

Avanzando en el proceso de construcción del sistema de información del Trabajo Social sanitario en Cataluña

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

Recepción: 02/02/21. Revisión: 14/03/21. Aceptación: 03/06/21

Para citar: Martínez Plaza, E., Mir Labalsa, V., y Riba Cebrián, J. (2021). Avancant en el procés de construcció del sistema d'informació del treball social sanitari a Catalunya. *Revista de Treball Social*, 220, 169-186. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.220.09>

Resumen

La aportación del Trabajo Social en el ámbito de la salud permite tener presente, desde el sistema sanitario, los factores sociales que interfieren o pueden interferir en el proceso de salud-enfermedad. Conscientes de su trascendencia, destacamos la importancia de disponer de una herramienta que facilite su detección e identificación, de forma sistematizada y compartida en los diferentes sistemas de salud de Cataluña.

Este artículo describe el proceso que se ha seguido para elaborar una nueva propuesta de sistemas de información de Trabajo Social sanitario dirigida a los servicios de salud comunitarios, que formará parte

1 Trabajadora social sanitaria. Centro de Salud Mental Girones - Pla de l'Estany. Instituto de Asistencia Sanitaria. Grupo de investigación de Salud Mental y Adicciones. IDIBGI. esther.martinez@ias.cat

2 Trabajadora social sanitaria. Coordinadora del Área de Trabajo Social del Instituto Catalán de la Salud. Miembro del Programa de prevención y atención a la cronicidad. Dirección General de Planificación en Salud, Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña. victoriimir@gencat.cat

3 Trabajador social sanitario. Responsable del Área de Trabajo Social, Gerencia Territorial de Barcelona. jriba.bcn.ics@gencat.cat

del actual sistema de información con su incorporación a la plataforma Estación Clínica de Atención Primaria (eCAP).

El proceso se inicia a partir de la constitución de un grupo de trabajo formado por trabajadores sociales del ámbito de la salud comunitaria que permite el análisis y la puesta en común de los diferentes sistemas de información y registro aportados por los diferentes profesionales y, desde el trabajo colaborativo, se definen los factores protectores y de riesgo de las diferentes dimensiones que evalúa el sistema. Entre las conclusiones destacamos la fuerza que la herramienta puede tener en el soporte metodológico y la importancia de la continuidad del grupo de trabajo para garantizar la eficacia de su implementación.

Palabras clave: Trabajo Social sanitario, sistematización del registro, sistemas de información, valoración 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.

Introducción

Desde hace años, los profesionales de la salud hemos ido desarrollando sistemas de registro informatizados que agilizan y posibilitan la mejor atención a las personas, facilitando una atención segura, proactiva y preventiva.

Como trabajadores y trabajadoras sociales sanitarios (TSS) que formamos parte del sistema de salud, aportamos al sistema la dimensión social y psicosocial de las personas atendidas para dar la mejor respuesta a sus necesidades.

El año 1917, con la publicación de *Social Diagnosis* de Mary E. Richmond (Richmond, 2005), se definieron los criterios para identificar las dificultades sociales para elaborar el diagnóstico social, a partir de una definición lo más exacto posible de la situación social y la personalidad de la persona atendida. Con una visión avanzada a su tiempo, ya evidenciado que la intervención de los TSS con la persona no puede limitarse a lo “carenzial”, a “qué falta”, sino que hay que incluir capacidades y fortalezas de la persona, su familia y/o entorno.

Ha transcurrido más de un siglo desde entonces, pero el registro de los aspectos sociales que interfieren en el tratamiento de la salud de las personas sigue siendo un instrumento necesario para la evolución, la transformación y la mejora de la intervención de los TSS. Sistematizar el registro de intervención que utilizamos es un objetivo inherente al ofrecimiento de unos servicios de calidad.

La metodología de trabajo implica la capacidad de llevar a cabo el diagnóstico social sanitario (DSS), entendido como un proceso que parte del encuentro relacional y colaborativo (Campos-Vidal et al., 2017) con la persona y que permite no únicamente la recogida de información, sino la investigación, el análisis y la confrontación de esta, para, finalmente, su interpretación (Richmond, 2005, p. 35). Se trata de un abordaje psicosocial desde una recogida de información descriptiva, donde se valoran los detalles de la historia de vida, los acontecimientos vitales significativos, la integración y la construcción del relato de las personas y familias atendidas. Se trata, en definitiva, de ampliar la mirada para favorecer una intervención holística de la vivencia de enfermar.

