

La realidad del Trabajo Social Sanitario en Almería.

Autoras y autores:

- **José Francisco Alonso Sánchez.** Trabajador Social Sanitario en Distrito Sanitario Poniente de Almería.
- **Juana Escámez Berenguel.** Trabajadora Social Sanitaria en Distrito Sanitario Poniente de Almería.
- **Adela Arco Rodríguez.** Trabajadora Social Sanitaria en Distrito Sanitario Poniente de Almería.
- **María Isabel Martínez González.** Trabajadora Social Sanitaria en Área Sanitaria Norte de Almería.
- **Rafael Alberto Montoya Muñoz.** Trabajador Social Sanitario de la Agencia Pública Sanitaria Poniente.
- **Concepción Zurita Alonso.** Trabajadora Social Sanitaria en Distrito Sanitario Almería.
- **Aurora Delgado Carrillo.** Trabajadora Social Sanitario en FREMAP.
- **Ester Suarez Sánchez.** Trabajadora Social Sanitaria en Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Almería. Martínez Campos, 1, 5º-1, Almería, 04001, Almería

Diseño y maquetación: José Francisco Alonso Sánchez

ISBN: 978-84-09-25943-4

INDICE:

- 1) ¿Dónde estamos las Trabajadoras Sociales Sanitarias?... pag.6**
- 2) ¿Cuántas Trabajadoras Sociales Sanitarias somos? ... pag.13**
- 3) ¿Qué hacemos las Trabajadoras Sociales Sanitarias? ... pag.17**
 - a) En Atención Primaria de Salud. ... pag.18**
 - b) En el Equipo de TBC. ... pag.22**
 - c) En Salud Mental. ... pag.27**
 - d) En Hospital. ... pag.30**
 - e) En Mutuas. ... pag.36**
 - f) En Clínicas de IVE. ... pag.39**
- 4) ¿Qué más podemos ofrecer las Trabajadoras Sociales Sanitarias a la ciudadanía? ... pag.42**
- 5) ¿Qué necesitamos las Trabajadoras Sociales Sanitarias? ... pag.46**

Presentación:

Una profesión ha de honrar su historia, sus orígenes. En nuestro caso, el Trabajo Social nace indisolublemente unido a la actividad de las primeras profesionales en el ámbito sanitario.

En el texto fundacional publicado en 1917, *Social Diagnosis*, Mary E. Richmond incluye numerosas e importantes referencias al Trabajo Social Sanitario *“La naturaleza complementaria de los dos campos de trabajo (social y sanitario) queda bien ilustrada por la diferencia existente entre prescribir un aparato ortopédico o cualquier otro aparato y garantizar un uso correcto del mismo”*¹ pero no sólo ella, sino que incorpora las apreciaciones, nada sospechosas de corporativismo de prestigiosos profesionales sanitarios de la época como el Doctor Cabot: *“El trabajo social no presenta un punto de vista concreto sino un punto de vista humano global, y esto es justamente lo que tienen que asumir los médicos....Cada uno de nosotros tiene competencias propias, pero no deberíamos trabajar por separado, ya que los seres humanos que se ponen en nuestras manos no se pueden cortar en dos”*²

En estos más de cien años de profesión se ha enriquecido la intervención con la apuesta del Sistema Público de Salud por la incorporación del Trabajo Social a su cartera de servicios, toda vez que las trabajadoras y trabajadores sociales han

¹ Richmond, 2005:232

² Richmond, 2005: 16

innovado, aportado soluciones y contribuido a la mejora de la salud de toda la comunidad.

Desde una prometedora apuesta inicial en los años ochenta, hemos asistido a un paulatino desmantelamiento del trabajo social sanitario en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Más allá de las divergencias por la asignación de funciones, se encuentra la responsabilidad por ofrecer a la ciudadanía el mejor servicio por parte de profesionales competentes para ello. Y serán competentes quienes por tradición, formación, habilitación y capacitación sean los más adecuados, esto es, los aspectos sociales de la salud son competencia del Trabajo Social, por supuesto en estrecha colaboración y coordinación con el resto de personal del Sistema. Por tanto, desde el Trabajo Social no renunciamos a nuestro papel clave en la salud de la población, en línea con el concepto de salud promulgado por la OMS en el que la componente social se muestra como elemento clave.

El documento que se presenta es fruto del compromiso, análisis y reflexión de la Comisión de Salud del Colegio de Trabajo Social de Almería. Fieles a nuestra metodología de trabajo, responde al estudio y diagnóstico de la realidad del Trabajo Social sanitario en Almería; lo compartimos con responsables institucionales y ciudadanía, como primer paso para lograr mejoras significativas en la intervención social sanitaria.

Encarnación Peláez Quero.
Presidenta del Colegio Oficial de Trabajo Social de Almería.

¿Dónde estamos las Trabajadoras Sociales Sanitarias?

Almería

Distritos de Atención
Primaria de Salud



A través de esta pregunta queremos situar gráficamente la presencia de los y las profesionales del Trabajo Social que desarrollan sus tareas en los diferentes ámbitos sanitarios (públicos y privados) en nuestra provincia y que dan respuesta a los determinantes sociales de la salud en sus respectivos ámbitos de actuación.

Almería

- Levante-Alto Almanzora
- Almería
- Poniente de Almería



PRESENCIA DE TRABAJADORAS SOCIALES SANITARIAS EN ALMERÍA



Centro Hospitalario Público



Equipo de Salud Mental



Mutuas

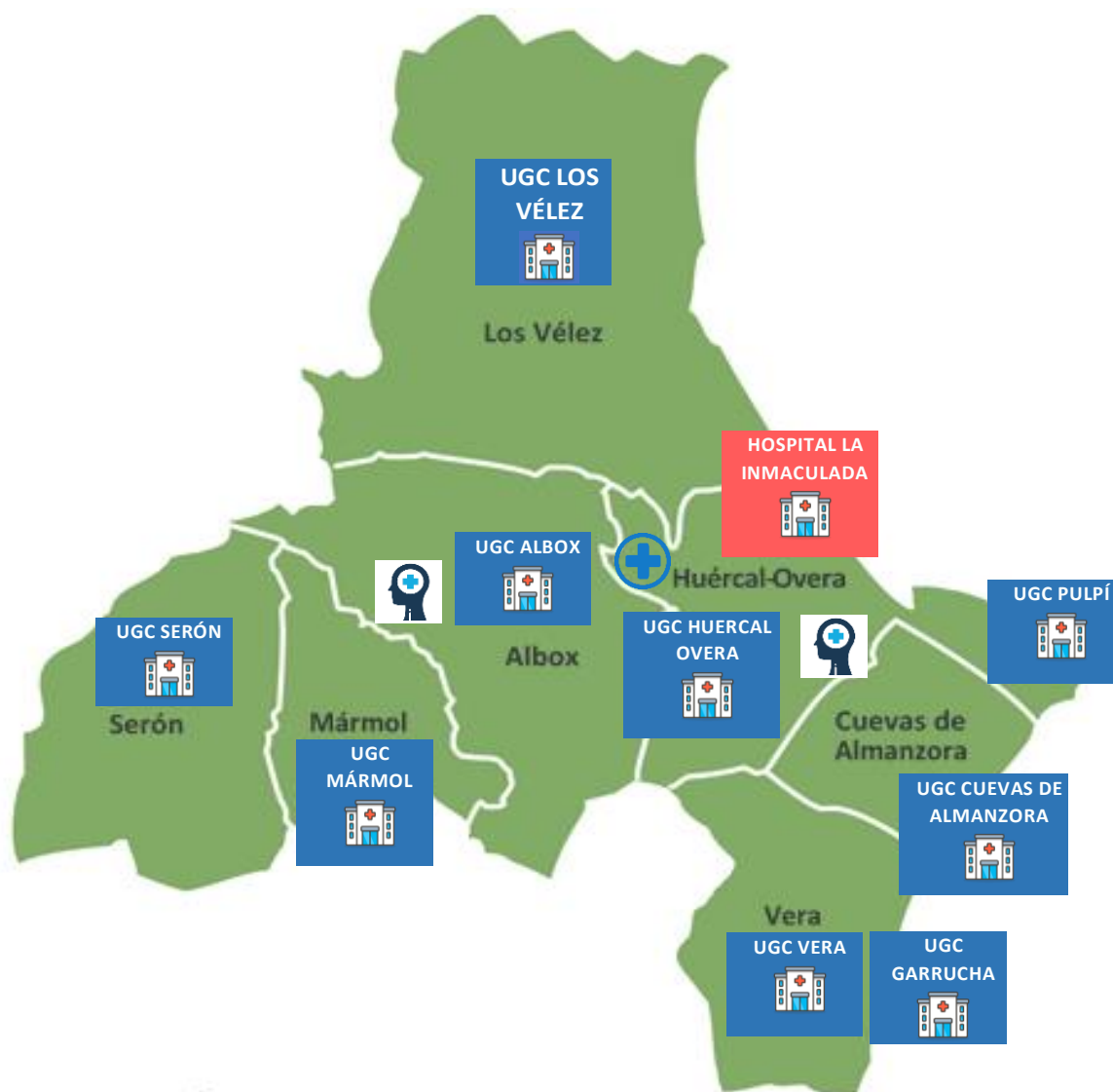


Clínicas médicas

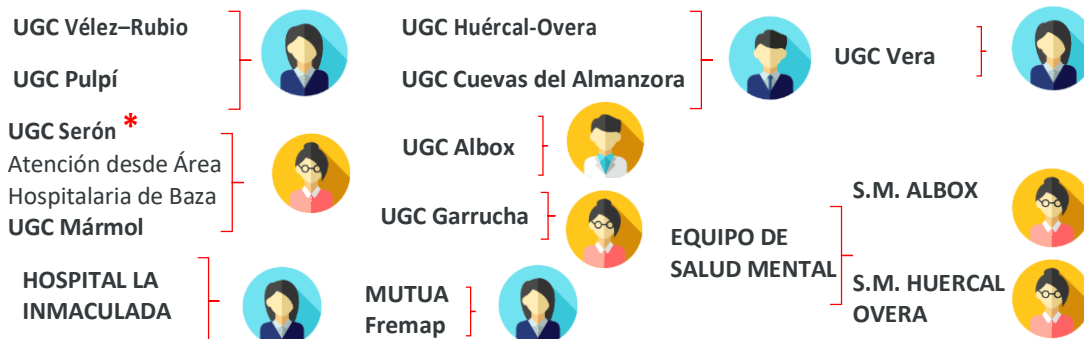


Distrito Sanitario. Atención Primaria

Área Sanitaria Norte de Almería



DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORAS/ES SOCIALES SANITARIOS POR UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA, CENTRO HOSPITALARIO Y EQUIPOS DE SALUD MENTAL.



