

Avançant en el procés de construcció del sistema d'informació del treball social sanitari a Catalunya

Progressing with the process to build the social healthcare work information system in Catalonia

Esther Martínez Plaza¹

ORCID: 0000-0002-5511-465X

Victòria Mir Labalsa²

ORCID: 0000-0003-3495-1122

Jordi Riba Cebrián³

ORCID:0000-0002-1557-2904

Recepció: 02/02/21. Revisió: 14/03/21. Acceptació: 03/06/21

Per citar: Martínez Plaza, E., Mir Labalsa, V., i Riba Cebrián, J. (2021). Avançant en el procés de construcció del sistema d'informació del treball social sanitari a Catalunya. *Revista de Treball Social*, 220, 163-179. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.220.09>

Resum

L'aportació del treball social en l'àmbit de salut permet tenir present, des del sistema sanitari, els factors socials que interfereixen o poden interferir en el procés de salut-malaltia. Conscients de la seva transcendència, destaquem la importància de disposar d'una eina eficaç que en faciliti la detecció i identificació, de forma sistematitzada i comparada als diferents sistemes de salut de Catalunya.

Aquest article descriu el procés que s'ha seguit per elaborar una nova proposta de sistemes d'informació de treball social sanitari adreçada als serveis de salut comunitaris, que formarà part de l'actual sistema d'informació amb la seva incorporació a la plataforma Estació Clínica d'Atenció Primària (eCAP).

El procés s'inicia a partir de la constitució d'un grup de treball format per treballadors socials de l'àmbit de la salut comunitària que permet l'anàlisi i la posada en comú dels diferents sistemes d'informació i registre aportats pels diferents professionals i, des del treball col·laboratiu, es defineixen els factors protectors i de risc de les diferents dimensions que avalua el sistema. Entre les conclusions destaquem la força que l'eina pot

tenir en el suport metodològic i la importància de la continuïtat del grup de treball per garantir l'eficàcia de la seva implementació.

Paraules clau: Treball social sanitari, sistematització del registre, sistemes d'informació, valoració social.

Abstract

From the standpoint of the health system, the contribution of social work in the field of health allows us to bear in mind the social factors that interfere or may interfere with the health-illness process. Aware of their importance, we highlight the value of having an effective tool that facilitates their detection and identification in a systematic, shared way in the various health systems of Catalonia.

This article describes the process that has been undertaken in order to put forward a new proposal for health and social work information systems aimed at community health services, which will form part of the existing information system by incorporating it into the eCAP platform.

The process begins with the formation of a task force comprised by social workers in the field of community health, enabling the analysis and pooling of various information and registration systems provided by the different professionals. Moreover, based on cooperative work, the protective and risk factors associated with the different dimensions assessed under the system are defined. In the conclusions we highlight the strength the tool can deliver in terms of methodological support and the importance of the survival of the task force to ensure the effective implementation of the tool.

Keywords: Health and social work, systematic organisation of the register, information systems, social assessment.

Introducció

Des de fa anys, els professionals de la salut hem anat desenvolupant sistemes de registre informatitzats que agilitzen i possibiliten la millor atenció a les persones, facilitant una atenció segura, proactiva i preventiva.

Com a treballadors i treballadores socials sanitàries (TSS) que formem part del sistema de salut, aportem al sistema la dimensió social i psicosocial de les persones ateses per donar la millor resposta a les seves necessitats.

L'any 1917, amb la publicació de *Social Diagnosis* de Mary E. Richmond (Richmond, 2005), es van definir els criteris per identificar les dificultats socials per elaborar el diagnòstic social, a partir d'una definició el més exacte possible de la situació social i la personalitat de la persona atesa. Amb una visió avançada al seu temps, ja va evidenciar que la intervenció dels TSS amb la persona no es pot limitar a allò "carencial", a "què falta", sinó que cal incloure capacitats i fortaleces de la persona, la seva família i/o entorn.

Ha passat més d'un segle des d'aleshores, però el registre dels aspectes socials que interfereixen en el tractament de la salut de les persones segueix sent un instrument necessari per a l'evolució, la transformació i la millora de la intervenció dels TSS. Sistematitzar el registre d'intervenció que utilitzem és un objectiu inherent a l'oferiment d'uns serveis de qualitat.

La metodologia de treball implica la capacitat de dur a terme el diagnòstic social sanitari (DSS), entès com un procés que parteix de la trobada relacional i col·laborativa (Campos-Vidal et al., 2017) amb la persona i que permet no únicament la recollida d'informació, sinó la recerca, l'anàlisi i la confrontació d'aquesta, per, finalment, interpretar-la (Richmond, 2005, p. 35). Es tracta d'un abordatge psicosocial des d'una recollida d'informació descriptiva, on es valoren els detalls de la història de vida, els esdeveniments vitals significatius, la integració i la construcció del relat de les persones i famílies ateses. Es tracta, en definitiva, d'ampliar la mirada per afavorir una intervenció holística de la vivència d'emmalaltir.