El registro social de los casos en las historias clínicas se basa en la observación directa del marco social y de los comportamientos y, sobre todo, del lugar central que se ha dado al proceso de la entrevista. La función principal del registro es mostrar la situación del caso, qué hace la persona respecto a su problema, y cómo los TSS tratan la responsabilidad de ofrecer ayuda o tratamiento (Munuera Gómez, 2002).

La implementación de la historia social sanitaria en los diferentes sistemas de información empleados por los TSS en los últimos años se caracterizaba, en general, por un registro descriptivo de la valoración social inicial en la cual el análisis posterior o la identificación de variables no era posible.

Sin embargo, el contenido del registro era el medio por el que el TSS y sus colegas podían mantenerse al corriente de los desarrollos del caso, y también profundizar el entendimiento y mejorar técnicamente (Munuera Gómez, 2002).

Los cambios en los sistemas de información promovidos por el Plan de salud mental y adicciones del Departamento de Salud en Cataluña posibilitaron la creación de un grupo de TSS que trabajaban en centros de atención primaria de salud (CAP), en centros de salud mental de adultos (CSMA), en centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), en centros de atención y seguimiento de las adicciones (CAS), y en los programas de atención domiciliaria y equipos de apoyo (PADES). Tenían la finalidad de elaborar una propuesta de valoración social sanitaria que debía incluirse en el sistema de información, incidir en los procesos asistenciales de los TSS y facilitar su estudio posterior, lo cual tenía que permitir:

- poner perspectiva a las situaciones individuales, familiares y comunitarias; facilitar un análisis diacrónico de los procesos sociales de las personas;
- buscar otras formas de intervención para dar respuestas más eficientes, considerando otros abordajes como el grupal o el comunitario;
- revisar la adecuación de los recursos existentes, valorar si ofrecen una cobertura ajustada a las necesidades de las personas y buscar la mejora, transformación o creación de nuevos servicios.

Los sistemas de información en el Trabajo Social sanitario en Cataluña

Los últimos 3 años se ha convergido en una dinámica de trabajo compartido que ha facilitado el impulso del trabajo colaborativo de los TSS del sistema sanitario que explicamos en los siguientes apartados.

Avanzando los sistemas de información

En Cataluña, el modelo de salud está formado por diferentes proveedores, y los sistemas de registro están asociados en el programa informático de que dispone cada uno de ellos.

El año 2017, en Cataluña, se presenta el Plan director de sistemas de información (Departamento de Salud, 2017), que tiene como objetivo “guiar el desarrollo de los sistemas de información y tecnologías de la información y comunicación en los próximos años”. La evolución conceptual y tecnológica de las historias clínicas que actualmente se guardan en los sistemas de los diferentes proveedores de servicios está evolucionando hacia el repositorio HES: historia electrónica de salud. Esta se construye alrededor de la plataforma eCAP y sustituirá progresivamente los sistemas actuales basados en la interoperabilidad (historia clínica compartida en Cataluña (HC3) y la plataforma de interoperabilidad (IS3)).

La eCAP es el programa de historia clínica informatizada que se utiliza en la atención primaria de salud. Es una herramienta de gestión clínica que ofrece una visión integral del paciente y de su estado de salud y que asiste a la toma de decisiones a través de la monitorización de diferentes parámetros. Lo usan los médicos de familia, pediatras, enfermeros, TSS y otros profesionales sanitarios cuando visitan las personas que atienden. Esta plataforma es la que usan mayoritariamente los proveedores de atención primaria de Cataluña.

El Instituto Catalán de la Salud (ICS) es el mayor proveedor de servicios de atención primaria, y dispone desde hace años de un grupo de Trabajo Social de los sistemas de registro a la atención primaria, formado exclusivamente por TSS, que ha facilitado una sistematización de recogida de datos homogénea, la formación y reflexión ética de la recogida de datos y unos estándares de calidad compartidos con el resto de proveedores que cuentan con la eCAP.

Otros niveles asistenciales y proveedores han ido desarrollando sus propios sistemas de información y registro, puesto que es una necesidad compartida poder integrarnos en el sistema donde trabajamos.

En relación con los TSS, de acuerdo con este modelo, hemos dispuesto de diferentes sistemas de información que valoran algunas dimensiones de la esfera psicosocial, no siempre de forma homogénea, y con unas clasificaciones de problemáticas basadas en la detección de necesidades en algunos casos, y en otros en clasificaciones diagnósticas.

