

O VALOR ENGADIDO DO TRABALLO SOCIAL NAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS. UNHA MIRADA DENDE O EQUIPO INTERDISCIPLINAR DA UCP DA ÁREA SANITARIA DE FERROL

EL VALOR AÑADIDO DEL TRABAJO SOCIAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS. UNA MIRADA DESDE EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE LA UCP DE LA ÁREA SANITARIA DE FERROL

THE ADDED VALUE OF SOCIAL WORK IN PALLIATIVE CARE UNITS. A PERSPECTIVE FROM THE INTERDICPLINARY TEAM OF THE PALLIATIVE CARE UNIT IN THE FERROL HEALTH AREA

Emma Lamas Maceira - Traballadora Social

emma.lamas86@gmail.com

Susana Carreiras Rivas – Traballadora Social

susanacr95@hotmail.com

“Importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida”. Cicely Saunders.

Agradecementos: a todo o equipo da Unidade de Coidados Paliativos do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol, en especial a Flor pola súa especial colaboración.

RESUMO

O presente artigo pretende visibilizar a figura do/a Traballador/a Social Sanitario/a como parte das Unidades de Coidados Paliativos e analizar a posta en valor da mesma por parte do equipo interdisciplinar.

Neste sentido, elabórase un estudo descritivo sobre a percepción dos/as profesionais que forman parte do equipo interdisciplinar da Unidade de Coidados Paliativos do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol en relación a evolución das necesidades sociais dos/as pacientes, a satisfacción dos/as mesmos/as coa atención, á calidade da intervención social e dos espazos para elo así como as deficiencias e aspectos susceptibles de mellora.

PALABRAS CHAVE

Traballo social sanitario, cuidados paliativos, equipo interdisciplinar, determinantes sociais de saúde, ciclo vital.

RESUMEN

El presente artículo pretende visibilizar la figura del/a Trabajador/a Social Sanitario/a como parte de las Unidades de Cuidados Paliativos y analizar la puesta en valor de la misma por parte del equipo interdisciplinar.

En este sentido, se elabora un estudio descriptivo sobre la percepción de los/as profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar de la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol en relación a la evolución de las necesidades sociales de los/as pacientes, la satisfacción de los/as mismos/as con la atención, la calidad de la intervención social y de los espacios para ello así como las deficiencias y aspectos susceptibles de mejora.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social sanitario, cuidados paliativos, equipo interdisciplinar, determinantes sociales de salud, ciclo vital.

ABSTRACT

This article aims to make visible the figure of the Health Social Worker as part of the Palliative Care Units and to analyze the value placed on it by the interdisciplinary team.

In this sense, a descriptive study on the perception of the professionals who are part of the interdisciplinary team of the Palliative Care Unit of the University Hospital Complex of Ferrol is elaborated in relation to the evolution of the social needs of the patients, the satisfaction of the same with the attention, the quality of the social intervention and of the spaces for this as well as the deficiencies and susceptible appearances of improvement.

KEYWORDS

Health social work, palliative care, interdisciplinary team, health social determinants, life cycle.

INTRODUCCIÓN

A definición dos cuidados paliativos foi sufrindo múltiples modificacións ao longo dos últimos anos. Tendo en conta as súas orixes e que un dos seus obxectivos é o manexo de síntomas, aínda se considera a atención paliativa como exclusiva das persoas en etapa terminal da enfermidade ou próximas á morte. Se ben unha parte importante dos cuidados paliativos é brindar cuidados para unha morte digna, o rango de acción volveuse moito máis amplo, demostrando beneficios nas persoas en etapas temperás da enfermidade e un obxectivo en calquera etapa do ciclo vital ou da enfermidade mesma.

No ano 2002, a Organización Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como o *“coidado activo e integral de pacientes cuxa enfermidade non responde a terapias curativas. O seu fundamento é o alivio da dor e outros síntomas acompañantes e a consideración dos problemas psicolóxicos, sociais e espirituais. O obxectivo é alcanzar a máxima calidade de vida posible para o paciente e a súa familia. Moitos aspectos dos cuidados paliativos son tamén aplicables en fases previas da enfermidade conxuntamente con tratamentos específicos”*. En canto á abordaxe integral do/a paciente, tal e como promove a OMS, débese dar resposta ás necesidades de carácter social, intervindo non só sobre a enfermidade senón tamén nestas dimensións que lle afecten. Aquí é onde xorde a necesidade de incorporar unha figura profesional que poda abordar as ditas necesidades, facendo camiño xa desde dende as súas orixes o/a traballador/a social sanitario.

Neste sentido, no contexto galego que nos ocupa e co obxectivo de dar continuidade e complementar o estudo realizado polo equipo de traballo social da Unidade de Cuidados Paliativos do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña - Hospital de Oza, publicado na Revista Fervenzas Nº 20 do ano 2018, traballadoras sociais

que puidemos formar parte da Unidade de Coidados Paliativos do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol valoramos a necesidade de poñer en valor o traballo social neste eido a través da análise da visión da figura do/a traballador/a social sanitario/a como parte do equipo interdisciplinar desde a mirada do resto de profesionais que forman parte.

1. XUSTIFICACIÓN

Orixe dos coidados paliativos¹ e lexislación aplicable

A orixe dos coidados paliativos está directamente relacionada co traballo social e a figura de **Cicely Saunders**, traballadora social sanitaria, enfermeira e médica, que a mediados do século XX traballou e investigou sobre o coidado das persoas enfermas terminais no St. Joseph's Hospice de Londres. En 1967, en Inglaterra, un grupo de profesionais sanitarios liderados por esta abriron a primeira unidade de coidados paliativos, coa que pretendían conseguir un lugar para que as persoas enfermas e ás súas familias tivesen a capacidade científica dun hospital e o ambiente cálido e a hospitalidade dun fogar. Desde este momento, foron medrando de xeito exponencial o número de profesionais e de unidades adicadas aos coidados paliativos, primeiro en Inglaterra (co movemento Hospice) e no resto de Europa, e posteriormente nos Estados Unidos, en Canadá e en Australia. En España, as primeiras unidades creáronse nos anos 80 en Cantabria, nas Illas Canarias e en Cataluña.