El registre social dels casos a les històries clíniques es basa en l'observació directa del marc social i dels comportaments i, sobretot, del lloc central que s'ha donat al procés de l'entrevista. La funció principal del registre és mostrar la situació del cas, què fa la persona respecte al seu problema, i com els TSS tracten la responsabilitat d'oferir ajuda o tractament (Munuera Gómez, 2002).

La implementació de la història social sanitària en els diferents sistemes d'informació emprats pels TSS en els darrers anys es caracteritzava, en general, per un registre descriptiu de la valoració social inicial en la qual l'anàlisi posterior o la identificació de variables no era possible.

Malgrat això, el contingut del registre era el mitjà a través del qual el TSS i els seus col·legues podien mantenir-se al corrent dels desenvolupaments del cas, i també aprofundir-ne l'enteniment i millorar tècnicament (Munuera Gómez, 2002).

Els canvis en els sistemes d'informació promoguts pel Pla de salut mental i addiccions del Departament de Salut a Catalunya van possibilitar la creació d'un grup de TSS que treballaven a centres d'atenció primària de salut (CAP), a centres de salut mental d'adults (CSMA), a centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), a centres d'atenció i seguiment de les addiccions (CAS), i als programes d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES). Tenien la finalitat d'elaborar una proposta de valoració social sanitària que s'havia d'incloure al sistema d'informació, que havia d'incidir en els processos assistencials dels TSS i que havia de facilitar-ne l'estudi posterior, la qual cosa havia de permetre:

- posar perspectiva a les situacions individuals, familiars i comunitàries; facilitar una anàlisi diacrònica dels processos socials de les persones;
- cercar d'altres formes d'intervenció per donar respostes més eficients, considerant altres abordatges com el grupal o el comunitari;
- revisar l'adequació dels recursos existents, valorar si ofereixen una cobertura ajustada a les necessitats de les persones, i cercar la millora, transformació o creació de nous serveis.

Els sistemes d'informació en el treball social sanitari a Catalunya

Els darrers 3 anys s'ha convergit en una dinàmica de treball compartit que ha facilitat l'impuls del treball col·laboratiu dels TSS del sistema sanitari que expliquem en els següents apartats.

Avançant els sistemes d'informació

A Catalunya, el model de salut està format per diferents proveïdors, i els sistemes de registre estan associats al programa informàtic de què disposa cada un d'ells.

L'any 2017, a Catalunya, es presenta el Pla director de sistemes d'informació (Departament de Salut, 2017), que té com a objectiu "guiar el desenvolupament dels sistemes d'informació i tecnologies de la informació i comunicació en els propers anys". L'evolució conceptual i tecnològica de les històries clíniques que actualment es guarden en els sistemes dels diferents proveïdors de serveis està evolucionant cap al repositori HES: història electrònica de salut. Aquesta es construeix al voltant de la plataforma eCAP i substituirà progressivament els sistemes actuals basats en la interoperabilitat (història clínica compartida a Catalunya (HC3) i la plataforma d'interoperabilitat (IS3)).

L'eCAP és el programa d'història clínica informatitzada que s'utilitza a l'atenció primària de salut. És una eina de gestió clínica que ofereix una visió integral del pacient i del seu estat de salut i que dona suport a la presa de decisions a través del monitoratge de diferents paràmetres. El fan servir

els metges de família, pediatres, infermers, TSS i altres professionals sanitaris quan visiten les persones que atenen. Aquesta plataforma és la que fan servir majoritàriament els proveïdors d'atenció primària de Catalunya.

L'Institut Català de la Salut (ICS) és el major proveïdor de serveis d'atenció primària, i disposa des de fa anys d'un grup de treball social dels sistemes de registre a l'atenció primària, format exclusivament per TSS, que ha facilitat una sistematització de recollida de dades homogènia, la formació i reflexió ètica de la recollida de dades i uns estàndards de qualitat compartits amb la resta de proveïdors que tenen l'eCAP.

Altres nivells assistencials i proveïdors han anat desenvolupant els seus propis sistemes d'informació i registre, ja que és una necessitat compartida poder integrar-nos en el sistema on treballem.

En relació amb els TSS, d'acord amb aquest model, hem disposat de diferents sistemes d'informació que valoren algunes dimensions de l'esfera psicosocial, no sempre de forma homogènia, i amb unes classificacions de problemàtiques basades en la detecció de necessitats en alguns casos, i en d'altres en classificacions diagnòstiques.

Aquesta casuística es dona als diferents sistemes informàtics de cada proveïdor, que, en algunes institucions, estava promoguda i treballada pels mateixos TSS i, en d'altres, implementada per altres professionals. Per tant, els diferents TSS han disposat d'una informació més o menys sistematitzada, tot i que no sempre s'ha ajustat a les demandes o necessitats de la disciplina. En definitiva, els diferents proveïdors han anat treballant, amb més o menys encert, per disposar d'un registre dels processos d'atenció social.

