

ACUERDO DE 12 DE ABRIL DE 2018 DE LA MESA SECTORIAL DE SANIDAD SOBRE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD



Reunidos en Madrid el 12 de abril de 2018, por una parte, la Administración Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud y por otra, los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial, CCOO, SATSE, CSIT-UNIÓN PROFESIONAL, AMYTS y U.G.T., llegan al siguiente Acuerdo, en relación a la organización de las Unidades de Trabajo Social en el Servicio Madrileño de Salud

ACUERDO

- 
1. Suscribir el documento que a continuación se transcribe, que es el resultado de los estudios y valoraciones realizados en el seno del grupo de trabajo de la Mesa sectorial sobre organización de las Unidades de Trabajo Social en el Servicio Madrileño de Salud:

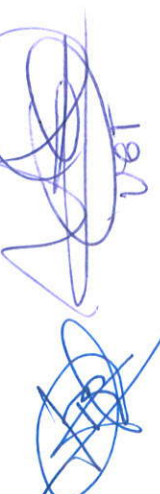
ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

INTRODUCCION.-



La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid reconoce y positiviza el derecho de los ciudadanos a recibir una atención integral en salud, en todos los ámbitos asistenciales, según recoge la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, se propone con este documento una nueva propuesta de estructura orgánica y funcional de los Servicios de Trabajo Social en Salud, adaptado a los cambios normativos, a las exigencias de los ciudadanos y a los compromisos adquiridos por la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid para que se hagan efectivos esos derechos.

Se trata con esta propuesta de participar activamente en el marco de la organización sanitaria, contemplada en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Plan de calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.



Se plantea una propuesta de estructura organizativa y funcional de las Unidades de Trabajo Social más operativa en estos momentos y que permite avanzar en las líneas estratégicas fundamentales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid entre las que se encuentran la atención al *paciente crónico y complejo* y la *coordinación sociosanitaria*, así como la perspectiva de *garantía, defensa de los derechos y participación de los pacientes como ciudadanos en el proceso de atención, tan vinculado a la esencia misma del trabajo social*.

Acorde con la evolución de dicho concepto y de nuestro Sistema Nacional de Salud, el trabajo social en ámbito sanitario tiene como marco conceptual el concepto integral de salud, la continuidad del proceso asistencial, el trabajo en equipo y/o coordinación con el resto de profesionales, así como en la importancia cada vez más creciente de la coordinación sociosanitaria.

El Trabajo Social, como disciplina de las ciencias sociales, tiene por objeto el estudio y transformación de una realidad social. Debe realizarse respetando los principios profesionales básicos de autonomía, aceptación, confidencialidad y actitud exenta de juicios, y utilizando las técnicas propias del Trabajo Social.

La estructura organizativa y funcional de las Unidades de Trabajo Social debe ser, por tanto, acorde con las líneas de actuación marcadas por la Comunidad de Madrid y las diferentes Estrategias y Planes en vigor de la Comunidad de Madrid.

Así, se plantea y facilita el desarrollo de estructuras organizativas que permitan que las Unidades de Trabajo Social:

- Faciliten el continuo asistencial entre los distintos ámbitos y niveles de intervención.
- Potencien y garanticen la atención integral de los pacientes.
- Recojan la transversalidad y la especificidad del Trabajo Social en salud, al mismo tiempo que el trabajo interdisciplinar en salud.
- Sean acordes con la prioridad de la coordinación sociosanitaria en todos los procesos asistenciales.
- Permitan hacer más visibles el desarrollo de las distintas estrategias y planes que tiene en marcha la Comunidad de Madrid u otros que se organicen desde la Consejería de Sanidad, teniendo una definición clara del concepto de transversalidad y la importancia de ésta.
- Contribuyan a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, la optimización de recursos y la calidad asistencial.

Por todo ello y, siguiendo el marco de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, debemos buscar una estructura organizativa del Trabajo Social Sanitario que tenga:

- Orientación del Sistema Sanitario al ciudadano.
- Mejorar las prestaciones sanitarias, tanto en sus aspectos de gestión como en las condiciones de acceso y una mejora en la interacción con los servicios.
- Mayor racionalización de la actividad sanitaria; una mayor eficacia de las actuaciones del Trabajo Social y participación de los profesionales en las decisiones de la organización.
- Favorecer y potenciar la interrelación entre las instituciones sanitarias y las instituciones sociales.