España garante o dereito aos coidados paliativos en leis xerais sobre sanidade e autonomía do paciente. En Galicia, temos unha lei propia específica e avanzada que asegura o respecto á dignidade e vontade de pacientes no final de vida. Ambos niveis promoven a atención integral e multidisciplinar aínda que non existe aínda unha lei estatal específica só referida aos coidados paliativos.

A nivel estatal, aínda que na Lei xeral de Sanidade (Lei 14/1986, de 25 de abril) non se mencionan expresamente os coidados paliativos, si senta as bases xurídicas e éticas

¹ Historia de los cuidados paliativos. SECPAL.

para o seu desenvolvemento en liña coa atención integral, dignidade do/a paciente e respecto á súa autonomía.

Os cuidados paliativos están garantidos como unha prestación básica e común en toda España grazas ao Real Decreto 1030/2006, de 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización.

No mesmo ámbito, a *Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica*, regula os dereitos do/a paciente a recibir información e decidir sobre o seu tratamento, incluíndo os cuidados paliativos. Tamén introduce o consentimento informado e a posibilidade de deixar instrucións previas.

Tamén a *Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde*, establece a equidade no acceso a servizos como os cuidados paliativos en todo o territorio nacional.

Por outro lado, a Estratexia Nacional de Cuidados Paliativos (Ministerio de Sanidade) é o documento técnico que marca liñas de actuación: atención integral, traballo multidisciplinar e formación especializada.

Destacar a recente *Lei Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación da eutanasia*, que garante o dereito a recibir cuidados paliativos integrais, e diferenza entre estes e a axuda médica para morrer.

Galicia é un referente en canto á regulación dos dereitos e garantías da dignidade das persoas no proceso de morte coa *Lei 5/2015*, que recoñece o dereito aos cuidados paliativos de calidade, ao alivio da dor e ao rexeitamento ou interrupción de tratamentos. Regula tamén as instrucións previas. A nosa comunidade autónoma conta cunha estratexia galega de cuidados paliativos que reforza un modelo asistencial integrado con equipos específicos de soporte.

Antecedentes da Unidade de Cuidados Paliativos na área sanitaria de Ferrol

A Unidade de Coidados Paliativos (en adiante UCP) do actual Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol comezou a funcionar no ano 2005 nas instalacións do Novoa Santos, sendo trasladada no ano 2010 ao primeiro piso (bloque B) do Hospital Naval. Esta nova Unidade ofrecía unha nova ubicación e un maior espazo físico, con capacidade para 10 camas en habitacións individuais, con opción de uso ata 14 en circunstancias excepcionais. A plantilla da nova Unidade estaba integrada por diferentes profesionais (persoal auxiliar, de enfermería, celadores/as e persoal médico especialista en coidados paliativos), non contando nese momento coa figura do/a traballador/a social sanitario/a como parte do equipo interdisciplinar e tendo que recorrer a esta figura de xeito excepcional cando a situación social do/a paciente así o requiría e tras previa detección do servizo médico.

Incorporación do/a traballador/a social e evolución dos dispositivos de coidados paliativos na área sanitaria de Ferrol

Nestes comezos, ao non contar cun/ha traballador/a social de forma continuada que puidera intervir conxuntamente co resto do equipo, limitábase totalmente a capacidade de dar resposta a situacións problema que puideran xurdir nesta etapa do ciclo vital.

Partindo da responsabilidade adquirida do traballo social e facendo referencia aos determinantes sociais de saúde definidos pola OMS², pódese indicar, que o contexto vital das persoas determina a súa saúde, incluíndo a súa situación económica, educativa, laboral, entorno onde viven, as redes de apoio coas que contan, o acceso a recursos sanitarios, os acontecementos vitais que atravesan, a súa cultura...etc. Neste sentido e neste contexto concreto, existen tamén gran cantidade de perdas que se deben afrontar e ter en conta, tales como: perdas funcionais, de poder adquisitivo, das actividades diarias, de relacións sociais, ideais e plans de futuro... e ao mesmo tempo na familia o afrontamento da perda dun xeito emocional.

Efectivamente, o proceso de chegar ao final da vida é unha etapa vital de grandes cambios. Desde esta perspectiva plantexamos unha atención integral centrada na persoa

² Determinantes sociais de saúde. OMS. “*Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluído el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas*”.

potenciando aqueles factores que permiten ás persoas reaccionar de modo positivo ante as circunstancias adversas e crisis vitais. As carencias detectadas na utópica atención integral durante anos obrigaron ao sistema a reforzar os equipos iniciais coa implementación de novas disciplinas de forma permanente, entre elas a figura de traballo social. A primeira traballadora social en formar parte do equipo da UCP do CHUF foi Emma Caballero González, actualmente coordinadora do Servizo de Traballo Social na área sanitaria de Ferrol.

O equipo interdisciplinar da UCP foi evolucionando e ampliándose ata chegar a estar formado polos/as seguintes profesionais:

- Persoal médico: 2
- Persoal de traballo social: 1 (depende do Servizo de Traballo Social da área sanitaria de Ferrol -hospital Arquitecto Marcide/Naval- para atención de persoas adultas hospitalizadas e ten asignada esta Unidade específica dentro das súas funcións a través de interconsulta en hospitalización e derivación en consultas externas).
- Persoal de psicoloxía clínica: 1 (depende do Servizo de Psiquiatría da área sanitaria de Ferrol e asume o programa de interconsulta e enlace -pacientes hospitalizados noutros servizos hospitalarios- e programas de enlace con esta Unidade específica, coa consulta integrada de enfermidades neuromusculares, atención temperá, oncoloxía, enfermidade inflamatoria intestinal e apoio a profesionais en episodios de violencia laboral externa).
- Persoal de enfermería: 7 (entre hospitalización e atención en consultas externas UCP).
- Persoal de farmacia: 1
- Persoal auxiliar de enfermería: 5

Os cuidados paliativos na área sanitaria de Ferrol e segundo o recollido no Plan Galego do ano 2007, están formados polos seguintes **dispositivos**³: unidades de cuidados paliativos (hospital); unidades de hospitalización a domicilio (domicilio); equipos de atención primaria (domicilio) e equipos de soporte de cuidados paliativos (hospital ou

³ Información recollida do documento “Recursos do Plan Galego de Cuidados Paliativos”. Web Sergas.

domicilio). Intervirán un ou outro segundo a complexidade do problema e as necesidades do/a paciente e da familia.

