díaz Veiga, P. (1979). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores Volumen II*. IMSERSO.
- Revista de Trabajo Social y Salud nº 54
- Rossel Poch, T. (1998). *Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y educativos*. Cuadernos de Trabajo Social nº 11 (pp103-122). Madrid: Universidad Complutense.

COOPERACIÓN PÚBLICO/PRIVADA DENDE O TRABALLO SOCIAL NO SISTEMA DE SAÚDE “CONSTRUÍND PONTES, DERRUBANDO MUROS”

M.^a Belén Piñeiro Bóveda,
traballadora social EOXI Ourense. Colexiada n.º 610

RESUMO:

Este artigo, trata de facer unha breve exposición dunha serie de convenios de colaboración que dende a EOXI de Ourense se formalizaron con diversas entidades e fundacións que están a desenvolver o seu labor na provincia de Ourense. A finalidade destes é a de lle dar resposta á necesidade de atención sociosanitaria dos pacientes hospitalizados, así como a de crear un sistema máis áxil e operativo que garanta unha resposta e unha atención a algunhas situacións que dende o servizo de traballo social se consideraban de atención urxente e que, polo tanto, non podían esperar os prazos prolongados cos que se está a funcionar desde outras administracións. Os programas que se presentan supoñen exemplos de coordinación sociosanitaria e de colaboración entre o sector público e privado. Non pretenden substituír as prestacións de dereito que en cada caso procedan, senón crear dispositivos de tránsito con carácter temporal e complementario.

PALABRAS CLAVE:

Coordinación, espazo socio sanitario, colaboración pública/privada

RESUMEN:

Este artículo, trata de una breve exposición de una serie de convenios de colaboración que desde la EOXI de Ourense se formalizaron con diversas entidades y fundaciones que están desarrollando su labor en la provincia de Ourense. La finalidad de estos es la de darle respuesta a la necesidad de atención sociosanitaria de los pacientes hospitalizados, así como la de crear un sistema más ágil y operativo que garantice una respuesta y una atención a algunas situaciones que desde el servicio de trabajo social se consideraban de atención urgente y que, por lo tanto, no podían esperar los plazos prolongados con los que se está funcionando desde otras administraciones.

Los programas que se presentan suponen ejemplos de coordinación sociosanitaria y de colaboración entre el sector público y privado. No pretenden sustituir las prestaciones de derecho que en cada caso procedan, sino crear dispositivos de tránsito con carácter temporal y complementario.

PALABRAS CLAVE:

Coordinación, espacio socio sanitario, colaboración pública/privada.

ABSTRACT:

This article aims at providing a brief summary of the different cooperation agreements between EOXI Ourense and a series of entities and Foundations working in the province of Ourense. These agreements were entered into in order to address the need for medical and social care for inpatients, as well as to create a more agile, serviceable system to guarantee a solution for certain situations considered to be urgent by social services and requiring shorter administrative processing times. The programmes presented herein are an example of medical and social coordination and also an example of cooperation between the public and private sectors. They are not intended to supersede the corresponding lawful allowances, but to create provisional, complementary settling mechanisms.

KEYWORDS:

Coordination, medical-social space, public-private cooperation.

1. INTRODUCCIÓN

En España padecemos, de forma moi especial, un problema de coordinación dos recursos sanitarios e sociais. A rixidez de ambos os sistemas son un pozo de xeración de ineficiencias, duplicidades de servizos e de non resposta ás necesidades dos cidadáns. Por outra banda, resulta evidente a diferenza entre a enfermidade que xera necesidade de servizos sanitarios e a dependencia como xeradora de necesidade de servizos sociais. Non obstante, tamén é obvio que ambos os conceptos están relacionados. A enfermidade é, con moita frecuencia, a causa da discapacidade e da dependencia.

Neste sentido, o verdadeiramente “socio sanitario” sería que ambos os tipos de servizos (présteos quen os preste e impúlseos quen os impulse), interactúen na elaboración e realización dun plan de coidados cuns obxectivos comúns que garanta a continuidade asistencial e a sinerxía entre o social e o sanitario. Se ben é certo que as distintas administracións deben asumir o liderado na responsabilidade en definir e operativizar escenarios de

coordinación e un espazo sociosanitario, a realidade é ben distinta, xa que son os profesionais os que dende sempre asumiron a coordinación, a colaboración e a complementariedade con outros servizos e recursos, tanto públicos como privados ou coas entidades de iniciativa social.

O que relatamos a continuación é unha iniciativa dos profesionais do traballo social en saúde por acadar unha fórmula para abordar as respostas sociosanitarias e pór en relevo a importancia da coordinación, integración, colaboración e complementariedade en múltiples niveis de intervención: entre profesionais, entre institucións sociais e sanitarias, entre a iniciativa social, pública e privada. En definitiva, entre diferentes tipos de recursos. Así mesmo, tamén constitúe un exemplo do rol do traballo social como impulsor e xerador de recursos que podan dar novas respostas ás necesidades sociais inmediatas.

2. PERFIL DOS USUARIOS NO SERVIZO DE TRABALLO SOCIAL DA EOXI

Non se fai preciso insistir na importancia das consecuencias do cambio da pirámide demográfica nas sociedades avanzadas, e máis en concreto no territorio galego. As repercusións percíbense no día a día; así como no impacto sobre os servizos sanitarios (reorientación cara á cronicidade) e os servizos sociais (impacto simultáneo do incremento do número de persoas con dependencia e diminución do cuidador familiar tradicional). Esta é a realidade na provincia de Ourense, cunha elevada taxa de envellecemento e de dependencia, que orixina que a necesidade de atención sociosanitaria sexa o día a día no traballo social sanitario. Na EOXI de Ourense, Verín e Barco de Valdeorras, temos un aumento de atención a pacientes con patoloxía crónica. Somos a provincia de España cunha maior proporción de habitantes maiores de 65 anos (30 %) e un maior índice de envellecemento (294,1 %) (INE, 2016).

Táboa 1. Provincias de España con maior envellecemento poboacional

	Poboación > 65	Índice envellecemento*
Ourense	30,7 %	294,1 %
Zamora	29,7 %	283,8 %
Lugo	28,7 %	271,4 %
León	26 %	224,6 %
TOTAL ESPAÑA	18,7 %	116,4 %

Fonte: INE, 2016

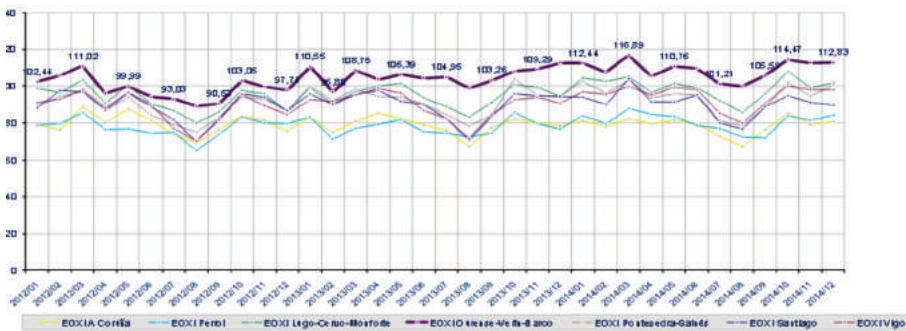
*Índice de envellecemento = > 65 anos / < 15 anos

De xeito resumido, podemos establecer algunhas das características do contexto no que se leva a cabo o noso traballo:

- Como xa se comentou, **taxa de envellecemento** moi elevada arredor do **30 %**.
- Unha **hospitalización moi alta** e unha estancia media alta arredor dos **8,38 días** (unha das máis altas de todas as EOXI da comunidade autónoma). A EOXI de Ourense ten o maior número de ingresos por 1000 habitantes é a maior porcentaxe de ingresos de urgencias en comparación co resto das EOXI de Galicia (ingresos hospitalarios: 112 pacientes por cada 1000 habitantes).

Táboa 2. Ingresos hospitalarios por 1000 habitantes nas EOXI da Comunidade Autónoma de Galicia.

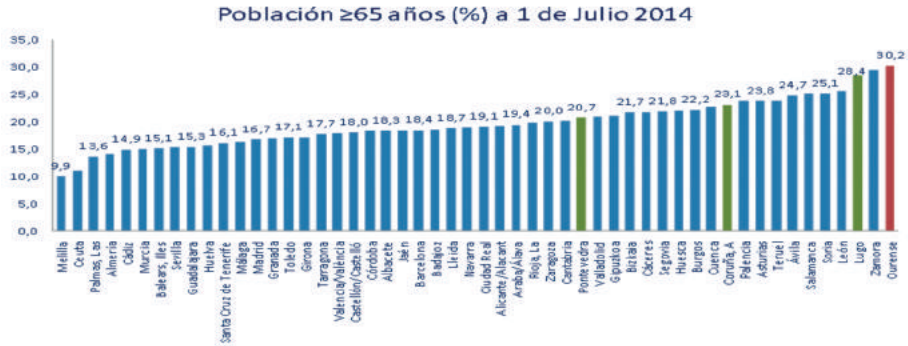
Ingresos por 1000 habitantes (EOXIs)



Fonte: Servizo Galego de Saúde, ano 2015

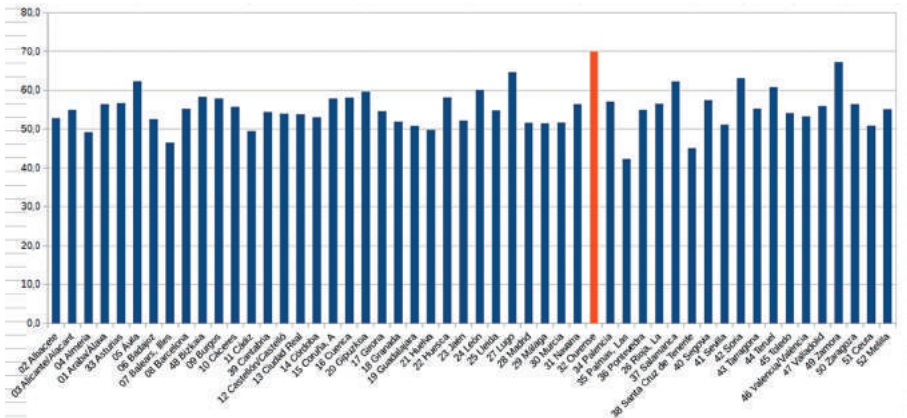
- Tipoloxía de **pacientes pluripatolóxicos** con dúas ou máis enfermidades crónicas que comporta a aparición de reagudizacións e patoloxías interrelacionadas que condicionan unha especial fragilidade clínica que grava o paciente cunha deterioración progresiva.
- **Altas taxas de dependencia**, sendo unha das maiores do Estado, tal e como se pode observar na táboa 3.

(A provincia coa taxa máis elevada de España e Europa). Nas seguintes gráficas pode verse a comparativa entre todas as provincias de España para a poboación maior de 65 e de 80 anos respectivamente.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Táboa 3. Taxas de dependencia no Estado español.



Fonte: INE, 2014.

3. NECESIDADES DETECTADAS NO SERVIZO DE TRABALLO SOCIAL

Unha vez que contextualizamos o noso contexto de intervención e trazamos un breve perfil das persoas usuarias do noso servizo, cómpre sinalar que con moita frecuencia atopámonos con pacientes que despois de pasar polo hospital non podían volver ao domicilio, xa que as súas condicións sociosanitarias non o permitían. Adoitan ser pacientes que na maior parte dos casos presentan características comúns:

- Ven limitada, de xeito importante, a súa autonomía persoal, e na meirande parte dos casos precisan axuda de terceira persoa para a realización das actividades básicas da vida diaria (ABVD).
- Presentan carencias ou deficiencias na rede social de apoio e unha imposibilidade de acollimento noutra unidade convivencial.
- Teñen uns recursos económicos escasos.

- A miúdo a vivenda non reúne condicións axeitadas ou presenta barreiras de accesibilidade.

Por outra banda, e como é coñecido por todos os profesionais do traballo social, desde o noso servizo tamén constatamos unha falta de resposta inmediata da Administración pública, principalmente relacionada co endurecemento dos requisitos de acceso a moitos recursos, así como os prolongados procesos de tramitacións ou as propias limitacións na cobertura. Ante esta situación iniciouse desde o noso servizo unha busca de respostas que puidesen ser máis áxiles nas entidades sociais ourensás; e que permitisen que os e as pacientes poidan saír do hospital e aseguren a súa estancia axeitada e de calidade e que garanta a continuidade asistencial.

Nun primeiro momento, iniciáronse contactos coa Fundación Dorzán, institución benéfico-social que ten por obxecto a axuda e asistencial ao colectivo da terceira idade co fin de mellorar a súa calidade de vida e benestar social. Nunha reunión inicial expúxoselle a situación que nos atopamos e propúxoselle a posibilidade de que puidesen contribuír a custear a atención e estancia das persoas maiores que precisasen un ingreso nun centro e non puidesen optar a iniciativa privada e en espera de centro público. A receptividade por parte da entidade foi total o que levou a que se formalizase o primeiro convenio que se caracteriza a continuación.

4. PRIMEIRO CONVENIO

No ano 2011 asínanse un convenio de colaboración coa Fundación Dorzán onde se regulan as condicións que se deben dar para institucionalizar as persoas que despois de pasar polo hospital precisan ingreso en un centro asistencial. Os termos do convenio son:

4.1 PERFIL DAS PERSOAS DESTINATARIAS:

- Ter 60 anos cumpridos.
- Ter limitada a súa autonomía e necesitar axuda dunha terceira persoa para realizar as actividades básicas da vida diaria.
- Carecer de familia e/ou rede social de apoio ou cando nestas existan disfuncións que lle impidan recibir os cuidados necesarios.
- Que exista imposibilidade de acollemento noutra unidade de convivencia.
- Que o seu ingreso en centro sexa a única alternativa posible ante a alta hospitalaria.
- Que teñan escasos recursos económicos, isto é, que non lle permiten facer fronte o custo dunha praza residencial nun centro de carácter privado.

Que teñan iniciadas as xestións e trámites oportunos para o seu acceso a unha praza en centro residencial público.

4.2 FINANCIAMENTO:

A Fundación Dorzán custeará a estancia das persoas incluídas neste convenio de colaboración na Residencia Dorzán-Geriatros, sita en Piñor, Barbadás.