Distrito Almería



DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORAS/ES SOCIALES SANITARIOS POR UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA, CENTRO HOSPITALARIO Y EQUIPOS DE SALUD MENTAL.

UGC Alhama
UGC Tabernas
UGC Canjayar



UGC Abia-Nacimiento
UGC Sorbas



UGC Carboneras
C. San Isidro



UGC Níjar
C. Campohermoso



UGC Benahadux
UGC Huerca de Almería
UGC Viator
C. Rioja
C. Gádor



MUTUA
Fremap



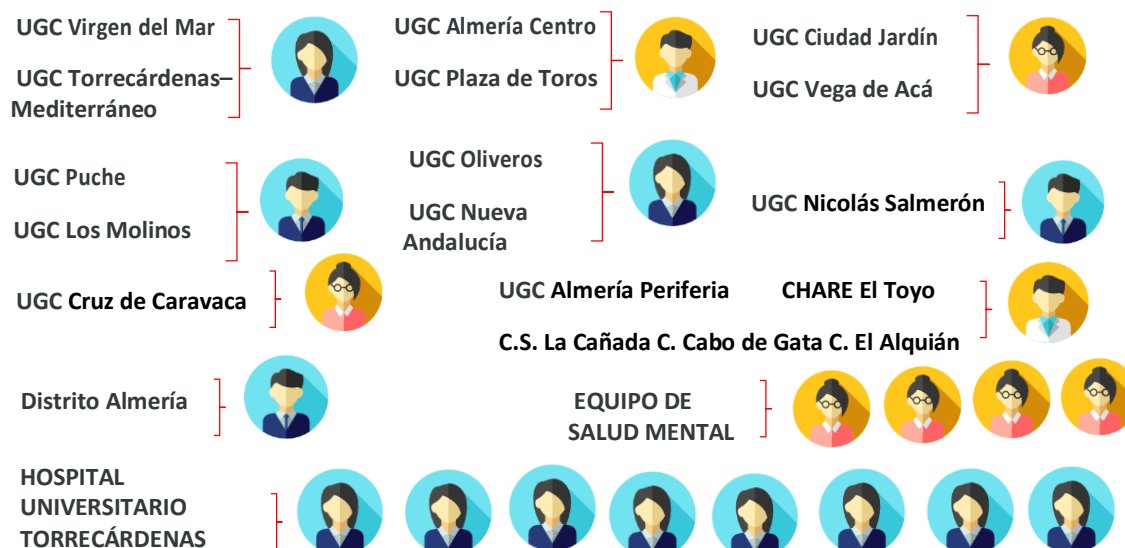
UGC San Isidro



Almería Ciudad



DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORAS/ES SOCIALES SANITARIOS POR UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA, CENTRO HOSPITALARIO Y EQUIPOS DE SALUD MENTAL.



Distrito Poniente de Almería



DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORAS/ES SOCIALES SANITARIOS POR UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA, CENTRO HOSPITALARIO Y EQUIPOS DE SALUD MENTAL.

UGC Laujar y UGC Berja
C. Dalías y C. Fondón,
Alcolea, Bayarcal, Paterna



UGC Adra
C. La Curva
C. Puente del Río



UGC Vícar
C. La Gangosa
C. Las Cabañuelas



UGC Roquetas Sur
C. Las Marinas



UGC Roquetas Norte
C. Cortijos de Marín



UGC Mojónera
C. Almerimar
C. Matagorda



UGC El Ejido Sur
C. Balerna
C. Balanegra



UGC El Ejido Norte
C. Pampanico



UGC Santa María del Águila
C. S. Las Norias
C. San Agustín



HOSPITAL DE
PONIENTE



UGC Aguadulce
C. El Parador
C. Enix y C. Felix



MUTUA
Fremap



Distrito Poniente.
Equipo TBC



EQUIPO
DE SALUD
MENTAL

S.M.
ROQUETAS



S.M.
EL EJIDO



¿Cuántas Trabajadoras Sociales Sanitarias somos?

DISTRITO SANITARIO ALMERIA

ZONA BASICA DE SALUD	CENTRO DE SALUD	Nº TSS
Almería	UGC Nicolas Salmerón	1
	UGC Virgen del Mar y UGC Torrecárdenas - Mediterráneo	1
	UGC Almería Centro y UGC Plaza de Toros	1
	UGC Puche y UGC Los Molinos	1
	UGC Cruz de Caravaca	1
	UGC Ciudad Jardín y UGC Vega de Aca	1
	UGC Almería Periferia	1
	UGC Oliveros y UGC Nueva Andalucía	1
Almería	Distrito Almería	1
Benahadux	UGC Benahadux-Huerca-Viador-Rioja-Gádor	1
Alhama de Almería	UGC Alhama de Almería y UGC Tabernas y Canjajar	1
Carboneras	UGC Carboneras	1
Abla	UGC Abla-Nacimiento y UGC Sorbas	1
Níjar	UGC Níjar y UGC Campohermoso	1
	San Isidro	1
Almería *Pertenece a H. Torrecárdenas adheridas a Distrito.	Equipo de Salud Mental	1
	Equipo de Salud Mental	1
	Equipo de Salud Mental	1
	Equipo de Salud Mental	1
OTROS	MUTUAS (Fremap)	1
	TOTAL	20

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS

POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS
Almería	Hospital Universitario Torrecárdenas	1
	Hospital Universitario Torrecárdenas	1
	Hospital Universitario Torrecárdenas	1
	Hospital Universitario Torrecárdenas	1
	Hospital Universitario Torrecárdenas	1
	Hospital Universitario Torrecárdenas	1
	H.U. Torrecárdenas (Hospital Cruz Roja)	1
	H.U. Torrecárdenas (ESM infante-juvenil)	1
	TOTAL	8

DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERIA

ZONA BASICA DE SALUD	CENTRO DE SALUD	Nº TSS
Adra	UGC Adra	1
Berja	UGC Berja y UGC Laujar	1
Mojonera	UGC Mojonera y Almerimar	1
Roquetas de Mar	UGC Roquetas Norte	1
	UGC Roquetas Sur	1
Vícar	UGC Vícar	1
El Ejido	UGC El Ejido Norte	1
	UGC El Ejido Sur	1
	STª Mª del Águila y Las Norias	1
El Ejido	Distrito- Equipo TBC	1
Aguadulce	Aguadulce y Parador	1
El Ejido * Pertenece a C.H. Torrecárdenas	Equipo de Salud Mental	1
Roquetas	Equipo de Salud Mental	1
OTROS	MUTUAS (Fremap)	1
	TOTAL	14

AGENCIA PÚBLICA SANITARIA PONIENTE

POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS
El Ejido	Hospital de Poniente	1
	Hospital de Poniente	1
	TOTAL	2

AGENCIA SANITARIA NORTE DE ALMERIA

ZONA BASICA DE SALUD	CENTRO DE SALUD	Nº TSS
Vélez-Rubio	UGC Vélez Rubio y UGC Pulpí	1
Serón	UGC Serón y UGC Olula del Rio	1
Cuevas de Almanzora	UGC Cuevas de Almanzora y UGC Huércal-Overa	1
Albox	UGC Albox	1
Vera	UGC Vera	1
	UGC Garrucha	1
Albox	Equipo de Salud Mental	1
Huércal-Overa	Equipo de Salud Mental	1
OTROS	MUTUAS (Fremap)	1
	TOTAL	9

POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS
Huércal Overa	Hospital La Inmaculada	1
	Hospital La Inmaculada	1
	TOTAL	2

¿Qué hacemos las Trabajadoras Sociales Sanitarias?

CARTERA DE SERVICIOS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Las unidades de Trabajo Social en Atención Primaria tienen como objetivo colaborar en el estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria, promoviendo la organización de la población en defensa de aquella, velando por la personalización y el respeto a la libertad y autodeterminación de la ciudadanía en relación con la salud, teniendo sus acciones un carácter preferentemente preventivo y educativo.

Criterios mínimos de oferta

- Orientar y asesorar a los miembros de las UGC/AP sobre aspectos sociales individuales, grupales y comunitarios en relación a:
 - Análisis continuado de las necesidades, demandas y expectativas de la población atendida.
 - Diagnóstico social de la zona.
 - Detección de familias clasificadas en riesgo social.
 - Registro de instituciones y asociaciones de la zona, así como de los recursos sociales existentes.
 - Participación en el estudio y análisis de la incidencia del medio en el proceso de salud-enfermedad de las familias y de la población de la zona.
 - Participación en la formación continuada, aportando los conocimientos específicos de Trabajo Social.
 - Colaboración en la formación pregrado y postgrado de los profesionales de Atención primaria.
 - Participación en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas que se implanten.

- Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el centro y la población:
 - Informar sobre los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a su salud.
 - Promover la organización de la comunidad para lograr su participación efectiva en la UGC.
 - Impulsar el voluntariado social.
 - Promover y potenciar actividades grupales sobre el tema de la salud, como los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE), estrategia de intervención que ayuda a las personas participantes a activar/potenciar sus habilidades personales, sociales y emocionales para que puedan afrontar de manera saludable las dificultades de la vida cotidiana. En esta misma línea de trabajo se realizan los grupos de relajación.
 - Potenciar formas asociadas de colaboración, cooperación, ayuda mutua, solidaridad, etc.
 - Facilitar a los miembros de la UGC toda la información sobre recursos sociales y contactos realizados con la comunidad.
 - Conocer los programas o actividades implantadas por otras instituciones, con el fin de establecer una coordinación adecuada y evitar la duplicidad de acciones.
 - Participación en los programas de promoción comunitaria de la zona.

- Promover el trabajo en equipo e intersectorial:
 - Conocimientos de todas las instituciones y profesionales que trabajan en la zona.
 - Elaboración de protocolos de intervención.
 - Participación en los programas de promoción comunitaria de la zona.

- Prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de la salud:
 - La promoción de redes sociales de apoyo a los objetivos propuestos.
 - Participación y colaboración en el programa de Forma Joven, como estrategia de prevención y promoción de la salud, dirigida a la comunidad educativa de secundaria.
 - El desarrollo de acciones que permitan desarrollar la promoción de la salud en los diferentes entornos.
 - Los programas educativos.

- Ofertar atención sociosanitaria, en consulta y a demanda, a los miembros de la UGC/AP y a la población:
 - Detectar las causas psicosociales y económicas de los síntomas de la enfermedad, realizando un tratamiento social individual o familiar.

- Incidencia de factores socioeconómicos en la adherencia al tratamiento.
- Desorganizaciones o rupturas familiares en caso de hospitalizaciones.
- Seguimiento del proceso de integración social en las altas hospitalarias.
- Información y orientación sobre recursos sanitarios y sociales.
- Derivaciones a otros profesionales sanitarios y/o sociales.

Población diana

- Profesionales de las UGC.
- Población de cada CAP.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Indicadores

- Número de consultas de atención directa realizadas por profesionales de Trabajo Social en el centro.
- Número de usuarios/as atendidas por profesionales de Trabajo Social.
- Número de visitas domiciliarias realizadas por el trabajador social.
- Número total de actuaciones con la comunidad realizadas en el año (actuaciones comunitarias tanto en el centro como fuera del centro).
- Elaboración del mapa de riesgo social de la zona.
- Elaboración de una guía de recursos comunitarios.

CARTERA DE SERVICIOS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL EQUIPO DE TUBERCULOSIS.

Pocas enfermedades existen que estén tan ligadas a la pobreza y a las condiciones pésimas de vida como la tuberculosis. La epidemiología genética ha revelado que la historia del *Mycobacterium* va unida a la del desarrollo de las poblaciones humanas.

En pleno S.XXI la tuberculosis existe como uno de los problemas de salud más importantes.

El Programa de TBC de Distrito Poniente es un Programa de Control de la Enfermedad que es único en Andalucía cuyo fin es cortar la cadena de transmisión.

España se ha convertido en una sociedad receptora de inmigrantes. Las características comunes a esta población son las siguientes:

- Proceden de países con renta baja
- En su mayoría son jóvenes con un estado de salud que, a la llegada a nuestro país, suele ser bueno, aunque algunos colectivos tienen probabilidades de estar infectados o de haber sufrido una infección antes de llegar a España por proceder de ciertas zonas donde existen enfermedades infecciosas más prevalentes.
- Tienen peores indicadores socio-económicos y viven en peores condiciones que la población autóctona (ingresos inferiores, más paro, discriminación racial y social, precariedad laboral y de vivienda).
- Tienen dificultades de acceso al sistema sanitario, por desconocimiento, problemas lingüísticos, culturales, situación irregular de residencia, restricciones administrativas (como consecuencia de su situación de irregularidad) o inadecuación del sistema a sus condiciones sociales (horarios laborales y ausencia de redes de apoyo).

Cuando estos dos últimos apartados los tienen solucionados, entonces la salud pasa a ocupar un primer puesto. Hasta ese momento la salud no constituye una prioridad salvo cuando les impide trabajar.

Por todo ello, uno de los objetivos principales de la política sanitaria debe ser garantizar la equidad, con el fin de reducir las desigualdades en salud entre las personas inmigrantes y autóctonas.

Para ello, será necesario intervenir sobre aspectos sanitarios y sociales (promoción de la salud, prevención de riesgos e intervenciones específicas en grupos vulnerables).

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE UN CASO DE TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible, curable, por lo que se debe fortalecer los aspectos de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, señalando como prioridad el abordaje de las determinantes sociales de la tuberculosis desde un enfoque de gestión multisectorial, intergubernamental y territorial.

La integración de trabajadores sociales en los programas de control de la TB no sólo facilita a los enfermos la toma de tratamiento, sino que también previene de la enfermedad a grupos en aislamiento y con alta vulnerabilidad social

1-Valoración Social

En la valoración social se tendrá en cuenta un mínimo de datos relacionados con la persona, su situación de salud la ubicación de la vivienda, su situación laboral y administrativa, los convivientes de riesgo y los factores estresantes.

Estudio y valoración de la problemática que presenta la persona enferma

Detección de situaciones de Riesgo.

Establecimiento de prioridades en los aspectos que componen la situación

Problema y origen de los mismos.

Rentabilización de los recursos.

2-Seguimiento del paciente y estudio de contactos (para la recogida de datos)

Los contactos son personas que han compartido el espacio aéreo con una persona con tuberculosis bacilifera. Estas personas pueden incluir a miembros del hogar, amigos, compañeros de trabajo, compañeros de clase y otros.

Durante el Estudio de Contactos, junto a los enfermeros/as los trabajadores/as sociales como investigadores de salud pública son parte responsable en identificar a los contactos al entrevistar al caso índice de tuberculosis y visitar lugares en los que el paciente haya permanecido mientras estuvo infeccioso.

El objetivo es interrumpir de forma satisfactoria la transmisión de tuberculosis y prevenir futuros casos y brotes de la enfermedad.

- Estudio de Contactos de tuberculosis es un proceso sistemático que tiene como propósito.
- Identificar personas (contactos) expuestas a una persona con enfermedad de tuberculosis infecciosa.
- Evaluar contactos en cuanto a la infección para que posteriormente se pueda brindar el tratamiento adecuado para los contactos con TITL o la enfermedad de tuberculosis.

3- Seguimiento de los pacientes TBC para obtener una buena adherencia al tratamiento.

El cumplimiento terapéutico de los pacientes con tuberculosis (TB) es uno de los pilares en los que se basan los programas de control de la enfermedad

Los pacientes con aislamiento social y los inmigrantes presentan según estudios realizados mayores tasas de abandono de la medicación antituberculosa. Sobre este grupo de enfermos deben centrarse los esfuerzos de los programas de control de la enfermedad, de manera que se procure en ellos el cumplimiento terapéutico con distintas medidas, como la valoración social del caso de tuberculosis por un/a trabajador/a social. Para asegurar el cumplimiento terapéutico se establecen visitas domiciliarias TS/Enfermería, información sobre controles clínicos, citas y analíticas, así como motivar a los pacientes en la adherencia.

4-Educación para la Salud

Mensajes constantes de salud

Mensajes de tranquilidad

Fomento de autocuidado

Promoción de las propias capacidades

Respeto a la multiculturalidad

Acceso al sistema sanitario

Buen uso de la Tarjeta Sanitaria

Correcta utilización del Servicio de Urgencias

5-Conocimiento y Movilización de los recursos sociales.

La movilización de recursos y trabajo en red con entidades que están en el territorio ONGs, asociaciones, Servicios Sociales Comunitarios con el objetivo de empoderar al paciente y permitir el acceso a servicios y prestaciones del sistema para obtener mejor calidad de vida.

Ofrecer colaboración con ONGs, asociaciones y resto de entidades en actividades de promoción y prevención charlas, coloquios, información sobre el sistema sanitario, identificación de síntomas de enfermedades infecto-contagiosas...

CARTERA DE SERVICIOS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN SALUD MENTAL.

Los trabajadores sociales en salud mental han ido construyendo un modo de hacer que ha configurado su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del Trabajo Social en Salud Mental han sido la especialización, formación continuada y el trabajo interdisciplinar

¿Cuáles son las funciones del/la Trabajador/a Social en Salud Mental?

Actualmente, la atención de la Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados que dan cobertura en diferentes sectores (Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidades de Rehabilitación, Hospitales de Día...).

Los equipos profesionales que trabajan en la Salud Mental son multidisciplinarios donde encontramos: psiquiatras, psicólogos y psicólogas, enfermeras y enfermeros, trabajadores y trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales...

El/la Trabajador/a social atiende a los aspectos de la realidad humana que se orientan hacia su desarrollo desde una perspectiva integrada, autónoma, digna y de bienestar.

Aplica el modelo del Trabajo Social Clínico dirigido a individuos, familias y grupos con dificultades de relación a situaciones de estrés psicológico y social o problemas de salud física/psíquica.

Entre otras cabe destacar las distintas funciones del trabajador/a social como:

- Ayudar a mantener la capacidad para la toma de decisiones en los pacientes sobre su proyecto personal.
- Facilitar actividades de ajuste en su entorno.