O funcionamento habitual deste servizo permite valorar a situación, planificar os cuidados e avalialos. O equipo réunese semanalmente na UCP e mantén contacto continuado para o seguimento dos casos, tanto de pacientes en hospitalización como de atención en consultas externas.

O/a traballador/a social asume as súas funcións⁴ dentro do **plan de actuación interdisciplinar**, adecuándoo a cada caso particular. É o/a profesional encargado de valorar o risco psicosociofamiliar, orientar, asesorar e xestionar os recursos dispoñibles máis idóneos, mediar entre familia-paciente-equipo e institución buscando as solucións máis axeitadas dentro da relación de axuda, apoiar/acompañar e comprender a situación que se plantexa, orientar á persoa enferma e á familia dos recursos sociosanitarios máis axeitados, coordinar con outros servizos sociosanitarios...etc.

Recoñecemento do traballo social como profesión sanitaria e o seu papel no ámbito dos cuidados paliativos

En novembro de 2020, o Ministerio de Sanidade anunciaba no programa de Políticas de Saúde e Ordenación Profesional a ***inclusión do Traballo Social como profesión sanitaria para o ano 2021***, seguindo a modificación da Lei 44/2003⁵, na que se prevía a regulación do Traballo Social como nova profesión sanitaria, pero a día de hoxe segue pendente, continuando o colectivo coa reclamación ante o Ministerio e achegando a finais de 2023 novas consideracións.

Nesta liña e directamente relacionado co obxecto deste artigo, o 30 de decembro de 2023 foi publicada no Boletín Oficial do Estado (BOE) a Orde SND/1427/2023, que recolle as bases para a creación de Diplomas de Acreditación na Área Funcional de

⁴ “El trabajador social como agente de cambio en cuidados paliativos”. Revista de trabajo y acción social. 2011

⁵ Lei 44/2003, de 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias.

Paliativos, que reconece a capacitación para atender a pacientes e familias con enfermidades avanzadas e no final da vida cun marcado carácter transversal e multidisciplinar, dacordo ao artigo 36 da Lei 44/2003. No texto definen os argumentos para xustificar a necesidade de crear estas acreditacións, puntualizando na necesaria mellora na calidade asistencial, seguridade e calidade de vida dos/as pacientes, para atendelos/as dunha maneira integral e holística, incluíndo todos os aspectos biopsicosociais da persoa e do seu entorno familiar e social cercano. Este mesmo recoñecemento que se pretende está a mobilizar a día de hoxe non só á propia profesión, senón tamén a colectivos como a **Sociedade Española de Cuidados Paliativos** que no seu último manifesto (publicado o 15/01/2024), recolle reflexións como as seguintes:

*“En nuestro compromiso con la excelencia en la atención sanitaria, desde SECPAL reconocemos el papel esencial del trabajador social en el ámbito de los cuidados paliativos y en todas las dimensiones de la salud. (...) como un **miembro más del equipo que cuida y acompaña al paciente (...) a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.** El trabajador social en cuidados paliativos no sólo ejerce una función profesional, sino que se convierte en un faro de apoyo, comprensión y empatía para la persona enferma y su familia en los momentos de mayor vulnerabilidad. (...), la presencia del profesional del trabajo social sanitario **guía a las personas a través de complejas decisiones, facilita el acceso a recursos y servicios y proporciona un apoyo social y emocional indispensable en el viaje hacia el final de la vida.** (...) El trabajador social, al desarrollar su labor en estrecha sinergia con el personal sanitario, fortalece la atención integral. (...), **la contribución de los trabajadores sociales potencia la efectividad de los tratamientos y asegura una atención personalizada.** Su comprensión de los determinantes sociales de la salud y su capacidad para abordar las barreras que enfrentan los pacientes hacen de ellos agentes de cambio cruciales en la búsqueda de una asistencia más equitativa y justa. Por todo ello, **abogamos por una integración más profunda del trabajo social en todos los niveles del sistema sanitario,**(...). **Existe un impacto positivo de la implicación del trabajo social tanto en los pacientes y sus familias como en el personal sanitario.** Para las personas enfermas y sus seres queridos, representa un apoyo constante, no sólo brindando soluciones prácticas, sino también alivio emocional en momentos difíciles. Para el personal sanitario, su colaboración se*

traduce en una carga de trabajo compartida y una atención más efectiva, al tiempo que contribuye con una mirada centrada en la persona enferma, y no en la enfermedad. (...), sabiendo que su presencia fortalece la esencia misma de la atención médica: la humanidad. De este modo, abogamos por una implementación efectiva de las directrices legislativas actuales, desarrollando y consolidando políticas que fortalezcan la presencia y el impacto del trabajador social en cada rincón de nuestro sistema sanitario.”

3. FASE DE ESTUDO

Hipótese

Tendo en conta o indicado na introdución deste artigo sobre a evolución do traballo social dentro da UCP da área sanitaria de Ferrol e a finalidade do mesmo, establécese a seguinte hipótese de investigación: “*O traballo social supón un valor engadido dentro das UCP*”.

Metodoloxía

Trátase dun estudo descritivo de enfoque cuantitativo cuxo obxectivo é recoller e analizar as opinións das persoas participantes respecto ao tema de estudo. Para a recollida da información utilizouse un cuestionario estruturado deseñado *ad hoc*. O cuestionario (Anexo 1) inclúe: 21 preguntas pechadas con escala tipo *Likert* e 1 pregunta aberta final que ofrece ás persoas participantes a posibilidade de expresar observacións, suxestións ou matices non recollidos nos ítems anteriores.