O custo da estancia das persoas incluídas neste convenio de colaboración será asumido do seguinte modo:

- No caso de persoas con carencia total de recursos, o custe da estancia será asumido na súa totalidade pola Fundación Dorzán.
- No caso de persoas que perciban algún tipo de prestación pública, a persoa aboará mensualmente o 75 % da súa prestación, mentres que o resto será asumido pola Fundación Dorzán.
- No caso de persoas con carencia total de recursos, o custo da estancia será asumido na súa totalidade pola Fundación Dorzán.
- No caso de persoas que perciban algún tipo de prestación pública, a persoa aboará mensualmente o 75 % da súa prestación, mentres que o resto será asumido pola Fundación Dorzán.

4.3 FORMALIZACIÓN DA SOLICITUDE DE PRAZA:

O Servizo de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, será o responsable de seleccionar e facer unha valoración precisa daquelas persoas que puideran precisar do dito recurso e realizar todas aquelas xestións e trámites necesarios par que poidan dispoñer o antes posible dun recurso público.

A solicitude de praza será presentada de oficio polo Servizo de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, e acompañarase da seguinte documentación:

- Informe social onde queden claras as circunstancias anteriormente expresadas.
- Informe médico que acredite a patoloxía do paciente e tratamentos prescritos.
- Copia da documentación básica: DNI (pasaporte ou NIE), tarxeta sanitaria, datos da conta bancaria.
- Copia (con rexistro de entrada) da Solicitude da valoración do grao e nivel de dependencia, ou ben de praza en centro residencial da Consellería de Política Social.

4.4 APROBACIÓN DA SOLICITUDE POLA FUNDACIÓN DORZÁN

Formalizada a solicitude de praza polo Servizo de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, o Padroado da Fundación Dorzán resolverá coa maior brevidade a aprobación ou denegación. En todo caso, a aprobación desta por parte da Fundación Dorzán, estará condicionada pola dispoñibilidade de prazas na Residencia Dorzán-Geriatros.

Aprobada a solicitude polo Padroado da Fundación Dorzán e antes do ingreso na residencia da persoa destinataria da asistencia, subscribirase un contrato entre esta e a fundación, no que se formalizarán as condicións da súa estancia no centro.

4.5 TEMPO MÁXIMO DE ESTANCIA

A persoa residente permanecerá no Centro Residencial Dorzán-Xeriatros durante o tempo necesario ata o seu traslado a un centro residencial de carácter público ou ata que cese a súa necesidade de internamento. En todo caso a súa estancia terá unha duración máxima de seis meses dende a data de ingreso nel.

6. DESPOIS DESTA CONVENIO E COAS MESMAS CONDICIÓN ASINÁRONSE:

FUNDACIÓN SAN ROSENDO 2012

FUNDACIÓN VALDEGODOS 2014

FUNDACIÓN BENÉFICA DE FÁTIMA 2014

7. OUTROS CONVENIOS

CONVENIO DE AXUDA A DOMICILIO CON DORZÁN 2015

No que se trata de desenvolver un programa de axuda a domicilio baixo as seguintes ideas básicas:

- Ofrecer un servizo de atención rápida no domicilio, baixo o principio de temporalidade.
- Dar resposta a situacións urxentes ocasionadas por altas hospitalarias que necesitan dun apoio inmediato; porque o maior precisa de apoio dunha terceira persoa e carece desta ou esta pode ter dificultades para asumir os cuidados.
- O obxecto do presente convenio é regular as condicións que se deben dar para proceder a prestar un conxunto de atencións de carácter sociosanitario con carácter temporal e no seu domicilio, a aqueles maiores que, tras recibir a alta hospitalaria, precisen de

axuda externa para o desenvolvemento das actividades da vida diaria co fin de manter e estabilizar a calidade de vida, que viña gozando antes da hospitalización.

Os obxectivos específicos

- Posibilitar a permanencia no ámbito habitual tratando de evitar a institucionalización.
- Garantir unha continuidade no plan de coidados.
- Realizar unha educación sanitaria domiciliaria axeitada o seu problema de saúde.
- Garantir unha coordinación sociosanitaria que asegure una atención integral e axustada a cada situación.

8. FINANCIAMENTO

O custo da prestación do servizo de axuda a domicilio, as persoas incluídas neste convenio de colaboración será asumido do seguinte modo:

- No caso de persoas con carencia total de recursos, o custe do servizo será asumido na súa totalidade pola Fundación Dorzán.
- No caso de persoas que perciban algún tipo de prestación pública, ou dispoñan de recurso propios aínda que con carácter limitado:
 - O beneficiario achegará unha porcentaxe do custo do servizo, que será variable en función da súa renda persoal e a súa situación económica. O importe da achega será determinado polos servizos de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, unha vez examinada a situación económica do paciente e contando coa súa aprobación e co visto e prace da Fundación.
 - A Fundación Dorzán achegará a diferenza entre o custo total do servizo e a cantidade achegada polo beneficiario.

9. CONCLUSIÓNS

A valoración que se pode facer destas experiencia en liñas xerais é moi boa, xa que é positiva, para os usuarios e usuarias aos que se lle dá unha resposta ás súas necesidades garantindo a continuidade dos coidados e as atencións. Beneficiosa tamén para a organización xa que se optimizan os recursos dedicados á atención de agudos e tamén para os profesionais que lideran novas iniciativas e que demostran que a coordinación e suma de sinerxías é posible.

A PROTECCIÓN DE DATOS PARA AS E AS PROFESIONAIS DO TRABALLO SOCIAL. A PROTECCIÓN DE DATOS E AS NOVAS FERRAMENTAS

M.^a Elena Puñal Romarí. Traballadora social

*Profesora titular na Escola Universitaria de Traballo Social de Santiago, Adscrita á USC
malenas@euts.es*

RESUMO:

A protección de datos de carácter persoal no exercicio profesional do traballo social no ámbito da saúde e sociosanitario, ten a súa especificidade derivada da normativa reguladora propia, á que hai que engadir neste momento, o Regulamento europeo de protección de datos, e a nivel autonómico, o Decreto da historia social única electrónica (aprobados en maio e en xullo do 2016 respectivamente).

PALABRA CLAVE:

Protección de datos, sociosanitario, traballo social, exercicio profesional, normativa reguladora.

RESUMEN:

La protección de datos de carácter personal en el ejercicio profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud y sociosanitario, tiene su especificidad derivada de la normativa reguladora propia, a la que hay que añadir hoy por hoy, el Reglamento Europeo de Protección de Datos, y a nivel autonómico, el Decreto de la Historia Social Única Electrónica, (aprobados en mayo y en julio de 2016 respectivamente).

PALABRAS CLAVE:

Protección de datos, sociosanitario, trabajo social, ejercicio profesional, normativa reguladora.

ABSTRACT:

The protection of personal data in the professional practice of Social Work in the field of health and social care is specifically derived from its own

regulatory rules, to which, nowadays, we have to add the European Data Protection Regulation and, «at the regional level, the Decree of the Electronic Single Social Record, (approved in May and July 2016, respectively).

KEYWORDS:

Data protection, health and social care, Social Work, professional practice, regulatory rules.

INTRODUCCIÓN:

A comunicación presentada versaba sobre o panorama que se presenta sobre a protección de datos de carácter persoal no exercicio profesional, e os puntos tratados foron:

1) Un novo escenario na xestión da información na atención socio sanitaria:

- Aprobado o Regulamento europeo de protección de datos
- Aprobado o Decreto que regula a HSUE
- A actividade da AEPD

2) Suxestións de boas prácticas

Abórdase a continuación brevemente estes puntos:

REGULAMENTO EUROPEO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento de datos persoais e á libre circulación destes datos e polo que se derroga a Directiva 95/46/CE.

Este regulamento xa entrou en vigor, pero será aplicable a partir do 25 de maio de 2018.

Entra as novidades que presenta pódense destacar as seguintes:

- Non se contempla a obriga de rexistrar os ficheiros, polo que se prevé que desapareza.
- Non se fala de documento de seguridade. Isto non significa que as entidades non teñan que elaborar ningunha documentación, todo o contrario, e entre esta está a **avaliación de impacto (PIA)** aplicable de forma obrigatoria en certos tratamentos. Ten carácter previo á posta en marcha destes, e o seu obxectivo fundamental é minimizar os riscos que un tratamento de datos presenta para as persoas.

- Non se fala de niveis de medidas de seguridade, e por outra parte denomínanse os coñecidos actualmente como datos sensibles, “**categorías especiais de datos persoais**”, e respecto destes establécese o seguinte:

*Art. 9 Quedan prohibidos os tratamentos de datos persoais que revelen a orixe étnica ou racial, opinións políticas, conviccións relixiosas ou filosóficas, afiliación sindical, **datos xenéticos, datos biométricos** dirixidos a identificar de maneira unívoca a unha persoa física, **datos relativos á saúde e datos relativos á vida sexual** ou orientacións sexuais dunha persoa física.*

Continua establecendo os supostos nos que non se aplicará este artigo, e entre estes figura:

- h) “o tratamento é necesario para fins de medicina preventiva ou laboral, avaliación da capacidade laboral do traballador, diagnóstico médico, prestación de asistencia ou tratamento de tipo sanitario ou **social**, ou xestións dos sistemas e servizos de asistencia sanitaria e **social**...”

Merece resaltar desta parte do texto a mención explícita do *social*.

Dereito de información e acceso aos datos persoais

Amplíase considerablemente o contido da INFORMACIÓN que hai que lles achegar ás persoas, diferenciando se se obteñen directamente do interesado (Artigo 13), e cando non se obteñen directamente do interesado (Artigo 14).

Entre a información que hai que achegar cabe destacar como novidade a do **prazo** durante o cal se conservarán os datos, ou cando isto non sexa posible os criterios utilizados para determinar este prazo.

Por outra parte, no suposto de obter os datos de terceiras persoas, a novidade máis relevante, sería a de comunicar a **fonte** da que proceden os datos persoais.

- Cando se dea cumprimento ao dereito de acceso e **os datos persoais non se obtiveran do interesado**, hai que achegar calquera información dispoñible sobre a súa orixe.

Consentimento

- Defínese o **consentimento** de maneira que non caiban dúbidas de achegalo ao establecer: o “consentimento do interesado” consiste en toda manifestación de vontade libre, específica, informada e inequívoca pola que o interesado acepta, xa sexa mediante unha declaración ou unha acción afirmativa.

- Cando o tratamento se basee no consentimento do interesado, o **responsable deberá se capaz de demostrar** que aquel consentiu.

HISTORIA SOCIAL ÚNICA ELECTRÓNICA

Decreto 89/2016, do 30 de xuño, polo que se regula a creación, o uso e o acceso á historia social única electrónica. (DOG 141, do 27 de xullo de 2016).

Preséntase a continuación os contidos que se relaciona directamente co ámbito da saúde ou sociosanitario:

Promove a **compartición de información e a transferencia de coñecemento**, tanto dentro do ámbito do sistema galego de servizos sociais como con outros sistemas relacionados co benestar como poden ser o sistema público de **saúde**, o sistema público de educación ou o sistema público de emprego.

Esta compartición de información poderá ser extensible a outros sistemas ou áreas que lles presten servizos ás persoas usuarias dos servizos sociais, sempre que os ditos servizos se consideren dentro do ámbito das políticas sociais, nomeadamente ás áreas de vivenda e de igualdade entre o home e a muller.

- Art. 5. 2 a) ...”permitirá favorecer o labor dos profesionais que, xunto á información contida na HSUE, **podan acceder**, conforme á normativa aplicable, á información sobre a persoa usuaria existente noutros ámbitos, en particular **á información clínica da que dispoña o Servizo Galego de Saúde**”

Art. 5. 3. b) 7.^a

- **Información de saúde e sociosanitaria:** agrupa a información sobre o tipo de cobertura sanitaria que recibe, información sobre a súa afiliación á Seguridade Social e sobre a súa situación de saúde e sociosanitaria: necesidades de atención social e sanitaria, patoloxías coñecidas, situación de discapacidade, situación de dependencia, condutas aditivas. A información recollida neste ámbito será adecuada, pertinente e necesaria, de acordo coa **intervención social** que se leve a cabo.
- Respecto da información de saúde **só se almacena** na HSUE aquela información e os informes que son **necesarios para as valoracións** que realizan os servizos sociais e **pode estar integrada con información da historia clínica**, de acordo coa normativa reguladora da protección de datos de carácter persoal, así como da normativa reguladora da historia clínica dos pacientes e da historia clínica electrónica.

- Art. 15. ... **datos de especial custodia ou intimidade** nas áreas da saúde, os derivados de actos de violencia de xénero e de xustiza penal, así como a información económica relativa ao nivel de renda e patrimonio da persoa usuaria, así como a da súa unidade de convivencia.
- No texto do Decreto da HSUE, **xa non aparecen as “anotacións subxectivas”** que quedan fora do dereito de acceso. (Se figuran no Decreto 29/2009 da Historia Clínica Electrónica, Artigo 21: Non se facilitará información que afecte... ás anotacións subxectivas dos profesionais, nin que prexudiquen a terceiros).
- Art. 8. A información e os documentos electrónicos serán **conservados como mínimo durante un período de 5 anos** desde a última actuación sobre a HSUE dunha persoa usuaria.
- Art. 19. Permitirase o acceso á información contida na HSUE, aos profesionais dos servizos **concertados** no marco do sistema galego de servizos sociais, logo da acreditación do cumprimento das exixencias contidas na normativa de protección de datos.
- Este acceso estará **limitado á HSUE das persoas usuarias que se remitan aos centros, servizos ou establecementos concertados e no marco temporal que dure esa atención.**

Na HSUE, mención especial, merece o tema do consentimento para o tratamento dos datos. Coa intención de comprender mellor os cambios ao respecto, incorporados na versión definitiva do Decreto, móstrase a continuación unha táboa que recolle a versión anterior que figuraba no proxecto de Decreto.