- Potenciar la participación en la propuesta de mejoras de los servicios a través de las asociaciones de usuarios.
- Ofertar atención social sanitaria en consultas por derivación de los miembros del Equipo de SM o de los propios usuarios.
- Ayudar a los familiares a desarrollar mecanismos de adaptación a las nuevas necesidades que evite la institucionalización y estigmatización y posibilite la rehabilitación social.
- Orientación familiar bajo criterios de corresponsabilidad, apoyo mutuo, respeto reconocimiento y cuidado de los espacios personales.
- Informar, orientar y acercar a la persona con problemas de salud mental y su familia a recursos sociales, ocupacionales y laborales.
- Trabajar la incorporación y ajuste al medio laboral con la finalidad de recuperar la normalización, ayudar en la integración social.
- Propiciar la adaptación de la vivienda a las necesidades de los convivientes favoreciendo: eliminación de barreras arquitectónicas, condiciones óptimas de habitabilidad, eliminación de factores de riesgo. Informando, orientando y movilizando recursos que faciliten este fin.
- Informar y potenciar la participación de los familiares en actividades de asociaciones y grupos de ayuda mutua, lugar donde podrán encontrar apoyo y espacio desde el que trabajar para la creación y mejora de los Servicios Sanitarios y Sociales de Atención a las personas con problemas de salud mental.
- Asesorar, informar y acercarles a recursos y prestaciones que garanticen su calidad de vida.
- Trabajar con los agentes sociales que puedan facilitar la integración y adaptación al entorno comunitario y vecinal.
- Informar, orientar y acercar a la persona con problemas de salud mental y a su familia a recursos para ocupar el tiempo libre y de ocio.
- Asesorar, informar y acercarles a recursos residenciales que garanticen su calidad de vida al alta.

- Informar a Fuerzas de Orden Público sobre casos en que no exista identificación de la persona atendida en nuestros servicios hospitalarios y/o localización de familiares o allegados.
- Contactar con embajadas, consulados para informar de la situación sanitaria y social del usuario y/o localización de familiares en sus países de origen
- Intervenciones grupales para el fomento de la integración social.
- Seguimiento de pacientes de los dispositivos residenciales dependientes de FAISEM y la red informal con el fin de evitar situaciones de descompensación y alarma social.
- Adecuar los recursos de la persona con problema de salud mental y su familia a las necesidades, garantizando proporcionalidad de ingresos y gastos.
- Información y orientación sobre aspectos jurídicos y legales derivando a agentes especializados cuando proceda incapacitación, tutela ...
- Participación en los distintos grupos que se desarrollen en los equipos.
- Atención social en el domicilio si fuera necesario
- Acompañamiento de los usuarios a nivel comunitario.
- Promover el trabajo en equipo con los trabajadores sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales.
- Orientar y asesorar a los miembros del Equipo, especialmente a los coordinadores de los programas sobre aspectos sociales individuales y comunitarios de las actividades de los mismos.

CARTERA DE SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN HOSPITAL

1) CONSULTA DE INFORMACION Y ASESORAMIENTO: Enfermos, familiares y profesionales

2) ATENCION DIRECTA AL ENFERMO Y FAMILIA:

- Consulta de intervención a demanda
- Consulta de intervención programada

Ambas abordan la valoración social y el tratamiento.

3) PROGRAMAS ESPECIFICOS

- Programa de atención a inmigrantes
- Programa del menor hospitalizado.
- Programa de Salud Mental especializada: Infanto juvenil y Unidad de Rehabilitación.
- Programa de planificación de altas hospitalarias: Traumatología, Neurocirugía, Angiología y Cirugía Vascular y Geriatria.
- Violencia de Género.
- Riesgo social en Urgencias.

4) COORDINACION CON LA RED BASICA DE ATENCION PRIMARIA:

- Centros de Salud
- Centros de Servicios Sociales Comunitarios

5) COORDINACION CON SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS Y OTRAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS.

- Agencia de Atención a la Dependencia. (Mensual)
- Servicio de protección de Menores. (Semanal)
- Coordinación para los casos individuales.

6) COORDINACION CON INSTITUCIONES Y ASOCIACIONES SOCIALES

- Tercer sector.
- Instituciones del sector privado
- Organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- Asociaciones de ayuda mutua y voluntariado.

7) FORMACION INTERNA Y EXTERNA

- Recibir formación
- Impartir formación

8) REGISTRO Y EVALUACION

- INIHOS

- Registro de Historia Social
- ARIADNA

¿QUIÉN INTERVIENE?

- Trabajador Social Sanitario
- Enfermo y familia
- Profesionales internos: médicos, enfermeros de planta, enfermería gestora de cuidados, personal administrativo.
- Profesionales externos.
- Equipos de programación de altas.

SUBPROCESOS.

CONSULTA DE INFORMACION Y ASESORAMIENTO

Se demanda asesoramiento por parte de usuarios o profesionales y el trabajador social proporciona información y asesoramiento especializado.

ATENCION DIRECTA AL ENFERMO O FAMILIA

La solicitud de la intervención puede ser a demanda del propio usuario o profesional desde cualquier área del C.H.T. o de forma programada previamente

por el trabajador social. En ambos casos se realiza la valoración social y el tratamiento, si procede, que comprende:

- Estudio y valoración de los factores sociales y psicosociales, que inciden en la enfermedad.
- Estudio y valoración de las redes sociales con los que cuentan durante la hospitalización y para el alta hospitalaria.
- Planificación del tratamiento social mediante:
 - Información y asesoramiento social.
 - Coordinación con los profesionales responsables de su atención.
 - Apoyo emocional e instrumental: motivación, soporte, refuerzo, análisis, etc.
 - Fomento de la red de cuidadores familiares. y mediación familiar.
- Coordinación y seguimiento con Trabajadores Sociales de Atención Primaria.
- Coordinación con servicios sociales comunitarios y especializados.
- Coordinación con las redes sociales.
- Gestión y tramitación de recursos sociales en caso necesario.

PROGRAMAS ESPECIFICOS

Existen grupos de población que por sus características peculiares y complejidad precisan de programas específicos, tal es el caso del programa de atención a inmigrantes, menores hospitalizados y salud mental especializada.

El programa de planificación de altas permite trabajar de forma proactiva, adelantándose a los problemas, coordinando y pactando el alta con el equipo de profesionales que atiende al paciente y teniendo en cuenta la participación de la

familia. Las reuniones son semanales y en ellas se acuerdan y se programan las altas.

COORDINACION CON LA RED BASICA DE ATENCION PRIMARIA

Desde el inicio del caso se realiza contacto telefónico con atención primaria para recibir información o proporcionar información sobre el cambio de situación; en muchos casos estos enfermos pueden estar recibiendo alguna prestación desde comunitarios.

Cuando se produce el alta se comunica, telefónicamente o mediante informe de derivación, la nueva situación del enfermo y su ubicación a la trabajadora social del centro de salud y de servicios sociales comunitarios, en caso necesario.

COORDINACION CON SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS Y OTRAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

Las necesidades de los usuarios de la unidad de trabajo social precian de otros recursos sociales ajenos al hospital para dar respuestas a sus necesidades. En algunos casos sin estos recursos el paciente no puede salir de alta hospitalaria.

Desde la valoración inicial, cuando se detecta la necesidad de otros recursos, se contacta con la administración correspondiente y se realizan las solicitudes, informes sociales, informes médicos y la demás documentación que requiere la solicitud.

En muchos casos, el enfermo se traslada desde el hospital al centro (residencia, programa respiro, centros de acogida, albergues, retorno a su país de origen etc.), es necesario coordinar la actuación.

La necesidad de plasmar esta coordinación en acuerdos o programas se hace cada vez más necesaria.

COORDINACION CON INSTITUCIONES SOCIALES

Igual que con las instituciones públicas, se contacta desde que se detecta la necesidad con estas organizaciones para tratar de dar solución a las necesidades de los usuarios, coordinando el alta y demás acciones con ellos.

FORMACION INTERNA Y EXTERNA

Los profesionales de la unidad recibirán formación relativa a sus áreas de conocimiento e impartirán formación en los diferentes cursos y congresos donde se considere oportuno tratar temas relativos al aspecto social de la atención.

REGISTRO Y EVALUACION

El registro se realiza en la plantilla del INIHOS y se han incorporado registros específicos para la atención del riesgo social en urgencias y, la atención en clínicas privadas y datos sobre partes de lesiones de violencia de género y maltrato infantil.

Se evalúa la Unidad a través de los objetivos de la Unidad y los individuales. También se evalúa a los profesionales por las Unidades de Gestión Clínica de la que forman parte.

CARTERA DE SERVICIOS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN MUTUAS.

El trabajador social de una mutua realiza un conjunto de actividades que tiene por objeto el estudio de los factores sociales que influyen en los trabajadores, después de un accidente laboral o una enfermedad profesional, tratando las situaciones de malestar psicosocial que surgen, y colaborando en el proceso de recuperación y reinserción socio-laboral del trabajador accidentado.

El objetivo es que el accidente laboral, no sea motivo de pérdida de calidad de vida, discriminación o marginación social. El accidente de trabajo altera la dinámica social tanto de trabajador accidentado como de entorno familiar, siendo necesarias, además de una adecuada atención sanitaria, la intervención de los trabajadores sociales para minimizar los efectos que el accidente de trabajo o enfermedad profesional ocasionan.

La Intervención del Trabajador Social en una Mutua en líneas generales:

- PACIENTES/TRABAJADORES HOSPITALIZADOS. Atención, información y gestión de necesidades hasta su centralización en la Mutua o Servicio Concertado.
- ACCIDENTADOS GRAVES; por lesión o por la duración de su proceso de I.T.
- PATOLOGIAS ESPECIFICAS; Intervención en las Unidades de Amputados, Lesionados Medulares y Daño Neurológico (UDN).
- FALLECIDOS POR AT. Y E.P.
- PRESTACIÓN POR CUIDADO DE MENOR AFECTADO POR CANCER O ENFERMEDAD GRAVE. Se hace una valoración interdisciplinar. Desde T. Social, se emite Informe Social para valorar la idoneidad de la misma.
- FORMACIÓN PROFESIONAL; Intervención en programas de Readaptación Profesional para la reincorporación del trabajador a la vida laboral tras el accidente y/o incapacidad, en programas internos o en Ayudas a la formación externa.