2. MARCO LEGISLATIVO Y PROGRAMÁTICO

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), tiene como objeto hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, previsto en el artículo 43 de la Constitución Española. En concreto sus artículos 16 y 60 determinan lo siguiente:

“Artículo 16. Asistencia Sanitaria.

La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

- a) La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo a la atención sociosanitaria.*
- b) La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias.”*

“Artículo 60. Fines.

2. El Servicio Madrileño de Salud contará con una organización adecuada que permita:

- a) La atención integral de la salud del individuo, comprensiva tanto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como de las acciones curativas y rehabilitadoras necesarias, que colabore en la reinserción social, en el ámbito de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.”*

Con el mismo objetivo, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece en su artículo 6 *“las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas, entre otras cuestiones, a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población y a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente”*. En estos momentos esa mención a la *“reinserción social del paciente”* dentro del proceso de salud-enfermedad-atención es fundamental, las realidades sociales se han hecho más complejas y la organización de los procesos asistenciales también. La relación de la salud con los factores sociales que la determinan es un elemento clave que debe concretarse también en las estructuras de trabajo que nos planteamos como profesionales del Trabajo Social en el ámbito sanitario.

La *“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”* menciona que:

- “La intervención social es clave con el fin de mantener a estos pacientes en las mejores condiciones posibles, procurándoles a ellos y a su entorno el soporte social adecuado en cada situación. Los y las profesionales de Trabajo Social Sanitario son responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a otros recursos socio-sanitarios”. Este papel fundamental tiene que estar sustentado en una estructura organizativa estable de los servicios, coordinada,*

consensuada, flexible y transversal a todo el proceso de atención a los pacientes. Intentando ir más allá y pensar el trabajo social hospitalario y la coordinación sociosanitaria como un continuo en todo proceso de salud-enfermedad-atención.

- *"Adecuar las estructuras físicas y organizativas de los sistemas sanitarios y sociales, adaptándolas a las necesidades de la población y eliminando o minimizando las barreras de tipo geográfico, temporal, económico y cultural que dificultan el acceso a dichos sistemas."*
- Recomendaciones:
 - Se debe: *"Garantizar la valoración integral (biomédica, psicológica, funcional y social) y multidisciplinar de las necesidades de los pacientes, con especial énfasis en la valoración de la red de apoyo socio familiar"*.
 - Para mejorar la continuidad asistencial plantea: *"Establecer medidas que garanticen que los profesionales de Trabajo Social Sanitario pueden desarrollar sus funciones de prevención y promoción de la salud, valoración de las necesidades sociales de los pacientes y personas cuidadoras, planificación de la intervención social y optimización de recursos, en los niveles individual, familiar, grupal y comunitario"*
- *"En la actualidad, la necesidad de mejorar todos los aspectos de la continuidad asistencial condiciona la atención a las personas con condiciones crónicas de salud, sobre todo en el caso de personas que se encuentran en situación de dependencia, siendo necesario desarrollar instrumentos y cauces de coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria y los servicios sociales con el objetivo de lograr, de forma progresiva, una atención integral a los problemas de salud. A este respecto es preciso destacar que los trabajadores sociales sanitarios constituyen el nexo de unión entre los servicios sociales y sanitarios que propicia una atención social compartida, potenciando el enfoque y la participación comunitaria."*

3- LINEAS DE ACTUACION DIRECTA DEL TRABAJO SOCIAL CON EL CIUDADANO

Con carácter general, el Trabajo Social debe contemplar unas prestaciones básicas, con una oferta homogénea en todos los centros. Puede, además, incluir programas de Intervención Sociosanitaria que proporcionen a los servicios básicos un nivel de mayor especialización. Cada centro deberá adecuar su oferta a las necesidades de la población comprendida dentro de su zona básica de actuación. La incorporación de prestaciones adicionales requerirá la correspondiente acreditación de la demanda y la consecuente aprobación de la Unidad de Trabajo Social de Área y del Responsable del Centro Asistencial.

Como marco de referencia se plantea utilizar el documento elaborado por la sociedad científica de Trabajo Social en salud (Asociación Española de Trabajo Social y Salud): "Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario". AETS y S. Zaragoza 2017. ISBN 978-87-697-7594-3.

