

# alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

NÚMERO 42 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE DE 1998



**Consell Insular  
de Mallorca**

# alimara

## **Núm 42**

Segona Època, desembre de 1998

Edita: Consell Insular de Mallorca  
Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat  
General Riera, 67  
07010 Palma  
Tel.: 971 76 07 62  
Fax: 971 76 19 52

Portada: **Antònia Borràs**

Maquetació  
i impressió: Gràfiques Son Espanyolet

Dipòsit Legal: PM - 128 - 1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

# UNITATS DE TREBALL SOCIAL (UTS) EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT A PALMA

Col·lectiu de treballadores socials  
d'Atenció Primària de l'INSALUD

## 1. INTRODUCCIÓ

### 1.1. Història de l'obertura dels centres de salut a Mallorca

Va ser a partir de 1979, posteriorment a les eleccions municipals democràtiques, quan es produeix un fet fonamental per al futur desplegament de l'Atenció Primària (AP) a la nostra illa: la ratificació de l'acord (1976) de col·laboració entre INSALUD i l'Ajuntament de Palma. Durant el període 1982-1995 es desplega el projecte de planificació de Centres de Salut per a la ciutat de Palma d'acord amb les noves orientacions en matèria d'AP marcades, l'any 1984, pel Reial Decret sobre Estructures Bàsiques de Salut.

L'any 1985 s'inauguraren els tres primers centres de salut de Mallorca (Camp Rodó, Son Gotleu i Rafal Nou). Durant el trienni 1986-1988 s'anaren obrint i posant en marxa els del Coll d'en Rabassa, Emili Darder, Son Ferriol, Escola Graduada, Son Cladera i Son Serra. La signatura del conveni en matèria d'AP entre el ministre de Sanitat i Consum i la Conselleria de Sanitat del Govern Balear l'any 1989, permet el relleu del desplegament de centres d'AP, especialment a la zona rural. El febrer de 1991 es posen en marxa a Palma els centres de salut de Santa Catalina i d'Arquitecte Bennàssar, i també el primer centre de salut a zona rural. Durant els anys 1992-1994 s'expandeixen progressivament els centres de salut en els pobles mallorquins. El 1995 s'obren a Palma el Centre de Salut de l'Escorxador i Valldergent; el 1996 el de la Casa de la Mar i el 1997 el de Son Pisà.

Actualment, la cobertura de les treballadores socials (TS) és la següent:

UNITATS	CENTRES	POBLACIÓ	NÚM. TS
A. Bennàssar	A. Bennàssar/Son Ferriol	35.388	1
Camp Rodó	Camp Rodó/Pere Garau	36.411	1
Coll d'en Rabassa	Coll d'en Rabassa/Son Pisà	40.822	1
Emili Darder	Emili Darder/Arenal	36.814	1
Escola Graduada	Escola Graduada/Valldergent	29.601	1
Rafal Nou	Rafal Nou/Son Cladera	32.060	1
S'Escorxador	S'Escorxador/Casa de la Mar	47.733	1
Son Gotleu	Son Gotleu/Pere Garau	30.326	1
Son Serra	Son Serra/Santa Catalina	33.755	1

Definim els centres de salut com l'estructura física on treballa l'equip d'AP, constituït per tots els professionals i treballadors d'una zona bàsica de salut. El disseny del centre facilita el treball de cada professional i la seva interrelació, afavorint així l'activitat en equip. A més de les consultes, els centres disposen d'altres espais on es despleguen activitats diferents dels paràmetres assistencials: sala de reunions, biblioteca, zona d'admissió, arxius d'històries clíniques, àrea de descans, etc.

El treball en el centre de salut té diverses vertents: l'atenció a la població en aspectes preventius, de curació i rehabilitació, i activitats de formació i docència on s'hi inclouen des de les sessions clíniques, interconsultes o activitats de formació fins a la docència i la investigació.

Com a suport a la tasca assistencial, els equips disposen de programes i protocols elaborats pels propis professionals d'AP i consensuats amb tota l'àrea que permeten la unificació de criteris i la sistematització de certes actuacions, la qual cosa redunda en una millor qualitat de les actuacions i permet l'avaluació de les activitats.

## 2. MARC LEGAL

La Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut celebrada a Alma Ata el 12 de setembre de 1978, a través de la seva declaració, considera la necessitat d'una acció urgent de part de tots els governs, de tot el personal de salut i de la comunitat mundial per protegir i promoure la salut de tots els pobles del món.

Fruit d'aquest debat internacional (formació d'estratègies amb la finalitat d'assumir la salut per a tots l'any 2000) fou l'acord d'una estratègia de salut que, progressivament, fou ratificada per molts governs i concretada en polítiques i plans d'acció sanitària.

Aquest plantejament constitueix una transformació profunda de la sanitat que, en l'Estat espanyol, es féu notar, sobretot, a partir de la Constitució de 1978 (art. 43 Cap. III, títol 2n).

La figura del TS apareix en el Reial Decret 137/84, sobre Estructures Bàsiques de Salut, en el seu article 3, apartat e), on es diu que el TS s'integra en l'equip d'AP de Salut.

La Llei 12/86, de 25 d'abril, General de Sanitat, en el seu article 6 destaca la dimensió social que ha adquirit l'AP. Per altra part, en el seu article 5 s'estableix la necessitat de la participació activa de la comunitat al marge del procés sanitari.

## 3. ELEMENTS CONCEPTUALS DE L'AP DE SALUT

La incorporació de la figura del TS en el camp sanitari d'AP respon a un model d'estructura interprofessional basat en el nou concepte de salut. Un concepte integral de la salut entès no solament com l'absència de malaltia, sinó com un estat de benestar físic, psíquic i social; i que contempla no només la persona, sinó també el seu entorn familiar i comunitari.

El metge i la infermera vertebren l'equip bàsic d'aquest dispositiu que constitueix la porta d'entrada del sistema sanitari. La seva novetat descansa en el fet de la inclusió de nous professionals: TS, llevadores, fisioterapeutes i especialistes de les unitats de suport psiquiàtric i ginecològic.

Els elements que conceptualitzen el treball dels professionals dels centres de salut són els següents:

Atenció integral, tot considerant la persona des de la perspectiva biopsicosocial.