HSUE	
Proxecto	Decreto definitivo
<p>Artigo 11. <i>Comunicación de datos de carácter persoal</i></p> <p>1. Os datos de carácter persoal contidos na Historia Social Única Electrónica poderán tratarse e cederse nos termos previstos nos artigos 7, 8 y 11 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, e no regulamento que a desenvolve.</p> <p>2. En particular, non será necesario o consentimento da persoa interesada</p>	<p>Artigo 12. <i>Comunicación e tratamento de datos de carácter persoal</i></p> <p>1. Os datos de carácter persoal contidos na historia social única electrónica poderán tratarse e cederse nos termos previstos nos artigos 6, 7, 8 e 11 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, e no regulamento que a desenvolve.</p> <p>2. En particular, e segundo o disposto no artigo 16.5.bis da Lei 13/2008, do 5</p>

<p>para a comunicación de datos persoais sobre a Historia Social Única Electrónica a través de medios electrónicos, entre Administración, organismos, centros, servizos do Sistema Galego de Servizos Sociais, do Servizo Galego de Saúde, así como da Administración xeral do Estado con competencias en servizos sociais e sanidade, cando se realice para levar a cabo a intervención/atención das persoas usuarias, tanto se realice con medios propios ou concertados.</p> <p>Para tal fin autorízase o tratamento dos datos de carácter persoal polos citados organismos coa finalidade de prestar o conxunto de servizos e prestacións para a prevención, atención ou cobertura das necesidades individuais e sociais básicas previstas na normativa vixente, así como a cesión entre eles daqueles datos cuxo coñecemento sexa necesario para o exercicio das funcións e cometidos respectivamente atribuídos, nos termos previstos na lexislación específica ao respecto.</p>	<p>de decembro, non será necesario o consentimento da persoa interesada para a comunicación de datos persoais sobre a historia social única electrónica a través de medios electrónicos, cando se realice no ámbito da intervención profesional no sistema galego de servizos sociais ou para unha acción inspectora de carácter público.</p> <p>Para tal fin autorízase o tratamento dos datos de carácter persoal coa finalidade de prestar o conxunto de servizos e prestacións para a prevención, atención ou cobertura das necesidades individuais e sociais básicas previstas na normativa vixente, así como a cesión entre eles daqueles datos cuxo coñecemento sexa necesario para o exercicio das funcións e cometidos respectivamente atribuídos, nos termos previstos na lexislación específica ao respecto.</p> <p>Nos demais supostos de comunicación de datos persoais que consten na historia social única electrónica sen consentimento da persoa interesada, aplicarase o disposto nos artigos 11.2 e 21 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro.</p>
---	---

Fonte: *Proxecto de Decreto polo que se regula o uso e o acceso á Historia Social Única Electrónica* (Data de publicación 31/08/15) e *Decreto 89/2016, do 30 de xuño, polo que se regula a creación, o uso e o acceso á historia social única electrónica*. DOG, 141, do 27 de xullo de 2016.

A ACTIVIDADE DA AXENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS

A AEPD establece no Plan estratéxico 2015-2019, unha serie de actuacións no ámbito sanitario, que se recollen na táboa que se mostra a continuación.

Actuacións en Sanidade	
28. Plan de inspección sectorial de oficio de sanidade (actualización)	2017
29. Plan de inspección sectorial de oficio do sector sociosanitario	2017-18
30. Guía para institucións e profesionais sanitarios	2017
31. Guía para pacientes e usuarios da sanidade	2016
32. Ferramentas específicas adaptadas ao contorno sanitario	2018

Fonte: AEPD (sd). *Plan Estratégico 2015-2019. Actuaciones y cronograma*. Recuperado de https://www.agpd.es/portalwebAGPD/LaAgencia/common/Plan_estrategico_AEPD.pdf#Plan%20estrat%C3%A9gico

No 2016, iniciouse o *Plan de inspección sectorial de oficio de sanidade*, tomando como referencia as conclusións derivadas das actuacións levadas en anos anteriores. A inspección céntrase na Historia Clínica Electrónica, analizando o acceso a esta e polo tanto, as medidas de seguridade implantadas nos centros, relativas a aspectos como: a información facilitada aos usuarios do sistema sanitario, procedementos implantados para atender os dereitos ARCO, tratamentos e consentimento, medidas de seguridade, contratación con empresas externas, cesións e transferencias internacionais de datos, así como metodoloxía implantada para realizar actividades de investigación.

BOAS PRÁCTICAS

Por último ofrécese algunha consideracións de boas prácticas para o exercicio profesional do traballo social.

- Non todo o que nos relatan temos que rexistralo.
- Facer un **filtro da información que se rexistra**, que se poida xustificar pola intervención que se leva a cabo e obxectivos que hai que conseguir (finalidade-minimización de datos).
- Coidar a redacción, deixar plasmado as **fontes** desta, os datos contrastados, ou sen poder contrastar, hipóteses que se formulan aínda sen corroborar...
- Procurar manter a información **actualizada**.
- Manter a documentación con dcp e expedientes en **armarios pechados**.
- Empregar sempre **chave de acceso** aos ordenadores, e extremar a custodia dos dispositivos portátiles.
- Ser conscientes que cedemos e solicitamos datos de carácter persoal por outros medios, sobre todo teléfono e conversas, ou reunións, con outros profesionais. Filtrar e adecuar a información a finalidade da intervención.

A mellor garantía dun tratamento lícito dos datos é: **aportar só a información necesaria e conseguir os consentimentos oportunos de maneira que poidan demostrarse.**

Exemplos desta boa práctica:

*Acordo no País Vasco: as residencias poderán acceder á historia clínica... **co consentimento escrito do paciente...***

*Decretos Deputación Foral de Álava: formularios para conseguir o consentimento informado do solicitante e das **terceiras persoas, con espazos para as súas sinaturas.***

REFERENCIAS

- Agencia Española de Protección de Datos (sd). *Plan Estratégico 2015-2019. Actuaciones y cronograma*. Recuperado de https://www.agpd.es/portalwebAGPD/LaAgencia/common/Plan_estrategico_AEPD.pdf#Plan%20estrat%C3%A9gico
- *Decreto 29/2009, do 5 de febreiro, polo que se regula o uso e acceso á Historia Clínica Electrónica*. DOG, 34 do 18 de febreiro de 2009.
- *Decreto 89/2016, do 30 de xuño, polo que se regula a creación, o uso e o acceso á historia social única electrónica*. DOG, 141 do 27 de xullo de 2016.
- *Reglamento General de Protección de Datos 2016/679, de 27 de abril. Diario Oficial de la Unión Europea, L 119, de 4 de maio de 2016.*

TRABALLO SOCIAL E REXISTRO DA ACTIVIDADE NA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (IANUS)

M.^a Xosé Vázquez Vázquez

RESUMO:

O Servizo Galego de Saúde (SERGAS) comezou no ano 2004 a implantación progresiva do programa IANUS de Historia clínica electrónica única para os seus pacientes. O desenvolvemento da súa implantación foi gradual e o acceso dos e das traballadoras sociais sanitarias ao mesmo diferente segundo a área de saúde ou dispositivo sanitario no que se desenvolve o seu labor profesional. O acceso á Historia clínica dixitalizada e a posibilidade de deixar reflectida a súa actuación profesional permite a integración da intervención do/a traballador/a social sanitario/a como un membro máis do equipo de saúde ademais de dispoñer dunha visión integrada da información clínica que se xerou de cada paciente na atención sanitaria e social realizada nos distintos niveis de saúde así como a continuidade na atención. Neste artigo faise unha revisión aos distintos pasos dados ao longo destes anos. É necesario pararse a reflexionar sobre os obstáculos atopados pero tamén sobre cuestións éticas e de responsabilidade profesional. Na medida en que sexamos capaces de incorporar as nosas propostas á historia clínica electrónica estaremos a ofrecer ao equipo de saúde unha información fundamental sobre os pacientes e a súa realidade en cuestións que condicionan a intervención sanitaria.

PALABRAS CLAVE:

Traballo social sanitario, información, historia clínica, ianus.

RESUMEN:

El Servicio Gallego de Salud (SERGAS) comenzó en 2004 la implementación progresiva del programa de historia clínica electrónica de IANUS para sus pacientes. El desarrollo de su implementación fue gradual y el acceso a la misma de los trabajadores sociales de salud fue diferente según el área de salud o servicio sanitario en que se realiza su trabajo profesional. El acceso al historial médico digitalizado y la posibilidad de reflejar su desempeño profesional permite la integración de la intervención del trabajador social como

un membro máis del equipo de saúde, así como tener una visión integrada de la información clínica que se generó. de cada paciente en la atención sanitaria y social que se lleva a cabo en los diferentes niveles de salud, así como la continuidad de la misma. En este artículo, se hace una revisión de los diferentes pasos dados a lo largo de estos años. Es necesario detenerse y reflexionar sobre los obstáculos encontrados, pero también sobre cuestiones éticas y de responsabilidad profesional. En la medida en que podamos incorporar nuestras propuestas a la historia clínica electrónica, ofreceremos al equipo de salud información fundamental sobre los pacientes y su realidad en cuestiones que condicionan la intervención sanitaria.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo de salud, información, historia clínica, ianus.

ABSTRACT:

The Galician Health Service (SERGAS) began in 2004 the progressive implementation of the IANUS electronic medical history program for its patients. The development of its implementation was gradual and the access to it of the health social workers was different according to the area of health or sanitary service in which their professional work is carried out. The access to the digitalized medical history and the possibility of reflecting their professional performance allows the integration of the intervention of the social health worker as one more member of the health team, as well as having an integrated view of the clinical information that it was generated from each patient in the health and social care carried out at the different levels of health as well as the continuity of it. In this article, a review is made of the different steps taken over these years. It is necessary to stop and reflect on the found obstacles but also on ethical and professional responsibility issues. To the extent that we are able to incorporate our proposals into the electronic medical history, we will offer to the health team, fundamental information about patients and their reality on issues that are conditioning health intervention.

KEY WORDS:

Healthcare work, information, clinical history, ianus.

O Servizo Galego de Saúde (Sergas) comezou no ano 2004 a implantación progresiva do programa IANUS de historia clínica electrónica única para os seus pacientes. O desenvolvemento da súa implantación foi gradual e o acceso dos e das traballadoras sociais sanitarias a este diferente segundo a área de saúde ou dispositivo sanitario no que se desenvolve o seu labor profesional.

A ACHEGA DO TRABALLO SOCIAL Á HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

○ Permite:

a integración da intervención da traballadora social sanitaria como un membro máis do equipo de saúde
unha visión integrada da información social xerada na atención realizada nos diferentes niveis de saúde
a continuidade na atención

○ Garantindo:

seguridade, perdurabilidade, privacidade e confidencialidade

O acceso á historia clínica dixitalizada e a posibilidade de deixar reflectida a súa actuación profesional permite a integración da intervención do traballador e da traballadora social sanitaria como un membro máis do equipo de saúde ademais de dispoñer dunha visión integrada da información clínica que se xerou de cada paciente na atención sanitaria e social realizada nos distintos niveis de saúde así como a continuidade na atención. Todo iso garantindo a seguridade, perdurabilidade, privacidade e confidencialidade dos datos.

OBSTÁCULOS

- Desinterese polos xestores
- Normativas que nos limitan
- Non desenvolvemento dun módulo /estación específica de traballo social (Historia social)
- Implantación gradual e con diferencias entre distintas áreas de saúde e/ou dispositivos.
- Solucións a medida de cada centro
- Resistencias e medos no propio colectivo profesional
- Non existencia na estrutura do SERGAS dunha figura de Coordinación de Traballo social para todo o territorio
- O síndrome do "saco roto"

No caso de Galicia as traballadoras e traballadores sociais sanitarios sentímonos a anos luz doutras comunidades autónomas. Seguimos atopándonos obstáculos aos que viñemos enfrontándonos en todos estes anos, desde normativas que nos limitan a unha falta de interese ou de visión polos nosos xestores e tamén, por que non recoñecelo?, as resistencias de parte do colectivo profesional a escribir e expoñer a súa intervención ao resto do equipo. Pero aquí estamos a seguir un camiño no que non estamos dispostas a dar pasos atrás e no que podemos mirar cara a outros lugares e guiarnos polo traballo xa realizado e en continua revisión.

Calquera das profesionais que aquí nos atopamos sabemos que desde a apertura dun caso ata o seu peche recolleemos moitos datos, información importante ou que ás veces non o é tanto pero que configura o mapa que nos creamos e en función do cal desenvolveremos a nosa intervención social. E en moitos momentos dese proceso necesitaremos contar con outros profesionais sanitarios ou sociais cos que será imprescindible establecer un feedback, un intercambio sobre o que deseñar a intervención que se vai realizar.

É nese proceso cando a historia clínica única e compartida nos serve de soporte para ese intercambio e proporcionar unha atención integral e é aquí cando é necesario pararse a reflexionar sobre aspectos relacionados con cuestións de tipo institucional e técnico pero tamén cuestións éticas e de responsabilidade profesional.

Por iso é polo que “o que?” e “o como?” son para nós cuestións fundamentais.

A ACHEGA DAS TRABALLADORAS SOCIAIS Á HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

CRONOLOXÍA	
2004	Implantación de IANUS
2005- 2006	Incorporación do TS sanitario: AP
2006- 2013	Grupos de traballo diversos en distintos momentos e sen continuidade Incorporación do TS sanitario: AE
2009	Decreto 29/2009 polo que se regula o uso e acceso á historia clínica electrónica
2013	Decreto 164/2013 → autorización de acceso + límites no rexistro
2014	Grupo de traballo dende a S.X. de avaliación asistencial e calidade + 2 coordinadoras de AP/2 xefas de Servizo T.S.
2016	Instrución 3/2016 de 4 de abril: recomendacións específicas para normalización do rexistro
2016	Grupo de traballo dende a S.X. de avaliación asistencial e calidade + 4 Xefas de Servizo T.S.

O desinterese mostrado polos responsables xestores do Sergas cara á elaboración dunha estación/módulo de traballo social dentro da historia clínica de IANUS, levou a que fomos nós mesmas as que fomos parcheando con solucións individualizadas, feitas a medida de cada centro, especialmente no ámbito de atención hospitalaria. Con este mapa caótico e heteroxéneo, cun total secretismo nas decisións que se ían tomando dende os servizos centrais, grupos de traballo que nacían e morrían según o responsable de quenda etc. en novembro de 2013 publícase o Decreto 164/2013 modificando a norma de 2009 pola que se regula o uso e acceso á historia clínica. Con esta modificación derívanse para nós dúas consecuencias fundamentais:

1. Permitir o acceso á información contida na historia clínica electrónica como parte da nosa función asistencial.
2. Limitar o rexistro da nosa actividade “*ás epígrafes correspondentes a aspectos sociais e sociosanitarios da historia clínica*”.

É dicir un “si, contamos con vós” pero “en segunda división”.

Tras esta novidade normativa en setembro de 2014 dende a Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e de Garantías promóvese a creación dun novo grupo de traballo (ao que se convida a dúas coordinadoras de atención primaria e dúas xefas de servizo) no que se comeza a realizar unha análise da actual situación e se procede a facer unha revisión da documentación e funcionalidade do rexistro de traballo social na historia clínica electrónica.