- RECURSOS/AYUDAS PROPIAS; Ayudas conforme a la Cartera de Prestaciones Complementarias aprobada en Resolución del 28 de octubre de 2019 por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS)

El trabajador social actúa e interviene garantizando la continuidad asistencial de forma paralela al tratamiento médico, facilitando la información y orientación profesional oportuna en cada caso.

- Ayuda a resolver los problemas que se producen como consecuencia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional y/o que puedan verse agravados por el mismo.
- Contribuye a reducir o paliar la incidencia del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional en el entorno psicosocial del paciente, evitando que se produzcan problemas añadidos.
- Colabora en la recuperación integral de los trabajadores accidentados, especialmente de aquellos con un diagnóstico de gravedad o previsión de incapacidad permanente.
- Informa y orienta a los familiares de los pacientes, sobre funciones y recursos de la Mutua, así como de otros recursos que pudieran existir a nivel comunitario, local o autonómico.
- Facilita en la medida de lo posible, la reincorporación del accidentado a su puesto de trabajo habitual o a otra actividad laboral, acorde con sus limitaciones, fomentando en estos casos la Formación Profesional.
- Asesora a los pacientes y a los familiares de los trabajadores fallecidos, como consecuencia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, de cara a obtener las prestaciones legales y las ayudas sociales que otorga la Mutua, así como aquellas que pudieran tener derecho por otros organismos o entidades públicas o privadas. Actuando además como nexo de unión entre familia y Mutua.

- Informa a empresas, trabajadores y organizaciones sindicales de las ayudas sociales que otorga la Comisión de Prestaciones Especiales, cuando así sea requerido.
- Colabora con las empresas mutualistas, en las acciones encaminadas a la reducción del absentismo y para resolver los problemas sociales de sus trabajadores, en aquellos casos puntuales en los que se solicite la colaboración del Trabajador Social.
- Orienta a los pensionistas de los trámites que precisen para la obtención de los diferentes certificados y prestaciones públicas como consecuencia de su situación de invalidez.

CARTERA DE SERVICIOS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN CLINICAS DE INTERRUCCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

La intervención y el apoyo social es una responsabilidad compartida por todo el equipo, pero es el/la trabajador social junto con el médico/a que realiza la IVE, los responsables específicos de esta tarea. Es una tarea multidisciplinar que se realiza, antes, durante y después de la realización del aborto.

1) ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

Información, Orientación, Derivación y Canalización.

La información es parte esencial de un servicio de aborto de buena calidad. La información debe ser completa, precisa y fácil de comprender. Debe brindarse de tal manera que respete la **privacidad y confidencialidad** de la mujer (OMS).

Se ofrece información sobre los recursos existentes que pueda necesitar la mujer, según su problemática: Instituto Andaluz de la Mujer, Departamento de la Mujer, Centros Municipales de Información a la Mujer, Teléfono de denuncia de malos tratos, Recursos para madres solteras adolescentes, Servicio de a las víctimas de maltrato en Andalucía, Instituto Andaluz de la Juventud, Centro Provincial de Drogodependencia, Centros de Planificación Familiar etc.

Derivación donde de casos que no pueden ser atendidos en la clínica, como mujeres con enfermedades graves y definidas de alto riesgo, embarazadas de más de catorce semanas, etc. Informamos a aquellas mujeres que quieran llevar su embarazo a término y/o consideren la adopción de los servicios disponibles.

Información a fiscalía de Menores los casos que sean susceptible de estar cometiendo un delito de abuso sexual, ya que la edad de consentimiento sexual es en la actualidad de 16 años.

Asesoramiento en planificación familiar, brindando todos los recursos necesarios y estudiando individualmente cada caso, para potenciar la no repetición de un embarazo no deseado.

2) DURANTE LA INTERVENCIÓN.

La protección a través de orientación y consejos, para fijar objetivos y ayudarlas a estructurar situaciones complejas.

1. Creando las condiciones para que la mujer tome sus decisiones de acuerdo a sus convicciones, situación y ejercicio de sus derechos, respetando el principio de autonomía.
2. Sosteniendo un espacio de escucha. Una escucha activa, con una actitud de respeto y comprensión de sus sentimientos.
3. Brindándole la posibilidad de hablar sin ser juzgada.
4. Trabajando para disminuir la ansiedad que pueda sentir, a través de un trato comprensivo, atento, sensible y respetuoso ante sus emociones, asegurando la confidencialidad.
5. Generando un clima que la ayude a exponer sus necesidades, dudas y preocupaciones.
6. Permitiendo que hable libremente de su salud, sentimientos y situación personal.
7. Intentando que perciban que el profesional está con ellas en sus problemas.
8. Estableciendo empatía, dándole confianza, ánimos, esperanza, elogios y aprobación. Reforzando los mecanismos de conducta positiva.

Así mismo y siguiendo las directrices de la OMS.

- Trabajar para detectar los casos en que la mujer acude por coacción ya sea de los padres, de la pareja o de otro miembro de la familia.

- Y si existe sospecha de que la mujer fue víctima de violencia o violación derivarla para asesoramiento y tratamiento.

3) TRAS LA INTERVENCIÓN.

Resolución a usuarias que lo necesiten de cualquier duda, aclaración, información o consulta, relacionadas con la interrupción de embarazo o con cualquier aspecto socio-sanitario de su vida.

¿Qué más podemos ofrecer las Trabajadoras Sociales Sanitarias a la ciudadanía?

Unas de las principales puertas de acceso al sistema de protección social para una gran mayoría de la población son los servicios sanitarios. La enfermedad, independientemente del momento en que se desarrolla (prevención, tratamiento, cronicidad, defunción, etc.) hace que el concepto biopsicosocial (como realidad identificable de SALUD) altere la realidad individual, familiar o comunitaria. Por tanto, ya sea desde una perspectiva primaria como especializada, la acción del trabajo social en salud determinará y condicionará cualquier acción, plan o estrategia que se diseñe en pos de la correcta intervención de salud en la población. La realidad social, ya no de nuestros días si no de años atrás, así como para futuro, hace que aspectos como la vejez y la cronicidad sean a día de hoy realidades a tratar desde un punto de vista estratégico, sin tampoco olvidar otras características sociales como es la infancia, las drogodependencias, las migraciones, la vivienda, etc.

Por tanto, el futuro de la acción sociosanitaria como una de las estrategias principales del Sistema Andaluz de Salud va estar condicionado por determinar a día de hoy cual es la realidad organizativa y funcional del trabajo social sanitario, así como enumerar los retos, propuestas y planes de futuros que este grupo profesional puede ofrecer para el enriquecimiento y fortalecimiento de la propia estrategia. En este sentido enumeraremos posibles acciones de futuro:

1. Los trabajadores sociales sanitarios constituyen el nexo de unión entre los servicios sociales y los servicios sanitarios. Esta realidad queda condicionada por el desarrollo de la reforma de los Servicios Sociales de Andalucía. No obstante, este aspecto no puede obstaculizar que, desde Sanidad, no se pueda tener acceso directo tanto a la gestión como a la supervisión de todos

los trámites propios de la Ley de la Dependencia, piedra angular de la estrategia de la acción sociosanitaria en materia de cronicidad y vejez.

2. Los trabajadores sociales sanitarios deberán aumentar sus competencias y habilidades específicas en materia grupal y comunitaria para la promoción de acciones tales como GRUSE's, FORMA JOVEN, REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS, IVE's, etc. Todas estas acciones, juntos a otras más de abierto carácter social deberían de estar formalmente recogidas en los diferentes Planes Integrales de los que dispone la Consejería y que por diversos aspectos no se encuentra de manera específica en el trabajo social sanitario.
3. En consecuencia, al punto 2, es de vital y urgente importancia determinar un organigrama oficial donde quede recogida el aspecto organizativo y coordinativo del trabajo social sanitario, ya sea en primaria, salud mental como hospitalaria. Por tanto, esa acción debería de ser desarrollada por trabajadoras sociales cuya dependencia funcional estuviera directamente relacionada con las gerencias de distritos, áreas/hospitales y delegación. Esta visión netamente sanitaria, debería de tener un despliegue en una coordinación sociosanitaria donde debería entrar entidades tales como Protección y Prevención de Menores, Agencia de la Dependencia, Instituto Andaluz de la Mujer, Servicios Sociales, Ayuntamientos y Diputación, etc.
4. Si bien el acceso a un mínimo de recursos logísticos queda muchas veces condicionado por la realidad arquitectónica de los centros como por la organización de los mismos, lo que no puede ser una barrera infranqueable es que el trabajo social sanitario no tenga acceso completo a DIRAYA. El hecho de no tener ese acceso condiciona en tiempo y espacio la intervención social, con los problemas que ello conlleva.

5. La formación y la investigación no pueden ser aspectos a dejar sin provisión ya que son cruciales para la reconversión del profesional, así como para el funcionamiento del trabajo en sí. No se puede dar contestación a los retos y problemas actuales con metodologías obsoletas o atrasadas.
6. Es una obviedad la necesidad de cubrir aquellas áreas/zonas de salud donde no existe la figura del trabajo social, así como ajustar una ratio sostenible de cama hospitalaria por trabajador social.

Si bien estos puntos pueden ofrecer una serie de ideas que puedan confeccionar un futuro con más empaque del trabajo social sanitario en la propia función del Sistema Andaluz de Salud y más concretamente en nuestra delegación, lo cierto es que el Trabajo Social Sanitario debería convertirse en profesión sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud.

¿Qué necesitamos las Trabajadoras Sociales Sanitarias?

En cuanto al análisis de las dificultades del abordaje socio-sanitario la primera dificultad con la que nos encontramos es que los Centros de Salud no cuenten con el ÚNICO profesional de "lo social" a tiempo completo: la/el trabajadora/or social sanitario. Por tanto, difícilmente se garantiza ese abordaje si la trabajadora social NO ESTÁ, o sólo presta sus servicios en el centro un día o dos a la semana y/o unas horas algunos días. Para la detección se utilizó un análisis DAFO para la detección de necesidades y debilidades del sistema.

