

La intervención social comunitaria desde el Ámbito Hospitalario: opinión de los Trabajadores Sociales Sanitarios y análisis de experiencias

(Modalidad: Investigación)

Agustina Hervás de la Torre

Trabajadora Social. Jefa de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.
Presidenta de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud

Resumen

El objetivo de este trabajo ha sido conocer como se enmarcan las actividades de participación comunitaria realizadas en los hospitales andaluces, a través de las opiniones de profesionales del Trabajo Social Sanitario sobre su desempeño profesional en la intervención comunitaria y desde el trabajo social comunitario, así como mediante el análisis de las experiencias que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha definido como buenas practicas de participación en hospitales en 2015.

Para ello se ha preguntado a las trabajadoras sociales sanitarias (TSS) sobre las intervenciones comunitarias que realizan desde el hospital y sobre las actividades de participación que se realizan en el mismo en función del plan de participación que se establece en el contrato programa con el SAS. Además mediante el análisis de las experiencias de buenas practicas de participación en 2015, se ha podido saber también el encuadre dentro de la intervención comunitaria, de la participación que fomenta el SAS en los hospitales.

Palabras clave

Trabajo social sanitario. Trabajo social comunitario en hospital. Participación comunitaria hospitalaria. Participación ciudadana. Intervención social comunitaria.

Abstract

The objective of this work has been to know how the community participation activities carried out in the hospitals are framed, through the opinions of professionals of the Social Health Work about their professional performance in the community intervention and from the community social work, as well as through the analysis of the experiences that the Andalusian Health Service (SAS) has defined as good practices of participation in hospitals in 2015.

To this end, the social health workers (TSS) have been asked about the community interventions that they carry out from the hospital and about the participation activities that take place in the same according to the participation plan that is established in the contract program with the SAS. In addition, through the analysis of the

experiences of good participation practices in 2015, it has also been possible to know the framework within the community intervention, of the participation that SAS promotes in hospitals.

Key words

Social health work. Community social work in hospital. Community hospital participation. Citizen participation. Community social intervention.

Introducción

En un estudio de 2011 (Hervás de la Torre 2011) sobre la implicación del Trabajo Social Sanitario en los planes de participación ciudadana, que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) comenzaba a incorporar entre sus objetivos, se analizaban diferentes proyectos de participación comunitaria que fueron presentados en la Escuela Andaluza de Salud Pública en las “Jornadas de Participación en el Sistema Sanitario Público Andaluz”, celebradas en noviembre de 2008 en Granada. El trabajo pretendía definir si realmente se hacía una verdadera participación comunitaria o por el contrario, lo que se planteaba desde el SAS, eran actividades realizadas por los profesionales del sistema sanitario en la comunidad. Esta hipótesis fue confirmada mediante el análisis de aquellos proyectos en función del cumplimiento de las características, que para Participación Comunitaria, definía la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ruiz –Giménez 2005).

En el estudio se veía que las necesidades que se planteaban como necesidades de la comunidad no eran sentidas por esta, sino que más bien eran necesidades del sistema sanitario, por tanto los objetivos de los proyectos eran propuestos por el sistema de salud y las actividades para cumplir estos objetivos eran lideradas por los profesionales de dicho sistema. Esas actividades se centraban principalmente en información para la educación y promoción de la salud, y el grado en que la comunidad participaba era de mera información y consulta, no había negociación ni toma de decisiones por parte de la misma.

Una de las cuestiones que se observó durante el análisis, fue que en los programas realizados había poca participación de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as (TTSSSS) en general, con una diferencia entre los programas desarrollados en atención primaria y los desarrollados en hospitales. En los primeros sí existía en buena medida participación de los TTSSSS, mientras que en los últimos no había participación de dichos profesionales, de esta manera se vislumbraba otro posible estudio que pudiera responder o explicar esta situación.

A lo largo de estos años el SAS continúa potenciando los programas de participación comunitaria y los ha incluido en los objetivos a conseguir por los diferentes centros sanitarios, e incluso ha decretado normativas sobre cómo debe hacerse efectiva la participación de los ciudadanos.

La participación de la población en las cuestiones que atañen a su bienestar, no es cuestión novedosa para el Trabajo Social, como veremos en la justificación del estudio. La par-

ticipación social es un elemento básico de nuestra profesión y necesario para el desarrollo del método de Trabajo Social Comunitario (TSC) en el contexto de la intervención social comunitaria, intervención que también se aplica desde el ámbito sanitario.

En este estudio se reflexiona sobre esta cuestión, nos hemos planteado tres hipótesis que podrían ser confirmadas mediante el análisis de las opiniones de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de hospital, obtenidas estas tras la contestación de un cuestionario elaborado para tal fin. Y mediante el análisis de las experiencias de participación que en el año 2015 el SAS definió como buenas prácticas de participación en hospitales.

En los resultados se podrán observar los niveles de acción en participación que alcanzan las experiencias y las actividades consideradas por los TTSSSS como actividades propias del TSC, así como la diferencia entre este TSC y la participación definida por la institución sanitaria.

A continuación veremos el marco teórico que sustenta la intervención comunitaria desde la disciplina del TSC, que mediante la participación de la población pretende lograr el desarrollo de la comunidad donde se interviene. También podremos ver las recomendaciones de los organismos internacionales sobre la importancia de la participación de la población en todos los aspectos relativos a su salud y las normativas que a este respecto define el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

1. Justificación y marco teórico referencial

Es bien conocida la importancia de la gobernanza como un elemento en la construcción de salud colectiva, potenciando con ello el protagonismo de la sociedad en el desarrollo y definición de políticas de salud (Sánchez Bursón 2012). El IV Plan Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía 2013 propone además de una “gobernanza vertical”, una “gobernanza horizontal” coordinando las acciones intersectoriales con objetivos compartidos de salud con otros sectores y aquí es donde se incluyen los ciudadanos y las organizaciones que los representan. Además este mismo Plan afirma que la transparencia en las actuaciones de la Administración Pública es una exigencia de una sociedad en continuo desarrollo. La transparencia es un valor que facilita el avance democrático, por su parte la participación de la ciudadanía persigue, entre otros objetivos, facilitar la evaluación de las políticas públicas. La mayor participación ciudadana y el reconocimiento de sus derechos es un elemento de calidad para el Sistema Sanitario.