Dende o primeiro momento a responsable da Administración informa da súa intención de homoxeneizar a situación e aplicar ao pé da letra o recollido no decreto. E isto implicará entre outras cuestións a saída do curso clínico nos episodios de hospitalización.

Por outra banda o deseño da nova versión IANUS (HCEPRO) que irá implantándose progresivamente cambia por completo a arquitectura do modelo actual e rompe coa diferenciación entre primaria e hospitalaria co que pasa a estruturarse en base a procesos.

Dentro deses límites, ofrécenos a posibilidade de facerlle propostas dende o colectivo profesional. E é así como comeza un importante traballo de reflexión que leva a ter feito en pouco tempo varias propostas prácticas que permitirían ir avanzando nalgunhas cuestións: novos cadros de persoal, novas autorizacións de uso etc. Propostas que foron nalgún caso aprobadas, noutros rexeitadas pero que a día de hoxe seguen sen estar operativas para o colectivo.

Posteriormente publícase a Instrución 3/2016 do 4 de abril na que se procede á normalización do rexistro de información da actividade asistencial de traballo social na historia clínica do paciente.

Coa dita instrución dáse un paso adiante no cumprimento do establecido no Decreto de 2013 e preténdese normalizar o rexistro “dos aspectos sociais e sociosanitarios” dando unhas recomendacións específicas diferenciadas segundo o ámbito do que falemos, primaria ou especializada.

ATENCIÓN PRIMARIA

- Rexistro no episodio empregando a **nota SOIP**.
- Codificación empregando os **códigos do Capítulo Z** da clasificación CIAP-2
- Rexistro de antecedentes: só os referentes aos “**antecedentes sociolaborais**”
- Rexistro de **condicionantes e problemas**: só de condicións sociais das que exista constancia oficial ou legal documentada
- Realización de informes: mediante o uso de **modelos**: informe social/informe de traballo social/valoración social do paciente inmobilizado
- Emprego de **Escalas de medición/valoración social**: Lawton-Brody, Índice de Barthel, Escala de Zarit, Escala de Gijón
- **Asociación de documentos** externos: só os que se inclúan como tipos documentais: ISU, valoración social do paciente inmobilizado, Escala de Zarit, Escala de Gijón

ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Rexistro da actividade asistencial (independentemente do ámbito no que se preste: hospitalario, consultas ou urxencias) no módulo de **Consultas externas**, nunha carpeta específica de traballo social a través da creación de cursos evolutivos sucesivos que poden ser “titulados”.
- Resposta ás **interconsultas**: quedara asociada ao ámbito asistencial onde se emitiu (hospitalario, consultas ou urxencias)
- Rexistro de antecedentes: só os referentes aos “**antecedentes sociolaborais**”
- Realización de informes: mediante o uso de **modelos**: Informe social/Informe de traballo social
- Emprego de **escalas de medición/valoración social**: Lawton-Brody, Índice de Barthel, Escala de Zarit, Escala de Gijón

INSTRUCCIÓN 3/2016 DE 4 DE ABRIL

- **Recomendacións específicas de normalización do rexistro dos aspectos sociais e sociosanitarios diferenciadas para AP e AE**

A. PRIMARIA	A. ESPECIALIZADA
Rexistro da información: nota S O IP, codificación (cod.Z), antecedentes sociolaborais, condicionantes e problemas	Rexistro da información: en carpeta de Consultas externas (evolutivo), resposta a inteconsultas, antecedentes sociolaborais
Plantillas: informes, escalas	Plantillas: informes, escalas
Documentos asociados según tipoloxía documental	Documentos asociados según tipoloxía documental

- **Asociación de documentos** externos: só os que se inclúan como tipos documentais: ISU, Escala de Zarit, Escala de Gijón

Ante a situación descrita, o colectivo a través dun documento asinado polas catro xefas de servizo de Vigo, Santiago, A Coruña e Ourense volve de novo (xa se fixera antes da súa publicación por diversas vías directas e indirectas) presentarlle á Administración sanitaria a súa valoración deste documento e rexeitamento aos límites que supón, especialmente no caso do ámbito hospitalario. Vólvese así iniciar un proceso de diálogo cun novo grupo de traballo e no que se segue dar a este, onde temos que estar, como temos que estar... E no que seguimos sen avanzar.

Causa rubor pensar cal é a nosa situación en comparación con outras comunidades autónomas como Cataluña ou Valencia, por mencionar dúas das que consideramos que máis avanzaron neste camiño. Pero en todo caso existen cuestións que son claves na estratexia para seguir e que é preciso ter en conta:

- A curto prazo:
 - A participación das persoas que representan o colectivo no deseño do rexistro de información de traballo social no novo programa HCPRO a implantar pola Administración dende este momento inicial e de pilotaxe do proceso.

- A modificación da Instrución 3/2016 e incorporación a estas das achegas feitas polo colectivo profesional, especialmente no que atinxe aos límites impostos para o rexistro da nosa actividade asistencial (especialmente no referente ao ámbito hospitalario) e incluídos aqueles profesionais que están a desenvolver o seu traballo no ámbito de atención especializada en unidades e centros específicos diferenciados tanto do ámbito hospitalario como da atención primaria.
- O acceso inmediato de todo o colectivo profesional ás escalas e á elaboración dos modelos e tipoloxías documentais xa aprobados pola propia Administración e que seguen sen estar dispoñibles.
 - Informe social/Informe de traballo social/Valoración social do paciente inmobilizado
 - Lawton-Brody, Índice de Barthel, Escala de Zarit, Escala de Gijón
- Incorporar os modelos xa deseñados e consensuados dentro dos protocolos e programas implantados en todas as áreas de saúde (por ex.: *Solicitud de préstamo de axudas técnicas*)
- A medio prazo:
 - Incorporar a historia social como parte da historia clínica dixital única no novo proxecto de HCPRO.
 - A elaboración de novos modelos que se van empregar polo colectivo en resposta ás necesidades que vaian xurdindo.
 - A explotación estatística dos datos recollidos para os efectos de coñecer tanto o traballo realizado como a elaboración de posteriores investigacións.
- A longo prazo:
 - A participación como colectivo naquelas estratexias de abordaxe dos novos retos do futuro que dende a Administración sanitaria se están a deseñar na interoperabilidade entre distintos sistemas (HSU), estratexias e-saúde etc.

Na medida en que sexamos capaces de incorporar estas propostas á historia clínica estaremos a ofrecerlle ao equipo de saúde unha información fundamental sobre os pacientes e a súa realidade en cuestións que condicionan a súa intervención en gran medida xa que a implementación de moitas das accións sanitarias e o seu éxito ou fracaso estarán condicionadas polos ditos factores sociais.

Mais a nosa relación cos responsables da xestión sanitaria e a incorporación a estes debates e estratexias actuais pasará por poder contar con mandos intermedios que a modo de representantes do colectivo participen directamente da xestión e teñan responsabilidade directa nela, persoas que con coñecemento do noso papel e obxecto de intervención no sistema sexan capaces de servir de ponte entre o colectivo e os órganos de goberno da Administración.

(para cando a figura dunha coordinadora de traballo social en San Lázaro?)

OUTROS DILEMAS E CUESTIÓNS ABERTAS AO DEBATE

○ O cómo?

Información de interese e/ou relevancia para o equipo de saúde ou a intervención sanitaria

Brevidade, concisión e claridade na exposición

Veracidade contrastada dos datos rexistrados

Respecto aos pacientes e ao resto de profesionais do equipo



Pero non son estas as cuestións que cómpre unicamente a abordar senón que existen outros dilemas e cuestións abertas ao debate.

Sen dúbida, estamos afeitas manexar nosa propia documentación e linguaxe profesional, que máis aló dos informes ou escritos que saen cara a outras institucións ou profesionais, cociñamos entre compañeiras de disciplina e dentro dos nosos despachos, pero cando estes soportes van estar recollidos nunha plataforma como é a historia clínica dixital aberta a outros, visible cara ao exterior é imprescindible cumprir escrupulosamente con certos criterios, entre eles considero que estarían os seguintes (non diferentes dos xa establecidos hai anos nos nosos manuais básicos e código deontolóxico):

- A información debe ser de interese e/ou relevancia para o equipo de saúde ou a intervención sanitaria
- Brevidade, concisión e claridade na exposición
- Veracidade contrastada dos datos rexistrados
- Respecto aos pacientes e ao resto dos profesionais do equipo

Hai cuestións, especialmente no noso ámbito de actuación que son delicadas, que expoñen numerosos conflitos éticos e de responsabilidade profesional e que non quedan resoltos na mellora de cuestións metodolóxicas e técnicas senón que deben levar a profesión a unha reflexión profunda e a elaboración dunha especie de “manual de boas prácticas” ou manual de estilo que a modo de guión nos vaia conducindo na toma de decisións neste ámbito que inevitablemente todos e todas realizamos no noso quefacer diario.

Penso que este é o camiño, non un recetario, pero si un soporte no que apoiarnos e que coloquemos á beira do noso código deontolóxico profesional e das leis sanitarias e de protección de datos nas que quedan fixados os dereitos e deberes dos pacientes que nos vaia conducindo e guiando.

Independentemente do grao de desenvolvemento que nunhas ou outras zonas esteamos, estas dúbidas e medos aféctannos a todos e todas, por iso é polo que convido á reflexión conxunta e á elaboración do dito manual, ou como queiramos chamarlle, en relación ao manexo da información social no ámbito sanitario.

Sabemos que existen distintas e variadas opinións, que persisten nalgún caso as reticencias para escribir e doutra banda tamén son moitos e moitas os e as profesionais que cremos que a información social debe formar parte da historia clínica; debemos reflexionar sobre esa cuestión de onde parten esas cada unha desas dúas posturas entre as e os profesionais, defensores e detractores?

Non podemos seguir mirando de lado e deixando pasar sen pararnos a establecer parámetros comúns, porque este proxecto implicará non só chegar a ese punto final proposto senón que no camiño recolleremos os froitos da reflexión sobre: o que entendemos por “cuestións sanitarias”, sobre o traballo social sanitario en si mesmo e o noso obxecto de intervención, sobre o noso papel nos equipos de saúde, sobre a nosa posición fronte aos “clientes”, fronte á institución etc.

Esta será unha reflexión frutífera, que debemos estar dispostas a emprender pero na que necesitamos compañía, sobre todo daquelas profesionais doutros lugares con varios anos de vantaxe, que coñecen os pros

e os contras que poden trasladarnos as súas experiencias e unha visión da situación tamizada pola realidade mesma.

RETOS FUTUROS

- Cambios e evolución nos sistemas de información no ámbito sanitario: estratexia e-saúde
- Interoperabilidade con outros sistemas (HSU)
- Novos modelos de atención sanitaria: estratexia sociosanitaria, atención á cronicidade,...
- Evolución do Traballo social sanitario
- Creación nos Servizos centrais do SERGAS da figura de coordinación de Traballo social

IANUS (HCEPRO): nova versión
Que?
Como?

CONCLUSIÓNS-RETOS FUTUROS:

- Os sistemas de información no ámbito sanitario están cambiando, a dixitalización da información é algo imparabile e nós non podemos quedarnos atrás, polo tanto hai que “subirse ao carro” e superar as reticencias a compartir a integrar a nosa información como parte da historia clínica do paciente.
- A interoperabilidade con outros sistemas como o de HSU é un avance importante e teremos que participar nese proceso, non obstante isto non substitúe a achega que a traballadora social sanitaria fai dende o seu ámbito específico de actuación ao resto do equipo nunha abordaxe integral da problemática de saúde.
- Os novos modelos de atención sanitaria para a abordaxe da cronicidade, dos coidados paliativos, da dependencia... as estratexias sociosanitaria sitúan a información social do paciente e á nosa achega dende o traballo social sanitario nun dos seus piares fundamentais.
- A propia evolución do traballo social sanitario, a súa consodilación teórica co recoñecemento á súa especificidade, o reforzo do vínculo desta coa praxe permitirán resolver a clarificar o noso papel nos sistemas de información sanitaria.

- A análise da situación xa está feita, coñecemos a realidade, hai propostas sobre a mesa e estamos dispostas a seguir traballando e colaborando pero tamén esiximos que se artelle unha estrutura para o traballo social dentro do Sergas que permita contar coa figura dunha coordinadora a nivel de servizos centrais que comporte unha xestión eficaz e eficiente, con capacidade de decisión e canalizar as propostas, que permita levalas a bo termo e avanzar e superar dunha vez por todas a síndrome do “saco roto”.
- Temos que ser nós como colectivo as que deseñemos o que? e o como?, participando en pé de igualdade cos outros colectivos profesionais. E isto ten que ser dende o inicio do deseño, dende xa teríamos que estar participando no deseño dunha estación/modulo de traballo social para a nova versión de IANUS (HCEPRO).

Comunicación 3. II Xornada de Traballo Social e Saúde en Galicia. Coordinación Socio-Sanitaria. MESA DE ATENCIÓN A PERSOAS SEN FOGAR. INCLUSIÓN SOCIAL-SAÚDE MENTAL

*Miriam Rodríguez Sierra.
Traballadora social. Unidade de Saúde Mental EOXI Coruña
miriam.rodriguez.sierra@sergas.es*

RESUMO:

A intervención con colectivos en risco de exclusión social precisa dun modelo de atención integral, cunha orientación comunitaria baseada na coordinación interdisciplinar e interinstitucional. Deste xeito, será necesario formalizar e incentivar espazos de traballo e de cooperación, onde se aproveiten as fortalezas profesionais e os recursos das institucións, promovendo accións conxuntas que minimicen as problemáticas e garantan os resultados das intervencións.

Dende o Traballo Social, contamos coas debidas competencias profesionais para liderar e coordinar este tipo de espazos e iniciativas, mellorando os resultados das atencións sociosanitarias, contribuíndo o bo uso do sistema, garantindo a continuidade nos tratamentos, favorecendo a saúde e a calidade de vida do colectivo e a súa inclusión social.

PALABRAS CLAVE:

Inclusión, saúde mental, senfogarismo, atención integral, coordinación, interdisciplinar, interinstitucional.

RESUMEN:

La intervención con colectivos en riesgo de exclusión necesita de un modelo de atención integral, con orientación comunitaria basada en la coordinación interdisciplinar e interinsitucional. De esta forma, será

necesario formalizar y incentivar espacios de trabajo y de cooperación, donde se optimicen las fortalezas profesionales y los recursos de las instituciones para promover acciones conjuntas que minimicen las problemáticas y garanticen los resultados de las intervenciones.