A nivel laboral y organizativo

- Contratos de larga duración que establezca el TS en las zonas, vinculándolo a objetivos y a intervenciones que no sean las meramente asistenciales.
- Creación de la Coordinación a nivel provincial, que establezca protocolos intersectoriales de intervención.
- Creación de la Coordinación a nivel de Distrito y/o Área de Gestión Sanitaria.

Algunas ideas para proporcionar a este puesto:

Autonomía y capacidad efectiva.

Que realice la coordinación con las distintas instituciones vinculadas al sistema de salud (entre equipos de salud, SS.SS.CC., especializados, ONGs...). Jerárquicamente dependiente de la Gerencia.

A nivel de atención e intervención profesional

- Sistema informático que integre lo social y lo clínico
- Hacer efectiva y real nuestra intervención en los procesos asistenciales, donde la valoración social oriente la intervención clínica y viceversa.

En los procesos se establecerá:

Indicadores de derivación, para el equipo sanitario.

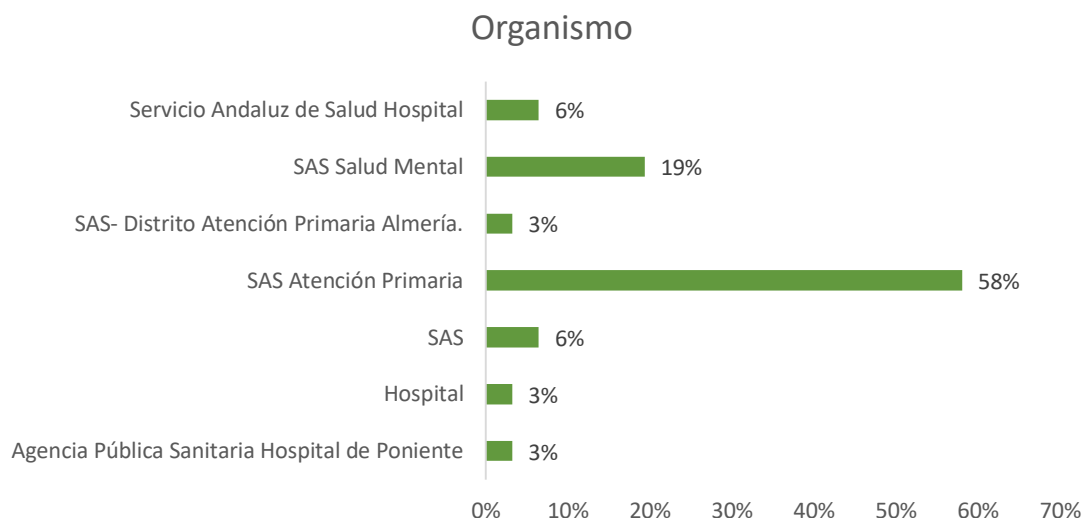
Intervención por parte del TS.

- En primaria; al ser los referentes en los centros, de la coordinación de salud con el ámbito comunitario, nos introduce también en ser los referentes en la prevención y la promoción de la salud en los equipos.
- En hospital, la valoración y derivación social debe introducirse en la continuidad de cuidados de las altas hospitalarias de situaciones en riesgo.
- Investigación, docencia y formación continuada;
Investigación social y sanitaria
Docencia en los equipos de salud
- Acuerdo de mínimos de registro de la historia social.
- Revisión del sistema de registro actual.

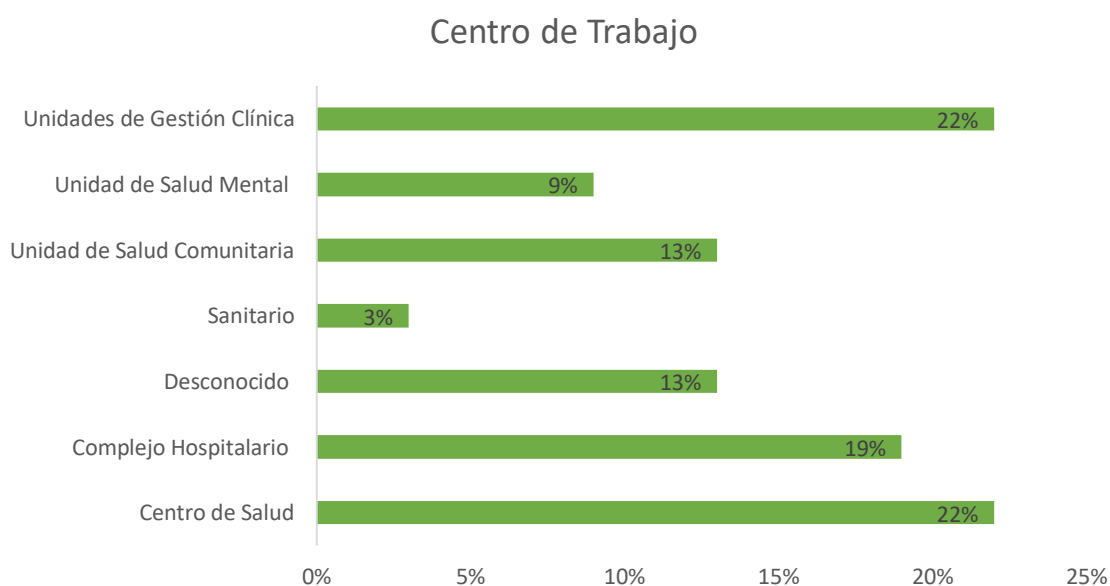
Análisis de las necesidades a otros niveles.

Para el análisis de las necesidades del colectivo en nuestra provincia se envió un cuestionario de necesidades al total de la población de Trabajadoras Sociales Sanitarias de nuestra provincia sobre la cual se realizó un análisis cualitativo de los resultados obtenidos.

Las respuestas analizadas representan una mayoría cualificada de la muestra de profesionales que prestan sus servicios en los diferentes centros, ello nos ha permitido conocer sus demandas y necesidades que pasamos a exponer.

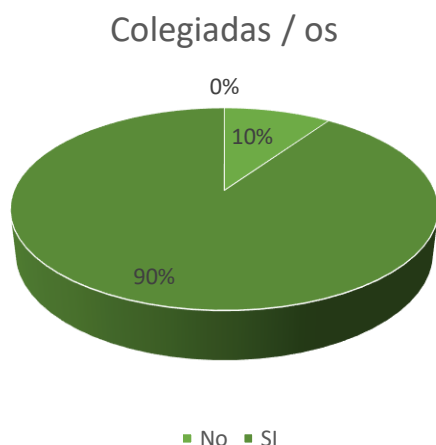


Se da la circunstancia que la mayoría de trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios desarrollan su profesión en Atención Primaria por lo que no es de extrañar que el mayor porcentaje respecto al Centro de Trabajo incida en Centros de Salud y Unidades de Gestión Clínica.



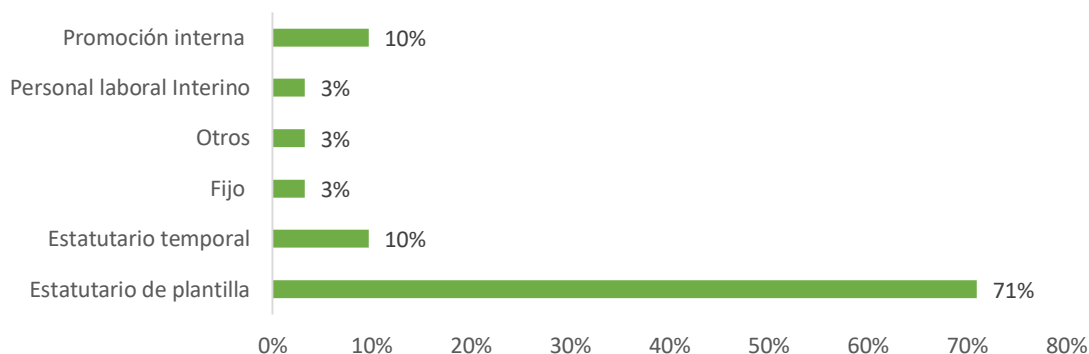
Si llama la atención la participación de los trabajadores y trabajadoras sociales sanitarios que trabajan en Hospital que pese a representar un menor número en

cuanto cómputo total de plantilla se aproxima bastante al porcentaje de Atención Primaria en lo que refiere a Centro de Trabajo.



Del análisis de los cuestionarios recogidos puede concluirse que un elevado porcentaje cumplen con la colegiación obligatoria. No obstante, es necesario que la administración sanitaria realice una mayor vigilancia en el control de la colegiación de los profesionales que están a su servicio. Razón de más que, el porcentaje de cuestionarios (aunque elevado) no supone el 100% de la muestra, por lo cual cabe la posibilidad que algunos de otros profesionales no se encuentren colegiados.