Cal remarcar iniciatives prèvies que han fomentat espais de reflexió entorn dels sistemes d'informació. Alguns exemples són: la proposta de diagnòstic social en salut mental del grup de treball de salut mental del Col·legi de Treball Social de Catalunya (Acosta Rodríguez et al., 2010); la implementació a l'eCAP de la història social digital als centres d'atenció primària de l'ICS (Rojo, 2012); la taula d'indicadors per al diagnòstic social, TADIS 2014 (Soler Boada i Riba Cebrián, 2014), que va permetre incorporar la dimensió social de la salut a l'atenció primària; o la "Guia de diagnòstics socials en l'àmbit de la salut" (Subcomissió de Treball Social Sociosanitari, 2016).

A partir de la incorporació d'una treballadora social al Programa de prevenció i atenció de la cronicitat del Departament de Salut, es va promoure una trobada de responsables i referents del treball social, de diferents proveïdors i nivells assistencials, que es van trobar en una jornada el Dia Mundial del Treball Social l'any 2017 (Mir, 2018).

A partir d'aquesta jornada, es va constituir el Grup motor de treball social sanitari, representat per la responsable de la Comissió de Salut del Col·legi de Treball Social de Catalunya, la representant del Consell Tècnic Assessor de Treball Social La Unió, la representant de la Subcomissió de Treball Social d'Aguts del Consorci de Salut i Social de Catalunya, la representant de la Subcomissió de Treball Social Sociosanitari del Consorci de Salut i Social de Catalunya i la Coordinadora de Treball Social de l'ICS.

Aquest grup motor informa les societats científiques de treball social sanitari del treball que duen a cap. Una de les propostes que es va fixar el grup motor va ser prioritzar l'homogeneització del registre social a la història clínica, treballant, entre d'altres, una proposta d'alta social hospitalària.

Avançant els sistemes d'informació del treball social

En la voluntat d'avançar en el sistema d'informació i registre compartit, i amb la mirada posada en l'HES, des del Pla director de salut mental i addiccions del Departament de Salut s'inicià el treball per tal que els serveis comunitaris utilitzessin l'eina informàtica eCAP. Es va fer una convocatòria inicial de més de 140 persones de diferents perfils professionals assistencials, dels diferents proveïdors, on hi havia també representació de TSS, per mostrar la plataforma, recollir les diferents aportacions i informar als diferents professionals.

Des del Grup motor de treball social sanitari es van fer gestions amb el centre competencial de l'eCAP, amb l'objectiu d'utilitzar aquesta plataforma per promoure un grup de treball que pogués fer una proposta conjunta per incorporar al sistema d'informació eCAP. Per tant, ajustada a les necessitats de registre dels TSS dels: centres de salut mental d'adults (CSMA), centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), centres d'atenció i seguiment de les addiccions (CAS), programes d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES), centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i centres d'atenció primària de salut (CAP).

Metodologia

1. La creació del grup. El treball col·laboratiu

La proposta metodològica del grup de treball es va basar en la conferència de consens (Asua Batarrita, 2005). L'objectiu de la metodologia de conferència de consens és la de poder "elaborar recomanacions per a la pràctica clínica basades en l'anàlisi crítica de la bibliografia", després d'un debat entre experts i les parts interessades.

El grup de treball es va formar exclusivament per TSS amb representació de diferents nivells assistencials i proveïdors. I de forma indirecta amb la col·laboració puntual d'altres disciplines.

La conferència de consens, adaptada al nostre grup de treball, va permetre obrir la mirada de cada dimensió social als requeriments dels diferents serveis, aconseguint un producte ampli i versàtil, basat en aportacions bibliogràfiques i en el consens d'experts.

El grup de treball estava format per:

- Adam Benages. Unitat de Salut Mental i Addiccions Badia del Vallès. ICS. Referent de la Comissió de Salut Mental del Col·legi de Treball Social de Catalunya.
- Maria Caturla. CSMIJ. Sant Pere Claver.

- Lourdes Esteve. Responsable de l'Àrea Social Hospital Mare de Déu de la Mercè. Germanes Hospitalàries.
- Mònica Ezquerro. CSMA Gavà. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Esther Martínez. CSMA Gironès i Pla de l'Estany. IAS.
- Rocío Martínez. CSMA Martorell. Germanes Hospitalàries.
- Montse Metlikovez. PADES Mataró ICS.
- Victòria Mir. Coordinadora de l'Àrea de Treball Social de l'ICS. Programa d'atenció i prevenció de la cronicitat, Departament de Salut i Grup motor de treball social sanitari. Departament de Salut.
- Mònica Poch. CSMIJ i EIPP Selva Marítima. IAS.
- Jordi Riba. Responsable de l'Àrea de Treball Social Sanitari de la Gerència Territorial de Barcelona. ICS.
- Maria dels Àngels Roca Queralt. PADES Barcelona. Mutuam.