Por tanto la participación de los ciudadanos en todo aquello que afecta a la salud es de plena actualidad y de ahí la pertinencia del estudio que se presenta, teniendo en cuenta además que los/as Trabajadores/as Sociales Sanitarios/as somos profesionales expertos en el trabajo con las comunidades y la movilización de las mismas mediante la participación comunitaria.

El SAS está haciendo una gran apuesta por la participación de la población, pero consideramos que no se tiene en cuenta que la participación de la población, la participación comunitaria, debe formar parte de una estrategia de intervención comunitaria integrada en la comunidad, cuestión indiscutible cuando se aplica e impulsa dicha participación desde la metodología del Trabajo Social Comunitario.

En los comienzos de esta estrategia de participación en el sistema de salud andaluz, veíamos que la participación se circunscribía a actividades de información para promoción de la salud, donde la participación de TTSSSS de hospital era escasa. Consideramos pertinente estudiar la situación actual, conocer cómo se implanta la estrategia a nivel hospitalario y qué participación tienen los/as TTSSSS de este nivel de atención, puesto que el sistema sanitario andaluz continua considerando la participación como un tema de prioridad. Pero para ello es preciso conocer la intervención comunitaria y la participación comunitaria desde los inicios del Trabajo Social y el Trabajo Social Comunitario en Salud, así como la situación de la participación comunitaria en salud en Andalucía.

1.1. Trabajo Social Comunitario: método de intervención comunitaria desde el trabajo social sanitario.

Como afirman Rocabayera y Rodríguez (2016) los conceptos de comunidad y trabajo comunitario son previos al Trabajo Social como disciplina profesional. Pero no debemos dudar de que los/as trabajadores/as sociales hemos sido los profesionales pioneros en realizar intervenciones comunitarias, datarlas y sistematizarlas, y sobre ellas se ha creado un cuerpo teórico. Un cuerpo teórico aplicable desde todos los ámbitos de la intervención social.

Es interesante realizar un breve recorrido histórico de la intervención social comunitaria, para entender el método de TSC como un todo. Las personas enfermas y sanas viven en la comunidad y la participación en todo aquello que atañe a sus vidas y bienestar puede venir apoyado desde los diferentes ámbitos de la intervención social, que tiene como fin el desarrollo de esa comunidad.

Lo que las pioneras del Trabajo Social denominaban “Organización de la Comunidad” y en la actualidad es el TSC, es una metodología de trabajo de nuestra profesión donde la intervención comunitaria, a través de la participación comunitaria, lleva al desarrollo de la comunidad. Con este recorrido podremos entender como este método de intervención requiere de la participación de la comunidad y es un método aplicable a los diferentes ámbitos de intervención en los que se sitúa el trabajador/a social, por tanto también en el Trabajo Social realizado en los sistemas de salud.

Con la industrialización a lo largo del S.XIX surge un proceso acelerado de urbanización en las ciudades y una proliferación de barrios que concentran todas las características de la marginalidad. Para mejorar las condiciones sociales de estos vecinos surgen los centros sociales que tienen como objetivo la integración social y en los que comienzan a intervenir las trabajadoras sociales de la época.

En Inglaterra, uno de los primeros países en sufrir los efectos de la industrialización, se crea en 1840 la Sociedad de organización de la Caridad, (COS) que aglutina las diferentes organizaciones de filántropos del momento y surgen los Settlement House (Miranda Aranda 2004) donde realizan sus intervenciones las trabajadoras sociales que propagan el sentido de la responsabilidad colectiva.

Desde Europa estas experiencias pasan a EEUU donde se crea la primera COS en 1877 y el Trabajo Social se estructura como disciplina profesional, trabajando desde lo individual a lo comunitario. Jame Addams (2014), trabajadora social, fundadora de la Escuela de So-

ciología de Chicago y Premio Nobel de la Paz en 1931, tras su viaje por Europa funda los Hull House en 1889 en Chicago, a semejanza de los Settlements londinenses, establece una línea de trabajo por la que es considerada pionera en la intervención social grupal y comunitaria. Entendía que los problemas sociales eran consecuencia de las condiciones sociales y que las desigualdades sociales eran responsabilidad del Estado. Las actividades de Hull House formaban parte de un gran plan de desarrollo comunitario, basado en el conocimiento previo y la investigación de las condiciones sociales de la comunidad.

Estos fueron los comienzos de la **intervención comunitaria**, (en aquellos días “organización de la comunidad”) desde la disciplina del Trabajo Social. Este método de acción de las trabajadoras sociales dio como resultado la creación de los “Consejos locales para el bienestar de la comunidad” en Norteamérica, para la cooperación entre los grupos de la comunidad y la coordinación entre diferentes agencias de ayuda (Aguilar Idáñez 2001).

El **Trabajo Social Comunitario** fue reconocido como método propio de la profesión de Trabajo Social en la Conferencia Nacional de Servicio Social de EEUU en 1947 (Hervás 2011) y en 1962 la NASW (Asociación Nacional de Trabajo Social, EEUU) sintetizó los objetivos específicos del método de organización de la comunidad o TSC en tres grandes cuestiones (Lillo y Roselló 2004):

1. Proporcionar a la comunidad o sectores de la misma, la oportunidad de movilizar sus recursos para resolver o prevenir problemas sociales.
2. Proporcionar medios de interacción entre diferentes sectores de la comunidad.
3. Proporcionar a la comunidad un servicio de planificación del bienestar mediante el desarrollo y realización de planes de bienestar, influjo en las políticas de bienestar y otras políticas públicas y financiación adecuada.