Esta casuística se da en los diferentes sistemas informáticos de cada proveedor, que, en algunas instituciones, estaba promovida y trabajada por los mismos TSS y, en otros, implementada por otros profesionales. Por lo tanto, los diferentes TSS han dispuesto de una información más o menos sistematizada, a pesar de que no siempre se ha ajustado a las demandas o necesidades de la disciplina. En definitiva, los diferentes proveedores han ido trabajando, con más o menos acierto, para disponer de un registro de los procesos de atención social.

Cabe remarcar iniciativas previas que han fomentado espacios de reflexión en torno a los sistemas de información. Algunos ejemplos son: la propuesta de diagnóstico social en salud mental del grupo de trabajo de salud mental del Col·legi de Treball Social de Catalunya (Acosta Rodríguez et al., 2010); la implementación a la eCAP de la historia social digital en los centros de atención primaria del ICS (Rojo, 2012); la tabla de indicadores para el diagnóstico social, TADIS 2014 (Soler Boada y Orilla Cebrián, 2014), que permitió incorporar la dimensión social de la salud a la atención primaria; o la guía de diagnósticos sociales en el ámbito de la salud (Subcomisión de Trabajo Social Sociosanitario, 2016).

A partir de la incorporación de una trabajadora social al Programa de prevención y atención de la cronicidad del Departamento de Salud, se promovió un encuentro de responsables y referentes del Trabajo Social, de diferentes proveedores y niveles asistenciales, que se encontraron en una jornada el Día Mundial del Trabajo Social en 2017 (Mir, 2018).

A partir de esta jornada, se constituyó el Grupo motor de Trabajo Social sanitario, representado por la responsable de la Comisión de Salud del Col·legi de Treball Social de Catalunya, la representante del Consejo Técnico Asesor de Trabajo Social La Unió, la representante de la Subcomisión de Trabajo Social de Aguts del Consorcio de Salud y Social de Cataluña, la representante de la Subcomisión de Trabajo Social Sociosanitario del Consorcio de Salud y Social de Cataluña y la Coordinadora de Trabajo Social del ICS. Este grupo motor informa a las sociedades científicas de Trabajo Social sanitario del trabajo que llevan a cabo. Una de las propuestas que se fijó el grupo motor fue priorizar la homogeneización del registro social en la historia clínica, trabajando, entre otros, una propuesta de alta social hospitalaria.

Avanzando los sistemas de información del Trabajo Social

Con la voluntad de avanzar en el sistema de información y registro compartido, y con la mirada puesta en la HES, desde el Plan director de salud mental y adicciones del Departamento de Salud se inició el trabajo para que los servicios comunitarios utilizaran la herramienta informática eCAP. Se hizo una convocatoria inicial de más de 140 personas de diferentes perfiles profesionales asistenciales, de los diferentes proveedores, donde había también representación de TSS, para mostrar la plataforma, recoger las diferentes aportaciones e informar a los diferentes profesionales.

Desde el Grupo motor de Trabajo Social sanitario se hicieron gestiones con el centro competencial de la eCAP, con el objetivo de utilizar esta plataforma para promover un grupo de trabajo que pudiera hacer una propuesta conjunta para incorporar al sistema de información eCAP. Por lo tanto, ajustada a las necesidades de registro de los TSS de los: centros de salud mental de adultos (CSMA), centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), centros de atención y seguimiento de las adicciones (CAS), programas de atención domiciliaria y equipos de apoyo (PADES), centros de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y centros de atención primaria de salud (CAP).

Metodología

1.La creación del grupo. El trabajo colaborativo

La propuesta metodológica del grupo de trabajo se basó en la conferencia de consenso (Asua Batarrita, 2005). El objetivo de la metodología de conferencia de consenso es la de poder “elaborar recomendaciones para la práctica clínica basadas en el análisis crítico de la bibliografía”, después de un debate entre expertos y las partes interesadas.

El grupo de trabajo se formó exclusivamente por TSS con representación de diferentes niveles asistenciales y proveedores. Y de forma indirecta con la colaboración puntual de otras disciplinas.

La conferencia de consenso, adaptada a nuestro grupo de trabajo, permitió abrir la mirada de cada dimensión social a los requerimientos de los diferentes servicios, consiguiendo un producto amplio y versátil, basado en aportaciones bibliográficas y en el consenso de expertos.