Es va fer un cronograma amb la planificació de les sessions de 6 mesos, de juliol a desembre, amb reunions de periodicitat quinzenal.

Les sessions tenien una durada de 5 hores. Es va optar per sessions llargues, considerant el desplaçament dels participants, ja que hi havia representació de diferents comarques.

La participació en les sessions va ser pràcticament de la totalitat dels membres del grup. I el grau d'implicació i responsabilitat respecte a la tasca encomanada va ser molt alt.

Taula 1. Cronograma i treball de les sessions

2019-20	Tema sessió	Metodologia de treball
1. Juliol	Planificació de la tasca. Cronograma. Discussió dels objectius de treball.	Anàlisi dels sistemes d'informació. Eines per compartir informació.
2. Setembre	Sessió informativa.	Informació relacionada amb la Terminologia ATIC (vocabulari estandarditzat) i la metodologia ARES (harmonització d'estàndards) que utilitzen els infermers a l'eCAP.
	Treball intern del grup: revisió de les variables recollides a l'eCAP.	Discussió i primera proposta de les dimensions a incorporar. Repartiment de tasques.
	Dimensió habitatge.	Basada en la classificació ETHOS.

Compartint la pràctica professional

Avançant en el procés de construcció del sistema d'informació del treball social sanitari a Catalunya

3. Octubre	Dimensió economia.	Discussió en relació amb la bibliografia de referència i la informació recollida en els diferents sistemes de registre.
	Dimensió identitat i convivència.	Definició i consens de les variables.
4. Octubre	Dimensió laboral.	Discussió en relació amb la informació recollida en els diferents sistemes de registre.
	Dimensió formació.	Definició i consens de les variables.
5. Novembre	Dimensió exercici de la capacitat.	Revisió del Protocol de la modificació de la capacitat d'obrar.
	Dimensió jurídica administrativa.	Discussió entorn de les variables i altres aspectes a considerar.
6. Novembre	Dimensió xarxa social de suport.	Discussió en relació amb la bibliografia de referència i la informació recollida en els diferents sistemes de registre. Definició i consens de les variables.
7. Desembre	Dimensió recursos utilitzats.	Discussió en relació amb la informació recollida en els diferents sistemes de registre. Es fa una proposta genèrica que s'adapti a les necessitats dels TSS amb independència del servei on treballin. Es revisa la cartera de serveis socials.
	Dimensió prestacions.	Es revisen les prestacions de l'Institut Nacional de la Seguretat Social i de la Generalitat de Catalunya.
8. Gener	Dimensió grau d'instrucció.	S'utilitza la classificació d'estudis de l'Institut Nacional d'Estadística.
	Recursos i fortaleses.	S'utilitza l'hexàgon de la complexitat.
	Escales i instruments.	Discussió i consens sobre les diferents escales i instruments de valoració utilitzats.

Font: Elaboració pròpia.

2. Funcionament del grup de treball

a. Posada en comú dels diferents sistemes d'informació, com van funcionar, què fem valdre i què no

La primera tasca va consistir a posar en comú els diferents sistemes de registre de les diferents institucions i l'ús que en feien els diferents participants. La discussió va permetre compartir l'experiència, intercanviar els aspectes més rellevants a mantenir, discernir entre les necessitats dels professionals i les institucionals, el rendiment de les eines utilitzades fins al moment, el grau d'implicació que els TSS havien tingut en el disseny previ i quines possibilitats d'explotació de la informació oferien els diferents sistemes. D'aquesta manera, i des de l'òptica dels diferents professionals, proveïdors i nivells assistencials, amb l'expertesa dels participants, van poder repensar quines eren les característiques del futur sistema d'informació i registre de TSS compartint què calia fer valdre.

Pel que fa a les diferents eines de les quals han disposat els TSS, a tall d'exemple, fem referència a l'eCAP en el marc de l'ICS i el SAP-ARGOS, concretament el seu desenvolupament a l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS).

Ambdues es van desenvolupar des dels TSS. L'eCAP es va desplegar a partir de l'any 2005, i posteriorment es va fer alguna petita millora, el 2012. Per contra, el SAP-ARGOS va evolucionar a partir de l'any 2014. Des d'aleshores, es van anar introduint modificacions per adaptar-lo a les necessitats professionals, que es van aturar l'any 2019, davant la possibilitat del canvi de sistema d'informació.

Els TSS d'atenció primària (AP) de l'ICS disposaven d'un mòdul de treball específic a l'eCAP que contenia un grup de dades bàsiques (data d'obertura, professional derivador, demandant de la intervenció, observacions, genograma...) i després l'accés a 4 dimensions de la valoració social (situació sociofamiliar, laboral, habitatge i econòmica). Incorporava un apartat de diagnòstic social i d'intervencions socials. Permetia fer informes socials automàticament, recollir les dades introduïdes a les diferents dimensions. També permetia l'accés a escales de valoració i variables estructurades.