La intervención social en el ámbito comunitario desde el Trabajo Social, o sea el Trabajo Social Comunitario, tiene como fin el **desarrollo comunitario**. En 1955 Naciones Unidas publica el primer documento sobre desarrollo de la comunidad, definiendo este como “*un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con participación activa de esta, y la mayor confianza posible en su iniciativa.*” (Aguilar Idáñez 2001)

En 1956 un grupo de expertos de Naciones Unidas elaboró un documento titulado Desarrollo de la Comunidad y Servicios Conexos (entre servicios conexos están los servicios de salud), que ha sido considerado como la Carta Magna del Desarrollo de la Comunidad. En él aparece la primera definición oficial de desarrollo de la comunidad como: “*los procesos en los que se unen los esfuerzos de una población con los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrando éstas en la vida del país y permitiéndoles contribuir plenamente al progreso nacional*”.

Si analizamos estas dos definiciones sobre desarrollo comunitario, en ambas encontramos inmersos los objetivos que la NASW en 1962 definió para el TSC. En el primer objetivo la NASW habla de proporcionar a la comunidad oportunidad de movilizar sus propios recursos, esto solo se consigue con la participación de la comunidad como dice la definición de la ONU sobre desarrollo comunitario. En cuanto al objetivo de proporcionar a la comunidad la realización de planes de bienestar de influencia en las políticas públicas, está en perfecta

concordancia con la propuesta de la Carta Magna del Desarrollo de la Comunidad de dicho Organismo. Por tanto el desarrollo comunitario es el fin último de la intervención comunitaria desde el TSC.

Marco Marchioni, trabajador social, experto en TSC e impulsor del mismo en nuestro país a partir de la década de los 60 del siglo pasado, plantea como postulados básicos del Trabajo Social Comunitario:

1. que nunca se podrá hacer un verdadero cambio si no es a través de las personas interesadas
2. el ritmo del desarrollo no puede ser impuesto desde el exterior (en Lillo y Roselló 2004).

Esto nos lleva a entender la **participación social** como un elemento básico del TSC, que como hemos mencionado tiene como principio el desarrollo comunitario.

Con respecto a la participación, Marchioni considera que el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman, sino en ofertar a la población oportunidades reales de participar (en función de su realidad) en las decisiones, ofertar medidas organizativas y programas que ellos mismos consideren importantes, útiles y necesarios. La función de los técnicos no es otra que ayudar a la población a organizarse, utilizando los recursos existentes y valorando la creación y búsqueda de otros nuevos. El proceso participativo tiene que fomentar, crear o reforzar la organización social (en Hervás 2011).

Enrique Pastor y M^a Paz Alonso (2012) afirman que la participación es un valor estratégico y transversal en las competencias del Trabajo Social y que la forma de gestionar la oferta de oportunidades de participación es inherente a esta actividad profesional.

Podemos afirmar entonces que el TSC es un método de intervención de la disciplina de Trabajo Social y que la participación social es un elemento básico de este modelo de intervención, que tiene como finalidad el desarrollo de la comunidad. Pero el desarrollo comunitario es un proceso que implica todas las áreas de la vida del ser humano y de la comunidad donde se asienta, también el área de la salud. A continuación veremos las recomendaciones de los organismos internacionales sobre la participación en salud para el desarrollo de la comunidad.

1.2. La intervención comunitaria y la participación social desde el ámbito sanitario.

Como venimos diciendo la participación social es el elemento básico de la intervención comunitaria para el Trabajo Social, pero ¿por qué hemos de fomentar la participación desde el ámbito sanitario? Para responder a esta pregunta vamos a fijarnos en dos definiciones de salud.

La primera es de Gol (1977, en Aguilar 2015) y dice que salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa. La segunda es de Amartya Sen y dice que la salud es una vía de promoción de la libertad y la equidad de las personas y los grupos sociales que viven en una sociedad dada. Aguilar (2015) afirma que de estas definiciones se desprende una actitud participativa y una responsabilidad en el propio proceso de salud y en su orga-

nización comunitaria. De manera que podemos hablar de un nexo de unión entre salud y participación comunitaria.

Por otra parte diferentes organismos internacionales recomiendan el fomento de la participación comunitaria, así la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1981 definió la participación comunitaria como “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar en el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo” (en Hervás 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se hace eco de las recomendaciones de Naciones Unidas y comienza a desarrollar el concepto de participación comunitaria en salud a partir de los años setenta del siglo pasado. Con la estrategia de “Salud para todos” la OMS en 1987 (en Aguilar 2001) consolida dicho concepto. Con esta estrategia se pretendía reducir las desigualdades, mejorar la salud y la calidad de vida de las poblaciones, para hacer frente así a la crisis económica y del sistema sanitario tradicional. Esta estrategia se basaba en:

- a) la orientación hacia la promoción de la salud
- b) el desarrollo de la atención primaria y
- c) la participación comunitaria.

La OMS (1987) definía la promoción de la salud como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Definía la participación comunitaria como el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario. Y define la atención primaria como el espacio adecuado para el desarrollo de la promoción de la salud y la participación comunitaria dentro de una concepción integral de esta.

Los expertos de la OMS consideraron que el modelo centrado en la enfermedad y hospitalocéntrico, no era capaz de intervenir eficazmente en los determinantes de salud que vienen dados por el envejecimiento de la población, la degradación del medio ambiente, los cambios en el estilo de vida o el incremento de la pobreza y la exclusión social y centraron la estrategia de participación en el desarrollo de la atención primaria de salud.

Está claro que la intervención sobre las causas sociales de la desigualdad no corresponde al sistema sanitario, pero este sí puede identificar esas desigualdades así como los problemas de salud que causan, establecer prioridades y motivar a la comunidad para que se movilice en la exigencia de soluciones mediante actuaciones gubernamentales. Para ello se necesitan actuaciones integrales e integradas, de naturaleza política, económica, sanitaria, educativa y medioambiental, además del compromiso y colaboración de la comunidad y los grupos afectados (Hervás 2011).