- Integrada: que interrelaciona els elements de promoció, prevenció, tractament, rehabilitació i reinserció social. Que s'integra funcionalment amb la resta d'estructures i nivells del sistema sanitari.
- Contínua i permanent: que segueix la persona al llarg de la seva vida, en els diferents àmbits i en qualsevol circumstància.
- Activa: els professionals de salut han de treballar activament en el promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia, dedicant atenció preferent a l'educació sanitària.
- Accessible: prop del ciutadà i sense trobar obstacles per posar-s'hi en contacte i utilitzar els serveis.
- Interdisciplinària: integrant el personal sanitari i no sanitari.
- Comunitària: prestant atenció als problemes comuns i no només als individuals.
- Programada i avaluable: amb actuacions basades en programes de salut que reponguin a un objectiu i amb activitats, recursos i mecanismes de control clarament avaluable.
- Docent i investigadora: que desplega activitats de docència, de pre i postgrau, i també la formació contínua i la investigació.

En els centres de salut, el TS se situa com un professional que complementa i dona suport a les activitats dels membres de l'equip, tot formant part de les Unitats de Suport.

El camp específic de la intervenció és el malestar psicosocial i els seus objectius s'emmarquen en els generals de la institució de salut de la que formen part, enfocat des del punt de vista de les necessitats i els problemes socials.

El seu objectiu és col·laborar en l'estudi i tractament dels factors socials que condicionen la salut dels individus, de la família o grups, tot introduint criteris de prioritització en persones o grups en situació de risc social.

Són professionals que intervenen a nivell individual/familiar, i també a nivell de grups de pacients amb una mateixa patologia o característiques homogènies. Quan intervenen en programes es constitueixen en un membre més de l'equip multidisciplinari i la seva participació està integrada en la dels altres professionals de tal manera que tan important és el benestar físic, com el social i psíquic perquè es contempla la persona d'una manera integral.

Les activitats poden ser assistencials, preventives o promocionals. Els grups tenen un caràcter preventiu i educatiu essencialment, i, per tant, de promoció de la salut.

La nova concepció del treball integral de la salut exigeix una forma de coordinació entre els professionals de manera que pugui se real l'objectiu marcat.

La derivació d'un cas a la TS parteix tant de la infermera com del metge o altre professional de les Unitats de Suport que són els que estan en contacte directe amb la població.

La intervenció del TS està condicionada per aquelles situacions en les quals es detecta que el factor social que envolta l'usuari:

- Dificulta el procés de l'estudi, diagnòstic i tractament.
- Quan la malaltia produeix greus alteracions en l'entorn del malalt, família i treball, convivència i economia.
- Sempre que es consideri que el TS, amb la seva actuació, pot facilitar el procés curatiu del malalt, de la seva rehabilitació i de la seva inserció.

A partir d'aquest moment el treball del TS serà realitzar les següents activitats:

- Estudi i valoració de la situació.

- Diagnòstic social. Factor sobre el qual es pot treballar.
- Planificació de les activitats que es podran concretar a donar una informació, a orientar o a donar suport. Portar a terme la coordinació i mobilització de recursos. Fer una visita domiciliària o fer un treball social de seguiment i reforç.

El procediment de derivació cal que tenguí en compte qui va derivar el malalt i la naturalesa del problema que presenta. Un cop que el TS ha iniciat la seva intervenció, manté una interconsulta amb el professional que ha derivat el cas i passa a fer les anotacions pertinents al SOAP (històries clíniques) i en els llistats de problemes de salut de l'usuari.

Tenint en compte les consideracions anteriors, hem elaborat una relació dels factors de salut que poden generar problemàtica social i que són, principalment, causa de derivació.

La nova concepció del treball integral de salut ens exigeix una:

- Globalització de l'atenció, de manera que contempli el malalt en tots els seus aspectes (físic, psíquic i social).
- Plantejar una intervenció conjunta de la persona de manera global i no fer partions d'acord amb la persona que l'atén.

Per tant, entenem la coordinació amb els altres professionals de salut quan es contempla:

- L'estudi conjunt del cas.
- La informació mútua sobre el procés.
- Elaboració conjunta dels plans d'intervenció de cada un des de la pròpia àrea professional.

En aquesta interconsulta es determina com es realitzarà el seguiment conjunt del cas.

És el moment de recollir i fer les anotacions a la història clínica del malalt en la que resti reflexada:

- La problemàtica detectada i plantejada
- Els factors sobre els que es pot treballar
- La planificació de la intervenció
- Les activitats realitzades en cada moment
- El seguiment i
- L'avaluació

## 4. UNITATS DE TREBALL SOCIAL (UTS)

### 4.1. Problemàtiques susceptibles d'intervenció social en salut

Definim com problemes socio-sanitaris aquells que estan influïnt directament en la salut-malaltia íntimament relacionats amb ella tant a nivell de prevenció com de tractament i rehabilitació.

Són, doncs, funcions específiques dels TS en AP de salut la intervenció en aquest tipus de problemàtiques, tant a nivell individual, grupal com comunitari, i utilitzant els recursos disponibles.

#### 4.1.1. Problemàtiques específiques de salut (per àrees o grups d'edat)

##### a) Infància

- 1 Necessitat de conèixer la situació sociofamiliar per completar o establir un diagnòstic clínic i aplicar el seu tractament.

- 2 Nins malnodrits o desatesos  
Manca d'esment bàsic  
Vacunació incompleta
- 3 Maltractaments físics o psíquics (detecció i investigació, si cal)
- 4 Hospitalització de repetició quan la causa no sigui estrictament mèdica.  
Omissió d'atenció, accidents per descuit o manca d'atenció paterna, etc.
- 5 Problemes psicosocials o psiquiàtrics  
Estudi de la situació familiar. Seguiment. Desenvolupament del nin en el medi escolar, participació en activitats comunitàries i extraescolars.
- 6 Infants amb malalties cròniques com a grup de risc: diabètics, necessitat de connexió amb associacions, etc. Hemofílics. Malalts d'insuficiència renal, amb problemes respiratoris, cardiopaties, tumors, etc.
- 7 Infants amb problemes genètics molt relacionats amb la planificació familiar de la mare (en prevenció de nous casos)
- 8 Portadors del VIH
- 9 Infants terminals. Treball amb les famílies. Contacte amb el psicòleg
- 10 Problemes relacionats amb l'escolaritat i la necessitat de guarderia com a conseqüència de malaltia. Fracàs escolar i absentisme motivats per malaltia. Necessitat d'integració per deficiències físiques, psíquiques o sensorials. Necessitat de suport extraescolar. Nexe d'unió família-escola
- 11 Problemes de parla. Contacte amb logodepa