Desde el Trabajo Social, contamos con las debidas competencias profesionales para liderar y coordinar este tipo de espacios e iniciativas, mejorando los resultados de las atenciones socio-sanitarias, contribuyendo al buen uso del sistema, garantizando la continuidad en los tratamientos, favoreciendo la salud, la calidad de vida del colectivo y su inclusión social.

PALABRAS CLAVE:

Inclusión, Salud Mental, Sinhogarismo, Atención integral, Coordinación, Interdisciplinar, Interinstitucional.

ABSTRACT:

Intervening in groups at risk of social exclusion requires a comprehensive model of attention, with a communitary orientation based in interdisciplinary and institutional coordination. In this manner, it will be needed to formalize and encourage places dedicated to work and cooperation, where the institutions' resources and professional strengths are taken advantage of, and joint action is taken to minimize possible issues and guarantee the results of the interventions. In Social Work, we count with the necessary professional skills to lead and coordinate this type of spaces and initiatives, improving the results of social care as well as healthcare, contributing to the good correct use of the system, and ensuring continuity in treatment, thus favoring the health and quality of life of the group as well as its social inclusion.

KEYWORDS:

Inclusion, Mental Health, Homelessness, Integral Care, Coordination, Interdisciplinary Action, Inter-institutional Action.

INTRODUCCIÓN

O fenómeno do senhogarismo é un dos temas máis convulsos e discutidos nas sociedades chamadas máis avanzadas. Sen dúbida, o traballo dos servizos sociais con este colectivo, pasa a ser difícil e de complexo abordaxe. A necesidade de traballar todas as áreas referentes ao individuo, acrecenta a necesidade de ampliar os contidos máis alá do eido do social, e de fomentar unha estreita colaboración con distintos profesionais e institucións.

As principais características psicosociais determinantes deste colectivo son a carencia de vivenda, a insuficiencia de recursos económicos, a falta de rede familiar ou social e a presenza de problemáticas de saúde, moitas delas asociadas a enfermidade mental ou condutas aditivas. Todas elas actúan de maneira sinérxica, xerando necesidades sociosanitarias de moi complexo abordaxe polas canles establecidas.

A atención sanitaria a este colectivo, caracterízase pola alta frecuentación aos servizos de urxencias do sistema sanitario. Esta atención en crise, en moitas ocasións carece de efectividade. As problemáticas de saúde ligadas a estados de consumo de alcohol e/ou substancias, as altas voluntarias sen finalizar a atención médica, a insuficiencia de datos evolutivos e a falta de garantías de seguimento, adoitan a condenar ao fracaso as intervencións. Ademais, o alto consumo de recursos sociosanitarios especializados, non se corresponderá cunha mellora sustantable da súa saúde.

METODOLOXÍA

Os colectivos en exclusión social constitúen un importante reto para as institucións, tanto sociais como sanitarias.

Así, en marzo do 2015, xorde a creación dun espazo de coordinación onde foran convocados os principais axentes que, na cidade da Coruña, interveñen de forma activa co colectivo. Na *Mesa de Atención a persoas Sen Fogar*, están representados os servizos de Psiquiatría e Traballo Social da EOXI Coruña, Equipo de Inclusión Social dos servizos sociais municipais, o Refuxio, a Cociña Económica, Cruz Vermella, APEM, FEAFES, as casas de acollida Sor Eusebia e Santa Lucía, e as unidades de drogodependencias-ACLAD, e UTACA.

Trátase dunha estratexia coordinada de traballo en rede, que aproveita as sinerxías dos distintos profesionais, a través de reunións transdisciplinares e espazos de encontro interinstitucional que favorezan a aprendizaxe conxunta e o intercambio de ideas entre as expertas e o expertos nesta área de coñecemento.

OBXECTIVOS

OBXECTIVO XERAL

- Mellorar a calidade de vida das persoas sen fogar en situación de grave exclusión social, mediante unha estratexia conxunta e integrada entre o sistema social e sanitario, orientada sempre ás necesidades da persoa.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Servir de soporte aos profesionais a través de asesoramento especializado en materia de saúde, tanto no caso de problemáticas asociadas á enfermidade mental grave, como adiccións. Diminuíndo así a sobrecarga profesional nos casos de alta complexidade sociosanitaria.
- Facilitar a accesibilidade e o bo uso do sistema sanitario, establecer vías de atención flexibles e eficaces, previr a sobreutilización de servizos como as urxencias hospitalarias.
- Garantir a continuidade asistencial e seguimento de pautas axeitadas de saúde, por medio da derivación ao dispositivo máis axeitado en cada caso, dentro do noso ámbito comunitario.
- Mellorar a atención sanitaria, creando novas fórmulas para un áxil e adecuado control da saúde, en especial, os casos que precisen atención psiquiátrica periódica e control de medicación.
- Crear ferramentas que fomenten a coordinación entre todos os profesionais que interveñan no noso ámbito comunitario, evitando así as duplicidades nas intervencións e favorecendo a súa efectividade.
- Aumentar os coñecementos técnicos, tanto en materia de saúde como no eido do social, dos profesionais que interveñen co colectivo.
- Canalizar propostas de mellora referentes á prevención da exclusión social, propiciando iniciativas que eviten grave deterioración na saúde e calidade de vida.
- Propor medidas de sensibilización e concienciación coa problemática das persoas sen fogar, dirixidas ao persoal de intervención directa social e sanitario, así como a poboación en xeral e previr así os prexuízos e a estigmatización.
- Investigar e determinar os criterios de risco sociosanitario máis comúns, das persoas que son atendidas de forma conxunta na mesa de profesionais, co fin de propoñer medidas de prevención máis útiles e axeitadas.
- Realizar, incentivar ou colaborar en xornadas, comunicacións ou publicacións con contidos relativos a esta experiencia de traballo, compartindo así coñecementos e creando mesas de discusións e debate.

ACCIÓNNS

A mesa de atención sociosanitaria reúnese con periodicidade mensual, o último xoves de cada mes no Hospital de Oza do Complexo Hospitalario da Coruña. Nestas reunións, discutiránse medidas e accións concretas de mellora na atención, e analizaránse os casos de alta complexidade detectados dende calquera das entidades ou institucións.

En canto ás propostas de mellora, no último período puxéronse en marcha diversas iniciativas:

- Dotación de atención psiquiátrica de apoio e soporte aos servizos de atención residencial a persoas sen fogar na cidade da Coruña: Fogar Sor Eusebia, Fogar Santa Lucía, Refuxio Padre Rubinos.
- Establécese unha vía de atención rápida, alternativa ás urxencias hospitalarias. Programárase para a atención psiquiátrica inmediata, nos casos nos que se poida ter sospeitas de problemática de saúde mental e que non estean a ser tratados polas canles ordinarias, son de carácter voluntario e en coordinación coas consultas de hospital de día de psiquiatría.
- Asesoramento continuo por parte das traballadoras sociais de saúde mental, como consultoras expertos e expertas e profesionais de enlace, cos profesionais dos servizos sociais comunitarios e cas entidades sociais.
- Fomentar a formación dos profesionais. Durante o ano 2016, lévase a cabo un curso de formación “Abordaxe de persoas con problemas de saúde mental e exclusión social”, con contidos relacionados coa problemática do colectivo e a atención a saúde mental. Estas xornadas formativas contaron cunha ampla participación, máis dun centenar de profesionais do eido do social e do sanitario. Así mesmo, esta formación foi moi ben valorada, tanto pola riqueza dos contidos, como pola calidade dos relatores, todos eles profesionais en activo no eido da saúde mental, inclusión social e ámbito xurídico.
- Participar en congresos e xornadas que poidan achegar a este novo espazo de traballo contidos relacionados co colectivo e a saúde mental, levando así a experiencia a outras áreas.
- Análise e xestión de casos de alta complexidade sociosanitaria. A exposición e análise conxunta de casos por parte dos profesionais membros da mesa, tratará de garantir o plan integral coa persoa e os bos resultados do tratamento social.

Deste xeito, a análise exhaustiva das problemáticas por parte das distintas e distintos profesionais expertos, e a exploración de distintas liñas de acción conxunta, consensuadas, promovendo medidas concretas personalizadas e integradas, prevé a deterioración dos pacientes crónicos en risco de exclusión social e mellora da calidade asistencial.

- Creación dun portal web colaborativo e en rede para os profesionais, que inclúa achegas teóricas e metodolóxicas, foros de discusión, exposición de novas. Neste poderanse rexistrar, con fins estatísticos e de forma codificada, os datos relativos a xestión de casos.

CONCLUSIÓN

Esta estratexia metodolóxica de traballo en rede e conectividade transdisciplinar e interinstitucional, garante respostas efectivas e de calidade en colectivos de gran complexidade sociosanitaria, como son as persoas sen fogar. Á súa vez, sérvelles de soporte aos equipos profesionais e contribúe a un mellor coñecemento dos servizos sanitarios e sociais dentro da comunidade. Deste xeito, optimizaranse os recursos físicos e humanos, mediante respostas consensuadas e unificadas, que eviten duplicidades e aumenten as posibilidades de éxito nas intervencións.

Así mesmo, as creacións destes espazos favorecen a acción comunitaria e a promoción de iniciativas que tendan a sensibilizar a maioría social coas problemáticas individuais, deste xeito foméntase un sistema solidario e máis humano.

TRABALLO SOCIAL EN REDE NO BARRIO DE FONTIÑAS

Unha experiencia colaborativa

Eva María González Santiago.

Traballadora social da UTS de Fontiñas-Concello de Santiago de Compostela

Alcira Baleato Negreira.

Traballadora social do centro de saúde de Fontiñas-Santiago de Compostela.

RESUMO

O barrio de Fontiñas, e unha “vila en pequeno”, cun importante volume de poboación perfectamente delimitada, coa presenza de todo tipo de entidades, como centros educativos, centro de saúde, servizos sociais, centro sociocultural, ONG...

O traballo en rede é un “crebacabezas” solidario para loitar en Fontiñas por un barrio máis xusto.

Fontiñas é diversidade étnica e cultural, pluralidade, diversidade social, dotación de recursos e de profesionais que están a traballar en rede, así como xuventude dos seus moradores.

PALABRAS CLAVE

Traballo en rede. Diversidade. Potencialidade. Diagnóstico social. Proxectos comunitarios.

RESUMEN

El barrio de Fontiñas, es una villa pequeña, con un importante volumen de población perfectamente delimitada, con la presencia de todo tipo de entidades, como centros educativos, centro de salud, servicios sociales, centro sociocultural, ONG....

El trabajo en red, es un “puzle” solidario para luchar en Fontiñas por un barrio más Justo.

Fontiñas es diversidad étnica y cultural, pluralidad, diversidad social, dotación de recursos y de profesionales que trabajan en red, así como juventud de sus habitantes.

PALABRAS CLAVE

Trabajo en red. Diversidad. Potencialidad. Diagnóstico social. Proyectos comunitarios.

ABSTRACT

The Fontiñas quarter is a well-delimited town-like neighbourhood with a considerable amount of inhabitants and all sorts of entities and services, including educational facilities, a health care centre, social services, a community centre, an NGO, and so on.

Networking is a multifaceted supportive initiative set up to fight for a fairer quarter in Fontiñas.

Fontiñas features ethnic and cultural diversity, plurality, social diversity and a young population; and it is duly provided with the necessary resources and networking professionals.

KEYWORDS

Networking. Diversity. Potentiality. Social diagnosis. Community projects.

PRESENTACIÓN

Fontiñas: un barrio novo, pero que xa ten máis que cumprida a súa maioría de idade, que vai medrando día a día, que avanza na súa consolidación, que pouco a pouco vai reforzando o seu sentimento de pertenza (aspecto difícil de acadar, ao recibir poboación pertencente a outras zonas; transvasamento que se foi realizando paseniño, polo que a constitución da súa veciñanza adoce aínda de puntos fortes)... Xuventude, que é sinónimo de forza; diversidade, que é sinónimo de enriquecemento persoal e social; en definitiva, dificultades, si; potencialidades, tamén...

Pero Fontiñas ten xa unha importante traxectoria vital... Movementos da súa poboación, autonomía das familias condicionada polos diferentes plans de vivendas, unidade dos servizos que traballan na zona, importante labor desempeñado nos últimos anos etc., aspectos que esixen que vinte e dous anos despois da constitución do barrio fagamos unha “parada no

camiño” a reflexionar, novamente, cal é a realidade social do barrio, cales son as súas necesidades actuais, cales son as súas potencialidades e cales as liñas de intervención que deben marcar a actuación dos distintos servizos públicos e entidades sociais. Traballar con obxectivos reais é sinónimo de rigor técnico e profesional, de eficacia e de eficiencia.

Os diferentes textos legislativos que regulan o sistema de Servizos Sociais en Galicia esíxelles, aos distintos servizos públicos na materia así como á iniciativa social, que desempeñen o seu labor tendo presente os principios recoñecidos no artigo 4 da Lei 13/2008, do 3 de decembro, de Servizos Sociais de Galicia¹, entre os que se atopan, polo seu interese para o barrio, os de: descentralización, responsabilidade pública, criterio organizativo, universalidade, coordinación, igualdade, autonomía persoal... En definitiva, convivencia comunitaria!

Hoxe máis que nunca, cobra importancia a cobertura das necesidades básicas da poboación; sen isto, non se pode formular nin avanzar en ningún itinerario de inserción social. Por iso, o labor coordinado dos Servizos Sociais Comunitarios Básicos do Concello de Santiago de Compostela, do Centro de Saúde de Fontiñas e das restantes entidades sociais cobra, cada vez máis, unha especial importancia e amosa un novo “punto de encontro”: todos nós traballamos cun mesmo fin, o *benestar da veciñanza*. Pero non debemos esquecer que hai outros niveis aos que lles debemos prestar atención: a *prevención* das situacións de risco social e o esforzo para acadar a integración e reforzar o *sentimento de “vida comunitaria”*; pero, aquí, con matices... integración que non debe ser nunca sinónimo de “asimilación”, senón de convivencia...; convivencia “positiva”, dende o respecto á diferenza de cada quen, pero tamén dende o exhaustivo cumprimento da lexislación vixente e dos dereitos constitucionais que asisten a cada cidadán.

¹ Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia. DOG n.º 245, de 18 de decembro de 2008.