En nuestro país la atención primaria se implanta con la publicación del Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud (1984), su desarrollo se ha visto plagado de obstáculos, podríamos hablar de resistencias profesionales pero sobre todo de falta de interés político. En estos más de treinta años han existido muchos vaivenes, la dotación de pro-

fesionales es variopinta pero las líneas de actuación no han cambiado, la promoción de la salud y la participación comunitaria continúan siendo prioritarias.

En la actualidad en el ámbito sanitario se habla de participación comunitaria y participación ciudadana de manera indistinta, aunque creemos que ambas acciones implican agentes y objetivos diferentes. En cuanto a la participación ciudadana es necesario definirla en función del concepto de ciudadano, que como nos dice el Consejo de Europa es aquella persona que tiene derechos y obligaciones en una sociedad democrática. Por tanto la participación ciudadana es una participación en actividades públicas que tiene por objeto proteger y conseguir derechos. Por ello Aguilar (2015) afirma que la participación ciudadana en el gobierno de la salud tiene que ser un derecho fundamental. Consideramos entonces que la participación ciudadana en salud está orientada a conseguir derechos en salud y a proteger los existentes.

La misma autora define la participación comunitaria en función de la consideración de comunidad como "agregación social o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios y desarrollan un sentimiento de pertenencia". Por tanto la participación comunitaria es el proceso social por el cual esos grupos específicos de población, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, toman decisiones y establecen mecanismos para atenderlos. Estas necesidades, problemas o centros de interés pueden estar relacionados con la salud, por lo que la participación comunitaria también puede y debe darse en el ámbito sanitario.

Podríamos entender entonces que la participación social que lleva implícita la intervención comunitaria en salud puede tener dos líneas, participación ciudadana y participación comunitaria. La primera para conseguir derechos en salud y la segunda para tomar decisiones y establecer mecanismos que solucionen problemas o necesidades de salud.

Aguilar en el XII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, celebrado en Madrid en mayo de 2015, preguntaba ¿es posible realizar un Trabajo Social Sanitario si no se promueve la participación comunitaria y la co-responsabilización en la toma de decisiones que afectan a la salud de las personas? Ella lanzaba la pregunta al auditorio y consideramos que la respuesta debe ser negativa, no es posible realizar Trabajo Social Sanitario sin hacer participación comunitaria, sin implementar el método de TSC por tanto.

Asumimos entonces que la participación social, en las dos vertientes descritas, participación ciudadana y participación comunitaria, es un elemento del TSC y que este método de intervención se realiza también desde el Trabajo Social Sanitario, por tanto el trabajador/a social sanitario/a tiene que fomentar y activar la participación social desde el sistema sanitario.

Dado que los expertos de la OMS pretendían cambiar el modelo centrado en la enfermedad y hospitalocéntrico, por su incapacidad de intervenir eficazmente en los determinantes de salud, no consideran la posibilidad de fomentar la participación comunitaria desde los centros hospitalarios, aunque si existen profesionales de Trabajo Social Sanitario en los hospitales y los métodos de intervención de estos no se diferencian de los realizados en otros ámbitos de atención a la salud, por ello pensamos que estos profesionales también fomentan o pueden fomentar la participación social desde el ámbito hospitalario.

Para Rocabayera y Rodríguez (2016) la intervención social en salud que conlleva la participación social, debe tener una visión trasversal, una mirada sistémica/ ecológica y entender que los tres métodos de Trabajo Social, individual, grupal y comunitario se retroalimentan y la atención social de los pacientes y usuarios del sistema sanitario puede ir de lo individual a lo comunitario, pasando por el grupo, del grupo a la comunidad o a la atención individual, o también solo una de ellas.

Todo depende de los objetivos de la intervención, de las potencialidades favorecedoras para ello y de las necesidades identificadas.

Las autoras continúan diciendo que la intervención comunitaria desde el Trabajo Social Sanitario debe tener en cuenta tres visiones:

- Visión estratégica ecológica de las circunstancias y los procesos de actuación.
- Visión estratégica participativa de todos los implicados.
- Visión estratégica trasversal en el desarrollo de los procesos.

Con la aplicación de estas tres visiones a la hora de aplicar el método, se podrán desarrollar las funciones de prevención, rehabilitación y promoción de la salud.

Por todo lo expuesto afianzamos que la participación social es un elemento básico del TSC también en salud, de manera que uno de los objetivos de la intervención comunitaria en salud debe ser potenciar la participación activa de la comunidad de referencia, con la finalidad de conseguir mayores niveles de salud en la misma. Mediante la participación comunitaria, el trabajador/a social sanitario/a implica a la comunidad en la resolución y potenciación de todos los aspectos que tengan que ver con la salud y la enfermedad de la población.

Veamos a continuación como se contempla la participación de la población en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

1.3. La situación de la participación comunitaria en salud en Andalucía.

En Andalucía hace 18 años comenzó a implantarse el modelo de Gestión Clínica como estrategia para mejorar la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema. Según este modelo las Unidades de Gestión Clínica (UGC) desarrollan sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados, de la eficacia, efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. Este modelo de gestión implica un proceso de cesión de poder, de autonomía, de desempeño profesional mediante el control de resultados, y con ello se mejora la accesibilidad a los servicios, las demoras, los indicadores de actividad asistencial, la eficiencia en la prestación sanitaria y la continuidad asistencial. Pero este modelo debe ser mejorable entre otros aspectos, en la participación ciudadana, así lo consideran los informes técnicos del SAS de 2015 (SAS 2015).

Consideramos que es un modelo totalmente clínico asistencial y que no tiene para nada en cuenta las indicaciones comunitarias de los organismos internacionales que venimos

comentando, ni las actividades comunitarias que desde la implementación de la atención primaria, allá por 1986, venían desarrollándose. Aun así este modelo se ha desarrollado ampliamente en el sistema sanitario andaluz, inicialmente en el ámbito hospitalario y posteriormente en atención primaria, con la publicación del Decreto 197/2007, de 3 de julio de organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria en el ámbito del SAS (2007).