El grupo de trabajo estaba formado por:

- Adam Benages. Unidad de Salud Mental y Adicciones Badia del Vallès. ICS. Referente de la Comisión de Salud Mental del Col·legi de Treball Social de Catalunya.
- Maria Caturla. CSMIJ. Sant Pere Claver.
- Lourdes Esteve. Responsable del Área Social Hospital Mare de Déu de la Mercè. Germanes Hospitalàries.
- Mònica Ezquerra. 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 del Área de Trabajo Social del ICS. Programa de atención y prevención de la cronicidad, Departamento de Salud y Grupo motor de Trabajo Social sanitario. Departamento de Salud.
- Mònica Poch. CSMIJ i EIPP Selva Marítima. IAS.
- Jordi Riba. Responsable del Área de Trabajo Social Sanitario de la Gerencia Territorial de Barcelona. ICS.
- Maria dels Àngels Roca Queralt. PADES Barcelona. Mutuam.

Se realizó un cronograma con la planificación de las sesiones de 6 meses, de julio a diciembre, con reuniones de periodicidad quincenal.

Las sesiones tenían una duración de 5 horas. Se optó por sesiones largas, considerando el desplazamiento de los participantes, puesto que había representación de diferentes comarcas.

La participación en las sesiones fue prácticamente de la totalidad de los miembros del grupo. Y el grado de implicación y responsabilidad respecto a la tarea encomendada fue muy alto.

Tabla 1. Cronograma y trabajo de las sesiones

2019-20	Tema sesión	Metodología de trabajo
1. Julio	Planificación de la tarea. Cronograma. Discusión de los objetivos de trabajo.	Análisis de los sistemas de información. Herramientas para compartir información.
2. Septiembre	Sesión informativa.	Información relacionada con la Terminología ATIC (vocabulario estandarizado) y la metodología ARES (armonización de estándares) que utilizan los enfermeros en la eCAP.
	Trabajo interno del grupo: revisión de las variables recogidas en la eCAP.	Discusión y primera propuesta de las dimensiones a incorporar. Reparto de tareas.
3. Octubre	Dimensión vivienda.	Basada en la clasificación ETHOS.
	Dimensión economía.	Discusión en relación con la bibliografía de referencia y la información recogida en los diferentes sistemas de registro.
4. Octubre	Dimensión identidad y convivencia.	Definición y consenso de las variables.
	Dimensión laboral.	Discusión en relación con la información recogida en los diferentes sistemas de registro.
5. Noviembre	Dimensión formación.	Definición y consenso de las variables.
	Dimensión ejercicio de la capacidad.	Revisión del Protocolo de la modificación de la capacidad de obrar.
6. Noviembre	Dimensión jurídica administrativa.	Discusión en torno a las variables y otros aspectos a considerar.
	Dimensión red social de apoyo.	Discusión en relación con la bibliografía de referencia y la información recogida en los diferentes sistemas de registro. Definición y consenso de las variables.
7. Diciembre	Dimensión recursos utilizados.	Discusión en relación con la información recogida en los diferentes sistemas de registro. Se hace una propuesta genérica que se adapte a las necesidades de los TSS con independencia del servicio donde trabajen. Se revisa la cartera de servicios sociales.
	Dimensión prestaciones.	Se revisan las prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de la Generalidad de Cataluña.

8. Enero	Dimensión grado de instrucción.	Se usa la clasificación de estudios del Instituto Nacional de Estadística.
	Recursos y fortalezas.	Se usa el hexágono de la complejidad.
	Escalas e instrumentos.	Discusión y consenso sobre las diferentes escalas e instrumentos de valoración utilizados.

Fuente: Elaboración propia.

2. Funcionamiento del grupo de trabajo

a. Puesta en común de los diferentes sistemas de información, cómo van funcionando, qué hacemos valer y que no

La primera tarea consistió en poner en común los diferentes sistemas de registro de las distintas instituciones y el uso que hacían los diferentes participantes. La discusión permitió compartir la experiencia, intercambiar los aspectos más relevantes a mantener, discernir entre las necesidades de los profesionales y las institucionales, el rendimiento de las herramientas utilizadas hasta el momento, el grado de implicación que los TSS habían tenido en el diseño previo y qué posibilidades de explotación de la información ofrecían los diferentes sistemas. De este modo, y desde la óptica de los diferentes profesionales, proveedores y niveles asistenciales, con la pericia de los participantes, pudieron repensar cuáles eran las características del futuro sistema de información y registro de TSS compartiendo qué había que hacer valer.

En cuanto a las diferentes herramientas de las que han dispuesto los TSS, a modo de ejemplo, hacemos referencia a la eCAP en el marco del ICS y el SAP-ARGOS, concretamente su desarrollo en el Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS).