#### b) Adolescència

- 1 Comportament alimentari anormal. Investigar causes no mèdiques
- 2 Comportament anormal davant la malaltia
- 3 Embaràs i avortament en adolescents. Desinformació o mala informació sobre planificació familiar i temes de sexualitat
- 4 Adolescents amb malalties cròniques com a grup de risc

#### c) Adults

- 1 Necessitat de conèixer la situació sociofamiliar per completar o conèixer el diagnòstic i aplicar el tractament
- 2 Problemes de dinàmica familiar relacionades amb problemes de salut
- 3 Famílies amb nins disminuïts als que no poden atendre correctament o suficient per manca de coneixements, sobrecàrrega familiar o imperatius laborals
- 4 Famílies monoparentals en determinades situacions.  
Manca de vincles de relació o mancança afectiva  
Irregular administració del pressupost familiar  
Necessitat de suport. Realització de tasca educativa
- 5 Minusvàlues físiques, psíquiques o sensorials
- 6 Problemes psicosocials i psiquiàtrics
- 7 Malalts crònics, amb insuficiència renal o diabètics (els que no compleixen programa i esbrinar per què). Cardíacs, paraplàgics, hipertensos, etc.
- 8 Malalts que precisen hospitalització de mitja o llarga estada. Conèixer les càrregues familiars, etc.
- 9 Malalts terminals
- 10 a) Situacions jurídic-administratives (invalidesa, orfenesa, adopció, divorci, tutela, acolliment familiar, etc.)  
b) Drets i deures de l'usuari

- 11 Embaràs: educació sanitària i informació de recursos  
Gestant en conflicte. Mare fadrina
- 12 Planificació familiar
  - a) Anticoncepció en l'home i en la dona
  - b) Interrupció voluntària de l'embaràs: orientació i informació de recursos
- 13 Informació específica per a la dona:  
Recursos i legislació específica  
Associacionisme  
Maltractaments físics i psíquics. Orientació i suport

d) Tercera edat

- 1 Necessitat de conèixer la situació sociofamiliar per completar o establir diagnòstic clínic i/o aplicar tractament
- 2 Problemes psicològics i psiquiàtrics. Demència senil
- 3 Minusvàlua física, psíquica i sensorial
- 4 Ancians i ancianes que viuen sols i representen un problema sanitari
- 5 Saber per què un vell no va al centre de salut essent un familiar o una altra persona qui fa les consultes (moltes vegades és per problema social)
- 6 Quan presenta una manca d'autonomia personal
- 7 Quan en consulta mèdica o d'infermeria es detecti o exposi com a demanda social:  
Ingrés en una residència de tercera edat  
Necessitat d'ajuda a domicili  
Sol·licitud de prestacions (ortopèdiques, pròtesis, etc.)  
Mancança d'ingressos econòmics  
Problemes familiars (manca d'atenció, absència d'afectivitat, rebuig del vell, etc.)
- 8 Problemes d'habitatge (males condicions d'habitabilitat i salubritat)
- 9 Malalts terminals.

e) Altres

- 1 Necessitat d'assistència. Persona que requereix atenció mèdica i no la demana per negligència, manca de cobertura sanitària, deficiència intel·lectual, malaltia, manca de preparació, etc.
- 2 Dificultats derivades d'una hospitalització: problemes econòmics, nins petits o vells o minusvàlids sols a casa, trasllats d'una comunitat autònoma a una altra, dificultats de convivència interfamiliar, etc.
- 3 Derivacions cap a centres especialitzats de disminuïts.
- 4 Problemes relacionats amb la utilització de recursos: ocupació, problemes jurídics, problemes de burocràcia, etc.

4.1.2. Documentació

La documentació que utilitza la UTS és la següent:

1. *Fitxa social*, que recull dades identificatives, demanda i valoració.
2. *Història clínic*, que és la base documental comuna a tot l'Equip d'Atenció Primària.
3. *Registre diari d'activitat*
4. *Registre mensual d'activitat*

Hi ha un fitxer de recursos que es manté actualitzat



S04 S92 P00 P09 P18 P20 P22 P25 P31 P40 P48 P65 P70 P72 P79 P85 P96



**Atenció Primària**  
INSALUD BALEARNS

Centre Salut: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_

Melge: \_\_\_\_\_

Data inici: \_\_\_\_\_

Remès per: \_\_\_\_\_

**FITXA TREBALL SOCIAL**

Ulnatges, nom: \_\_\_\_\_ TSE: \_\_\_\_\_

Domicili: \_\_\_\_\_ Barri: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Lloc naixement: \_\_\_\_\_

Ingressos: \_\_\_\_\_ Despeses: \_\_\_\_\_ Altres fonts ingressos: \_\_\_\_\_

Observacions: \_\_\_\_\_

F-7

**COMPOSICIÓ FAMILIAR**

PARENTIU	LLINATGES	TIOM	DTN	ES/PROF/PROFESSIU
NIP				
	TSI			
NIP				
	TSI			
NIP				
	TSI			
NIP				
	TSI			
NIP				
	TSI			
NIP				
	TSI			

**GENOGRAMA:**



REGISTRE DIARI D'ACUJUNTAT DEL TREBALLADOR SOCIAL

Centre:

Mes:

Any:

MOBILITAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	TOTALS	
DATA																							
N. FLEXA																							
N. HAST																							
M.S. DAP																							
USM																							
T.G.																							
S. Soc.																							
I. Prop.																							
Altres																							
RESOLTA																							
Motiu																							
PREVENCIO																							
ACCESORIS																							
Domicili																							
TRAMISSIÓ																							
Usuari																							
Família																							
Profess																							
TERCERCONSUL																							
EAP																							
USM																							
T.G.																							
Altres																							
INFORM SOC																							
INTERVENCIO																							
no-orient																							
no-estudi																							
Gestions																							
Seguiment																							
DIRIACIONS																							
curso-INS																							
Serveis Soc																							
Altres																							

UNIONS:      Data   Amb qui      Data   Amb qui      Data   Amb qui      Data   Amb qui      Data   Amb qui      Data   Amb qui      Data   Amb qui

REUNIO COMUNITARI

numero visites entitats:

numero reunions per presencas:

numero de reunions per altres:



**Atenció Primària**  
INSALUD BALEARS

**RESUMI MENSUAL D'ACTIVITAT DEL TREBALLADOR SOCIAL**

**NOM:** \_\_\_\_\_

**MES:** \_\_\_\_\_

**A) Nº TOTAL DE USUARIS ATEOSOS:** \_\_\_\_\_

**B) Nº TOTAL PRIMERES VISITES:** \_\_\_\_\_

**D'altres, derivades per:**

E.A.P.	_____
C.O.F.	_____
U.S.M.	_____
ALTRES	_____

**C) Nº CONSULTES CENTRE:** \_\_\_\_\_

**D) Nº VISITES A DOMICILI:** \_\_\_\_\_

**VISITES DOMICILI P.A.D:** \_\_\_\_\_

Visites conjuntes Ent/Its.Pad. \_\_\_\_\_

**E) Nº DERIVACIONS CONJUNTES ENFTS:** \_\_\_\_\_

**S. SOCIAL BASE**

INSERSO	_____
F) GESTIONS	_____

**G) Nº INTERCONSULTES:** \_\_\_\_\_

Entrevistes amb prof. E.A.P. \_\_\_\_\_

Entrevistes U. Recolzament \_\_\_\_\_

**H) Nº D'INFORMES SOCIALS:** \_\_\_\_\_

**I. Nº DE REUNIONS:**

E.A.P.	_____
U.S.M.	_____
S. SOCIALS	_____
A. SOCIALS INSALUC	_____
PRACTIQUES	_____
ALTRES	_____

**J) DIES REGISTRATS:** \_\_\_\_\_

## 4.2. Cartera de serveis

### 4.2.1. Atenció directa

Comprèn les següents activitats:

- a) Informació, orientació, valoració i assessorament davant la problemàtica plantejada.
- b) Informació sobre els recursos sanitaris i socials existents tot facilitant-ne l'accés.
- c) Informació sobre els drets i deures de l'usuari en el Sistema de la Seguretat Social.
- d) Fomentar i donar suport a la integració de l'individu en el seu medi ambient.
- e) Donar suport a les activitats sanitàries en el seguiment de pacients especialment quan hi hagi irregularitats en el tractament o no s'aconsegueixin els efectes esperats.
- f) Col.laboració en la capacitació del malalt i de la seva família per millorar les seves atencions tot demanant autoresponsabilitat.
- g) Col.laboració, conjuntament amb l'Equip d'Atenció Primària, en la captació de famílies de risc analitzant els factors socials que incideixen en el procés de salut.
- h) Col.laboració en la formalització de la història en aquells apartats que recullen aspectes socials i cada cop que es realitzi una intervenció per part del TS.
- i) Suport i contenció davant de situacions que no siguin abordables per diverses raons, com negació de la situació o manca de possibles solucions, en casos de malalts terminals o crònics en diferents fases.

L'objectiu del TS és evitar el deteriorament de la pròpia situació o demandes innecessàries a l'Equip d'Atenció Primària, i mirar que el pacient i la seva família mantinguin una actitud favorable quant a la seva situació.

L'actuació del TS és la comuna a tots els professionals del Treball Social i es basa en:

1. Recollida i clarificació del problema
2. Valoració i estudi
3. Informació al pacient o familiar
4. Seguiment
5. Avaluació

A través d'aquesta primera acollida i d'entrevistes successives s'intenta reconduir la situació-problema vers una demanda real i abordable.

Les persones o famílies a les que s'atén directament són derivades per membres de l'Equip d'Atenció Primària, per altres professionals o institucions, o per iniciativa pròpia.

### 4.2.2. Treball per programes

Inicialment, les UTS realitzaven de manera preferent treball individual-familiar, sense vinculació a programes prèviament establerts.

En la mesura que es consoliden els Equips d'Atenció Primària sorgeix la necessitat de respondre més globalment les demandes i es van configurant els diferents programes amb la participació dels objectius pactats per cada centre de salut amb la Gerència d'Atenció Primària.

- Programa d'atenció domiciliària (PAD)
- Programa Ortesis
- Salut mental
- Atenció a la dona i salut bucodental
- Col.laboradors socials
- Atenció sanitària a estrangers sense recursos

#### 4.2.2.1. Programa d'atenció domiciliària

##### 1. Introducció

L'atenció domiciliària és una de les estratègies bàsiques d'intervenció dels equips en el marc de l'Atenció Primària de Salut, situant-se entre els programes prioritaris de salut i benestar social.

Amb l'objectiu de cobrir les necessitats de la població, s'ha d'actuar des d'una visió multidisciplinària tenint en compte:

- La coordinació entre els diferents serveis assistencials,
- La cooperació de la família i
- La col.laboració de les estructures sociosanitàries de suport.

##### 2. Població a la que es dirigeix (destinatari)

Qualsevol persona amb disminució o manca d'autonomia personal amb problemes sociofamiliars i/o sanitaris.

Qualsevol persona discapacitada física, psíquica o sensorialment que visqui sola o amb família amb un alt grau de dependència.

Familiars o cuidadors que vegin agreujat el seu estat de salut i tinguin a càrrec seua persones amb dificultats o amb discapacitats diverses.

L'atenció es dirigeix no només a l'usuari o demandant del servei sinó també al conjunt de la unitat de convivència o cuidadors implicats per entendre que són ells el principal recurs assistencial i, a la vegada, suport del malalt.

##### 3. Objectius

Atenció integral al malalt i família.

Evitar la claudicació familiar promovent l'adaptació a la nova situació.

Crear un espai de comunicació on les persones (usuaris, familiars, cuidadors) puguin expressar les seves dificultats, dubtes, o problemes quant a la seva malaltia, els seu tractament o la seva situació sociofamiliar.

Conèixer les mancances existents dels inclosos en el PAD, i també de tots aquells elements que ens permetin establir una prioritització de necessitats, si n'hi hagués, i la mobilització dels recursos adequats.

##### 4. Metodologia

Se sustenta en els següents paràmetres:

- Atenció atenta com a instrument per activar l'ajuda
- Reflexió conjunta (usuari, família i professional) al voltant del problema i a les pròpies capacitats psicosocials per fer-li front
- Ajuda en la recerca de solucions concretes

La tècnica usada és l'entrevista en les seves diverses modalitats de:

- Suport
- Ventilació
- Reflexió
- Orientació i informació

---

## 5. Actuacions

El TS és el professional que dona suport completament a les actuacions de l'Equip d'Atenció Domiciliària.

L'aportació del TS té contingut terapèutic i finalitat preventiva i assistencial en el sentit que col·labora en el tractament global del malalt i de la seva família en un moment d'estrès psicosocial produït per un problema de salut que porta associat circumstàncies emocionals, físiques, econòmiques, relacions laborals, etc.