Mediante este decreto los profesionales de Trabajo Social Sanitario de la Atención Primaria dejan de formar parte de la UGC de atención primaria y se adscriben a ella como dispositivos de apoyo. Estas unidades de gestión clínica desarrollan sus actividades como decíamos en el párrafo inicial, aunque el decreto anterior les otorga en un apéndice funciones de promoción y prevención.

Paralelamente a la implantación de la gestión clínica, desde el año 2008 en el Contrato Programa del SAS con todos sus centros (atención primaria y hospitalaria), uno de los objetivos que marca es la participación ciudadana y cada centro debe tener un Plan de Participación, sin obedecer a directrices específicas en cuanto a contenido. A partir de 2009 además del plan de participación, debe formarse una Comisión de Participación por centro. En los primeros momentos no se definen bien esas comisiones, solo se estructura que debe constituirse una comisión por centro y estará formada por representantes de las asociaciones de pacientes, de las asociaciones de consumidores, el responsable de participación ciudadana del centro y miembros del equipo directivo. Su objetivo es la transparencia y la corresponsabilidad para el ciudadano y el servicio sanitario, con la función de incorporar la perspectiva del ciudadano a las decisiones que se toman en el centro.

Estos contratos programas se sustentan en el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud 2010-2013 (Consejería de Salud) y a partir de 2010 deben crearse comisiones de participación en cada unidad de gestión clínica con sus asociaciones de pacientes de referencia. O sea, que en los distritos sanitarios, como forman una UGC, deben tener una comisión de participación y como estas unidades son generalistas, las asociaciones de pacientes pueden ser diversas. Pero en los hospitales donde existen diversidad de UGC, por ejemplo, de cirugía torácica, de obstetricia, de cardiología, de traumatología, de pediatría... cada una de ellas debe tener una comisión de participación en la que esté representada la asociación de pacientes que le corresponda por especialidad.

En el año 2012 mediante una resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS 2012), se regula la participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del SAS, de aplicación en hospitales, distritos de atención primaria y áreas de gestión sanitaria. De esta manera se normativiza e instrumentaliza la participación en todo el sistema sanitario andaluz. Tal vez esta es la forma de paliar el fracaso de los consejos de salud y el aspecto deficitario que tiene la gestión clínica en dicho tema.

El objetivo de la resolución es la participación real y efectiva de los ciudadanos en el sistema sanitario, donde puedan trasladar a los profesionales sus problemas de salud, se detecten áreas de mejora y se diseñen actuaciones conjuntas. Para ello cada unidad de gestión clínica constituirá una Comisión de Participación Ciudadana que se reunirá tres veces al año, al menos, realizarán el plan de participación y en diciembre de cada año evaluarán dicho plan y los objetivos de gestión de la UGC.

La comisión estará compuesta por un presidente, que será el director de la UGC, los vocales serán los cargos intermedios de la UGC y habrá dos vocalías de pleno derecho desempeñadas por dos personas (hombre y mujer), seleccionadas de manera aleatoria mediante sorteo público, de entre las personas mayores de edad de la población asignada a cada centro sanitario. Esto significa que en los hospitales, cuya población es la de varios distritos sanitarios, podría darse el caso que una persona fuera elegida a la vez para formar parte de la comisión de su distrito y de una de las comisiones del hospital. El sorteo de selección de los ciudadanos se realizó mediante las indicaciones de la Instrucción 0118/12 de 14 de mayo de 2012 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS.

Pero de esta forma se impone la participación y los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, como profesionales expertos en la intervención comunitaria sabemos que así no se consigue la participación. Todas estas maniobras orquestadas para hacer visible la participación de las personas y de las organizaciones que las representan han fracasado. La participación no se impone por decreto ni se toca por sorteo.

La resolución SA 0149/14 de 6 de octubre de 2014 (SAS 2014) derogó la anterior resolución de 2012 sobre participación y en febrero de 2015, mediante la resolución SA 0015/15 de 4 de febrero, se publica otra normativa sobre participación en el SAS, con base en el IV Plan Andaluz de Salud (Junta de Andalucía 2013). Esta nueva resolución establece los siguientes objetivos para la participación ciudadana: evaluación de los resultados asistenciales, diseño de la organización de los servicios, asistencia por parte de pacientes expertos, formación de pacientes, participación en actividades de promoción y prevención y apoyo a las actividades del centro a través del voluntariado.

Además se define la creación de una Comisión de Participación de Centro que desarrollara el Plan de Participación. Las diferentes asociaciones de pacientes se relacionaran con las UGC y las acciones de voluntariado se realizan mediante la firma de acuerdos.

Esta es la normativa que debe cumplir todo centro sanitario del sistema de salud en Andalucía, la población tiene que participar porque está recogido en los objetivos del contrato programa de cada centro sanitario. Y ¿quién es el responsable de cumplir este objetivo? El SAS marca que serán los departamentos de Atención a la Ciudadanía.

En el año 2013 el SAS edita una Guía metodológica para elaboración de planes de participación. En esta guía se toma como referencia el modelo de participación que propone la OCDE y que identifica tres modelos de participación:

- **Modelo de Información.** Por el que las instituciones públicas difunden, por iniciativa propia, informaciones sobre elaboración de las políticas, o bien los ciudadanos/as obtienen información a partir de su propia demanda. En ambos casos, el flujo de informaciones está orientado esencialmente en una sola dirección que va de las instituciones públicas hacia los ciudadanos/as. Se trata de una relación unidireccional. Ejemplo, información colgada en webs institucionales.
- **Modelo de Consulta.** En el que las instituciones públicas demandan y reciben respuestas de la ciudadanía sobre la elaboración de políticas públicas. Para obtenerlas, las instituciones públicas definen de qué interlocutores desean recibir una opinión, así como los puntos precisos sobre los cuales opinar. Para que esto sea posible, tam-

bién es necesario informar previamente a la ciudadanía sobre estos puntos. En esas condiciones, la consulta crea una relación bidireccional limitada entre instituciones públicas y ciudadanía. Ejemplo, las encuestas de opinión pública y satisfacción.