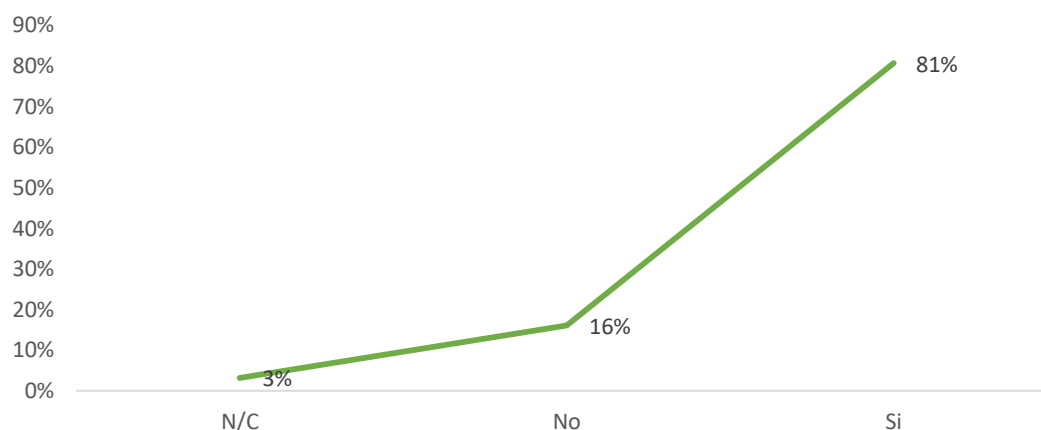
Vinculación laboral:



En relación a la vinculación laboral observamos que un 84% de la plantilla es fijo, como estatutario o bien como promoción interna, que permite realizar un trabajo social sanitario continuado y vinculado a objetivos a medio y/o largo plazo y no solamente realizar tareas asistenciales.

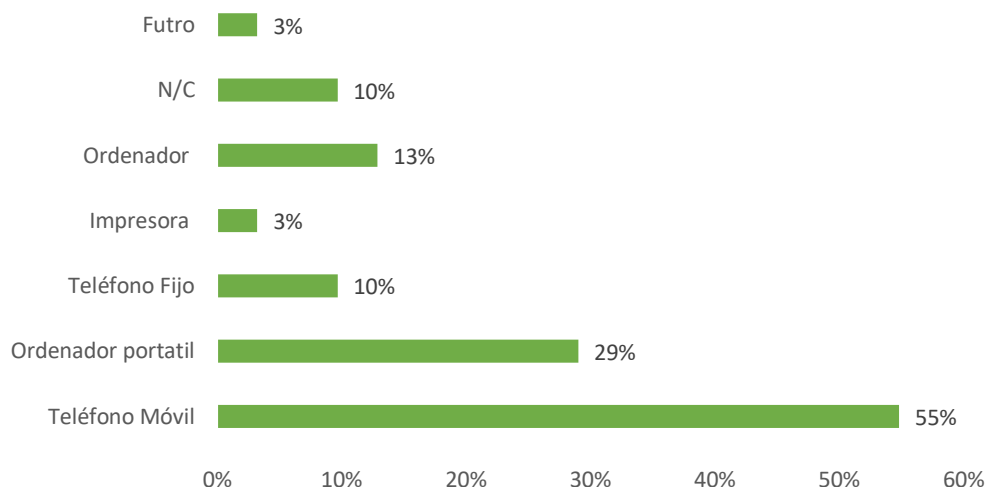
Sin embargo hay un 10% de trabajadores/as sociales, con contratos temporales, que en muchos casos son de tres meses, que evidentemente impide realizar un trabajo social sanitario continuado en la zona, habida cuenta que es un trabajador social por equipo o equipos, además impide que este reemplazo contractual continuo permita un mínimo conocimiento de la situación y circunstancias sociosanitarias de la zona.

Dispersión Geografica:



El 81% de las trabajadoras/es sociales sanitarias, tienen que desplazarse por más de un centro sanitario para realizar su trabajo habitual, situación que básicamente se da en los equipos de Salud Mental, Primaria y en el puesto singular de la trabajadora social de TBC (equipo de tuberculosis) del Distrito Poniente, con distancias geográficas entre poblaciones nada desdeñables, que aunque no es óbice para realizar un trabajo social sanitario de calidad, todos sabemos que la visibilidad del trabajo social está vinculada a la permanencia física y continuada en los centros sanitarios, para que en ningún momento se pierda la perspectiva biopsicosocial que deben regir nuestras intervenciones en salud.

Dotación de Material

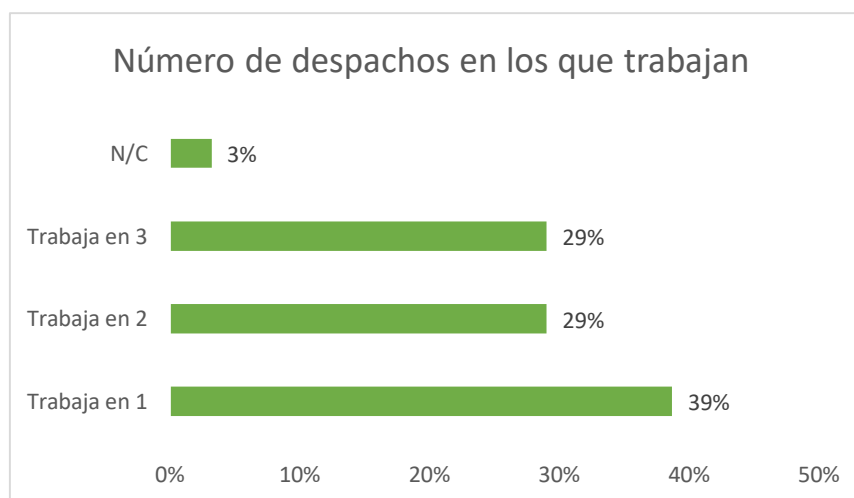


Los datos extraídos de los gráficos presentados, demuestran la realidad con la que se encuentran los TTSS en su día a día, tanto en lo relativo a deficiencias como a logros conseguidos en algunos centros.

Destaca como dato relevante que el uso del teléfono fijo y móvil, es un instrumento de trabajo presente en la práctica profesional de los TTSS en los centros de forma generalizada, nos permite poder tener una conexión y comunicación adecuada entre instituciones y/o pacientes; en cambio sí destacamos como un factor deficiente en el trabajo diario del TTSS, la utilización de ordenadores futro que aunque son eficaces para la atención y gestión de la agenda diaria de pacientes, este tipo de ordenadores no nos permite poder trabajar desde una perspectiva más amplia, ya que impide realizar presentaciones o trabajos que se requieren en nuestras intervenciones grupales o de participación comunitaria.

Hay que destacar además como un dato relevante la carencia de despachos profesionales para los TTSS de uso propio o exclusivo, solo el 29% utilizan un despacho profesional de uso propio, en cambio sí es destacable como un factor perjudicial para el desarrollo de nuestro trabajo el uso compartido en dos o tres centros sanitarios diferentes. La utilización o no de un despacho va ligado a criterios de eficacia y eficiencia en las intervenciones por parte del TTSS, donde se prima por cuestión de ética la intimidad y confidencialidad de las personas que se atienden.

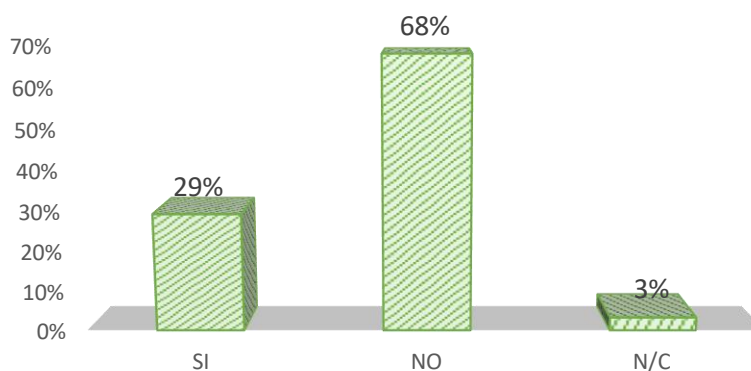
Uno de los hándicaps que continúa teniendo el TTSS en atención primaria, es que el contar con espacio físico para el ejercicio profesional dependa siempre de criterios de prioridades o buena voluntad por parte de los directivos del momento y no tanto del interés por dotar de calidad y seguridad al TTSS para el ejercicio de su trabajo.



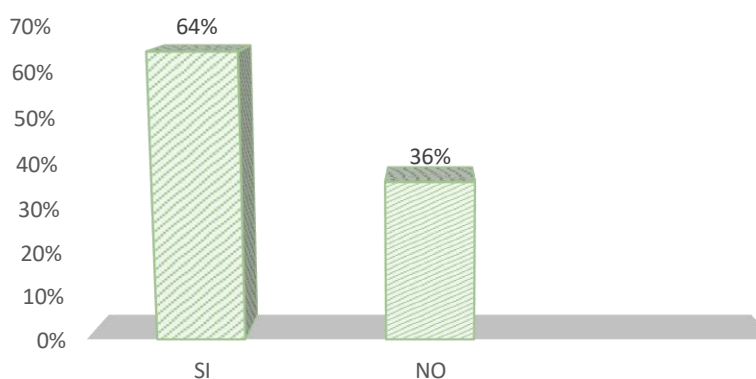
Hay profesionales que pueden trabajar en dos o tres centros sanitarios, por tanto, esto afecta plenamente a la disposición de material e instrumentos necesarios para

el trabajo, no solamente el uso de despacho propio. En estos casos, la labor profesional del TTSS carece de criterios necesarios de eficiencia, seguridad y confidencialidad de las intervenciones tal como dicta la ética profesional, afectando no solamente al profesional sino a las personas que atendemos especialmente con factores socio sanitarios de especial vulnerabilidad.