Primera visita domiciliària i/o successives

### A) Estudi

- \* Coneixement de la situació personal i sociofamiliar (genograma)
- \* Valoració de la situació econòmica i/o laboral
- \* Habitatge: condicions d'habitabilitat, barreres arquitectòniques
- \* Estat de salut i nivell d'atenció
- \* Ocupació del temps

### B) Diagnòstic o valoració

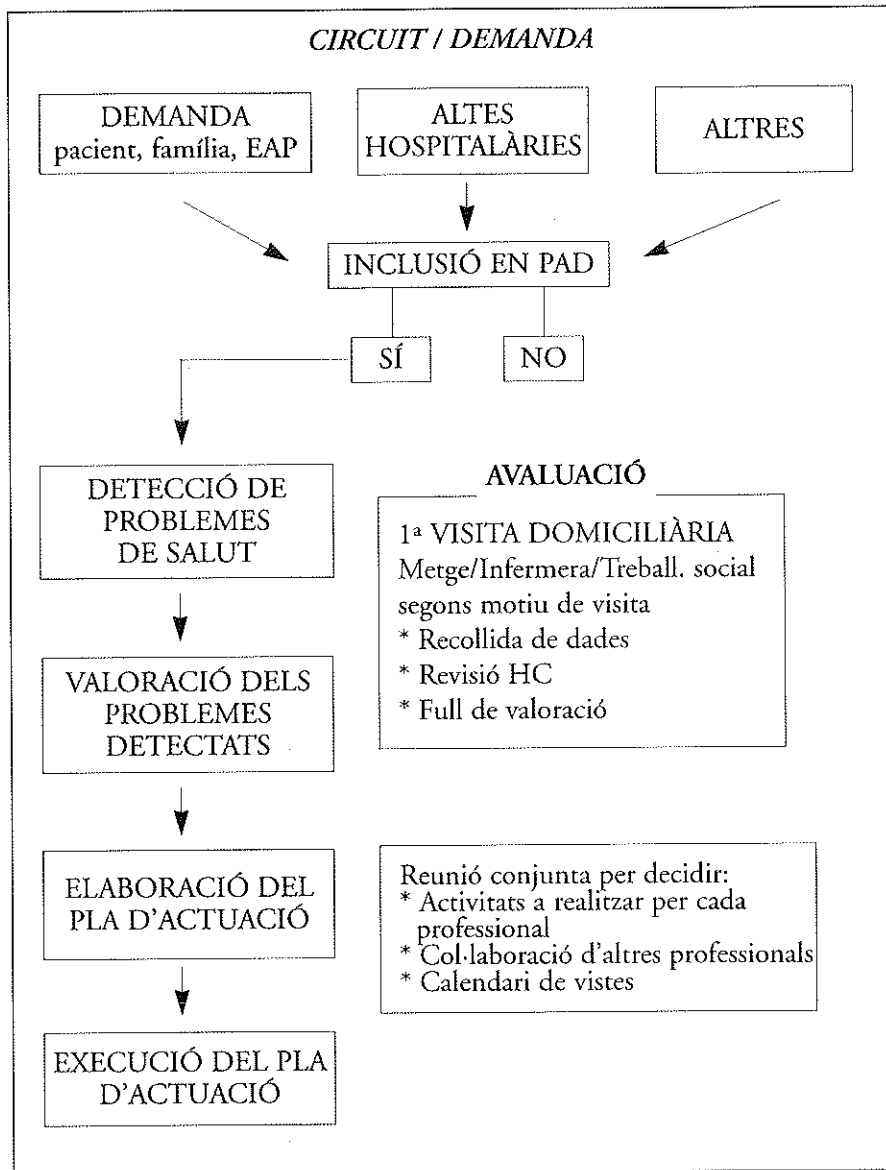
Identificació de necessitats no cobertes i la seva prioritització

### C) Tractament o pla d'actuació

- \* Establert per consens de l'equip d'atenció domiciliària
- \* Informació sobre recursos socio-sanitaris
- \* Mobilització de recursos, si cal:
  - recursos personals
  - recursos familiars
  - institucionals/comunitaris
- \* Coordinació amb els professionals o serveis que coneguin o intervenguin en el cas
- \* Coordinació contínua amb l'equip d'atenció domiciliària

### D) Avaluació (juntament amb l'equip d'atenció domiciliària)

- \* Revisió del pla d'actuacions
- \* Visites de seguiment i
- \* Pauta de noves actuacions segons l'avaluació



#### 4.2.2.2. Programa d'Ortesis

Marc legal

La Llei General de la Seguretat Social de 30 de maig de 1979 assenyalava que es facilitaran els vehicles per a invàlids. Aquesta prestació es gestiona des dels centres de salut segons la normativa S-4, de 4 d'agost de 1994.

Finalitat

Millorar l'organització i l'accessibilitat dels usuaris en l'adquisició de cadires de rodes i, també, millorar la seva gestió econòmica tot obtenint-ne una més gran recuperació i reutilització del material.

---

Detecció de necessitat

Pot procedir de:

- \* L'usuari o representant
- \* El metge de família
- \* Professionals d'infermeria
- \* El fisioterapeuta
- \* L'especialista de nivell secundari
- \* El treballador social

Circuit

Qualsevol dels professionals que detecti la necessitat ha de remetre l'usuari o representant al metge de capçalera el qual valorarà la necessitat i realitzarà la prescripció especificant el model que necessita, el diagnòstic i el temps aproximat d'utilització.

La sol·licitud es canalitzarà a través del TS o, en el seu defecte, el responsable d'infermeria.

Les sol·licituds es gestionen amb el departament de compres de la Gerència d'Atenció Primària i ells, a la vegada, fan la comanda al representant.

Lliurament del material

Cadires de rodes

Si n'hi ha en el magatzem es lliura el mateix dia; si no, es fa la gestió amb el departament de compres el qual comunicarà la data de lliurament i devolució.

Les cadires retornades queden en el centre per tornar a prestar.

Sol·licitud de caminadors

El representant de cada centre omplirà la sol·licitud i dirigirà l'usuari o representant al Departament de prestacions d'INSALUD on l'informaran de la compra i el reintegrament de les despeses.

Actuacions del TS

- Gestió de les cadires de rodes, seguiment dels terminis d'ús inicialment previstos i modificació dels usuaris, si cal.
- Assegurar les recuperacions del material ortoprotèsic després de la mort de l'usuari.
- Reclamació de les cadires de rodes que han exhaurit el termini d'ús.
- Remetre a manteniment per a reparació o donar de baixa per deteriorament.
- Fer informe socioeconòmic per al departament d'ortopèdia de l'INSALUD en aquells casos que el cost del material ortoprotèsic sigui elevat i sigui impossible la seva adquisició.
- Informació sobre el dipòsit d'ortesis de la Creu Roja.