- **Modelo de Participación Activa.** Modelo en el que la ciudadanía participa activa y directamente en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas públicas. La participación activa se refiere a que los mismos ciudadanos/as jueguen un rol en la elaboración de políticas públicas; por ejemplo, proponiendo alternativas. Sin embargo, tanto la de definición de una política como la decisión final sigue siendo responsabilidad del gobierno o del ente público competente. Se crea una relación bidireccional entre las instituciones públicas y la ciudadanía, que se fundamenta en el principio de coparticipación.

En función de estos modelos propuestos por la OCDE, el Servicio Andaluz de Salud establece dos modelos propios. El primero está vinculado a la **promoción de la salud**, en el sentido de reforzar la acción comunitaria y potenciar la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Siempre entendiendo la participación de la ciudadanía desde una óptica activa y no pasiva como mera receptora de actividades de promoción y decisiones tomadas por otros/as. En esta afirmación coincide con la afirmación de M. Marchioni sobre la participación: “el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman” (en Hervás 2011).

El segundo modelo está ligado a la **gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas**. Un marco donde la ciudadanía es primer referente del gobierno, copártcipe y responsable del mismo. Significa que la toma de decisiones, la organización y prestación de servicios, las normas, leyes y reglamentos que se dictan, deben de llevarse a cabo pensando en la ciudadanía y dándole participación, voz, capacidad de interlocución, así como de censura y voto.

En función de estos dos modelos, esta guía concluye el abordaje de la participación en el SAS desde una doble perspectiva:

1. La participación basada en un **modelo comunitario** a través de actividades de promoción y educación para la salud.
2. La **participación individual**, yo diría **participación ciudadana** (Hervás 2011), directa basada en los principios de Gobierno Abierto y en la transparencia, la gobernanza y la rendición de cuentas.

Estos dos modelos propuestos por el SAS pueden tener cierto paralelismo con la idea de participación social que lleva implícita la intervención comunitaria en salud desde el TSC, que como se decía anteriormente, tiene dos líneas: la participación ciudadana y participación comunitaria. La primera para conseguir derechos en salud, que desde el SAS se basa en la transparencia, la gobernanza y la rendición de cuentas. Y la segunda para tomar decisiones y establecer mecanismos que solucionen problemas o necesidades de salud, que corresponde al modelo comunitario con actividades de promoción y educación que define el SAS.

Podemos afirmar entonces que la participación social es el elemento básico del TSC, que la participación comunitaria es el valor estratégico y transversal en las competencias del Trabajo Social y por tanto del Trabajo Social Sanitario.

Esta participación es impuesta por la gerencia sanitaria desde los departamentos de atención a la ciudadanía a los que, en algunos casos, están adscritas las Unidades de Trabajo Social.

En los centros de atención primaria, por lo general, son los profesionales de Trabajo Social Sanitario los que dentro de su intervención social comunitaria fomentan la participación de la comunidad e incluyen a todo el equipo sanitario en dichas actividades. Pero ¿que ocurre en los hospitales?

Esta pregunta nos ha llevado a plantear las siguientes hipótesis y objetivos de este estudio.

2. Hipótesis y objetivos

En esta investigación esperamos conocer qué ocurre con la participación social en los hospitales, qué ocurre con el TSC y como es su relación con la participación comunitaria que ha normativizado la institución sanitaria en Andalucía. Esperamos conocerlo con la respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Realizan los/as trabajadores/as sociales sanitario/as en los hospitales Trabajo Social Comunitario y no lo consideran como tal?
2. ¿Se realizan en los hospitales actividades de participación comunitaria que tienen marco en el Trabajo Social Comunitario, pero que al no ser lideradas por los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, no se consideran como Trabajo Social Comunitario?
3. ¿Se realizan en los hospitales actividades que se enmarcan dentro de participación ciudadana pero que no cumplen con las características de la participación, y deberían considerarse en tal caso actividades para realizar con colectivos ciudadanos al no ser demandadas ni diseñadas por ellos?

El objetivo general es conocer como se enmarcan las actividades de participación realizadas en los hospitales, a través de las opiniones de profesionales del TSS sobre su desempeño profesional ante la intervención comunitaria y el análisis de las experiencias que el SAS ha definido como buenas practicas de participación en hospitales en 2015.

Los objetivos específicos son:

1. Conocer las intervenciones comunitarias que realizan los TSS desde el ámbito hospitalario.
2. Identificar y caracterizar las actividades de participación ciudadana llevadas a cabo en los hospitales y si están enmarcadas en relación al Trabajo Social Comunitario.
3. Conocer si las actividades realizadas desde la participación ciudadana y calificadas como buenas practicas responden a las necesidades de los grupos comunitarios.

Para dar respuesta a estas hipótesis hemos planteado la siguiente metodológica en el estudio.

3. Metodología

Se realiza una investigación cualitativa con un diseño de estudio descriptivo y un enfoque teórico fenomenológico.

3.1. Población de estudio

La población de estudio está compuesta por dos grupos de sujetos. El primer grupo son 10 unidades de Trabajo Social Sanitario de 10 hospitales andaluces. Esta población ha sido seleccionada mediante un muestreo intencionado opinático por el que se eligieron las ocho unidades de Trabajo Social Sanitario de los ocho hospitales cabecera de provincia de Andalucía y las dos unidades de los hospitales provinciales de Sevilla capital, debido a que esas unidades son las más numerosas en cuanto a profesionales de Trabajo Social y existen más probabilidades de realizar intervención social comunitaria.