Pel que fa a l'IAS, coincidia amb la valoració de les 4 dimensions de l'eCAP, i n'ampliava una cinquena que feia referència a la xarxa social i relacional. Afegia els objectius del pla d'intervenció, les activitats i la utilització de recursos, alguns d'ells en forma de variables.

Respecte a l'eCAP, els professionals van mostrar bona predisposició a la proposta del nou sistema pel que fa a la complementació sistemàtica del registre, i malgrat que recollia de forma estructurada informació de les diferents dimensions, no s'havia treballat mai en l'anàlisi quantitativa de la informació.

Pel que fa al SAP-ARGOS, tot i que hi havia una part del contingut en camp obert, també permetia la recollida estructurada d'alguns aspectes, com els relacionats amb el nucli de convivència i la xarxa de suport

informal, la tipologia dels recursos formatius, laborals, residencials; la tipologia de les prestacions que es perceben; si es disposa de certificat de discapacitat, grau de dependència, etc. Tot i que una part de la informació en possibilitava l'anàlisi, aquesta no era senzilla, ja que requeria certa expertesa i coneixements. Per tant, no es pot afirmar que la implementació del programa representés un canvi pel que fa a l'estudi de les variables registrades en la valoració social.

Cap dels dos sistemes d'informació esmentats acompanyaven la presa de decisions en la intervenció individual o familiar, i no representaven un suport en la detecció d'indicadors de risc-vulnerabilitat, adequació o necessitat de recursos, o planificació de noves formes d'intervenció.

Els diferents sistemes d'informació i registre de TSS emprats fins al moment realçaven una recollida d'informació més descriptiva, centrada en la història social de les persones ateses, i no facilitaven una anàlisi posterior de les dimensions recollides per part dels professionals, complicant l'anàlisi real de les necessitats i recursos personals.

Per tant, uns dels primers aprenentatges de la posada en comú dels diferents sistemes va ser que la nova eina de valoració social havia de definir no només el què (les dimensions a incloure), sinó el com, entès com aquells aspectes que volíem tenir presents, per tal de donar solidesa al sistema de registre.

b. Les condicions del sistema d'informació i les pretensions de l'eina

El grup de treball va partir de la premissa que la història clínica és propietat de la persona atesa i, en segon terme, és un instrument professional que en cap cas pot anar en detriment de la qualitat assistencial.

Les condicions per a la validesa del registre de TSS (Riba Cebrián, 2017):

- **Garantir la intimitat de la informació** i registrar les dades personals sanitàries estrictament necessàries per a l'objecte d'estudi. Entre les dades relatives a la salut s'han d'incloure aquelles relatives a l'estat de salut de la persona, informació sobre la salut física o mental passada, present o futura, tal com recull el reglament de la UE 2016/679. Adaptat a l'àmbit estatal, tenim la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, i el reconeixement del dret fonamental de les persones físiques a la protecció de dades personals, emparat en l'article 18.4 de la Constitució espanyola.
- **Traçabilitat:** és necessari que el sistema controli per qui està fet cada moviment o visualització del registre. Com a garantia de protecció de la informació, és necessari saber qui accedeix a la informació i quin ús en fa.
- **Utilitat:** els registres han de ser útils, en aquest cas per als professionals. L'eina ha de facilitar la recollida d'informació i ha de permetre l'anàlisi, el tractament de les dades i la seva interpretació, fomentant la recerca i la transferència del coneixement.

- **Validesa:** ha de presentar un alt grau d'homogeneïtat sobre els indicadors que pretén registrar. En aquest sentit, cal tenir present que la definició dels diferents ítems no ha de permetre la interpretació, cal que sigui acotada.
- **Fiabilitat:** la informació recollida ha de tenir un grau elevat de confiança i no ha d'admetre errors.
- **Objectivitat:** ha d'aconseguir minimitzar les incongruències, amb independència del professional que porti a terme el registre.
- **Facilitat:** és important que el sistema d'informació sigui intuïtiu i que no requereixi una alta especialitat per part del TSS per fer-lo servir.

c. Les pretensions de l'eina

D'acord amb aquestes condicions, els aspectes que es van considerar són:

1. Utilitzar un llenguatge comú i estandarditzat, amb l'objectiu de contribuir a la millora dels processos d'intervenció dels TSS dels diferents nivells assistencials i l'especificitat de la disciplina en el sistema de salut.
2. Afavorir l'intercanvi d'informació, evitar duplicitats i vetllar per la continuïtat assistencial.
3. Operativitzar la recollida d'informació per treballar a partir de la detecció de necessitats i recursos personals, incorporant una metodologia de treball proactiva per avançar-se a les necessitats.
4. Incorporar la possibilitat d'activar un procés d'atenció psicosocial si són detectades situacions de risc/vulnerabilitat per part d'altres professionals sanitaris.
5. Facilitar l'activació de protocols de prevenció i detecció no només per a situacions de risc, sinó que també possibilitin l'anticipació en la detecció de situacions emergents per poder planificar intervencions profilàctiques, contribuint activament en la prevenció de la salut de la població.
6. Facilitar la interpretació de la informació i l'anàlisi crítica que conduirà al DSS.

d. L'elecció de les diferents dimensions

Les dimensions a estructurar en la nova eina van ser el punt de partida del consens. En primer lloc es van definir les variables a incloure: convivència i identitat, xarxa de suport, habitatge, economia, laboral, formació, nivell d'instrucció, jurídica administrativa, exercici de la capacitat, recursos i fortaleses, recursos utilitzats, prestacions, escales i instruments (Taula 1).