Ambas se desarrollaron desde los TSS. La eCAP se desplegó a partir del año 2005, y posteriormente se hizo alguna pequeña mejora, el 2012. Por el contrario, el SAP-ARGOS evolucionó a partir del año 2014. Desde entonces, se fueron introduciendo modificaciones para adaptarlo a las necesidades profesionales, que se detuvieron en 2019, ante la posibilidad del cambio de sistema de información.

Los TSS de atención primaria (AP) del ICS disponían de un módulo de trabajo específico a la eCAP que contenía un grupo de datos básicos (fecha de apertura, profesional derivador, demandante de la intervención, observaciones, genograma...) y luego el acceso a 4 dimensiones de la valoración social (situación sociofamiliar, laboral, vivienda y económica). Incorporaba un apartado de diagnóstico social y de intervenciones sociales. Permitía hacer informes sociales automáticamente, recoger los datos

introducidos en las diferentes dimensiones. También permitía el acceso a escalas de valoración y variables estructuradas.

En cuanto al IAS, coincidía con la valoración de las 4 dimensiones de la eCAP, y ampliaba una quinta que hacía referencia a la red social y relacional. Añadía los objetivos del plan de intervención, las actividades y la utilización de recursos, algunos de ellos en forma de variables.

Respecto a la eCAP, los profesionales mostraron buena predisposición a la propuesta del nuevo sistema en cuanto a la complementación sistemática del registro, y a pesar de que recogía de forma estructurada información de las diferentes dimensiones, no se había trabajado nunca en el análisis cuantitativo de la información.

En cuanto al SAP-ARGOS, a pesar de que había una parte del contenido en campo abierto, también permitía la recogida estructurada de algunos aspectos, como los relacionados con el núcleo de convivencia y la red de apoyo informal, la tipología de los recursos formativos, laborales, residenciales; la tipología de las prestaciones que se perciben; si se dispone de certificado de discapacidad, grado de dependencia, etc. A pesar de que una parte de la información posibilitaba el análisis, este no era sencillo, puesto que requería cierta pericia y conocimientos. Por lo tanto, no se puede afirmar que la implementación del programa representara un cambio en cuanto al estudio de las variables registradas en la valoración social.

Ninguno de los dos sistemas de información mencionados acompañaba la toma de decisiones en la intervención individual o familiar, y no representaba un apoyo en la detección de indicadores de riesgo-vulnerabilidad, adecuación o necesidad de recursos, o planificación de nuevas formas de intervención.

Los diferentes sistemas de información y registro de TSS empleados hasta el momento realizaban una recogida de información más descriptiva, centrada en la historia social de las personas atendidas, y no facilitaban un análisis posterior de las dimensiones recogidas por parte de los profesionales, complicando el análisis real de las necesidades y recursos personales.

Por lo tanto, unos de los primeros aprendizajes de la puesta en común de los diferentes sistemas fue que la nueva herramienta de valoración social tenía que definir no solo el qué (las dimensiones a incluir), sino el cómo, entendido como aquellos aspectos que queríamos tener presentes, para dar solidez al sistema de registro.

b. Las condiciones del sistema de información y las pretensiones de la herramienta

El grupo de trabajo partió de la premisa de que la historia clínica es propiedad de la persona atendida y, en segundo término, es un instrumento profesional que en ningún caso puede ir en detrimento de la calidad asistencial.

Las condiciones para la validez del registro de TSS (Riba Cebrián, 2017):

- **Garantizar la intimidad de la información** y registrar los datos personales sanitarios estrictamente necesarios para el objeto de estudio. Entre los datos relativos a la salud se deben incluir los relativos al estado de salud de la persona, información sobre la salud física o mental pasada, presente o futura, tal como recoge el reglamento de la UE 2016/679. Adaptado al ámbito estatal, tenemos la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y el reconocimiento del derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado en el artículo 18.4 de la Constitución española.
- **Trazabilidad:** es preciso que el sistema controle por quién está hecho cada movimiento o visualización del registro. Como garantía de protección de la información, es necesario saber quién accede a la información y qué uso hace de esta.
- **Utilidad:** los registros deben ser útiles, en este caso para los profesionales. La herramienta debe facilitar la recogida de información y permitir el análisis, el tratamiento de los datos y su interpretación, fomentando la investigación y la transferencia del conocimiento.
- **Validez:** debe presentar un alto grado de homogeneidad sobre los indicadores que pretende registrar. En este sentido, hay que tener presente que la definición de los diferentes ítems no debe permitir la interpretación, es necesario que sea acotada.
- **Fiabilidad:** la información recogida debe tener un grado elevado de confianza y no tiene que admitir errores.
- **Objetividad:** debe lograr minimizar las incongruencias, con independencia del profesional que lleve a cabo el registro.
- **Facilidad:** es importante que el sistema de información sea intuitivo y que no requiera una alta especialidad por parte del TSS para su uso.