A mostra (neste caso o total da poboación) é de tipo non probabilística por conveniencia (grupo accesible claramente definido), xa que o cuestionario aplícase á totalidade de membros do equipo interdisciplinar da UCP da área de Ferrol, composta por 16 profesionais (exceptuando o perfil de traballo social por ser o foco do estudo).

Todas as persoas do equipo foron invitadas a participar e accederon de forma voluntaria. O cuestionario foi administrado vía online a través do seu enderezo electrónico profesional con límite temporal de entrega e instrucións detalladas para a súa cumprimentación. Foron obtidas un total de 13 respostas (acadando unha participación do 81%), número de referencia para a realización da análise de datos.

Os resultados obtidos a través das preguntas pechadas foron analizados a través de estatística descritiva co apoio do software “Excel”. A resposta á pregunta aberta analizouse mediante unha análise de contido simple, identificando categorías recorrentes que complementarían a interpretación cuantitativa.

Obxectivos

Os obxectivos fixados para o estudo son os seguintes:

Obxectivos xerais:

- Visibilizar a figura do/a traballador/a social dentro da UCP.
- Analizar a intervención do/a traballador/a social dende a perspectiva do equipo interdisciplinar.

Obxectivos específicos:

- Dar a coñecer a intervención do/a traballador/a social nos diferentes **dispositivos** de cuidados paliativos.
- Coñecer a **percepción do equipo** interdisciplinar sobre a **satisfacción** dos/as usuarios/as acerca da intervención do/a traballador/a social.
- Analizar en que medida os/as usuarios/as da UCP **coñecen a existencia** do servizo de traballo social dentro da unidade.
- Analizar a **evolución** da necesidade de intervención do/a traballador/a social co paso do tempo.
- Coñecer as posibles **deficiencias** detectadas polo equipo da UCP sobre a propia unidade e sobre a intervención social con pacientes e familias.
- Valorar a adecuación da intervención do/a traballador/a social en relación a **planificación da alta hospitalaria**.
- Potenciar as **funcións** do/a traballador/a social dentro da UCP para acadar unha intervención integral.

Presentación dos resultados obtidos

En primeiro lugar (Táboas e gráficos 1, 2 e 3), obsérvase que máis do 75% do equipo da UCP ten unha antigüidade superior a 5 anos dentro do servizo, destacando que só un profesional leva menos de dous anos. Esta circunstancia está directamente relacionada co

feito de que case o 80% do equipo ten a condición de persoal fixo. O 85% do equipo refire que os contratos de carácter temporal afectan de maneira negativa á calidade de atención de pacientes e familias.

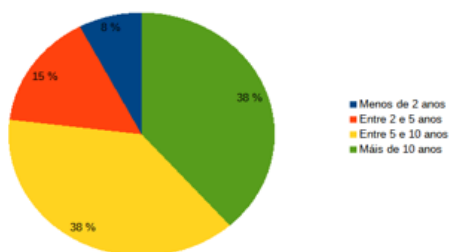
Táboa 1

Antigüidade dentro da UCP

Resposta	Nº profesionais
Menos de 2 anos	1
Entre 2 e 5 anos	2
Entre 5 e 10 anos	5
Máis de 10 anos	5

Figura 1

Antigüidade dentro da UCP



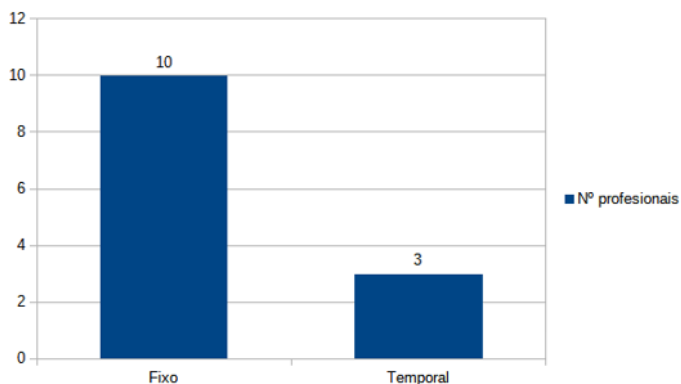
Táboa 2

Temporalidade dos/as profesionais

Resposta	Nº profesionais
Fixo	10
Temporal	3

Figura 2

Temporalidade dos/as profesionais



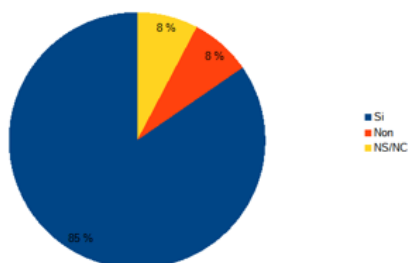
Táboa 3

Relación entre a temporalidade e a calidade na atención

Resposta	Nº de profesionais
Si	11
Non	1
NS/NC	1

Figura 3

Relación entre a temporalidade e a calidade na atención



En segundo lugar, (táboas e gráficos 4, 5 e 6) relacionado co funcionamento da UCP, case o 70% do equipo está moi satisfeito coa súa labor na mesma. Destacar que ningún/a profesional está pouco satisfeito/a ou insatisfeito/a. Non obstante, en canto ao funcionamento global da unidade, sobre o 90% está de acordo ou totalmente de acordo con que o funcionamento é axeitado, sendo só un/ha profesional o/a que está en desacordo. En relación co grao de satisfacción de paciente e familias segundo a

valoración do equipo, case o 100% considera que están moi satisfeitos/as ou satisfeitos/as coa intervención do/a traballador/a social.