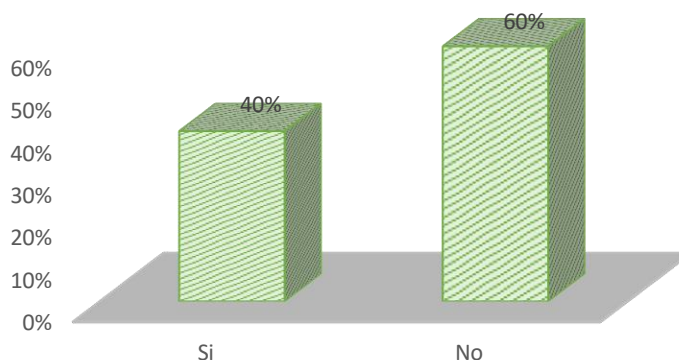
CONSULTA 1



CONSULTA 2

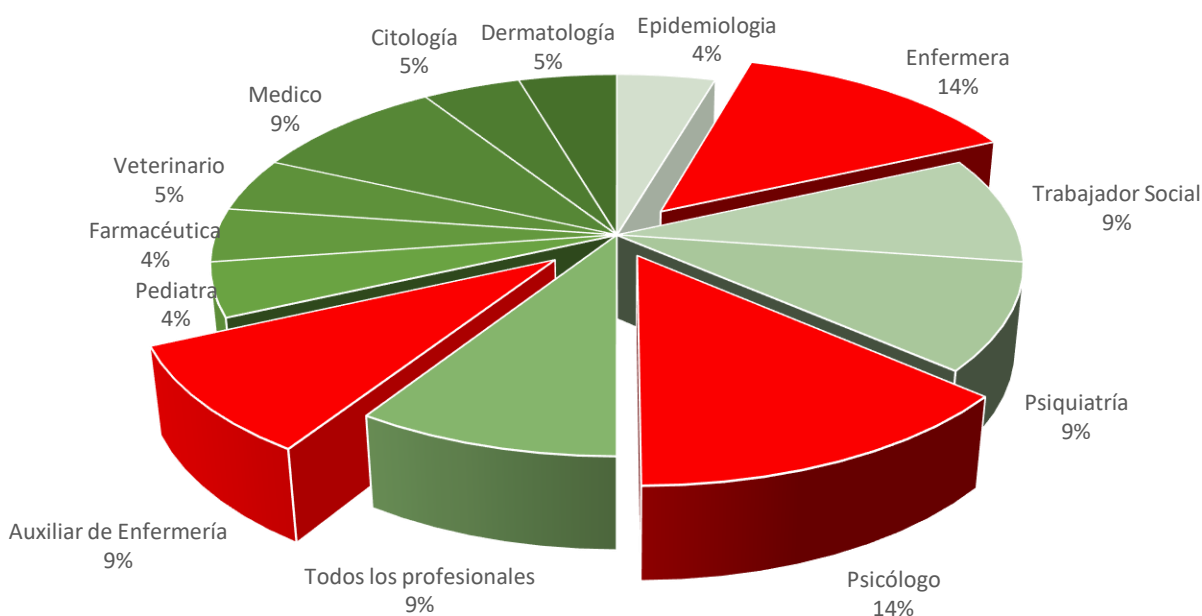


CONSULTA 3



Si bien se entiende que los recursos materiales son limitados el hecho que se comparta espacio en las Consultas con otros profesionales, en primer lugar, promueve la confusión, invisibilizando nuestra tarea y haciendo francamente comprometido el trabajo diario con personas altamente vulnerables. A corto plazo el objetivo ha de ser el de dotar a cada centro de salud de un profesional del trabajo

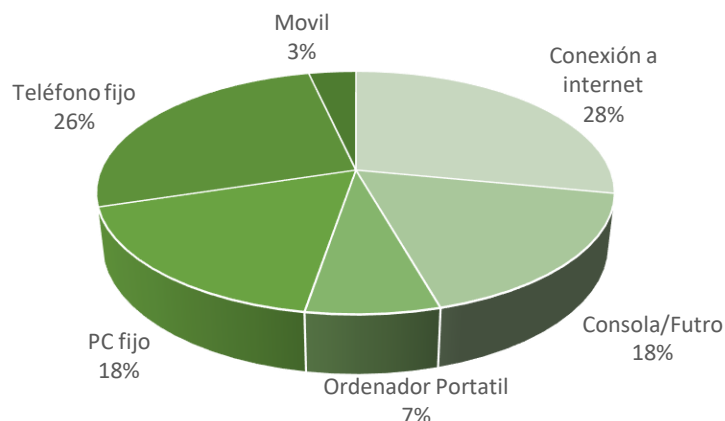
PROFESIONALES CON LOS QUE SE COMPARTE DESPACHO.



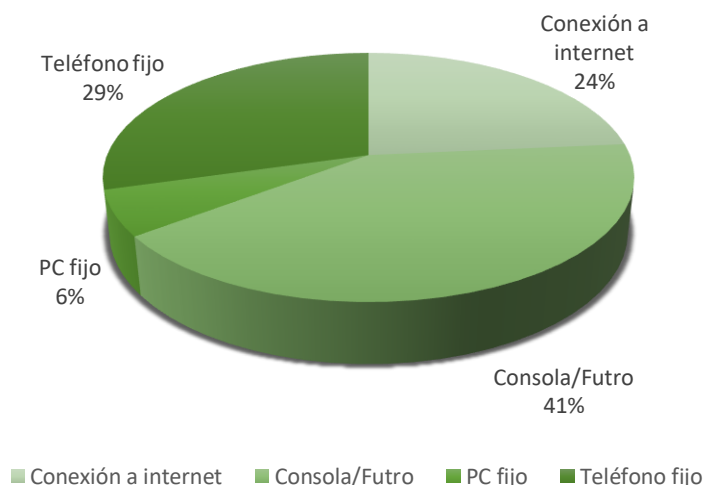
social y de su propio espacio para que la atención a la ciudadanía ofrecida sea de la máxima calidad y garantía.

En línea con lo mencionado sobre la Consulta compartida, debemos destacar que los espacios compartidos lo son con distintos perfiles profesionales que constituyen los diferentes equipos multidisciplinares de cada uno de los centros sanitarios, lo que redunda en la falta de intimidad para los usuarios.

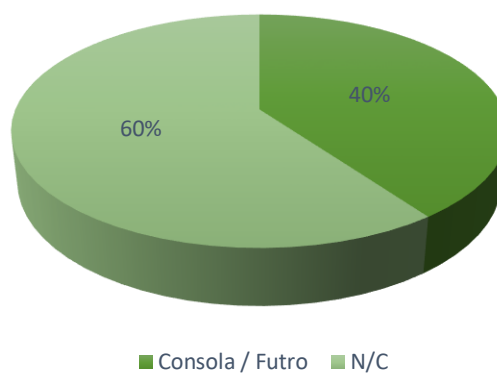
Consulta 1



Consulta 2



CONSULTA 3



En cuanto a la dotación de equipos técnicos y materiales en las diferentes consultas cabe mencionar la ausencia de teléfono móvil para la mayoría de los profesionales del trabajo social, destacando que entre estas profesiones la visita domiciliaria (especialmente en atención primaria) y por tanto, la ausencia de la consulta que dificulta o imposibilita la comunicación con los profesionales de sus respectivos centros y equipos y con otros usuarios, impidiendo o dificultando la asistencia a urgencias o necesidades sociales de carácter prioritario.

Así mismo destacar aun la ausencia de conexión a internet en algunos centros y el uso común de consolas o futros en lugar de PC que dificultan tareas como la cumplimentación de notificaciones de maltrato infantil y el uso de Office para la realización y/o cumplimentación de documentos, solicitudes on-line, oficios y/o presentaciones para la participación dentro de sus tareas y competencias de ámbito grupal o comunitario como su participación en el programa Forma Joven,

los Grupos Socioeducativos (GRUSE) u otro tipo de talleres o charlas grupales y/o comunitarias.

Análisis de la dependencia orgánica y funcional.

Pese a que en el espíritu del presente documento estaba realizar una radiografía lo más fidedigna posible sobre la situación del trabajo Social Sanitario en la provincia de Almería, establecer la dependencia orgánica y funcional del colectivo no ha sido posible. En algunos casos una no coincide con la otra, teniendo más o menos relevancia la figura de la dirección de la UGC en función de la zona. Lo deseable sería homogeneizar estas situaciones de modo que en toda la provincia y en los tres distritos se estableciera del mismo modo. Dado que la convivencia de Áreas de Gestión Sanitaria, HARES y HOSPITALES + Distritos hace esta cuestión un tanto dificultosa, quizás la solución estaría en que las profesionales dispusieran de una coordinación reflejada en la figura de un perfil de TRABAJADOR SOCIAL por zona y otra a nivel provincial, bien de entre las tres coordinadoras o en una figura diferenciada. De este modo las diferentes direcciones tendrían mucho más fácil la labor que ya vienen desarrollando pues es comprensible que a nivel técnico y dada la especificidad de la labor de las Trabajadoras Sociales a veces pueda parecer complejo.

Bibliografía:

Servicio Andaluz de Salud. (2003). Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. Extraído de:

<http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/123/pdf/libSASmapaAP.pdf>

Anexo:

Durante el año 2020 el Servicio Andaluz de Salud ha añadido a su estructura orgánica, ampliando su cartera de servicios con los Equipos de Atención a la Mujer y a sus Familias en el marco de la 3ª edición del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, que se complementa con otros documentos de actuación sanitaria como son el Protocolo de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género en Andalucía y el Protocolo de Actuación y Coordinación Sanitaria ante Agresiones Sexuales en Andalucía.

Estas actuaciones se integran abundando en las medidas del Pacto de Estado contra la Violencia de Género y dentro de la II Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia sobre la Mujer 2018-2022 que en su Eje 3 Punto 3.6 refiere “fomentar la creación de unidades o equipos clínicos interdisciplinares y diferenciados en los Centros sanitarios, para la coordinación de los objetivos recogidos y contemplados por el Observatorio de Salud y Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”.

Los mencionados Equipos de Atención a la Mujer son grupos de profesionales multidisciplinares de los que forman parte y las profesionales del Trabajo Social. Nuestra provincia está dotada con una profesional de Trabajo Social que forma parte del Equipo de Atención a la Mujer en Distrito Almería y otro profesional en Distrito Sanitario Poniente de Almería.



**GRUPO DE TRABAJO DE LA
COMISIÓN DE SALUD DEL COLEGIO
OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE
ALMERÍA.**

20 de febrero de 2020.