c. Las pretensiones de la herramienta

De acuerdo con estas condiciones, los aspectos que se consideraron son:

1. Usar un lenguaje común y estandarizado, con el objetivo de contribuir a la mejora de los procesos de intervención de los TSS de los diferentes niveles asistenciales y la especificidad de la disciplina en el sistema de salud.
2. Favorecer el intercambio de información, evitar duplicidades y velar por la continuidad asistencial.
3. Operativizar la recogida de información para trabajar a partir de la detección de necesidades y recursos personales, incorporando una metodología de trabajo proactiva para avanzar a las necesidades.

4. Incorporar la posibilidad de activar un proceso de atención psicosocial si son detectadas situaciones de riesgo/vulnerabilidad por parte de otros profesionales sanitarios.
5. Facilitar la activación de protocolos de prevención y detección no solo para situaciones de riesgo, sino que además posibilite la anticipación en la detección de situaciones emergentes para poder planificar intervenciones profilácticas, contribuyendo activamente a la prevención de la salud de la población.
6. Facilitar la interpretación de la información y el análisis crítico que conducirá al DSS.

d. La elección de las diferentes dimensiones

Las dimensiones a estructurar en la nueva herramienta fueron el punto de partida del consenso. En primer lugar se definieron las variables a incluir: convivencia e identidad, red de apoyo, vivienda, economía, laboral, formación, nivel de instrucción, jurídica administrativa, ejercicio de la capacidad, recursos y fortalezas, recursos utilizados, prestaciones, escalas e instrumentos (Tabla 1).

La propuesta de las dimensiones sociales se planteó con criterios diferentes de los que constaban en los sistemas de registro utilizados hasta el momento, donde dominaba una orientación centrada en las dificultades/vulnerabilidades. La valoración social se ampliaba valorizando los factores protectores y las capacidades de las personas, necesarios para fomentar su autonomía y el uso adecuado de los recursos asistenciales, siguiendo la estrategia definida en el Plan de salud de Cataluña (Dirección General de Planificación en Salud, 2016).

En algunas dimensiones se incorporan escalas de valoración, algunas ya utilizadas en algunos de los sistemas de registro de los proveedores, para contribuir a describir, objetivar y analizar los beneficios de la intervención psicosocial en las personas atendidas por TSS. Como por ejemplo la Tipología ETHOS, etc.

e. Discusión y propuesta de las dimensiones

Las dimensiones sociales se definieron a partir del análisis de los registros que los diferentes profesionales estábamos utilizando. Se ajustaron las dimensiones a la singularidad de la intervención de los TSS, definida como la identificación y valoración de los aspectos psicosociales de la persona, la familia y el entorno que interfieren o pueden interferir en el proceso de salud-enfermedad, profundizando en la vivencia de la situación y en los recursos (Colom Masfret, 2012), con el fin de elaborar el DSS, que debe conducirnos a aclarar y definir la presencia de los problemas psicosociales, cambios y roturas vitales que se dan ante la presencia de la enfermedad o el tratamiento que esta requiere (Colom Masfret, 2012).

Siguiendo una metodología basada en la conferencia de consenso, uno de los miembros del grupo hacía una propuesta inicial de registro

para discutir en la siguiente sesión. Durante la jornada de trabajo se argumentaba y contrastaba la información, de acuerdo con: la bibliografía de referencia; las carencias detectadas en los diferentes sistemas de registro; la pericia y formación de cada participante en su ámbito de especialización y las necesidades transmitidas por otros TSS de nuestros equipos habituales de trabajo.

Se definieron 13 dimensiones con propiedades diferentes, informativas o descriptivas y otras basadas en factores protectores y factores de riesgo:

- **Convivencia e identidad.** Se propusieron ítems descriptivos, repensando los registros utilizados de los TSS, sistematizando el registro de las variables relacionadas con la convivencia, la identidad (nombre oído, género y pronombre utilizado), y los diferentes modelos de familias, como por ejemplo de familias monoparentales, LGTBI o reconstituidas. Se incluyó la diversidad familiar considerando la evolución de las estructuras familiares y la tendencia a una pluralidad más grande de las estructuras familiares en los últimos años (Boada et al., 2018).
- **Red de apoyo.** Contiene la relación de factores protectores y factores de riesgo de la red de apoyo familiar y la red de apoyo secundario. Se consideran los indicadores que, de acuerdo con la situación, pueden interferir en el pronóstico y la evolución clínica.