La proposta de les dimensions socials es va plantejar amb criteris diferents dels que constaven als sistemes de registre utilitzats fins al mo-

ment, on dominava una orientació centrada en les dificultats/vulnerabilitats. La valoració social s'ampliava posant en valor els factors protectors i les capacitats de les persones, necessaris per fomentar la seva autonomia i la utilització adient dels recursos assistencials, seguint l'estratègia definida al Pla de salut de Catalunya (Direcció General de Planificació en Salut, 2016).

En algunes dimensions s'incorporen escales de valoració, algunes ja utilitzades en alguns dels sistemes de registre dels proveïdors, per tal de contribuir a descriure, objectivar i analitzar els beneficis de la intervenció psicosocial en les persones ateses per TSS. Com per exemple la Tipologia ETHOS, etc.

e. Discussió i proposta de les dimensions

Les dimensions socials es van definir a partir de l'anàlisi dels registres que els diferents professionals estàvem utilitzant. Es van ajustar les dimensions a la singularitat de la intervenció dels TSS, definida com la identificació i valoració dels aspectes psicosocials de la persona, la família i l'entorn que interfereixen o poden interferir en el procés de salut-malaltia, aprofundint en la vivència de la situació i en els recursos (Colom Masfret, 2012), amb la finalitat d'elaborar el DSS, que ens ha de conduir a aclarir i definir la presència dels problemes psicosocials, canvis i trencaments vitals que es donen davant la presència de la malaltia o el tractament que aquesta requereix (Colom Masfret, 2012).

Seguint una metodologia basada en la conferència de consens, un dels membres del grup feia una proposta inicial de registre per discutir en la següent sessió. Durant la jornada de treball s'argumentava i contrastava la informació, d'acord amb: la bibliografia de referència; les mancances detectades en els diferents sistemes de registre; l'expertesa i formació de cada participant en el seu àmbit d'especialització i les necessitats transmeses per altres TSS dels nostres equips habituals de treball.

Es van definir 13 dimensions amb propietats diferents, informatives o descriptives i altres basades en factors protectors i factors de risc:

- **Convivència i identitat.** Es van proposar ítems descriptius, repensant els registres utilitzats dels TSS, sistematitzant el registre de les variables relacionades amb la convivència, la identitat (nom sentit, gènere i pronom utilitzat), i els diferents models de famílies, com per exemple de famílies monoparentals, LGTBI o reconstituïdes. Es va incloure la diversitat familiar considerant l'evolució de les estructures familiars i la tendència a una pluralitat més gran de les estructures familiars en els darrers anys (Boada et al., 2018).
- **Xarxa de suport.** Conté la relació de factors protectors i factors de risc de la xarxa de suport familiar i la xarxa de suport secundari. Es consideren els indicadors que, d'acord amb la situació, poden interferir en el pronòstic i l'evolució clínica.

S'inclouen aspectes relacionats amb l'organització de la cura relacionada amb l'entorn de la unitat familiar o l'entorn de suport; la cohesió familiar i el clima afectiu; o la xarxa relacional de l'entorn (Direcció General de Planificació en Salut, 2019). S'explora la importància d'altres xarxes de suport social, d'acord amb el supòsit que les xarxes moderades són les òptimes per a les persones vulnerables (Sluzki, 1996), entenent el procés d'estar malalt o emmalaltir com un moment de fragilitat.

- **Habitatge.** En aquesta dimensió es tenen en compte indicadors descriptius com seria el tipus d'habitatge i altres factors protectors i de risc, que caldrà relacionar en funció de les necessitats que pot tenir la persona atesa en aquell moment: les condicions estructurals; la seguretat; la confortabilitat; les condicions d'habitabilitat; barreres arquitectòniques; ubicació del domicili, etc.

Pel que fa als factors de risc en l'apartat d'habitatge, s'ha fet referència a la Tipologia ETHOS (tipologia europea de persones sense llar i exclusió residencial), desenvolupada el 2005 per FEANTSA (Federació d'Associacions Nacionals que treballen a favor de les Persones sense Llar) (FEANTSA, 2008). ETHOS proposa 4 categories diferents: sense sostre (*roofless*); sense habitatge (*houseless*); habitatge insegur (*insecurehousing*) i habitatge inadequat (*inadequatehousing*). Aquesta tipologia també descriu el sensellarisme com un procés, més que com un fenomen estàtic.