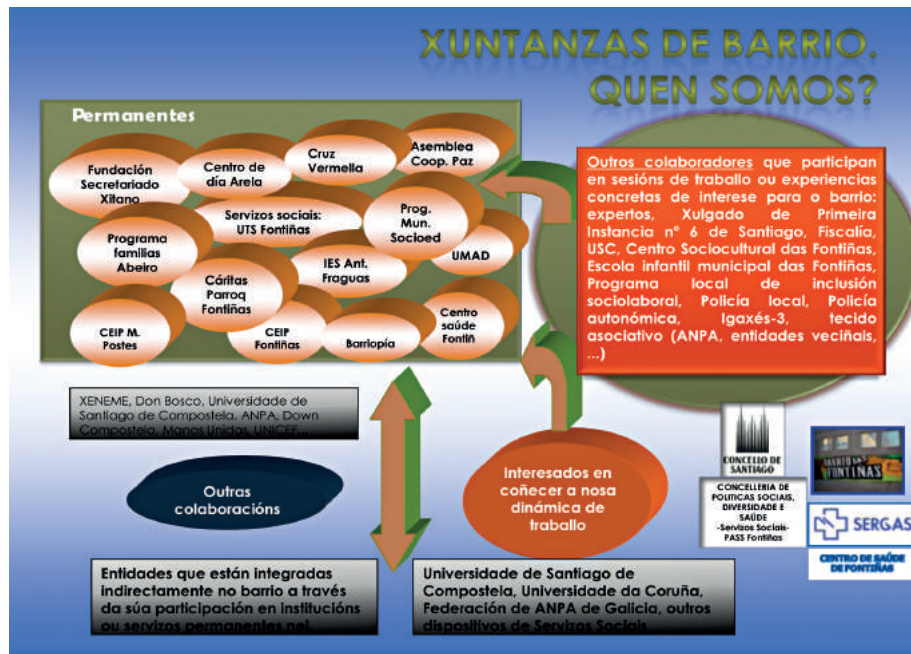
Da pequena radiografía social do barrio que aquí vos ofrecemos, pódese observar que conta cunha poboación de dereito que se aproxima aos 10 000 habitantes. Segue sendo un barrio cunha pirámide poboacional nova, se ben, co paso dos anos, isto está mudando. O feito de que nesta zona se concentre un importante número de vivendas de promoción pública, algo máis de 650, vainos condicionar na intervención técnica. Unha realidade plural, na que “conflúen” familias con realidades moi distintas. Unha realidade plural, na que se aprecian case 3 500 persoas residindo en vivendas de promoción pública, 266 persoas maiores residindo soas, 114 persoas en situación de dependencia, 212 persoas de orixe estranxeira ou case de 160 persoas pertencentes a familias de etnia xitana...

Se hai un adxectivo co cal se pode cualificar o barrio de Fontiñas, este é o de DIVERSIDADE. A xuventude dos seus moradores fai apostar firmemente polo cambio social. A diversidade étnica é sinónimo de pluralidade e enriquecemento cultural. A importante dotación de recursos esixe un traballo conxunto, respectando a identidade de cada quen, pero traballando en rede co obxectivo inmediato de non duplicar accións e co fin permanente de acadar unha convivencia positiva. Polo tanto, fórmulase unha intervención social dende os tres ámbitos: individual e familiar; grupal e comunitario. Centrémonos na explicación desta última.

É evidente que “a unión fai a forza”; así o amosa día a día o *traballo coordinado* de todos os servizos públicos e entidades do barrio. Foise

construíndo, paseniño pero sen pausa, un grupo de traballo estable (con profesionais pertencentes aos ámbitos sociais, educativos e sanitario), que formulaba unha intervención en rede co obxecto de detectar precozmente calquera situación carencial ou conflitiva, realizando a abordaxe técnica e temperá destas, evitando na medida do posible, a súa cronificación e agravamento.

Un traballo comunitario que se enxergaba como un desexo alá polo ano 1998 e que se evidencia como unha realidade, amplamente consolidada, no ano 2017. Un traballo coordinado, en rede, que pretende incidir no *benestar* da veciñanza, no fomento da *igualdade social* e da *autonomía persoal*. En definitiva, trátase de xuntar esforzos para crear persoas libres, con capacidade de decisión, con dereitos pero, tamén, con deberes... Trátase de “construír” persoas non dependentes de ningún sistema, con personalidade propia, que sexan, en si mesmas, o principal recurso do barrio.



Esta é a base do desenvolvemento comunitario que se vén levando a cabo no barrio de Fontiñas dende hai máis de dezanove anos... A práctica diaria condiciona o labor de todos os profesionais do barrio, que son capaces de atopar puntos de encontro, estratexias de intervención coordinadas, momentos para a reflexión conxunta, tempo para o deseño dunha actuación en rede, con fins comúns e obxectivos medibles. Entre os obxectivos desta estratexia comunitaria podemos mencionar a nivel xeral os seguintes:

- Xerar un marco de prevención, de participación e de intervención no seo da propia comunidade, como medio de dar resposta ás diferentes problemáticas sociais.
- Conformar coas diferentes entidades da zona unha trama social en rede que promova un servizo á poboación, eficaz e eficiente, sen duplicidade de recursos nin de accións.

E máis concretamente:

Coñecer as organizacións, entidades públicas, de iniciativa social e tecido asociativo do barrio de Fontiñas, en relación cun mellor aproveitamento destas para fins sociais.

- Coñecer a situación na que se atopa a poboación residente no barrio de Fontiñas, elaborando e executando propostas de actuación conxuntas entre as entidades da zona, que incidan positivamente na convivencia, dende o respecto á diferenza.
- Detectar precozmente procesos de inadaptación social, co obxecto de intervir de xeito coordinado para solucionarlos.
- Promover a participación e a solidariedade cidadá no ámbito da comunidade, ben a través das canles xa existentes ou mediante outros de nova creación (grupos de voluntariado).

En definitiva:

- Favorecer a comunicación.
- Facilitar a cooperación e a colaboración.
- Axilizar actuacións e rendibilizar os recursos comunitarios.
- Non duplicar recursos nin actuacións.

Este equipo de traballo pode funcionar con todos os seus integrantes (sesións plenarias) ou en comisións de traballo. Na actualidade, están a funcionar as seguintes:

1. A intervención con familias e co colectivo infanto-xuvenil:

- Co obxecto de diminuír factores de risco social, que repercute de xeito negativo no desenvolvemento persoal, en especial dos máis novos.
- De seguimento da escolarización dos menores, de intervención coordinada en situacións de absentismo escolar, de prevención da desescolarización...

- De activar potencialidades, de fomentar a convivencia positiva dende o respecto á diferenza, de atención á diversidade...
- Para constituír un grupo de traballo estable de discusión sobre aspectos conceptuais e análise normativa en materia de protección de menores, axilizando procesos, actualizando rexistro de recursos, coñecemento de novas experiencias, elaboración de propostas a outras administracións etc.

2. A intervención coas persoas maiores:

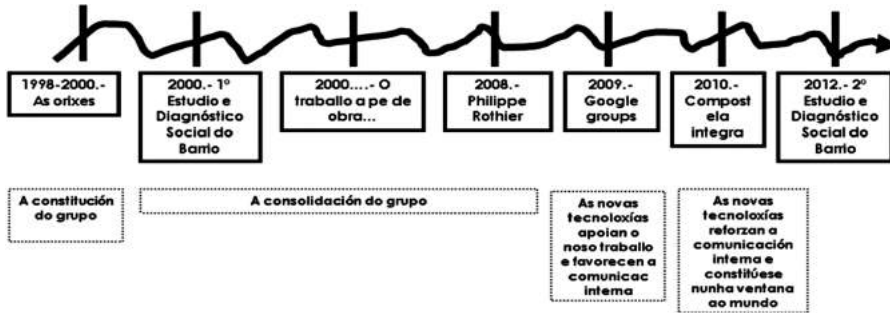
- De constituír unha rede social de apoio ás persoas maiores e cun nivel de dependencia baixa ou moderada.

3. A intervención con persoas en situación de dependencia:

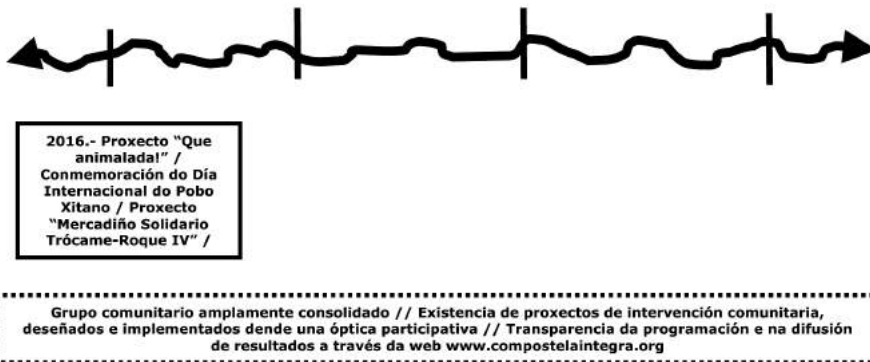
- De deseñar e implementar unha estratexia de intervención, baseada na estreita coordinación entre os dispositivos sociais e sanitarios (UTS Fontiñas-Centro de Saúde de Fontiñas), co obxecto de unir esforzos para mellorar a calidade de vida das persoas en situación de dependencia, en especial dos que teñen asociados outros factores de risco social.
- Para constituír un grupo de traballo estable de discusión sobre aspectos conceptuais e análise normativo en materia de dependencia, axilizando procesos, elaborando soportes documentais, actualizando rexistro de recursos etc.

A estratexia comunitaria pasa a converterse nun método de intervención de primeiro nivel, difícil pero non imposible de levar a cabo. Require conxugar aspectos que, en principio, poden semellar contraditorios, pero que na práctica poden compatibilizarse. Así, o carácter técnico que se nos esixe, como profesionais da rede pública do sistema, non é un antónimo de creatividade. Pódese respectar a lexislación vixente, non burocratizando aínda máis a xestión. Trátase de construír unha trama social, un “quebracabezas”, onde cada servizo ou cada entidade son unha peza diferente, coa súa cor, coa súa idiosincrasia, co seu labor, coas súas competencias, pero que é capaz de encaixar coas restantes, compartindo obxectivos e estratexias comúns. Esa é a forza que impulsa o labor.

En liñas xerais, a traxectoria da rede comunitaria de Fontiñas podédela observar nestas liñas de tempo:



Toda experiencia comunitaria debe partir dun coñecemento previo da realidade social na que estamos a intervir. Ese foi o noso comezo e o primeiro elemento que nos uniu a todos: realizar un estudo e un diagnóstico social da zona, onde analizáramos os datos poboacionais, as necesidades, tamén os recursos existentes, as potencialidades e as carencias. Isto sería o que inspiraría as liñas de intervención comunitarias que se foron desenvolvendo posteriormente.



O traballo en rede, que se está levando a cabo dende o ano 1998, repercutiu favorablemente no benestar dos veciños e das veciñas do barrio; pero... sen entrar na avaliación de casos en particular, si é necesario sinalar que favoreceu e foi a base para a dotación de novos recursos. Así, e só a modo de exemplo, podemos sinalar que:

A) **Incrementouse o grao de información** que a cidadanía ten dos distintos servizos cos que pode contar para mellorar a súa calidade de vida, a través de:

- A elaboración e publicación da **guía *As Fontiñas: entidades de servizo á cidadanía***.
- A utilización das novas tecnoloxías como instrumento de comunicación e de difusión da información, a través da creación e

posta en funcionamento dun contorno virtual, denominado “Barrio de Fontiñas”, aloxado na **web Compostela Íntegra** (Concellaría de Servizos Sociais).

B) A **calidade de vida da veciñanza mellora** coa creación de novos servizos e programas:

- Xorde así o **programa de atención a familias monoparentais “Abeiro”**, como instrumento de apoio integral, dirixido a familias con dificultades e con menores ao seu cargo, que pretende, entre outros fins, outorgarlles aos seus proxenitores unha maior dispoñibilidade para acadar a súa inserción laboral.
- Por iniciativa dos Servizos Sociais Municipais (a través da UTS Fontiñas) e co apoio de todas e cada unha das entidades do barrio, deseñouse e implementouse o **Proxecto municipal de educación de rúa** (Concellaría de Servizos Sociais). Considérase que, se ben hai que traballar coa poboación adulta co obxecto de minguar calquera factor de risco social, non se pode obviar en ningún caso a intervención coa xente máis nova, buscando “ese cambio xeracional”, cunha perspectiva de futuro distinta (en canto á formación, ao acceso ao emprego, a acadar unha convivencia e unha ocupación positiva do tempo de lecer...). Dende a informalidade da vida cotiá, xorde a intervención dos educadores de rúa.
- Os educadores de rúa colaboraron co IES Antonio Fraguas na posta en marcha do **Programa de mediación escolar**. Ter alumnado formado en mediación comporta beneficios evidentes, non só na institución escolar, senón tamén no propio barrio. Un alumno formado en mediación mellora a súa competencia como alumno, pero tamén como persoa e cidadán.
- Traballamos a convivencia, pero dende a diversión... Utilizamos os medios audiovisuais para isto e tamén para lles dar a coñecer aos demais os nosos traballos... Así, e dende o Proxecto municipal de educación de rúa, en coordinación con todas as entidades do barrio, e cun enfoque interxeracional, realízase a **curtametraxe Rúas de vida**.
- Non nos podemos esquecer dos grupos máis vulnerables da nosa comunidade... Así, xorde o **Proxecto municipal Esqueira** (deseñado e implementado polo equipo de inclusión sociolaboral da Concellaría de Benestar Social, que conta coa colaboración de todas as entidades sociais, educativas e sanitaria do barrio de Fontiñas para a súa impaticipación). O noso obxectivo: ofrecer un espazo de encontro onde se traballen valores como a igualdade, o respecto, a responsabilidade..., ademais de dar a coñecer os recursos

dispoñibles no seu contorno, que poden ser de utilidade para a vida cotiá.

C) Tráballase en perspectiva de futuro, en prol da autonomía das persoas... Perseguido este obxectivo **mellórase o grao de asistencia dos menores do barrio aos centros educativos**, considerando que facer real e efectivo o dereito á escolarización é un aspecto fundamental para contribuír ao desenvolvemento óptimo das persoas e a fomentar a igualdade de oportunidades. Despois de anos de traballo, podemos afirmar que os índices cuantitativos do absentismo escolar no barrio de Fontiñas non son moi significativos. Pese a que as cifras parecen non sustentar a necesidade deste proxecto conxunto de intervención, a conxugación con outros factores (análise dos colectivos poboacionais aos que pertence, repercusión no grao de integración social, conflitos xerados no contorno comunitario, condutas asociadas, lazos de dependencia institucional que van a mostrar a medio prazo etc.), fai que dende os servizos públicos e entidades de iniciativa social da zona se preste especial atención á intervención con este colectivo e, en consecuencia, coas súas familias. Actuacións directas cos propios menores e cos seus proxenitores (entrevistas, visitas domiciliarias, dinámicas grupais, encontros de formación, mediación etc.), intervencións indirectas co contorno máis inmediato (membros da familia extensa, dos seus grupos de iguais, líderes comunitarios etc.) e accións máis globais (de impulsar modificacións legislativas, de elaboración de protocolos e de concreción de canles de coordinación) son os piares que sustentan a rendibilidade social deste proxecto de intervención.