Se incluyen aspectos relacionados con la organización del cuidado relacionado con el entorno de la unidad familiar o el entorno de apoyo; la cohesión familiar y el clima afectivo; o la red relacional del entorno (Dirección General de Planificación en Salud, 2019). Se explora la importancia de otras redes de apoyo social, de acuerdo con el supuesto que las redes moderadas son las óptimas para las personas vulnerables (Sluzki, 1996), entendiendo el proceso de estar enfermo o enfermar como un momento de fragilidad.

- **Vivienda.** En esta dimensión se tienen en cuenta indicadores descriptivos como sería el tipo de vivienda y otros factores protectores y de riesgo, que habrá que relacionar en función de las necesidades que puede tener la persona atendida en aquel momento: las condiciones estructurales; la seguridad; la confortabilidad; las condiciones de habitabilidad; barreras arquitectónicas; ubicación del domicilio, etc.

En cuanto a los factores de riesgo en el apartado de vivienda, se ha hecho referencia a la Tipología ETHOS (tipología europea de personas sin hogar y exclusión residencial), desarrollada el 2005 por FEANTSA (Federación de Asociaciones Nacionales que trabajan a favor de las Personas sin Hogar) (FEANTSA, 2008). ETHOS propone 4 categorías distintas: sin techo (*roofless*); sin vivienda (*houseless*); vivienda insegura (*insecurehousing*) y vivienda inadecuada (*inadequatehousing*). Esta tipología también describe el sinhogarismo como un proceso, más que como un fenómeno estático.

- **Economía.** Los indicadores se clasifican en factores protectores y de riesgo, y pretenden hacer una aproximación a la situación de la persona y el suyo en torno a convivencia, facilitando la identificación de situaciones de vulnerabilidad y considerando el gradiente socioeconómico asociado a los problemas de salud (Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, 2017).
- **Laboral.** La dimensión identifica factores protectores y de riesgo en el ámbito del trabajo, desde una doble vertiente:
 - cómo la enfermedad o el trastorno puede incidir en el acceso, mantenimiento o pérdida de trabajo, y
 - cómo la actividad laboral incide positivamente o negativamente en la salud de las personas.
- **Formación.** Detalla los condicionantes que se han valorado como protectores o de riesgo, relacionados en el ámbito educativo y formativo. El registro debe ponerse en relación con la formación, la edad de la persona y la situación.
- **Grado de instrucción.** Dimensión informativa que recoge la formación finalizada y registro de los estudios reglados.
- **Jurídica administrativa.** De acuerdo con el patrón de factores protectores y de riesgo, se ha estimado necesario este ítem, atendidas las implicaciones que puede tener en el acceso a: recursos; mercado laboral; sistema sanitario, etc.
- **Ejercicio de la capacidad.** Esta dimensión se realiza siguiendo la propuesta del documento “Suport a l'exercici de la capacitat” (Grupo de trabajo Suport a l'Exercici de la Capacitat, 2017).
- **Recursos y fortalezas.** Basado en el hexágono de la complejidad, que recoge 4 tipos de recursos que pueden favorecer la adaptación de la persona a la nueva situación: intrapersonales, internos de la persona; interpersonales, del entorno; transpersonales, más allá de la persona y el entorno; y prácticos, instrumentales y organizativos (Busquet i Duran, 2017).
- **Recursos utilizados.** Se identifican los recursos y servicios vinculados a la persona, entendidos como la red de apoyo formal.
- **Prestaciones.** Se registran las prestaciones que percibe la persona. Esta dimensión facilita detectar incompatibilidades, valorar la idoneidad de realizar cambios o evaluar el acceso a recursos.
- **Escalas e instrumentos.** Las escalas e instrumentos propuestos tienen que acompañar la valoración de los TSS como un elemento de apoyo para objetivar los condicionantes sociales de la persona atendida que tienen relación con su estado de salud.

f. Resultado del proceso

Los resultados del proceso se compartieron en una jornada en la que participaron más de un centenar de trabajadores sociales de equipos de atención primaria de salud, de salud mental y adicciones (CSMA, CSMIJ,

CAS) y del Programa de atención domiciliaria equipos de apoyo (PADES), de diferentes proveedores (Treball Social Sanitari ICS, 2020).

Las aportaciones de los participantes remarcaron la idoneidad y necesidad de la herramienta, así como el reconocimiento de la tarea del grupo de trabajo.