4.2.2.3. *Unitat de salut mental*

La intervenció del TS es dona en les següents situacions:

A. Les proposades pel TS a la Unitat de Salut Mental a través de l'Equip d'Atenció Primària

Actuacions:

- Detecció dels possibles casos amb problemàtica de salut mental.
- Interconsulta amb els metges de referència i l'Equip d'Atenció



- Primària per a l'elaboració de la derivació a la Unitat de Salut Mental.
- Reunió i/o interconsulta amb la Unitat de Salut Mental per descriure i comentar la situació del problema.
- S'informa de les intervencions prèvies d'altres professionals o serveis si s'han donat.
- Acordar el treball conjunt.
- Seguiment.

B. Els remesos per la pròpia Unitat de Salut Mental per a:

1. Un treball assistencial en comú

Actuacions:

- Suport i orientació familiar.
- Visites a domicili a persones i/o pacients de risc.
- Seguiment del tractament.
- Control i/o seguiment de malalts crònics i persones en risc.
- Interconsulta i avaluació amb la Unitat de Salut Mental dels casos de forma periòdica.
- Seguiment de pacients remesos de les institucions hospitalàries.
- Coordinació quan en un mateix cas hi intervenguin distintes institucions o professionals.
- Registre d'actuació en història clínica.

2. Seguiment i/o possible reinserció

Actuacions:

- Informació i/o orientació sobre els distintos recursos, prestacions i serveis.
- Gestió d'aquests recursos en situacions concretes.
- Contenció i suport psicosocial a l'usuari i/o família.
- Canal de derivació a recursos específics de salut mental.
- Interconsultes periòdiques amb l'Equip d'Atenció Primària i Unitat de Salut Mental.
- Contribuir a la reinserció del pacient amb problemes de salut mental en el seu medi familiar, social i laboral tot evitant la marginació.

#### 4.2.2.4. *Programa d'Atenció a la Dona i Salut Bucodental*

Les actuacions del TS són a petició dels distintes especialistes per valoracions de situacions socioeconòmiques i familiars que determinen l'accés a determinades prestacions sanitàries d'ús restringit.

#### 4.2.2.5. *Col.laboradors Socials*

El març de 1994 s'aprova en el Consell de Ministres el Pla d'Objecció de Consciència. Els objectors de consciència seran destinats a entitats que han de reunir les següents característiques:

- Servir la societat en els seus aspectes més necessaris
- No afavorir cap opció religiosa
- Sens afany de lucre, i
- Amb l'imperatiu legal que prohibeix suplir places d'ocupació.

Previ acord del Ministeri de Justícia i l'INSALUD, es fa possible que els col.laboradors socials prestin els seus serveis en aquesta institució sanitària.

En els centres de salut depenen funcionalment de la UTS. És el TS qui canalitza les propostes d'intervenció de qualsevol dels professionals de l'equip

---

i qui organitza les activitats fent el seguiment tant amb l'usuari com amb el propi col.laborador social.

L'objector de consciència o col.laborador social ajudarà en les necessitats socials que sorgeixin en els centres de salut:

- Atenció a discapacitats
- Atenció a malalts
- Atenció a la tercera edat
- Atenció a famílies desestructurades, o a qualsevol grup de població que necessiti suport social.

Les activitats que realitza el col.laborador social en els centres de salut d'Atenció Primària a Palma són els següents:

- Ajuda en les mobilitzacions i en els canvis posturals.
- Acompanyament per a l'assistència a les consultes mèdiques, gestions en el barri, etc.
- Ajudes a les petites mobilitzacions en el domicili.
- Seguiment i control de tractaments prescrits.
- Control en el subministrament en tractaments farmacològics.
- Acompanyament al malalt en el seu domicili.
- Animació en situacions de soledat.
- Suport domèstic en els casos sense família (compra d'aliments, gestions diverses, etc.).
- Col.laboració en determinades gestions burocràtiques.

#### 4.2.2.6. *Atenció sanitària a estrangers sense recursos*

Des dels centres de salut s'atén tots els usuaris que hi van, tenguin o no targeta sanitària, donat que segons la Llei General de Sanitat són titulars del dret a la protecció de la salut.

En els casos que es valori la necessitat de visitar-los amb freqüència i en visites a la continuïtat de l'atenció, es recomana que siguin visitats pel mateix metge i/o pediatra.

Quan l'usuari manifesti no poder fer front econòmic a l'assistència, se'l remet al TS perquè emeti informe social sobre la situació. Un cop realitzada l'atenció sanitària i després d'haver realitzat l'informe social, es lliurarà a l'usuari el format de recepta amb la prescripció farmacèutica segellada pel metge i el TS.

L'usuari, amb la recepta, haurà de pagar el 50% del preu del medicament; l'altre 50% el farà afectiu l'ajuntament. Si la medicació no és finançada pel Sistema Nacional de Salut, l'usuari haurà de pagar el 100%.

En cas de caldre assistència a nivell secundari se'l derivarà a l'Hospital Provincial o a "Médicos del Mundo".

#### 4.2.3. Funció formativa

Els TS dels centres de salut porten a terme una funció formativa i docent amb dos objectius diferenciats:

- Contribuir a la formació pre i postgrau del personal de salut prioritant el personal d'AP com:
  - Estudiants d'infermeria
  - Estudiants de treball social
  - Metges interns residents (veure protocol)

---

- Participar en la formació continuada de l'Equip d'Atenció Primària en matèria de serveis socials i/o treball social a través d'elements teòrics i pràctics com sessions clíniques i bibliografies, actualització de recursos, etc.

Participació a jornades o seminaris específics de treball social bé organitzats des de la gerència d'atenció primària o a petició d'altres institucions.

#### 4.2.4. Unitat docent de medicina familiar i comunitària

Quant a l'apartat d'"Àrea de treball social i familiar" basat en el Programa d'Atenció Primària de la Unitat Docent, es desplega a continuació el pla de treball a realitzar per aquests professionals.

Objectius:

- 1.- Capacitar per detectar i treballar les causes que produeixen situacions i diagnòstics mèdics (per grups d'edat o per grups de risc).
- 2.- Mostrar en quins tipus de casos hi pot intervenir el treballador social i involucrar el microequip en el possible pla de treball i resolució del problema.
- 3.- Donar a conèixer la filosofia del TS centrada en el tractament global del problema.
- 4.- Donar a conèixer les funcions del treballador social.