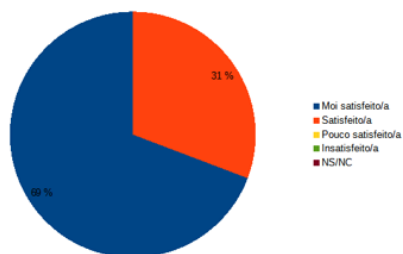
Táboa 4

Grao de satisfacción coa propia labor profesional na UCP

Resposta	Nº de profesionais
Moi satisfeito/a	9
Satisfeito/a	4
Pouco satisfeito/a	0
Insatisfeito/a	0
NS/NC	0

Figura 4

Grao de satisfacción coa propia labor profesional na UCP



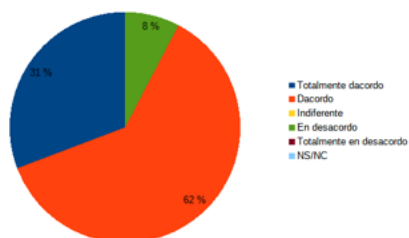
Táboa 5

O funcionamento da UCP é axeitado

Resposta	Nº profesionais
Totalmente de acordo	4
De cordo	8
Indiferente	0
En desacordo	1
Totalmente en desacordo	0
NS/NC	0

Figura 5

Valoración do funcionamento da UCP



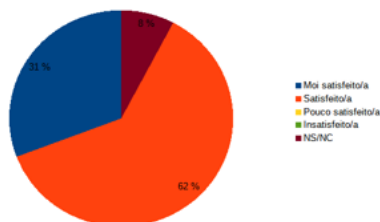
Táboa 6

Grao de satisfacción de paciente e familia trala intervención do/a traballador/a social, dende o punto de vista do equipo

Resposta	Nº profesionais
Moi satisfeito/a	4
Satisfeito/a	8
Pouco satisfeito/a	0
Insatisfeito/a	0
NS/NC	1

Figura 6

Grao de satisfacción de paciente e familia trala intervención do/a traballador/a social, dende o punto de vista do equipo



Por outra banda, (Táboas e gráficos 7, 8 e 9) analizando a importancia da intervención na dimensión social, obsérvase que a totalidade das respostas afirman que existe un incremento dos casos nos que é imprescindible a intervención sobre os factores sociais. Dos 13 cuestionarios dispoñibles, só un/ha profesional considera eficaz unha intervención que só se centre na dimensión médica do caso. Non obstante, a totalidade afirman que non sería posible unha intervención efectiva e integral sen a figura do/a traballador/a social. O 77% do equipo detecta que existen necesidades sociais nos/as pacientes na meirande parte dos casos.

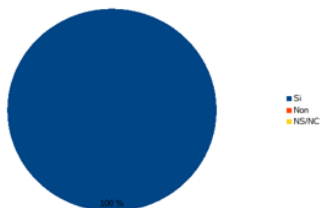
Táboa 7

Incremento da intervención sobre os factores sociais dos/as pacientes

Resposta	Nº profesionais
Si	13
Non	0
NS/NC	0

Figura 7

Incremento da intervención sobre os factores sociais dos/as pacientes



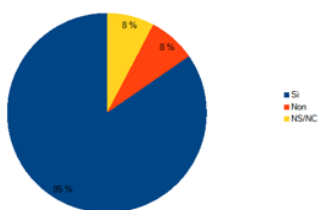
Táboa 8

Valoración da eficacia da intervención só coa abordaxe da dimensión médica

Resposta	Nº profesionais
Si	11
Non	1
NS/NC	1

Figura 8

Valoración da eficacia da intervención só coa abordaxe da dimensión médica



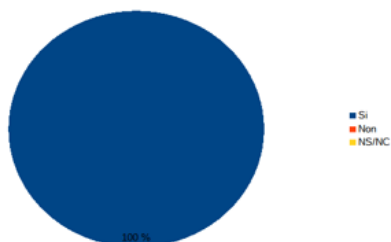
Táboa 9

Valoración da efectividade da intervención sen a figura do/a traballador/a social

Resposta	Nº profesionais
Si	13
Non	0
NS/NC	0

Figura 9

Valoración da efectividade da intervención sen a figura do/a traballador/a social



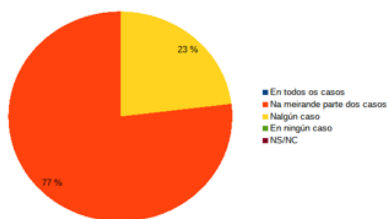
Táboa 10

Frecuencia coa que os/as profesionais detectan necesidades sociais nos/as paciente

Resposta	Nº profesionais
En todos os casos	0
Na meirande parte dos casos	10
Nalgún caso	3
En ningún caso	0
NS/NC	0

Figura 10

Frecuencia coa que os/as profesionais detectan necesidades sociais nos/as pacientes



En cuarto lugar, (Táboas e gráficos 11, 12 e 13) analízase a necesidade de dar a coñecer a existencia da figura do traballador/a social neste ámbito. Ante a formulación da pregunta a cerca da frecuencia coa que os/as profesionais detectan que os/as pacientes e familias coñecen a existencia de dito/a profesional na unidade, un 62 % resposta que ás veces si a coñecen, fronte ó 31% que asegura que a coñecen regularmente. Só un profesional reconece que nunca son coñecedores/as. Dende a propia perspectiva dos/as profesionais, cando lles propoñen os/as pacientes falar co/a traballador/a social, case o

100% reflexa que a reacción máis habitual que perciben é de agradecemento. Tan só unha persoa asegura detectar máis habitualmente unha sensación de incertidume. En relación con isto, obtense resposta unánime en canto á necesidade de dar maior visibilidade ao traballo social, obtendo un 100% de respostas afirmativas.