Las prestaciones de Trabajo Social se realizarán en los siguientes niveles de actuación:

a) Individual-familiar

Diseñar junto a la persona/familia un plan de intervención una vez identificada la necesidad social, que permita afrontar individualmente los conflictos que interfieran en la dinámica personal y/o familiar. Se realiza un seguimiento y una evaluación de demandas y resultados del proceso asistencial. Engloba las actuaciones preventivas, asistenciales y de coordinación que se desarrollan mediante cinco servicios básicos:

- Valoración, información y orientación. En la asistencia integral dentro de la Red de Centros Sanitarios de la Comunidad de Madrid, es fundamental desarrollar las acciones necesarias para que el ciudadano pueda conocer y acceder a todos aquellos recursos disponibles en la comunidad.
- Diagnóstico y tratamiento social. Se debe precisar la situación sociofamiliar del paciente, las carencias derivadas de su problema de salud, investigando los factores causales que inciden en el proceso salud-enfermedad, integrando el diagnóstico social alcanzado en la historia clínica del paciente, así como el tratamiento social a seguir ante los problemas y/o dificultades que se desencadenan o se derivan del proceso.
- Soporte psicosocial. Ante la pérdida de salud se genera una situación de dificultad que necesitará del soporte y el apoyo profesional a lo largo del Proceso, facilitando la comunicación entre paciente, familia y el equipo Asistencial y determinando si la problemática puede ser tratada por el Servicio de Trabajo Social, o precisa de otras intervenciones profesionales.
- Gestión de acceso a recursos. Una vez establecido el diagnóstico y tratamiento social, existen situaciones en las que se hace necesario activar recursos sociales y comunitarios que garanticen la rehabilitación e integración del ciudadano en su entorno.
- Coordinación con servicios y programas sociales y sanitarios. La actividad asistencial desarrollada hace necesario que exista una comunicación entre los diferentes servicios y ámbitos de actuación, para garantizar una eficiencia y una continuidad de cuidados en el proceso asistencial. Estableciendo protocolos de actuación y derivación entre profesionales de otras instituciones.

b) Grupal

Implica intervenciones profesionales con grupos de personas afectadas directa o indirectamente de una determinada problemática de salud, que han sido previamente valoradas y diagnosticadas de forma individual y que se les ha prescrito tratamiento grupal. Comparten experiencias y desarrollan habilidades y recursos personales, esperando alcanzar los cambios de actitud en relación a una determinada situación de salud.

Son necesarios como elementos interdependientes en este proceso: la participación, la información y la formación. Será realizada una evaluación final, donde se valorará la situación en las esferas personales, familiar y social de cada uno de los participantes.

Los grupos se formarán dependiendo de las demandas de cada momento, pudiendo ser:

- Grupos socio-educativos
- Ayuda mutua
- Terapéuticos
- Otros.

c) Comunitario

Se incluyen todas las actuaciones profesionales que van dirigidas a posibilitar y favorecer el protagonismo de la población en el proceso de salud-enfermedad, a través de un mayor acercamiento y sensibilización a sus necesidades, consiguiendo una mejora en el nivel de salud de la comunidad. En concreto el Trabajador Social realizará las siguientes actuaciones:

- Promover, apoyar y fomentar grupos de ayuda mutua.
- Potenciar el asociacionismo y apoyo técnico al tejido asociativo en el campo de la salud.
- Promocionar y participar en actividades de prevención o concienciación comunitaria: campañas divulgativas, educación para la salud en colectivos específicos, etc.
- Potenciar el voluntariado, organizar y coordinar los proyectos.
- Coordinar y potenciar los recursos de apoyo social: centros de día, clubes de pacientes, pisos tutelados, equipos de apoyo domiciliario, etc.

La actividad a desarrollar en la Unidad de Trabajo Social, se vinculará a la Cartera de Servicios establecida en los distintos ámbitos de actuación, siguiendo la metodología específica en la intervención social.

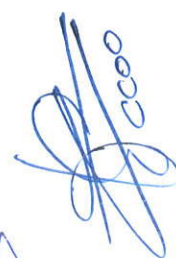
4. LINEAS DE PARTICIPACION INSTITUCIONAL

a) Intrainstitucional

- Informar y asesorar a los órganos de dirección en materia social y asuntos relacionados con los aspectos sociales de la salud en el área sanitaria de referencia.
- Participar en comisiones y juntas existentes y/o de nueva creación, que impliquen, por la temática tratada, la necesidad de la presencia del Trabajador Social con el objetivo de aportar los factores sociales que concurren en la atención integral del paciente.

b) Extrainstitucional

En la atención integral del paciente y/o familia, objetivo prioritario de la Unidad de Trabajo Social, se hace necesario establecer cauces de participación en distintas instancias tanto sanitarias como sociales, que forman la red de apoyo encargada de conseguir la integración de la persona en su entorno social. Con carácter general el trabajador social participará en:

- 
- Niveles Asistenciales Sanitarios: Equipos de Atención Primaria, de Atención hospitalaria, Salud Mental, Centros de Apoyo y otros recursos asistenciales.
 - Servicios Sociales del Área de referencia: Básicos o de Atención Social Primaria y Especializadas.
 - Órganos de participación institucional de la Comunidad: Consejos de Salud, Consejos Municipales. Consejos de Área, etc.
 - Organismos públicos y privados: coordinadoras de Salud, Organizaciones no Gubernamentales, Asociaciones, etc.

c) Formación y/o Docencia



La Unidad de Trabajo Social tiene, como otra actividad la formación continuada y especializada de los miembros que componen sus equipos, justificado por varios motivos:

- La evolución del Trabajo Social.
- El desarrollo de su actividad con problemas complejos que requieren habilidades y conocimientos especializados.
- Las exigencias de las demandas institucionales.
- La formación es un proceso siempre inacabado.



Asimismo, colaborarán en la formación de alumnos de Trabajo Social o de aquellos otros profesionales o alumnos que lo requieran y/o soliciten, en situación de pregrado y postgrado.

d) Investigación

Realizarán tareas de investigación en temas sociales, cuyo objetivo concreto sea obtener resultados que aporten mejoras en el desarrollo de su trabajo y en la calidad de atención percibida por el ciudadano, como son:

- 
- Evaluación de la actividad profesional.
 - Proyectos de Investigación Social.
 - Participación en Investigación Interdisciplinar.

e) Coordinación

Las necesidades sociales y sanitarias son a menudo concluyentes, por lo que se hace imprescindible establecer una coordinación entre las instituciones de carácter social y sanitario en el área de población atendida. Las bases que fundamentan lo señalado son:

Informar a los profesionales del equipo multidisciplinar de los recursos existentes.

- 
- Establecer canales de interconsulta entre el sistema sanitario y en los dispositivos sociales.
 - Tratar de obtener una adecuada asignación de recursos, en función de la situación del ciudadano.
 - Establecer protocolos de actuación, derivación y seguimiento del proceso asistencial, en el Área Sanitaria y en otras instituciones de carácter social.
 - Evaluar los resultados obtenidos.
 - Planificar programas y proyectos coordinados.

5.- CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJADORES SOCIALES

La Dirección General creó un grupo de trabajo integrado por Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial y profesionales de la categoría de Trabajadores Sociales, con los siguientes objetivos a tratar por parte del grupo de trabajo:

- Definir la dependencia orgánica del colectivo de Trabajadores Sociales
- Jerarquización de los Trabajadores Sociales
- Definir la plantilla horizonte dependiendo de ratios homogéneos

Se han realizado reuniones sucesivas en las que se acordó como método de trabajo deslindar tres ámbitos de análisis, Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Salud Mental y valorar como indicadores los siguientes:

Atención Hospitalaria:

- Nº de camas (promedio anual de camas funcionantes).
- Población de referencia
- Crónicos complejos con nivel de intervención alta.

Salud Mental:

- Población de referencia.
- Nº de programas específicos

Atención Primaria:

- Población de referencia
- Dispersión geográfica.

6.- CONCLUSIONES GENERALES.-

a) Organización de las Unidades de Trabajo Social.

En la actualidad la organización orgánica y funcional de los Trabajadores Sociales es variable y obedece a modelos organizativos propios de los Centros asistenciales, entendiendo que la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en su artículo 16, establece que: *"La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo a la atención socio-sanitaria"* y en su art. 60 regula: *"El Servicio Madrileño de Salud contará con una organización adecuada que permita: La atención integral de la salud del individuo, tanto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como de las acciones curativas y rehabilitadoras necesarias, que inciden en la reinserción social"*.

La creación de unidades organizativas de la actividad a desarrollar por los Trabajadores Sociales, se efectuará con la siguiente estructura:

b) Dependencia orgánica de los Trabajadores Sociales:

- Dependencia orgánica del Gerente del Centro.

c) Jerarquización:

- Creación de una Coordinación de las Unidades de Trabajo Social, dependiente de la Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria.
- Creación de una Jefatura de Servicio para los Centros hospitalarios del Grupo 1 y un puesto de Jefatura de Sección en el resto de los Centros de Atención Hospitalaria.
- Creación de una Jefatura de Servicio para el área Única de Atención Primaria y una Jefatura de Sección por cada Dirección Asistencial de Atención Primaria.

d) Plantilla horizonte, según ratios y ámbitos de actuación:

- *Atención Hospitalaria*

Indicadores en función de la tipología del Centro:

- Hospitales pertenecientes a los Grupos 1,2 y 3, hospitales monográficos, Psiquiátricos y Hospital Niño Jesús.: El cálculo se hará con 1 Trabajador Social por 70 camas.
- Resto de Hospitales: La Fuenfria, Guadarrama, Virgen de la Poveda, Santa Cristina y Cruz Roja: El cálculo se hará con 1 Trabajador Social por 50 camas.
- Se utilizará un índice corrector poblacional, considerando el promedio del conjunto de Atención Hospitalaria, por crónicos complejos con nivel de intervención alta.
- Se regula un Índice corrector según Programas Específicos: los actuales programas Específicos están dotados y, por tanto, no modifican los datos globales analizados, por lo que se propondrá dotar con un Trabajador Social, por cada programa específico nuevo, orientado a la protección social, definido por el Servicio Madrileño de Salud.

Resaltar que los Centros asistenciales monográficos, cuentan con una definición de equipo multidisciplinar en determinadas Unidades Asistenciales. La dotación inicial de estas Unidades se tendrá en consideración para el cómputo de plantilla horizonte.

- *Salud Mental.*

Se dotará a cada Centro de Salud Mental con 2 Trabajadores Sociales siempre que éste cuente con una Unidad Infanto-juvenil.

Para la asignación de nuevos efectivos, se considerarán de forma diferenciada, los Centros monográficos, el Hospital Niño Jesús y los Centros Psiquiátricos; para ello deberá tenerse en cuenta otros ítems más relevantes de su actividad asistencial, orientada a la población de referencia infantil y de salud mental del adulto.

- *Atención Primaria.*

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores poblacionales:

- Indicador poblacional general, tomando como referencia para el cálculo, 45.000 habitantes sobre la población de referencia.
- Índice corrector poblacional por pacientes crónicos complejos con nivel de intervención alta, referido a 15.000 habitantes.
- Indicador de Dispersión geográfica.
- Los ESAPD contarán con un Trabajador Social por cada equipo.

7.- RESULTADO.-

Partiendo de los datos actuales, (recursos humanos, dotación estructural de la atención sanitaria, población de referencia, estado de salud de la población asistida, así como la dispersión de la población), se comparan los datos actuales con lo que resultaría de la aplicación de los indicadores propuestos.

a) *Organización y composición de las Unidades de Trabajo Social:*

- Se creará en los servicios centrales del SERMAS la figura del Coordinador de las Unidades de Trabajo Social, cuya designación recaerá en un trabajador social, que dependerá de la Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria.
- La composición de la estructura organizativa de la Unidad de Trabajo Social en los hospitales será la siguiente:
 - Hospitales del grupo 1: un Jefe de Servicio cuya designación recaerá en un Trabajador Social.
 - Resto de los Hospitales: un Jefe de Sección, cuya designación recaerá en un Trabajador Social.
 - Las unidades de trabajo social dependerán del Director Gerente del Centro hospitalario
- En Atención Primaria la composición de la estructura organizativa será la siguiente:
 - Se creará en el Área Única un Jefe de Servicio cuya designación recaerá en un Trabajador Social que dependerá de la Gerencia Asistencia de Atención Primaria
 - En cada una de las siete Direcciones Asistenciales se creará un Jefe de Sección cuya designación recaerá en profesionales de la categoría de Trabajador Social que dependerán de la Dirección Asistencial correspondiente.
- Recursos Humanos a incorporar:
 - Hospitalaria: Trabajador Social, 47
 - Primaria: Trabajador Social, 66

b) Reordenación de efectivos

Conforme a los datos de efectivos a 31 de diciembre del 2017 de los centros estudiados, se ha detectado la existencia de profesionales que prestan servicios en otros centros diferentes a los de origen. Por ello en el momento en el que se efectuó la plantilla horizonte se procederá a reordenar esta situación.

c) Coste

El coste con cuotas, para dotar el total de Trabajadores Sociales para el conjunto del Servicio Madrileño de Salud se cifra en 3.771.286,49 €

d) Implantación

El informe resultante de las conclusiones alcanzadas en el Grupo de Trabajo, ha de mantenerse como un estudio de necesidades, quedando la implantación de los nuevos recursos pendientes de las disponibilidades presupuestarias existentes en cada ejercicio presupuestario.

POR LA ADMINISTRACIÓN



POR LAS ORGANIZACIONES SINDICALES

CCOO.



SATSE

CSIT UNION PROFESIONAL



AMYTS



UGT