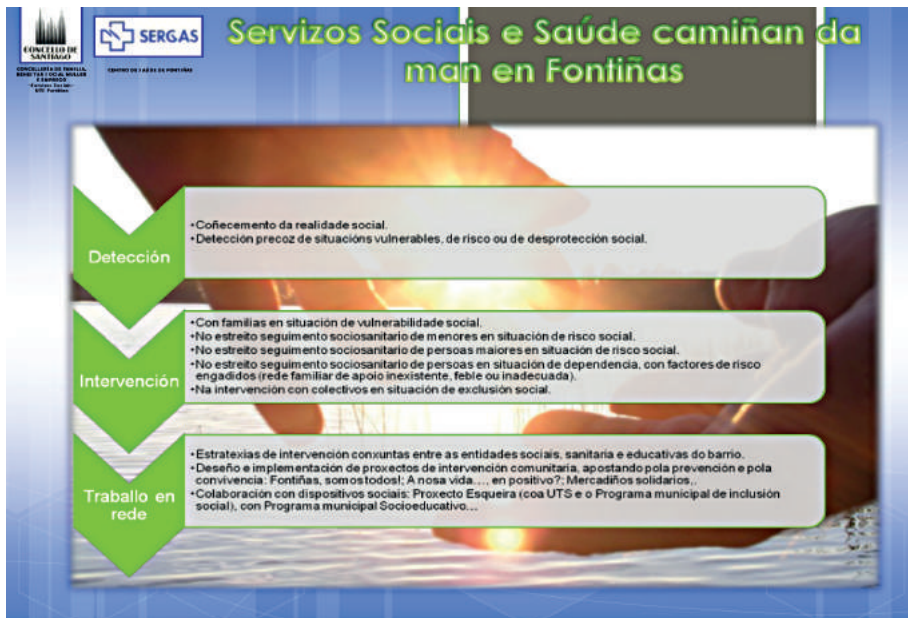
D) **Non se pode esquecer os nosos maiores...** Con esta idea nace o proxecto de colaboración entre Cáritas Parroquial das Fontiñas, a Unidade de Traballo Social do Centro de Saúde de Fontiñas e a Unidade de Traballo Social de Fontiñas (pertencente aos Servizos Sociais Comunitarios do Concello de Santiago de Compostela), para a posta en marcha dun servizo de **voluntariado social** neste ámbito territorial e poboacional de referencia. Este proxecto materializa un dos principios básicos do voluntariado: a colaboración entre as entidades e as administracións públicas como complemento do traballo profesionalizado. Coa posta en marcha preténdese abordar:

- A situación de soidade e illamento.
- A necesidade de apoio ás persoas maiores ou dependentes con rede de apoio social e familiar inexistente ou insuficiente.
- A necesidade de participación no eido da comunidade por parte de persoas que, de forma altruísta, desexan apoiar as anteriores e fortalecer a rede de apoio informal no seo da propia comunidade, adxudicándolle o papel de protagonistas no eido da intervención social.

Cruz Vermella apoia tamén os maiores da zona e do resto do termo municipal, levando a cabo **programas de envellecemento activo, actividades de ocio e tempo libre, entre outros**; conta tamén cun **servizo de voluntariado** dirixido a aquelas persoas con falta dun referente familiar ou social, para facilitarlles acompañalos en diversos momentos vitais. As novas tecnoloxías están presentes co servizo de **teleasistencia domiciliaria**.

E) Os maiores deben estar informados dos recursos e servizos dos que dispoñen para mellorar a súa calidade de vida. Esta idea é a que fundamenta os encontros cos diferentes grupos que están a funcionar no barrio e a difusión das actividades, tanto en soporte papel (con trípticos informativos, na guía de entidades das Fontiñas) como informático (na web Compostela Íntegra).

F) Pero tampouco podemos esquecer a aqueles que se atopan en **situación de dependencia...** Contamos cunha gran potencialidade no barrio e esta é a “accesibilidade”, que facilita o día a día dos nosos veciños e veciñas, aínda que todo sexa mellorable. Existe un número significativo de persoas, que presentan un estado de saúde deficitario e que precisan do apoio dunha terceira persoa para o desenvolvemento das actividades básicas da vida diaria. Co obxecto de facilitar “ese día a día” e de “*minguar a presión familiar que supón a prestación de coidados*” é importante que estean correctamente informados dos recursos dos que dispoñen no ámbito social e sanitario. Con ese obxectivo de mellorar a súa calidade de vida, preséntase un traballo en rede e coordinado entre a Unidade de Traballo Social do Centro de Saúde de Fontiñas e a Unidade de Traballo Social de Fontiñas (pertencente aos Servizos Sociais Municipais).





G) É nunha época difícil para toda a poboación, téntase conxugar as necesidades das persoas coa colaboración cidadá, potenciando a solidariedade social. Así, nace o proxecto de colaboración conxunto entre Cáritas Parroquial de Fontiñas, a UTS do Centro de Saúde e a UTS Fontiñas (pertencente aos Servizos Sociais Municipais). Búscase o apoio da propia veciñanza, apoio para saber quen precisa axuda e apoio para “multiplicar esa axuda”.

E) Os logros son tamén celebrados..., e novamente retómase o espírito que fundamenta o quefacer cotián: incidir na convivencia, dende o respecto á diferenza. E así:

- Todos xuntos celebramos a consecución do **premio europeo de arquitectura Philippe Rothier (ano 2008)**. O galardón que recoñecía inicialmente o deseño urbanístico do barrio, tamén fixo un recoñecemento ao exemplo de integración e de convivencia que representa, no que diferentes culturas conviven en harmonía.
- Aprovéitase a **conmemoración de datas sinaladas** (días internacionais, semanas culturais, festas de fin de curso, festas do barrio...), para fomentar a convivencia, para evidenciar que a diversidade é un elemento enriquecedor da nosa zona... E que mellor instrumento que a música e o baile..., porque “Kamelamos guinar chanelando el flamenco...” (“queremos contar a través do flamenco”), e dende aquí “... los acaís del barrio dikando culturas” (“os ollos do barrio mirando culturas”).

O que se pretende con esta abordaxe técnica é favorecer o benestar das persoas, favorecendo o seu benestar e incidindo na súa autonomía persoal; tamén favorecer o benestar das súas familias, pois son o piar básico para a súa estabilidade; e, por suposto, conseguir unha convivencia comunitaria positiva, dende o respecto á diferenza.

The screenshot shows a news article from the website **elCorreoGallego.es**, dated **Lunes 13.06.2011** at **Actualizado 11.52**. The article is titled **FIESTA Galdarón a Fontiñas por su urbanismo e integración social** and is dated **20.12.2008**. The sub-headline reads: **El barrio celebra hoy la concesión del premio de arquitectura Philippe Rotherier // El programa incluye actuaciones musicales y la inauguración de un grafito**. The article text states: **El barrio de As Fontiñas fue galardonado con el premio de arquitectura Philippe Rotherier 2008. El galardón reconoce el diseño urbanístico del barrio, pero también su espíritu integrador. De ahí que la fiesta con la que hoy se va a conmemorar este premio lleve por lema Fontiñas, un barrio a imitar.** An image shows a graffiti that says **BARRIO DE AS FONTIÑAS**. A sidebar on the right features a section titled **Fontiñas celebra el reconocimiento europeo a su diseño urbanístico** with a list of reasons for the award.



E rematamos cunhas palabras que no seu día soaron con forza co motivo da conmemoración do premio Philippe Rothier:

“Neste barrio, un crisol de xentes traballan e conviven con dinamismo e vitalidade. Foron moitas as persoas, entidades, institucións e asociacións que uniron esforzos para lograr que As Fontiñas sexan un exemplo de integración”.

De integración, e tamén de esforzo e enerxía! Grazas a todos os compañeiros que fixeron que o traballo comunitario pasara de ser un día unha posibilidade, a ser hoxe unha realidade amplamente consolidada.

Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia. *DOG n.º 245, de 18 do decembro de 2008.*

PROGRAMA INFORMÁTICO DE DETECCIÓN DE RISCO SOCIAL AO INGRESO

José Luis Barreiro Mosquera
Traballador social. Col. 1519. Hospital Clínico de Santiago

PRÓLOGO

O Servizo de Traballo Social do CHUS é un servizo especializado, que atende e trata a poboación usuaria deste, valorando as consecuencias negativas que a enfermidade poida ter, directamente sobre o propio paciente ou sobre a súa contorna familiar.

O traballador ou a traballadora social

É un ou unha profesional fronteira entre o sanitario e o social, e o seu labor vira arredor do establecemento de pontes entre o centro sanitario e o domicilio.

Forma parte do Equipo Asistencial que o atende e traballa coordinadamente co resto dos profesionais, procurando atenuar as secuelas bio-psico-sociais que a enfermidade lle puidese xerar, articulando os recursos necesarios para que o retorno ao seu ambiente teña lugar da maneira máis normalizada posible, evitando novos riscos para a súa saúde.

Con axuda dos implicados e as súas familias

Detecta unha a unha, tanto as dificultades presentes, como as que se lle poidan presentar no futuro, e se é necesario actúa sobre a contorna, valéndose tanto dos recursos persoais do propio paciente, como dos que a sociedade foi creando para evitar que o retorno ao seu ambiente implique un risco para a súa saúde, permitíndolle afrontar a discapacidade da maneira máis normalizada posible, garantindo a continuidade asistencial.

A información é recibida no Servizo de Traballo Social a través de distintas canles:

1. REACTIVAMENTE

1.1 Programa de detección de risco social ao ingreso:

- Pacientes que dispoñen de historia social aberta no Servizo de TS son detectados automaticamente polo programa que informa do seu ingreso ao TS correspondente.
- Manualmente calquera profesional que desexe derivar o caso ao Servizo de TS só ten que picar sobre o mapa de camas (MACAM), mapa de urxencias (MAPUR) etc. e a demanda é recibida ao instante no servizo para o seu estudo e valoración polo profesional correspondente, nun espazo de tempo inferior a 24 h.

1.2 Profesionais de consultas externas, a través de follas de interconsulta, chamada telefónica, derivan o paciente e/ou familiares ao propio servizo etc.

1.3 Profesionais externos ao centro, a través de chamada telefónica, correo electrónico ou outros medios.

1.4 Por iniciativa do propio paciente, familia ou persoas da súa rede social. Poden acudir directamente no servizo sen necesidade de cita previa.

2. PROACTIVAMENTE

Nalgún servizo do centro hospitalario, o profesional de TS, organiza periodicamente charlas informativas, sobre recursos sociosanitarios, dirixida tanto a pacientes como a familiares interesados.

Para levar a cabo o punto **1.1** o **Servizo de Traballo Social** dispón dun Programa informático, coñecido como “**PROGRAMA INFORMÁTICO DE DETECCIÓN DE RISCO SOCIAL AO INGRESO**” cuxa funcionalidade presentamos de forma resumida nas seguintes diapositivas:



Programa Informático de “Detección de Riesgo Social al ingreso”

José Luis Barreiro
Trabajador Social 1

INDICE

- 1.- ANTECEDENTES
- 2.- FUNCIONALIDADES DEL PROGRAMA:
 - 2.1 Registro de una nueva Historia Social:
 - a.- Ficha de Identificación.
 - b.- Genograma.
 - c.- Episodio de seguimiento, con registro de Diagnóstico Social y Plan de Intervención.
 - d.- Elaboración de Informes.
 - 2.2 Compartir información /coordinación, entre los profesionales del Área de Xestión Integrada.
 - 2.3 Derivación del caso desde los programas MACAM (mapa de camas) y MAPUR (mapa de urgencias).
 - 2.4 Detección automática de pacientes en situación de riesgo social que entran en contacto con la institución.
 - 2.5 Detección automática de pacientes en situación de riesgo social con cita programada en Consultas Externas para el día siguiente o con Intervención Quirúrgica programada.
 - 2.6 Explotación estadística relativa a nº de casos atendidos por servicio, problemáticas detectadas, intervenciones realizadas, destino al alta, listados...etc.
 - 2.7 Planificación y organización del trabajo.

2

1.- ANTECEDENTES

Este Programa Informático es una **nueva versión**, que ha conseguido mejorar otras aplicaciones anteriores, utilizadas por el Servicio de Trabajo Social, en el tratamiento de los datos sociales de la población atendida y cuyas bases de datos han podido migrar a esta nueva aplicación.



3

2.- FUNCIONALIDADES DEL PROGRAMA:

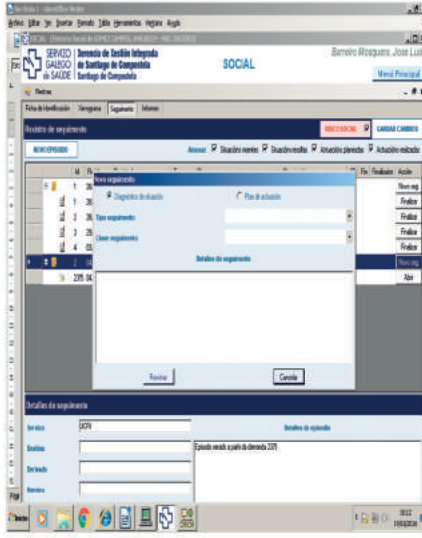
2.1 Registro de una nueva Historia Social.

Si ya existe una Historia Social registrada para dicho paciente, el sistema mostrará la ficha existente, en caso contrario abrirá un formulario para poder elaborar una nueva.