Metodologia

La rotació del metge resident amb el TS es basa principalment en aconseguir els objectius proposats en el Programa de Docència, a través de les següents actuacions:

- 1.- Quant al primer objectiu, es podrà treballar amb un o més residents conjuntament a través de reunions de discussió.
- 2.- Quant al tema de les funcions:  
El TS donarà a conèixer les funcions al metge resident de dues maneres diferents:

- 2a.- Acompanyament del metge resident en el treball quotidià que realitza el treballador social (visites a domicili, entrevistes familiars, treball administratiu, etc.).
- 2b.- Explicació d'altres funcions que en aquest moment determinat no s'estiguin desplegant (per exemple: treball comunitari, coneixement de la zona de salut, etc.)

#### 4.2.5. Mobilització de recursos

- El TS col·labora amb els altres professionals en el tractament del pacient i família.

El seu àmbit concret d'intervenció és el malestar psicosocial i la seva funció ser un mitjancer d'ajuda i no un simple dispensador de recursos.

Definim com recurs qualsevol mitjà humà, material, institucional o financer que pugui millorar una situació inicial.

En AP de salut comptam amb:

- Unitats de Salut Mental
- Assistència medicofarmacèutica
- Targeta sanitària sense recursos
- Assistència a estrangers que no treballin de forma remunerada i no tinguin recursos econòmics

- 
- Prestació farmacèutica per malalties cròniques, per exemple VIH
  - Ortesi
  - Programa d'atenció domiciliària
  - Programa d'atenció a la dona
  - Programa del nin sa
  - Programa de salut bucodental
  - Col.laboradors socials
  - La coordinació amb altres entitats que suposen un recurs imprescindible per al TS d'atenció primària.

#### 4.2.6. Coordinació interna EAP-TS

La intervenció de forma integral requereix una globalització de l'atenció de manera que contempli el pacient en tots els seus aspectes, físics, psíquics i socials per la qual cosa cal la coordinació interprofessional.

La coordinació es produeix per situacions distintes:

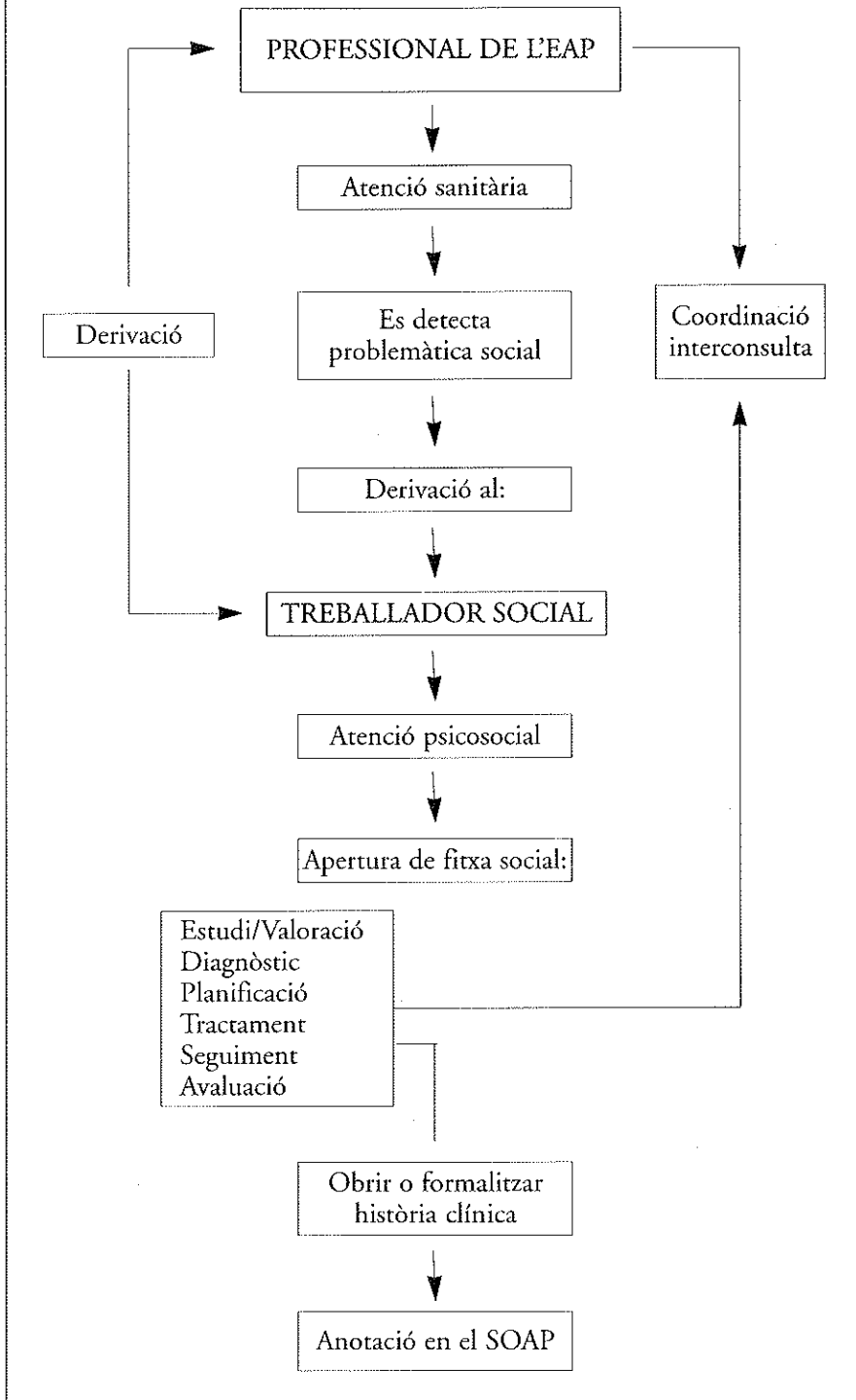
- Remissió de l'usuari o família a la UTS
- Estudi conjunt del cas
- Informació mútua sobre el procés
- Elaboració conjunta del pla d'actuació de cada un dels professionals que intervinguin.

L'espai que regula la coordinació és la interconsulta. En ella es realitza l'intercanvi d'informació entre els professionals i es programa la seva freqüència per al seguiment conjunt.

Una de les actuacions necessàries perquè es doni la coordinació és el registre de dades en la història clínica on s'hi reflectirà:

- La demanda expressada
- La problemàtica detectada
- Els factors sobre els quals es planteja la intervenció
- Actuacions i resultats

*CIRCUIT DE COORDINACIÓ INTERNA  
EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA - TREBALLADOR SOCIAL*



#### 4.2.7. Coordinació socio sanitària

S'entén que hi ha coordinació socio sanitària quan s'estableix una relació interprofessional amb altres institucions o entitats per a la millor intervenció o seguiment dels casos.

