



PROPUESTAS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

5 de Julio de 2016

Presentación

La presencia de trabajadoras y trabajadores sociales en el Sistema Público de Salud se remonta a más de 30 años, en Atención Primaria, tras la reforma sanitaria, desde los años cuarenta en los hospitales, sobre todo en psiquiátricos, y desde los años sesenta en el antiguo INP. Reforma que planteó contar desde sus inicios con nuestra figura profesional en el nivel de la Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Mental.

Formamos parte, por tanto, del sistema sanitario desde su creación. Nuestras funciones se concretan en programas, proyectos y actividades tanto asistenciales como de promoción de la salud, desde la intervención individual-familiar, grupal y comunitaria, siendo el/la **profesional de enlace entre el sistema sanitario y el resto de sistemas de protección comunitarios**.

Sin embargo, desde la creación de las Unidades de Gestión Clínica, los/as Trabajadores/as Sociales de **Atención Primaria** pasamos a formar parte de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos, dependiendo funcionalmente de la Dirección de Enfermería, más centrada en el desarrollo profesional de otras categorías.

En los últimos años se viene constatando la pérdida de profesionales en el ámbito sanitario, desencadenando una sobrecarga de trabajo y una dispersión de los y las profesionales de trabajo social que tienen que atender a varios centros de salud, teniendo que cumplir los objetivos propios de cada centro asignado y los propios de las Unidades de Apoyo a las que están adscritos. Lo que viene a traer una pérdida de la calidad de la atención social en salud a la ciudadanía.

Esto ha obstaculizado nuestra integración en los equipos de atención primaria. No estar presentes de forma continuada nos aleja de profesionales y población, y nos exige un esfuerzo extra para hacernos presentes en las dinámicas de trabajo de los Equipos de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en las diversas actividades planteadas desde los Planes y Procesos Integrales que se han ido poniendo en marcha en estos últimos 15 años.

En cuanto a los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as pertenecientes a la **atención hospitalaria**, la adscripción depende de las Unidades de Atención a la Ciudadanía, cuando debería ser desde la Gerencia, como ocurre en otras CCAA como Madrid por ejemplo, o desde la Dirección Médica, proporcionando así las directrices propias de una atención integral a la salud de la población.

Esta pérdida de profesionales también es patente en la atención hospitalaria, no pudiendo distribuir adecuadamente la atención social de población en función de las necesidades de cada servicio hospitalario y teniendo que trabajar a demanda, en vez de hacerlo de forma proactiva como sería más adecuado.

Observamos contradicciones entre la política sanitaria reflejada en el IV Plan de Salud, basado en los determinantes sociales de la salud y el enfoque clínico asistencial que tienen las actuales UGC en las que, la mayoría de equipos asistenciales, tienen dificultad para contar con la aportación del trabajo social al no disponer de al menos un/a profesional del trabajo social al 100%. Igualmente supone una discordancia con los compromisos contraídos por el IV Plan de Salud y la Estrategia para la Reforma de la Atención Primaria en la que los futuros equipos asistenciales quedan relegados a profesionales de la medicina y de la enfermería.

Estas contradicciones provocan una invisibilización el trabajo social sanitario y una asignación de nuestras funciones a otros perfiles profesionales.

Nos parece muy grave la propuesta del documento de Reforma en cuanto a la posibilidad de “sustitución” de tareas entre profesionales, lo que puede dar lugar al intrusismo profesional, por el contrario, entendemos que cada estamento profesional tiene que tener muy claramente definidas sus funciones y competencias.

De igual manera, estas propuestas se contradicen con la recién publicada Cartera de Servicios del SAS en la que se recogen los criterios mínimos que ofertan las Unidades de Trabajo Social, con lo que vemos complicado dar respuesta adecuada a dicha Cartera:

-  Orientar y asesorar a los miembros de las UGC/AP sobre aspectos sociales individuales, grupales y comunitarios.
-  Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el centro y la población.
-  Promover el trabajo en equipo e interinstitucional.
-  Prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de la salud teniendo en cuenta los determinantes sociales en salud.
-  Ofertar atención sociosanitaria en consulta y a demanda, a los miembros de la UGC/AP y de la población.

Por todo ello, el Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social, en representación de las ocho provincias andaluzas presenta las siguientes propuestas.

PROPUESTAS

Propuesta 1. REVISIÓN DE RATIOS Y DOTACIÓN DE TRABAJADORES/AS SOCIALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO.

-  **Ratio de un/a Trabajador/a Social por Centro de Salud**, concretada en la OPE 2016. Cobertura de cada centro de salud, al menos de un/a TS a tiempo completo, en función de cargas de trabajo en UGC.
-  **Ampliar las plazas**, garantizar la cobertura en la atención, cobertura de bajas laborales y jubilaciones .
-  **Determinar cuantitativamente las plazas de TS necesarias** para la cobertura en toda Andalucía tanto de atención primaria como hospitalaria para poder evaluar el número de plazas reales que faltan.

Entendiendo que hay equipos que atienden poblaciones más numerosas, y dando respuesta a la normativa vigente: Real Decreto 137/84 y Decreto 197/2007, que regula la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria de Salud en Andalucía, que respeta esa composición.

Así mismo, tanto la Cartera de Servicios Comunes del SNS, como la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, consideran el trabajo social como una prestación básica e inicial de la APS.