- **Economia.** Els indicadors es classifiquen en factors protectors i de risc, i pretenen fer una aproximació a la situació de la persona i el seu entorn de convivència, facilitant la identificació de situacions de vulnerabilitat i considerant el gradient socioeconòmic associat als problemes de salut (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2017).
- **Laboral.** La dimensió identifica factors protectors i de risc en l'àmbit del treball, des d'un doble vessant:
 - com la malaltia o el trastorn pot incidir en l'accés, manteniment o pèrdua de treball, i
 - com l'activitat laboral incideix positivament o negativament en la salut de les persones.
- **Formació.** Detalla els condicionants que s'han valorat com a protectors o de risc, relacionats en l'àmbit educatiu i formatiu. El registre s'ha de posar en relació amb la formació, l'edat de la persona i la situació.
- **Grau d'instrucció.** Dimensió informativa que recull la formació finalitzada i registre dels estudis reglats.
- **Jurídica administrativa.** D'acord amb el patró de factors protectors i de risc, s'ha estimat necessari aquest ítem, ateses les implicacions que pot tenir en l'accés a: recursos; mercat laboral; sistema sanitari, etc.
- **Exercici de la capacitat.** Aquesta dimensió es fa seguint la proposta del document "Suport a l'exercici de la capacitat" (Grup de treball Suport a l'Exercici de la Capacitat, 2017).

- **Recursos i fortaleces.** Basat en l'hexàgon de la complexitat, que recull 4 tipus de recursos que poden afavorir l'adaptació de la persona a la nova situació: intrapersonals, interns de la persona; interpersonal, de l'entorn; transpersonals, més enllà de la persona i l'entorn; i pràctics, instrumentals i organitzatius (Busquet i Duran, 2017).
- **Recursos utilitzats.** S'identifiquen els recursos i serveis vinculats a la persona, entesos com la xarxa de suport formal.
- **Prestacions.** Es registren les prestacions que percep la persona. Aquesta dimensió facilita detectar incompatibilitats, valorar la idoneïtat de fer canvis o avaluar l'accés a recursos.
- **Escales i instruments.** Les escales i instruments proposats han d'acompanyar la valoració dels TSS com un element de suport per objectivar els condicionants socials de la persona atesa que tenen relació amb el seu estat de salut.

f. Resultat del procés

Els resultats del procés es van compartir en una jornada en què van participar més d'un centenar de treballadors socials d'equips d'atenció primària de salut, de salut mental i addiccions (CSMA, CSMIJ, CAS) i del Programa d'atenció domiciliària equips de suport (PADES), de diferents proveïdors (Treball Social Sanitari ICS, 2020).

Les aportacions dels participants van remarcar la idoneïtat i necessitat de l'eina, així com el reconeixement de la tasca del grup de treball.

Conclusions

En primer lloc, volem destacar l'impuls que el lideratge del treball social del Departament de Salut ha tingut en la consolidació del projecte, fomentant la col·laboració dels diferents proveïdors que han permès la participació dels TSS que han format part del grup de treball.

En segon lloc, cal tenir present que, fins al moment, els TSS havien disposat de pocs espais de reflexió i de treball col·laboratiu en el marc de l'administració. En aquest sentit, destaquem que la possibilitat de gaudir d'un punt de trobada on consensuar una proposta conjunta des del treball social relacionada amb els sistemes d'informació i registre ha estat una oportunitat molt valuosa. No únicament pels resultats obtinguts amb el document, sinó també pels canvis que pot generar la seva implementació.

En tercer lloc, la importància que l'eina s'hagi desenvolupat pels TSS d'atenció directa, on els professionals hem aportat l'expertesa des de la pràctica assistencial per disposar d'una eina que ens faciliti el desenvolupament del rol professional.

La proposta de registre es pot convertir en un bon suport metodològic per als TSS per fer el DSS. Aquest procés facilita la identificació de

l'especificitat del rol i el reconeixement de la professió en el sistema de salut, contribuint amb un llenguatge específic des de la professió, on la informació registrada està relacionada amb les habilitats dels TSS i acompanya la presa de decisions per arribar al DSS.

Entenem que la tasca que s'ha dut a terme ha de ser el punt de partida. Cal vetllar per mantenir grups de treball que permetin l'anàlisi de la implementació de l'eina, així com d'altres propostes relacionades amb la sistematització del registre que enforteixin i millorin els processos d'intervenció dels TSS.

Cal remarcar altres beneficis secundaris de la sistematització de la informació, de gran utilitat per a l'elaboració d'altres documents: informes socials, informes de derivació i informes d'alta, que faciliten la comunicació entre serveis i afavoreixen la continuïtat assistencial.

En un futur, caldrà valorar si la implementació repercuteix en la millora de l'atenció social sanitària i avaluar la satisfacció dels TSS i de les persones ateses.