La coordinació es pot donar puntualment o en el decurs del procés de la situació problemàtica. Amb ella es pretén:

- 1.- Unificar criteris d'intervenció i classificar objectius
- 2.- Evitar duplicitats
- 3.- Agilitzar tràmits
- 4.- Tenir una informació més àgil sobre recursos i serveis.

Hi pot haver coordinació amb:

- Serveis d'atenció primària (Càritas, Serveis Socials Municipals, etc.)
- Serveis d'atenció especialitzada.

Amb els serveis d'atenció primària, per accedir a recursos/prestacions que tenen aquestes institucions com ajudes econòmiques, programes de promoció de l'ocupació, allotjament, etc.

Aquesta coordinació es materialitza a través d'informes socials i/o entrevistes amb els professionals, visites domiciliàries conjuntes, si la situació ho requereix.

Amb els serveis d'atenció especialitzada es pot diferenciar:

- Entre els 17 centres de salut de Palma i els hospitals: Joan March, Creu Roja, Psiquiàtric, General i Son Dureta.

La necessitat de coordinació sorgeix arran de l'inici de contactes establerts un cop al mes entre els TS d'ambdós nivells assistencials.

Els continguts de les reunions de coordinació s'estableix de la manera següent:

- Comentari de casos individuals
- Intercanvi d'informació d'activitats o programes a seguir en les diferents institucions
- Canvis o reestructuracions de serveis

Es valora la necessitat de comptar amb altres professionals davant de:

- Un ingrés o alta hospitalària de malalts amb problemàtica socio sanitària.
- Quan calgui obtenir informació del facultatiu.
- Quan calgui obtenir informació sobre l'evolució d'un malalt.
- Per saber si s'ha realitzat ja alguna intervenció per evitar duplicitats i/o contrastar informació obtinguda.

Es considera que aquestes actuacions són positives tant per al malalt com per al professional per continuar la intervenció.

- Amb entitats que presten els seus serveis a col·lectius específics segons problemàtica: menors, dona, transeünts, tercera edat, disminuïts, ONG's, associacions, etc.

La coordinació s'ha establert davant la necessitat de complementar el treball diari. Cal assenyalar que no hi ha cap conveni interinstitucional que la faciliti o la reguli, llevat d'alguna qüestió puntual. Des de la Gerència d'Atenció Primària s'ha valorat i respectat la línia que, quant aquest tema, s'ha anat configurant per les pròpies UTS.

#### 4.2.8. Vies per a la coordinació i/o derivació

1. Telefònica
2. Fax

- 
3. Full de derivació que podrà usar-se com a presentació per al malalt perquè un altre professional tengui una mínima informació i se'n faciliti un seguiment.

Un cop rebut el full caldrà posar-se en contacte amb el professional derivant per completar la informació. En cas que sigui necessari es remetrà més endavant un informe social.

Al final del full de derivació s'anotaria un apartat per facilitar la forma de contactar (dies i hores de permanència).

4. Informe social. Explicació més exhaustiva de la situació (aportant informació sobre la situació familiar, relacions socials, situació econòmica, etc...)

## BIBLIOGRAFIA

-Ackerkmecht, E.H., *Medicina y antropología social*. Madrid. - Akal, 1985

Álvaro, S.L.; Tousegrosa, J.R.; Garrido, A., *Influencias sociales y psicológicas en salud mental*. Madrid. - Editorial Siglo XXI. Madrid.

Atención Primaria de Baleares, *10 años de centros de salud en Mallorca*. 1995.

Boletín Oficial del Estado, *Ley General de Sanidad*. 1986/102/1/17.

Boletín Oficial del Estado, *Real Decreto 137/1984, sobre estructura básica de salud*. 1984/27/2627/926.

Circular de INSALUD. *Actividades tanto en Hospital como en Atención Primaria*.

Circular de INSALUD. 25 de febrero 1998. *Instrucciones 2/98 de la Dirección General de Objeción de Conciencia para la cobertura de las plazas vacantes*.

Circular INSALUD. 4 agosto 1994

Escartín, M.A.J., *Manual de trabajo social (Modelos de práctica profesional)*. Alicante, Editorial Aguaclara. - 1992.

Federación de Asociaciones en Defensa de la Salud Pública (FADASP), *Declaración. Salud 2000*, 1987. 118/5-7.

Iuarte Tellaache, A., *El trabajo social en salud hoy: retos y estrategias*. Revista de Trabajo Social y Salud, núm. 18. 1994.

Iuarte, A., *Procedimiento y proceso en el trabajo social clínico*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. - 1992.

---

Ituarte Tellaeché, A., *Coordinación entre servicios sanitarios y sociales. Por qué? Para qué? Cómo?*. Revista de Trabajo Social y Salud, núm. 15. 1993.

Kisnerman, Natalio, *Salud pública y trabajo social*. Editorial Humanitas

Martín Zurro, A.; Cano Pérez, F.F.; [compiladores], *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en consulta*. Barcelona. - Doyma, 1986

Ministerio de Justicia, *Instrucciones sobre la incorporación de los objetores y el régimen de la Prestación Social*.

Ministerio de Sanidad y Consumo, *Gua de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria*. Madrid. -

Prat, J.; Pujadas, J.J.; Comelles, J.M., *Sobre el contexto social de enfermar*. En Kenny M., De miguel, J.M., editores. *La antropóloga médica en España*. Barcelona. - Anagrama, 1980.

Reglero Cano, M.C., *Factores y recursos psicosociales relacionados con la salud mental*. Revista de Trabajo Social y Salud núm. 26, Madrid, 1997.

Rodríguez González, M.C., *El trabajo social en atención primaria de salud*. Revista Centro de Salud, vol. 1, núm. 9, noviembre 1993.

Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria, *Programa de formación del EAP. Visita domiciliaria*. Madrid. - 1989.

Uribe Oyarbide, J.M., *Atención primaria y centro de salud: la construcción social de la salud*. Revista de Trabajo Social y Salud, núm. 29. 1988.

Uribe Oyarbide, J.M., *Promoción, prevención y educación en salud. ¿Nuevos significantes para nuevos significados?* Revista de Trabajo Social y Salud núm. 29. Madrid. - 1998

*Visita domiciliaria*. Monográfico de la Revista Index de Enfermería, 1992, vol. 1, núm. 2.