El segundo grupo está formado por 13 experiencias de participación calificadas por el SAS como “Buenas prácticas de participación en hospitales en 2015”.

3.2. Procedimiento de recogida de datos

Tenemos dos fuentes de datos, los obtenidos de las 10 unidades de Trabajo Social Sanitario, que constituyen datos de fuentes primarias, y datos de fuentes secundarias que corresponden al análisis de las experiencias de participación definidas como buenas prácticas por el SAS.

El procedimiento para la recogida de datos obtenidos de las fuentes primarias se ha realizado mediante el análisis de un cuestionario (Anexo 1), de elaboración propia, que se ha enviado vía correo electrónico a las Unidades de Trabajo Social de los hospitales de Andalucía seleccionados. En cada unidad se ha identificado una profesional de referencia que ha contestado el cuestionario en nombre de toda la unidad y ha remitido la contestación también por correo electrónico. Previamente al envío del cuestionario se hizo un contacto telefónico con la Unidad de Trabajo Social, se explicó la finalidad del estudio y se definió la trabajadora social sanitaria de referencia para aportar los datos y enviar la respuesta, aunque las respuestas corresponden al trabajo en equipo de cada unidad.

En la recogida de datos no ha habido respuesta por parte de una de las unidades de un hospital cabecera de provincia y se ha incluido otro hospital provincial de otra provincia andaluza con las mismas características. Contamos por tanto con la información de 10 unidades de Trabajo Social Sanitario, siendo 7 de ellos hospitales cabecera de provincia situados en la capital y tres hospitales provinciales situados dos de ellos en la capital y uno en un municipio de provincia.

Es importante señalar que en la presentación del cuestionario se insistió expresamente que el TSC es diferente a la utilización de las organizaciones comunitarias como recursos en sí mismas, que forman parte del plan de intervención social diseñado para la atención del paciente y la familia.

En cuanto a los datos obtenidos de fuentes secundarias, el procedimiento se ha realizado mediante la revisión y análisis de las experiencias de participación que se realizan en

diferentes hospitales de la comunidad autónoma y que han sido definidas por el SAS como “Buenas Prácticas de Participación Ciudadana en Atención Hospitalaria” en el año 2015, contando con un total de 13 experiencias.

3.3. Proceso de elaboración y análisis del cuestionario.

El cuestionario es de elaboración propia (ver anexo 1), consta de 13 preguntas sobre la investigación y tres preguntas sobre datos demográficos de la persona referente de la Unidad de Trabajo Social que responde en nombre de dicha unidad, además de una introducción explicativa sobre la investigación y el objetivo de la misma.

Doce de las preguntas son cerradas y dos de ellas llevan una segunda parte abierta. Una pregunta tiene respuesta mediante escala de 1 a 5.

Las preguntas se han estructurado en 3 bloques que dan respuesta a dos de los tres objetivos de investigación planteados. El primer bloque tiene 4 preguntas relacionadas con la implementación del método de TSC en el hospital, que cumple con el objetivo de conocer las intervenciones comunitarias que realizan los TTSSSS. El segundo bloque está referido a las actividades de participación que se realizan en el hospital y si estas están referidas al TSC, consta de 5 preguntas y con ellas se consigue cumplir el objetivo que pretende identificar y caracterizar las actividades de participación ciudadana llevadas a cabo en el hospital en relación con el TSC. El tercer bloque tiene otras 4 preguntas y está referido a las características que tienen las actividades de participación que se realizan en el hospital, en función de la normativa vigente, y quien las lidera, también esta en relación con el segundo objetivo.

Las respuestas a los cuestionarios han sido analizadas mediante una tabla de Excel.

3.4. Proceso de análisis de las Experiencias de Buenas Prácticas de Participación Ciudadana en Atención Hospitalaria.

En el año 2015 el SAS ha seleccionado 13 experiencias de participación a las que ha denominado “Buenas prácticas de participación ciudadana en atención hospitalaria”. El análisis de estas experiencias pretende dar respuesta al tercer objetivo planteado en esta investigación, que hace referencia al conocimiento de las actividades realizadas desde la participación ciudadana y su relación con las necesidades de los grupos de la comunidad. Para el análisis de estas experiencias nos hemos centrado en las recomendaciones que realiza el SAS sobre la participación ciudadana en la Guía metodológica para elaboración de planes de participación 2013 (SAS 2013).

La mencionada guía define los contenidos que deben tener los planes de participación y sus actividades deben estar ligadas a los cuatro niveles de acción que establece:

1. Acciones de información a la ciudadanía.
2. Acciones de consulta/ colaboración ciudadana, participación activa
3. Acciones de promoción de la salud/ educación para la salud

4. Acciones de mejora de la accesibilidad y la satisfacción del ciudadano/a.

Con respecto a las primeras actividades, *acciones de información*, considera que la información no es participación propiamente dicha, pero es un requisito para hacer efectivos los procesos de participación ciudadana. La información se relaciona tanto con resultados asistenciales, derechos y deberes de la ciudadanía en el SSPA (Sistema Sanitario Público de Andalucía), procedimientos, visión integral de la salud, procesos participativos, coste de los servicios sanitarios, etc. La información, asimismo, se encuentra muy relacionada con la transparencia y la rendición de cuentas, pues un sistema que no ofrece una información veraz y dinámica no puede ser transparente. Como ejemplos acción cita: celebrar día de puertas abiertas, emitir comunicados de prensa, organizar eventos y exposiciones, editar publicaciones y folletos, informar a través de Tics...

El segundo nivel de actividades, *consulta/ colaboración, participación activa*, implica capacidad de permeabilidad hacia las opiniones, necesidades y expectativas de la ciudadanía a través de los diversos medios disponibles y los que se puedan crear a través de las nuevas tecnologías. Implica, asimismo, un hacer conjunto tanto con la ciudadanía individual, como con la organizada, con los diferentes movimientos sociales y otras instituciones ajenas al sistema sanitario. Se trata de buscar sinergias y promover un trabajo en red con los diferentes actores del territorio. Como ejemplos de acciones propone: realización de las encuestas de satisfacción sobre temas concretos, sondeos de opinión, asambleas, talleres y conferencias consultivas, comisiones tripartitas...