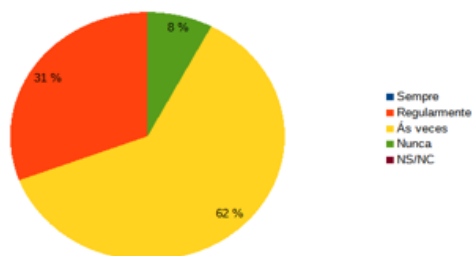
Taboa 11

Frecuencia coa que o equipo detecta que os/as pacientes e familias son coñecedores/as da existencia do/a traballador/a social

Resposta	Nº de profesionais
Sempre	0
Regularmente	4
Ás veces	8
Nunca	1
NS/NC	0

Figura 11

Frecuencia coa que o equipo detecta que os/as pacientes e familias son coñecedores/as da existencia do/a traballador/a social



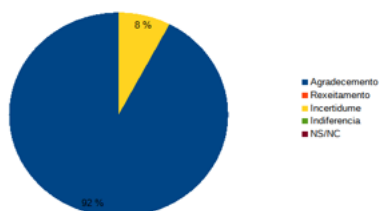
Táboa 12

Reacción máis habitual ante a proposta de falar co/a traballador/a social, dende a perspectiva do equipo

Resposta	Nº de profesionais
Agradecemento	12
Rexeitamento	0
Incertidume	1
Indiferencia	0
NS/NC	0

Figura 12

Reacción máis habitual ante proposta de falar co/a traballador/a social, dende a perspectiva do equipo



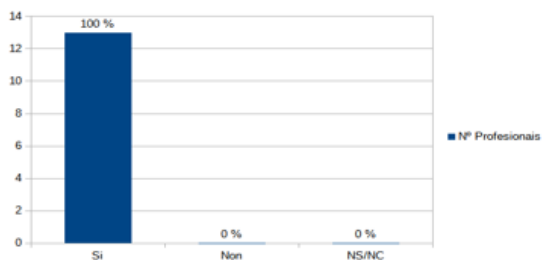
Táboa 13

O traballo social precisa maior visibilidade

Resposta	Nº Profesionais
Si	13
Non	0
NS/NC	0

Figura 13

O traballo social precisa maior visibilidade



Continuando coa análise, (Táboas e gráficos 14, 15, 16 e 17) no referente á importancia da intervención do servizo de traballo social de cara á planificación da alta hospitalaria e dende a perspectiva do persoal interdisciplinar, máis do 60% cualifica esta como axeitada, sendo o 100% os/as que consideran que unha intervención precoz por parte do/a traballador/a social está directamente relacionada cunha planificación da alta hospitalaria de maior calidade.

Seguindo coa planificación de alta na UCP, o 100% refire que a cobertura territorial do servizo de HADO na área sanitaria de Ferrol non é suficiente. Case un 70% asegura que a intervención por parte do servizo de traballo social inflúe na aceptación por parte deste servizo en domicilio (só un profesional considera que non).

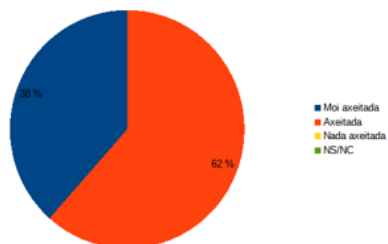
Táboa 14

Idoneidade da planificación da alta hospitalaria trala intervención do/a traballador/a social

Resposta	Nº de profesionais
Moi axeitada	5
Axeitada	8
Nada axeitada	0
NS/NC	0

Figura 14

Idoneidade da planificación da alta hospitalaria trala intervención do/a traballador/a social



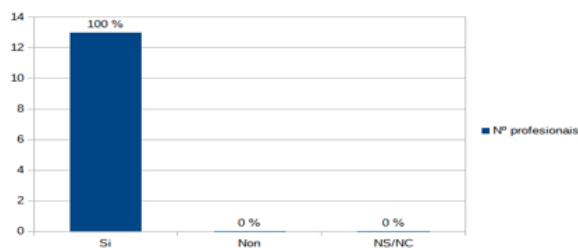
Táboa 15

A intervención precoz está relacionada cunha maior calidade na planificación da alta hospitalaria

Resposta	Nº profesionais
Si	13
Non	0
NS/NC	0

Figura 15

A intervención precoz está relacionada cunha maior calidade na planificación da alta hospitalaria



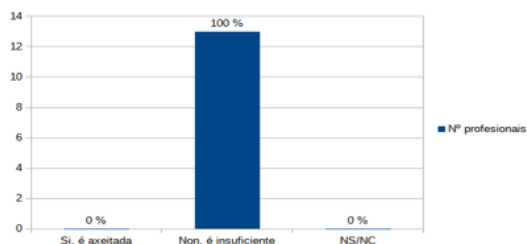
Táboa 16

A cobertura territorial do servizo de HADO na área sanitaria é axeitada e suficiente

Resposta	Nº profesionais
Si, é axeitada	0
Non, é insuficiente	13
NS/NC	0

Figura 16.

A cobertura territorial do servizo de HADO na área sanitaria é axeitada e suficiente



Táboa 17

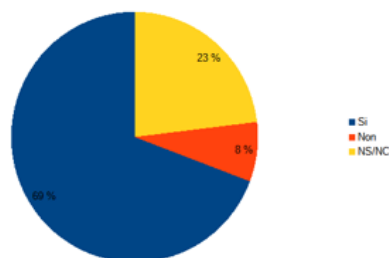
A intervención do/a traballador/a social inflúe de cara á aceptación do servizo de HADO

Resposta	Nº profesionais
Si	9
Non	1
NS/NC	3

-- --

Figura 17

A intervención do/a traballador/a social inflúe de cara á aceptación do servizo de HADO



Centrándonos agora na propia intervención por parte do/a profesional do traballo social (Táboas e gráficos 18, 19, 20 e 21), case o 100% reconece a función de soporte emocional e acompañamento exercida por esta figura como complemento da atención do resto de profesionais.

En canto ás funcións relacionadas co DIP, só 2 profesionais se amosan en desacordo con que a figura do traballador/a social sexa un dos perfís profesionais axeitados para introducir dita información dentro da UCP.

Máis dun 50% consideran que o asesoramento que realiza o/a traballador/a social nas consultas externas é axeitado, sendo o 23% ós/ás que o consideran axeitado pero insuficiente.

Por último, en relación co espazo físico no cal que se desenvolve a intervención social na UCP, só un/ha profesional considera que non reúne as condicións de confidencialidade e intimidade precisas para unha intervención de calidade.