4

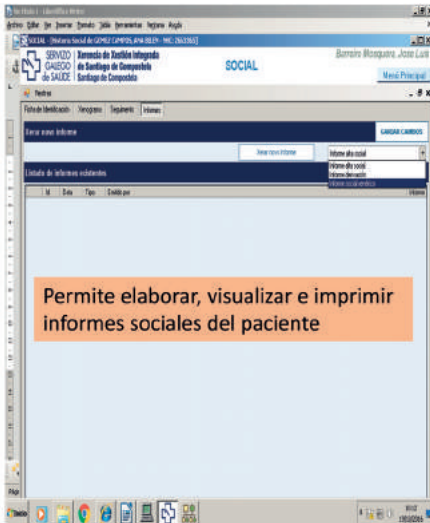
c.- Seguimiento

Episodios , incluyendo Diagnósticos e Intervenciones



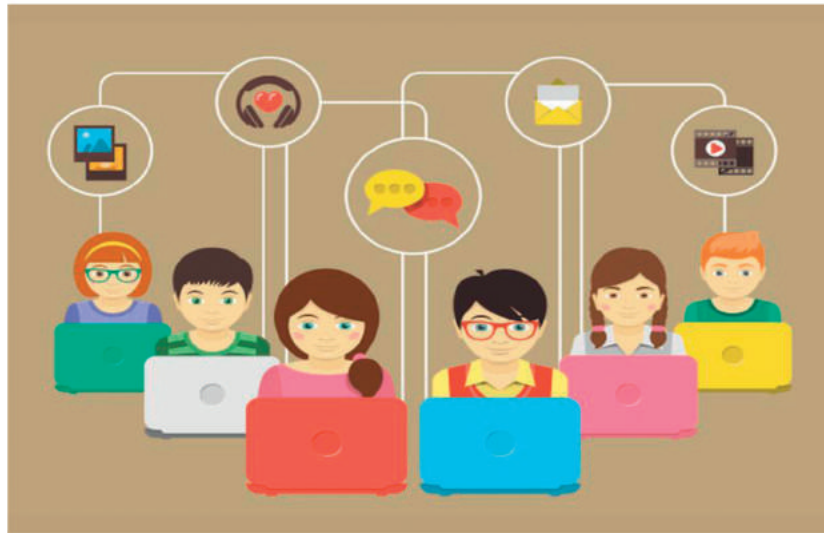
7

d.- Elaboración de Informes.

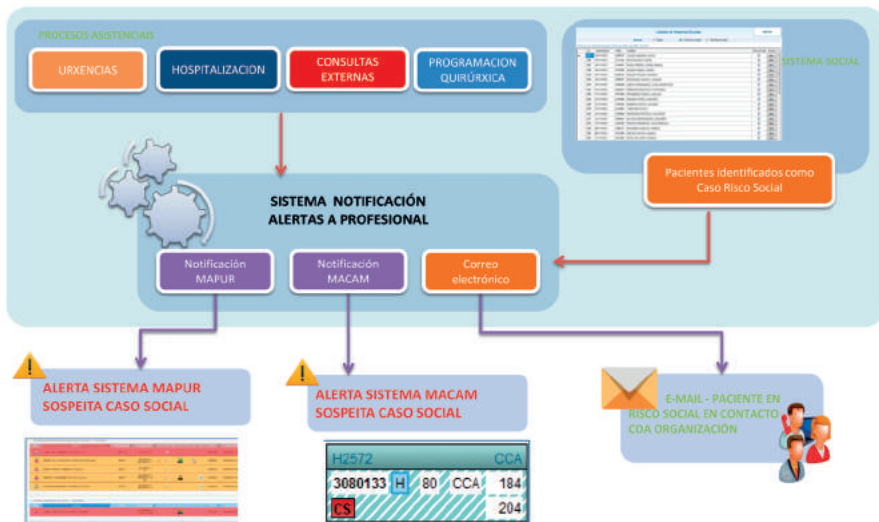


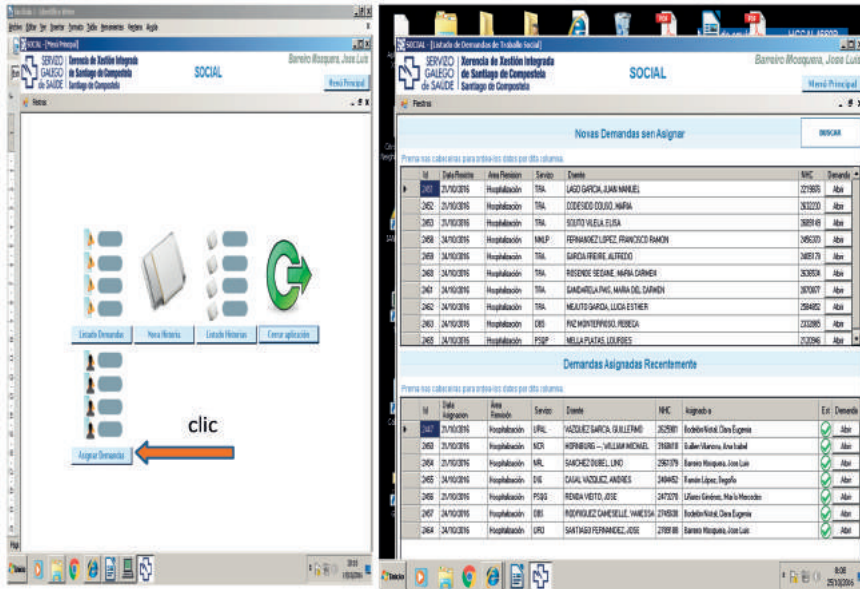
8

2.2 Compartir información /coordinación, entre los profesionales del Área de Xestión Integrada.

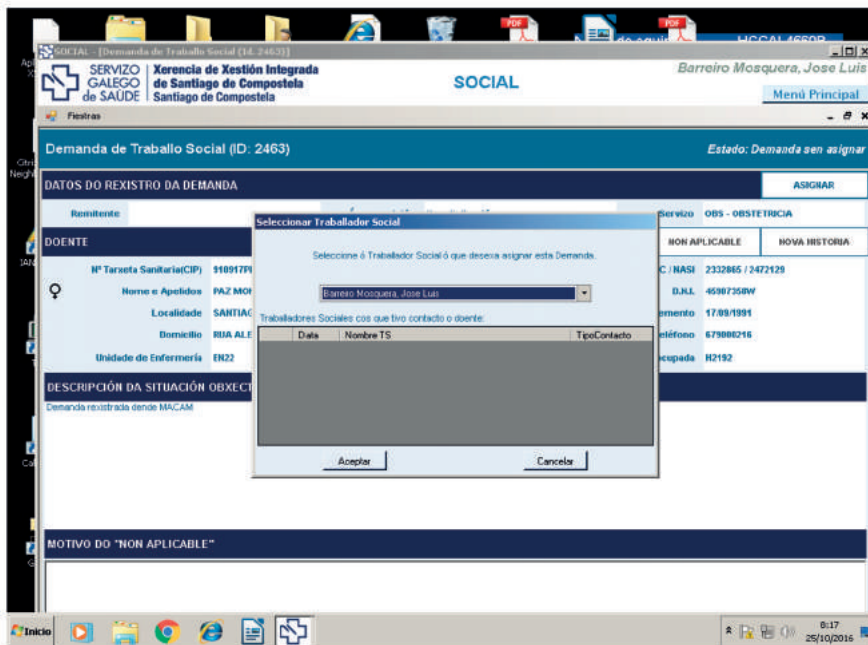


2.3 Derivación del caso desde los programas MACAM (mapa de camas) y MAPUR (mapa de urgencias).

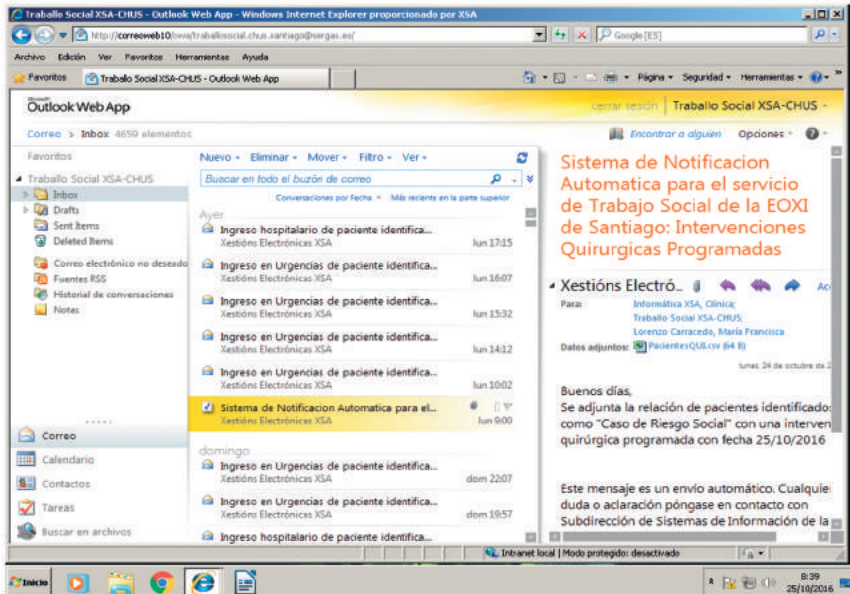
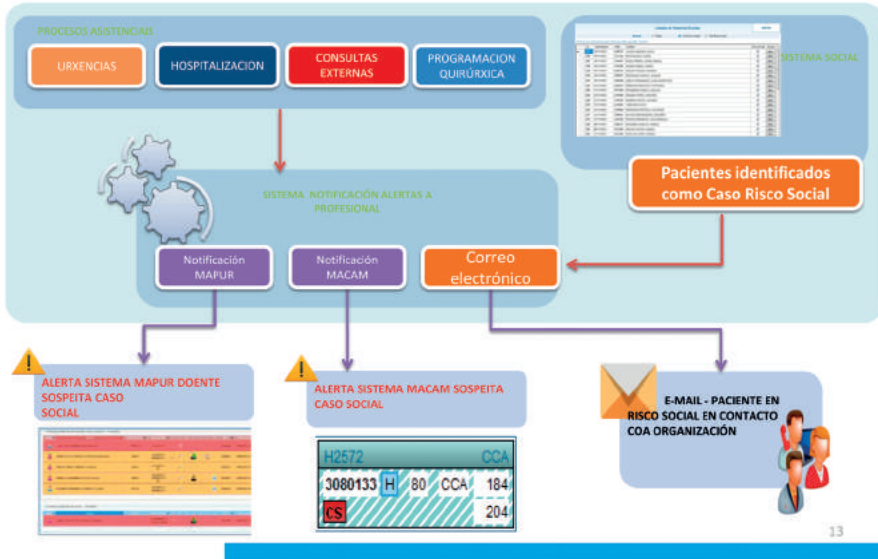




11



2.4 Detección automática de pacientes en situación de riesgo social que entran en contacto con la institución.



2.5 Detección automática de pacientes en situación de riesgo social con cita programada en Consultas Externas para el día siguiente o con Intervención Quirúrgica programada.

A.- CONSULTAS EXTERNAS

- Envío de un mensaje de correo electrónico a primera hora de la mañana a los profesionales de Trabajo Social informando de los pacientes (NHC) con una cita programada para el día siguiente, indicando el Servicio, Fecha y Hora de la misma.



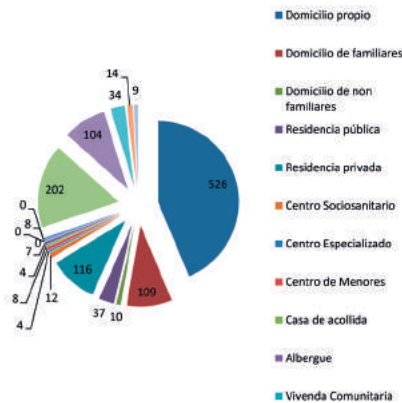
B.- PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

- Envío de un mensaje de correo electrónico a primera hora de la mañana a los profesionales de Trabajo Social informando de los pacientes (NHC) con intervención quirúrgica programada, indicando el Servicio, Quirófano, Fecha y Hora de la intervención.



2.6 Explotación estadística relativa a : nº de casos atendidos por servicio, problemáticas detectadas, intervenciones realizadas, destino al alta, listados...etc.

DESTIÑO Á ALTA HOSPITALARIA:



2.7 Planificación y organización del trabajo.



17

*Muchas
Gracias!*



18

CONCLUSIÓN DAS II XORNADAS DE TRABALLO SOCIAL E SAÚDE

*Beatriz Aranzazu Soto Caba
Complejo Hospitalario Alvaro Cunqueiro
23 de novembro de 2016, Vigo*

Tratábase de visualizar a riqueza da nosa práctica profesional, por en valor o esforzo que estamos a realizar para consolidar o traballo social sanitario aquí, recoñecendo as nosas fortalezas, pero tamén identificando claramente os desafíos que debemos afrontar para transformalo. Porque se algo resoaba o longo da xornada era o recoñecemento de atoparnos ante un novo escenario, un cambio de paradigma baseado nas novas condicións estruturais (complexidade, cronicidade, vulnerabilidade...), en novos modelos organizativos que nos interpelan continuamente como profesión e nos sinalan a tarefa ineludible de dar respostas.

Recoñecímonos como referente na coordinación entre o sanitario e o social, como profesionais que promoven a continuidade asistencial, que aportan consistencia ó discurso da atención integral pero coincidimos na importancia de seguir dando visibilidade o labor que desenvolvemos algo que vai parello o noso recoñecemento como profesión sanitaria pero no que cada unha de nós temos que asumir un papel mais activo. A creación nos últimos anos de sociedades científicas noutras comunidades autónomas nos favorece nese camiño e constitúe unha invitación a sumarnos a ese esforzo colectivo de construír coñecemento. Nesta mesma liña formulamos a necesidade de formación especializada a través da figura do TSIR e a xeneralización das rotacións internas e externas nas mesmas condicións que o resto das disciplinas presentes no ámbito sanitario.

Un gustazo volver a escoitar a compañeiras que son grandes profesionais, coñecer a súas experiencias que son exemplo de boas prácticas, de ilusión, imaxinación e creatividade aplicadas e que conseguiron contaxiarnos da súa paixón polo traballo social sanitario. Unha vez mais recoñecemos aí a importancia do rexistro, da divulgación e da investigación. Por esa razón é indispensable que participemos no deseño de ferramentas de traballo corporativo (IANUS e HCPRO).

Novamento xurdiron eixes temáticos nos que seguir afondando: bioética, protección de datos, comunidade, supervisión....

Revisamos tamén a nosa estrutura organizativa felicitándonos polas figuras implantadas e recoñecidas (xefaturas de servizo, coordinadoras de atención primaria), que vemos reivindicando para tódalas EOXIS do mesmo xeito que unha figura de coordinación territorial para toda a comunidade galega que nos permita estandarizar a carteira de servizos e minimizar as inequidades territoriais. A presenza e participación permanente nos órganos de xestión e dirección é agora mais necesario que nunca.

E por último apostamos pola necesidade de seguir dispoñendo de espazos de encontro como este e poder compartir e avanzar.