También las recomendaciones del Consejo Interterritorial de Salud que en el *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP XXI¹*, avalado por las 17 Comunidades Autónomas, propone como línea de actuación, de la estrategia 27²: “*Impulsar la figura del profesional del Trabajo Social en Atención Primaria para mejorar la coordinación entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales*”.

Propuesta 2. REFUERZO Y DOTACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD MENTAL.

¹ Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP 21*. Madrid.

² Estrategia 27: Mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales.

Propuesta 3. DOTACIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

-  Que se dote a los hospitales de referencia de un/a trabajador/a social para el área de **Urgencias las 24 horas del día, los 365 días del año,**
-  Que se establezca un sistema de **guardias localizadas** para el Área de Urgencias en el resto de hospitales del SAS y de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias, incluso concertados y CHAREs, ya que estos últimos en algunos casos no están ni dotados de Trabajador Social.
-  Incorporar el **diagnóstico social** como factor para determinar ingresos/altas hospitalarias tanto desde el área de urgencias como en otros servicios y especialidades médico-quirúrgicas.

Propuesta 4. REVISIÓN DE RATIOS Y DOTACIÓN DE TS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

La ratio para atención hospitalaria tendría que estar en función de los servicios que tenga el hospital:

-  La clasificación del hospital según complejidad y servicios.
-  Implementación del plan de crónicos. Este plan se tiene que realizar junto con atención primaria y es preciso que exista un trabajador social en el equipo de atención a crónicos en hospital, uno o varios en función del número de pacientes atendidos en el plan, es lo último que ha sacado el SAS.
-  Servicios de hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos, hospital de día oncológico
-  Unidad de agudos de salud mental.
-  Hospital de día de salud mental.
-  Comunidad terapéutica de salud mental.
-  Unidad de rehabilitación de salud mental
-  Unidad de salud mental infantojuvenil

En definitiva, incluir y posibilitar que los/as trabajadores/as sociales de salud tengan participación en la toma de decisiones para la asignación y/o derivación de pacientes con problemática social para el alta hospitalaria a recursos sociosanitarios, considerando la valoración social y el criterio profesional como determinante de dicha derivación. Para lo cual debemos disponer de recursos sociosanitarios o estructuras de coordinación efectivas en las que la figura del/LA trabajador social sanitario pueda determinar ingreso de pacientes “sociales”, en consenso con el equipo asistencial, superando la burocratización, lentitud y segmentación del sistema social y sanitario.

Propuesta 5. CREACIÓN DE LA FIGURA DE COORDINACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

La situación que describimos viene dada por la ausencia de una figura de coordinación de trabajo social con directrices que emanen de la misma.

Proponemos la **creación de una figura de coordinación de trabajo social en los órganos de dirección, decisión y planificación**, así como una jefatura de trabajo social sanitario en las Áreas de Gestión Sanitarias y agrupaciones de Distritos, y en las unidades de trabajo social de los hospitales. Consideramos que los/as trabajadores/as sociales sanitarios conforman un número suficiente de profesionales que justifica dicho nivel de coordinación. Como se ha indicado anteriormente, actualmente en algunos casos los/as trabajadores/as sociales dependen de la coordinación de otros perfiles profesionales, a menudo inferior, o de perfiles con visión exclusivamente clínica, no social.

Propuesta 6. ELABORAR UN MAPA DE COMPETENCIAS DE TS EN EL SAS Y DESARROLLO DE LA CARRERA PROFESIONAL.

Continuar con el **desarrollo profesional** de las/los trabajadoras/es sociales del SAS y avanzar en la acreditación de profesionales del trabajo social y acreditación de la formación implementando, igual que en otras categorías, las medidas para permitir el avance en la carrera profesional, en igualdad de condiciones que el personal licenciado y diplomado sanitario que ya disfruta de ella desde el año 2006.

Es necesario elaborar el **mapa de competencias** de Trabajo Social Sanitario, esto evitaría el solapamiento de funciones profesionales y con ello se potenciará el trabajo en equipo en lugar de la confrontación.

Propuesta 7. MEJORAR LA PRESENCIA DE LAS TAREAS DE LOS/AS TRABAJADORES/AS EN LA HISTORIA ÚNICA DE SALUD EN ANDALUCÍA

-  Crear comisiones/grupos de trabajo para actualizar/mejorar DIRAYA, realizar talleres para posibilitar un mejor uso.
-  Crear modelo de informe social unificado en DIRAYA.
-  Restringir el registro de otros profesionales en la historia social en DIRAYA.
-  Que los/las pediatras de atención primaria puedan acceder a la historia social en DIRAYA a modo de consulta.
-  Compartir la historia social de atención primaria con salud mental y hospital y viceversa.

- ✎ Mejorar la transparencia en la recogida de datos para la realización de estadísticas, y recogida de intervenciones y/o otras actuaciones de trabajadoras/es sociales.

Propuesta 8. INCLUIR LA FIGURA DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE VALORACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Propuesta 9. INCLUIR LA FIGURA DEL TRABAJO SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS COMISIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Desde el Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social se **CONSIDERA QUE**, todas estas cuestiones tendrían un cauce para su abordaje y resolución de poder contar con una figura que nos represente en el SAS: una figura de coordinación de Trabajo Social en el SAS para abordar todas estas cuestiones de tipo funcional.