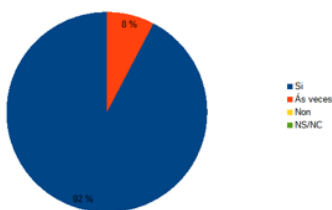
Táboa 18

A función de soporte emocional e acompañamento exercida polo/a traballador/a social complementa a intervención do resto dos/as profesionais

Resposta	Nº profesionais
Si	12
Ás veces	1
Non	0
NS/NC	0

Figura 18

A función de soporte emocional e acompañamento exercida polo/a traballador/a social complementa a intervención do resto dos/as profesionais



Táboa 19

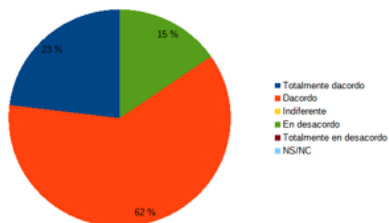
O perfil do/a traballador/a social dentro da UCP

7 sobre o DIP

Resposta	Nº profesionais
Totalmente de acordo	3
De acordo	8
Indiferente	0
En desacordo	2
Totalmente en desacordo	0
NS/NC	0

Figura 19

O perfil do/a traballador/a social é axeitado para introducir información sobre o DIP dentro da UCP



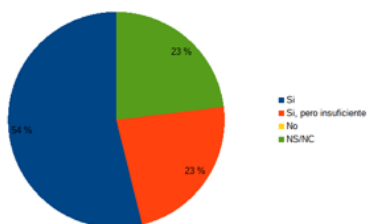
Táboa 20

O asesoramento que reciben os/as pacientes e familias en consultas externas da UCP dende traballo social é efectivo

Resposta	Nº profesionais
Si	7
Si, pero insuficiente	3
Non	0
NS/NC	3

Figura 20

O asesoramento que reciben os/as pacientes e familias en consultas externas da UCP dende traballo social é efectivo



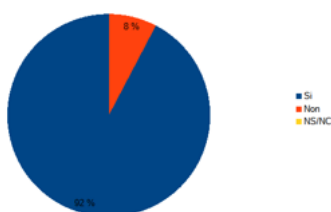
Táboa 21

O espazo físico da UCP reúne as condicións de confidencialidade precisas para unha intervención social de calidade

Resposta	Nº profesionais
Si	12
Non	1
NS/NC	0

Figura 21

O espazo físico da UCP reúne as condicións de confidencialidade precisas para unha intervención social de calidade



No último apartado do cuestionario plantéxase unha pregunta aberta ca finalidade de recompilar propostas de mellora dende o punto de vista dos membros do equipo. Dos 13 cuestionarios *“A presenza física de TS a tempo completo na unidade sería necesaria e ideal”*.

- *“Mellorar unha axuda máis temperá”.*
- *“Atención máis precoz con información antes para previr complicacións ao longo do tempo”.*
- *“Debería haber un/a TS exclusivamente para el hospital naval, así podría atender no sólo a pacientes de paliativos, también a ccee, 3ª Naval y consulta crónicos con más rapidez. Sobre DIP considero que la información de cómo registrarlo debería darla el equipo de TS pero la información y aclaración de dudas de lo que se puede poner debería ser el personal médico o asesoramiento de enfermería”.*
- *“Que sea considerado trabajador sanitario”.*
- *“Maior presenza na unidade. valoración e intervención precoz (en consulta ambulatoria e non só na hospitalización en situacións de urxencia, para o cal sería necesario dotar do número suficiente de profesionais para que un/ha puidese adicar a xornada como integrante estable do equipo”.*

- “Presencia a jornada completa de 1 TS en la unidad”.
- “Se necesitaría más apoyo dado que son muchas pacientes y a veces el TS no da hecho”.

Conclusiones e discusión dos datos obtidos

Polos datos obtidos e seguindo a hipótese de investigación, **pódese constatar que desde o punto de vista do equipo interdisciplinar, o traballo social sí supón un valor engadido dentro das unidades de coidados paliativos**. Pola contra, detéctanse diferentes deficiencias con necesidade de análise e/ou mellora.

Inicialmente poñemos de manifesto que co estudo e coa publicación do presente artigo cómprense os obxectivos fixados, tanto xerais como específicos.

En primeiro lugar, queda claro que a **situación laboral dos/as profesionais** da UCP afecta á calidade da atención e á eficacia do traballo en equipo, sendo idónea a estabilidade e fixeza de todos os membros do mesmo. A pesar disto non existe unha gran insatisfacción coa labor profesional individual nin co funcionamento da unidade en sí mesma. Esta circunstancia pode ser debida ás propias características da unidade, ás necesidades dos/as pacientes e familias, a necesidade da interdisciplinariedade e traballo en equipo, ao compromiso, etc.

En segundo lugar, e segundo as respostas extraídas, detéctase que a figura do/a traballador/a social sanitario/a aínda non é o suficientemente coñecida, xerando principalmente reacción de agradecemento cando se fai uso do servizo e percibindo que pacientes e familias están xeralmente satisfeitos/as coa súa intervención. Conclúese así a importancia de dar maior **visibilidade** a esta figura, de tal xeito que todos/as as persoas usuarias da UCP sexan coñecedoras da existencia da dita profesión dentro do equipo, podendo recorrer á mesma se o precisan.

Tamén é detectado no estudo que nos últimos anos existe un incremento de casos con necesidade de intervención social, entendendo esta dimensión da persoa como necesaria para unha atención efectiva e integral. O aumento pode estar relacionado, entre outros factores, co actual sistema de coidados e os seus déficits, co impacto das crises económicas e sanitarias, coas novas situacións de exclusión social, pobreza e

desigualdade, coa insuficiencia de recursos, etc. pero esta análise necesaria podería ser obxecto doutro estudo específico.

Extráese tamén dos datos, que a **planificación de alta hospitalaria** na UCP soe ser axeitada pero que sería necesaria unha intervención máis precoz por parte do/a traballador/a social para que a planificación fose máis idónea e de maior calidade.