Referències bibliogràfiques

- Acosta Rodríguez, N., Aymerich Bolta, E., Benages Nozal, A., Burillo Gil, I., Cue Piedra, P., González Pi, M., Herzog Portero, S., Martínez Fresneda, L., Martínez Herrerias, J. F., Mora del Pino, M., Olivas Flores, A., Reina Olmo, V., i Serrano Aceña, C. (2010). *Manual Diagnòstic social en salut mental*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. <https://www.tscat.cat/content/manual-diagnostic-social-en-salut-mental>
- Asua Batarrita, J. (2005). Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit*, 18(1), 65-70. Scielo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000100013
- Boada, C., Mas, E., Miñarro, E., i Riudor, X. (2018). *Polítiques de suport a les famílies*. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya. Recuperat 24 juny 2021, de https://ctesc.gencat.cat/doc/doc_19925410_1.pdf
- Busquet i Duran, X. (2017). L'Hexàgon de la Complexitat. *Intercanvis: Papers de Psicoanàlisi / Intercambios: Papeles de Psicoanálisis*, 38, 86-106. RACO. <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/330764>
- Campos-Vidal, J. F., Cardona-Cardona, J., i Cuartero-Castañer, M. E. (2017). El diagnòstic relacional col·laboratiu (I). *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 67-90. <https://doi.org/10.14198/altern2017.24.05>

- Colom Masfret, D. (2012). *El Diagnóstico Social Sanitario: Aval de la intervención y seña de identidad del trabajo social sanitario*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Constitución española, BOE núm. 311, páginas 29313 a 29424 (1978). Recuperat 24 juny 2021, de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- Departament de Salut (Ed.). (2017). *Pla Director de Sistemes d'Informació del SISCAT*. Generalitat de Catalunya. Recuperat 24 juny 2021, de https://pdsisbloggencat.files.wordpress.com/2018/02/pla_director_final_v27.pdf
- Direcció General de Planificació en Salut (Ed.). (2016). *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020: Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperat 24 juny 2021, de https://salutweb.gencat.cat/web/content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
- Direcció General de Planificació en Salut (Ed.). (2019). *El procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària: Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC)*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperat 24 juny 2021, de http://salutweb.gencat.cat/web/content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/enapisc/enapisc-cronicitat-complexa.pdf
- FEANTSA. (2008). *El papel de la vivienda en la exclusión residencial. Vivienda y Sinhogarismo. Tema anual 2008*. FEANTSA. Recuperat 24 juny 2021, de https://www.feantsa.org/download/08_european_report_feantsa_housing_final_es7074115848578375806.pdf
- Grup de treball Suport a l'Exercici de la Capacitat. (2017). *Suport a l'exercici de la capacitat*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, BOE núm. 294 § 16673 (2018). Recuperat 24 juny 2021, de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/dof/spa/pdf>
- Mir, V. (2018). *Una mirada a l'atenció social sanitària*. Treball Social Sanitari ICS. Recuperat 24 juny 2021, de <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2018/12/Una-mirada-a-latenció-social-sanitària.pdf>
- Munuera Gómez, P. (2002). Gordon Hamilton (1892-1967) y la importancia del registro social. *Trabajo Social Hoy*, 35(35), 143-152.

- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2017). *Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya: Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos, Diario Oficial de la Unión Europea núm. L119/1 (2016). Recuperat 24 juny 2021, de <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
- Riba Cebrián, J. (2017). *Sistemas de información en trabajo social sanitario*. JRIBACE.ES: Página de Trabajo Social Sanitario Por Jordi Riba. <https://jribace.es/2017/01/09/sistemas-de-informacion-en-trabajo-social-sanitario/>
- Richmond, M. E. (2005). *Diagnóstico social*. Siglo XXI Editores.
- Rojo, R. (2012). La presencia del Trabajo Social en el entorno de la Historia Clínica Digital E-Cap en la Atención Primaria de Salud en Catalunya. *Trabajo Social y Salud*, 72, 131-146.
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la practica sistematica*. Gedisa.
- Soler Boada, M., i Riba Cebrián, J. (2014). Tabla de indicadores para el diagnóstico social "sanitario" de los usuarios de la sanidad (TADIS 2014). *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2, 26-35.
- Subcomissió de Treball Social Sociosanitari. (2016). *Guia de diagnòstics socials en l'àmbit de la salut*. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Recuperat 24 juny 2021, de http://www.consorci.org/media/upload/pdf/guia_diagnosticssocials_csc_1463063642.pdf
- Treball Social Sanitari ICS. (2020, febrer 9). *Sistemas de registre de l'atenció del treball social en el sistema sanitari* [Entrada blog]. Wordpress. Recuperat 24 juny 2021, de <https://treballsocialsanitariics.wordpress.com/2020/02/09/sistemas-de-registre-de-latencio-del-treball-social-en-el-sistema-sanitari/>