Conclusiones

En primer lugar, queremos destacar el impulso que el liderazgo del Trabajo Social del Departamento de Salud ha tenido en la consolidación del proyecto, fomentando la colaboración de los diferentes proveedores que han permitido la participación de los TSS que han formado parte del grupo de trabajo.

En segundo lugar, hay que tener presente que, hasta el momento, los TSS habían dispuesto de pocos espacios de reflexión y de trabajo colaborativo en el marco de la administración. En este sentido, destacamos que la posibilidad de disfrutar de un punto de encuentro donde consensuar una propuesta conjunta desde el Trabajo Social relacionada con los sistemas de información y registro ha sido una oportunidad muy valiosa. No únicamente por los resultados obtenidos con el documento, sino también por los cambios que puede generar su implementación.

En tercer lugar, la importancia que la herramienta se haya desarrollado por los TSS de atención directa, donde los profesionales hemos aportado la pericia desde la práctica asistencial para disponer de una herramienta que nos facilite el desarrollo del rol profesional.

La propuesta de registro se puede convertir en un buen apoyo metodológico para los TSS para hacer el DSS. Este proceso facilita la identificación de la especificidad del rol y el reconocimiento de la profesión en el sistema de salud, contribuyendo con un lenguaje específico desde la profesión, donde la información registrada está relacionada con las habilidades de los TSS y acompaña la toma de decisiones para llegar al DSS.

Entendemos que la tarea que se ha llevado a cabo debe ser el punto de partida. Hay que velar por mantener grupos de trabajo que permitan el análisis de la implementación de la herramienta, así como otras propuestas relacionadas con la sistematización del registro que fortalezcan y mejoren los procesos de intervención de los TSS.

Cabe remarcar otros beneficios secundarios de la sistematización de la información, de gran utilidad para la elaboración otros documentos: informes sociales, informes de derivación e informes de alta, que facilitan la comunicación entre servicios y favorecen la continuidad asistencial.

En un futuro, habrá que valorar si la implementación repercute en la mejora de la atención social sanitaria y evaluar la satisfacción de los TSS y de las personas atendidas.

Referencias bibliográficas

- 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 Herrerías, J. F., Mora del Pino, M., Olivas Flores, A., Reina Olmo, V., y 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., y Riudor, X. (2018). *Polítiques de suport a les famílies*. Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña. Recuperado 24 junio 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., y Cuartero-Castañer, M. E. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo (I). *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 67-90. <https://doi.org/10.14198/altern2017.24.05>
- Colom Masfret, D. (2012). *El Diagnòstic Social Sanitari: Aval de la intervenció y seña de identitat del Treball Social sanitari*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Constitución española, BOE núm. 311, páginas 29313 a 29424 (1978). Recuperado 24 junio 2021, de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- Departamento de Salud (Ed.). (2017). *Pla Director de Sistemes d'Informació del SISCAT*. Generalidad de Cataluña. Recuperado 24 junio 2021, de https://pdsisbloggencat.files.wordpress.com/2018/02/pla_director_final_v27.pdf
- Dirección General de Planificación en Salud (Ed.). (2016). *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020: Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*. Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña. Recuperado 24 junio 2021, de https://salutweb.gencat.cat/web/content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf

- Dirección General de Planificación en Salud (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)*. Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña. Recuperado 24 junio 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. Recuperado 24 junio 2021, de https://www.feantsa.org/download/08_european_report_feantsa_housing_final_es7074115848578375806.pdf
- Grupo de trabajo Suport a l'Exercici de la Capacitat. (2017). *Suport a l'exercici de la capacitat*. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, Generalidad de Cataluña.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, BOE núm. 294 § 16673 (2018). Recuperado 24 junio 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. Recuperado 24 junio 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.
- Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. (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*. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Generalidad de Cataluña.
- 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). Recuperado 24 junio 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., y 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.
- Subcomisión de Trabajo Social Sociosanitario. (2016). *Guia de diagnòstics socials en l'àmbit de la salut*. Consorcio de Salut y Social de Catalunya. Recuperado 24 junio 2021, de http://www.consorci.org/media/upload/pdf/guia_diagnosticssocials_csc_1463063642.pdf
- Treball Social Sanitari ICS. (2020, febrer 9). Sistemes de registre de l'atenció del treball social en el sistema sanitari [Entrada blog]. Wordpress. Recuperado 24 junio 2021, de <https://treballsocialsanitariics.wordpress.com/2020/02/09/sistemes-de-registre-de-latencio-del-treball-social-en-el-sistema-sanitari/>