Neste proceso, o **servizo de HADO** ten un papel fundamental, sendo aínda a día de hoxe insuficiente a súa cobertura xeográfica (non chega a todos os Concellos da área sanitaria) e evidenciando así a desigualdade territorial existente. Seguindo os datos extraídos do estudo, é preciso destacar a importancia da intervención do/a traballador/a social na planificación da alta, afectando directamente á súa aceptación por parte do servizo de HADO. A insuficiencia de recursos sociais e as esperas e prazos de acceso aos mesmos afectan directamente neste aspecto.

En terceiro lugar, conclúese que o/a traballador/a social sí supón un **extra en soporte emocional e acompañamento a pacientes e familias**. Por outra banda, non existe consenso en que o traballador/a social sanitario/a sexa o perfil idóneo para a **introdución do DIP na UCP**, sen embargo, a día de hoxe en Galicia, as Unidades Habilitadas para este fin están na súa maioría formadas por un/ha traballador/a social. Neste punto podería xurdir un debate ao respecto, sobre qué parte do proceso podería ser función deste perfil profesional.

O asesoramento que se realiza en **consultas externas** pode estar sendo insuficiente en canto á cobertura, a pesar de ser axeitado naqueles casos nos que se leva a cabo.

Por outro lado, o **espazo para a intervención social** cumpre cos mínimos de intimidade e confidencialidade. Coñécese que neste caso a UCP ten habitacións individuais e un ambiente cálido e acoledor que favorece o benestar e comodidade dos/as pacientes e das súas familias.

Por último, considérase imprescindible facer referencia ás deficiencias detectadas e a aquelas propostas de mellora extraídas.

O estudo conclúe que, segundo a opinión dos membros do equipo da UCP, serían **deficiencias** neste momento: a falta de estabilidade e fixeza de todo o persoal da UCP, a falta de visibilidade da figura do/a traballador/a social sanitario/a nesta unidade, a insuficiente cobertura territorial do servizo de HADO, a falta de consenso sobre o mellor perfil profesional para a aplicación do DIP nas súas diferentes fases e a falta de maior presenza do/a traballador/a social na atención a pacientes e familias de consultas externas.

Así mesmo, e tamén segundo a visión do equipo, as **propostas de mellora** poderían ser as seguintes: a presenza do/a traballador/a social a tempo completo e de xeito exclusivo na UCP, facilitar a atención social máis precoz para previr situacións complexas e anticiparse ás dificultades (coa elaboración dun posible protocolo de planificación de alta hospitalaria específico), definir as funcións do/a traballador/a social en canto ao DIP nesta Unidade, aumentar a visibilidade do/a traballador/a social na UCP entre pacientes e familias a través de diferentes medios e lograr a consideración de traballador/a social como persoal sanitario/a.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Secpal. 2024. Manifiesto de SECPAL a favor del trabajo social sanitario en el Sistema Nacional de Salud y en la prestación de cuidados paliativos. Recuperado o 3 de marzo de 2024, de <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/01/manifiesto-secpal-trabajo-social-sanitario-y-cuidados-paliativos.pdf>
- Govern de las Illes Balears. 2009. Estrategia de Cuidados Paliativos de las Illes Balears. Recuperado o 22 de agosto de 2024 de <https://www.caib.es/sites/urespaliatives/es/historia-44618/#:~:text=Cicely%20Saunders%20abrieron%20la%20primera,la%20hospitalidad%20de%20un%20hogar>
- Secpal. 1997. Historia de los cuidados paliativos. Recuperado o 22 de agosto de 2024 de <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/#:~:text=Los%20Cuidados%20Paliativos%2C%20o%20cuidados,finales%20de%20una%20enfermedad%20termina>

- Del Pilar, M. e Tejón, L. 2011. El trabajador social como agente de cambio en cuidados paliativos. Documentos De Trabajo Social: Revista De Trabajo Y Acción Social, 49, 270–276.
- Andaluz, L. e Vilar, M. 2018. O valor engadido do traballo social na unidade de cuidados paliativos do complexo Hospitalario Universitario da Coruña- Hospital de Oza. Revista Galega De Traballo Social, 20, 35–50.
- Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais en Galicia. (2015). Boletín Oficial del Estado N° 228 de 23 de setembro de 2015. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10200
- Ministerio de Sanidad. 2021. Guía de práctica clínica sobre la atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Recuperado o 7 de febreiro de 2024 de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/01/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_compl.pdf
- Servizo Galego de Saúde. 2007. Plan galego de cuidados paliativos. Recuperado o 7 de febreiro de 2024 de <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Plan-Galego-de-Cuidados%20Paliativos>
- Consejo General de Trabajo Social. 2024. Reclamación al Ministerio el reconocimiento del trabajo social como profesión en el sistema sanitario ante su exclusión en los últimos textos aprobados. Recuperado o 7 de febreiro de 2024 de: <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Posicionamiento%20CGTS%20TSS.pdf>
- Banda, P. (s/d). ¿Qué son los cuidados paliativos?. Recuperado o 7 de febreiro de 2024 de: <https://cuidadospaliativos.uc.cl/wp-content/uploads/2023/01/Que-son-los-cuidados-paliativos.pdf>
- SERGAS. (s/d). Recursos do Plan Galego de Cuidados Paliativos. Recuperado o 22 de agosto de 2024 de: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/645/Informaci%C3%B3n%20sobre%20recursos%20asistenciais\(galego\).pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/645/Informaci%C3%B3n%20sobre%20recursos%20asistenciais(galego).pdf)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (1986). Boletín Oficial del Estado, n° 102, 29 de abril de 1986, pp. 15207–15224. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de setembro, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su



actualización (2006). Boletín Oficial del Estado, nº 222, 16 de septiembre de 2006, pp. 32650–32750. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (2002). Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 de noviembre de 2002, pp. 40126–40132. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003). Boletín Oficial del Estado, nº 128, 29 de mayo de 2003, pp. 20567–20588. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, nº 72, 25 de marzo de 2021, pp. 34342–34356. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>