En el tercer nivel, *promoción y educación para la salud*, es donde el sistema tiene una participación activa de la ciudadanía y de la comunidad como elemento estratégico fundamental. Las actuaciones en esta línea permiten promocionar un estilo de vida saludable, reforzar la salud pública, incidir en determinantes en salud, promover la alfabetización en salud de la población más vulnerable y fomentar la responsabilidad personal en salud. En este nivel se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las actividades y va mas allá de la mera información. Con ello se refuerza la idea de M. Marchioni, “el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman” (en Hervás 2011).

Por ultimo el cuarto nivel de actividades, *mejora de la satisfacción de la ciudadanía*, trata de mejorar la calidad de forma participada respecto a las siguientes dimensiones: satisfacción general, infraestructura, sistema organizativo, trato, respeto y personalización en la atención, así como otras áreas que puedan determinarse. Esta dimensión incorpora ahora los planes de mejora que antes se trabajaban de forma independiente a pesar de ser aspectos íntimamente relacionados.

El análisis que se realiza de las 13 experiencias definidas como buenas practicas de participación en 2015, se basa en estos cuatro niveles para poder identificar que experiencias pertenecen a cada uno.

Además se contabiliza también el tipo de hospital donde se realiza la práctica, diferenciándolos para este estudio en cuatro tipos: hospital denominado cabecera de provincia, esto son, hospitales situados en las capitales de provincia. Hospitales provinciales, situados en grandes municipios de la provincia. Hospitales de alta resolución, son hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o si-

tuados en áreas con gran crecimiento poblacional que potencian la consulta en acto único y la cirugía sin ingreso. Y por último hospitales concertados, son hospitales de titularidad particular con los que el SAS concierta servicios.

Se ha tenido en cuenta también el año en que comienza la práctica, quien es el responsable de la misma, colectivo al que va dirigida la actividad, colectivos que intervienen en el desarrollo de las mismas y si ha habido consenso con la ciudadanía para su diseño e implementación.

Se realiza un análisis descriptivo de cada experiencia. (Ver anexo 3)

4. Análisis de resultados

4.1. Análisis de resultados de las fuentes primarias (Cuestionario) (Ver anexo 2)

De las 10 unidades de Trabajo Social Sanitario que forman la población de este estudio, 7 pertenecen a hospitales cabecera de provincia y 3 a hospitales provinciales. Todas las responsables del cuestionario son mujeres. Sus características sobre edad y años de experiencia laboral se detallan en la tabla nº 1.

La mayoría de las referentes tienen entre 40 y 60 años, solo hay una que es menor de 30 años y en cuanto a la experiencia laboral la mayoría tiene una dilatada experiencia siendo esta superior a los 25 años.

La primera pregunta del cuestionario se refiere a si desde el ámbito de atención hospitalaria se puede hacer intervención comunitaria (IC). Solo ha habido una respuesta negativa y el por qué de ello lo justifica con el argumento de que: “la actividad asistencial es pesada y no pueden realizar este tipo de intervención”. El resto de unidades de TS hospitalario (9) responden afirmativamente, considerando que es una actividad importante, que los/as pacientes viven en la comunidad y por tanto la UTS no pueden estar al margen de lo que ocurre en ella, además el hospital forma parte de la comunidad y no puede estar aislado. También opinan que con la IC se corresponsabiliza al/la paciente de su salud y desde el Trabajo Social Individual se llega al TSC y se detectan necesidades de la comunidad.

La segunda pregunta interroga sobre cuáles de las intervenciones comunitarias que se enumeran están enmarcadas dentro del TSC en salud. Por unanimidad responden que todas lo están. Las respuestas: conocer el mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital (el estudio y conocimiento de la comunidad del que hablaba Jame Addams), trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario, promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria y trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad, son consideradas como actividades que forman parte del TSC en salud desde un hospital.

En la tercera pregunta, y hablando de las mismas intervenciones comunitarias que se definían para la pregunta número 2, se les pide que señalen cuáles de ellas realizan en su hospital (Ver tabla nº 2, anexo 2). El resultado total suma más de 10 porque se pueden hacer varias intervenciones a la vez. Hay 2 hospitales que realizan todas las intervenciones y 3 que no realiza ninguna de ellas. El trabajo con asociaciones para promover programas

de aplicación al ámbito hospitalario es la intervención que realizan más de la mitad de los encuestados (7 en total), seguida del conocimiento del mapa de activos comunitarios de salud, la promoción de grupos de voluntariado para la realización de programas hospitalarios y el trabajo con organizaciones donde el hospital sale a la comunidad.

En relación al tiempo que llevan realizando esas actividades (pregunta 4), podemos ver en la tabla nº 3 que de los 7 hospitales que realizan intervenciones comunitarias, 4 lo hacen desde hace más de diez años. Solo hay uno que lleva haciéndolo entre dos y cinco años y ninguno lleva menos de 2 años haciéndolas. La normativa del SAS que regula la participación ciudadana se fecha en 2012 (Consejería de Salud. Contrato programa Consejería de Salud SAS 2010-2013) y la puesta en marcha se comenzó eficazmente a partir de 2013, de manera que las actividades de TSC son anteriores a esta resolución.

En la pregunta 5 del cuestionario se preguntaba si conocían la línea de participación ciudadana propuesta por el SAS para los centros sanitarios. Todos los encuestados han respondido afirmativamente.

Respecto a la pregunta 6 (Ver tabla nº 4), se pedía que señalaran qué acciones de participación ciudadana se están llevando a cabo en su hospital. Las respuestas a esta pregunta suman más de 10 porque pueden realizar más de una acción a la vez. Ocho de los hospitales realizan las tres acciones, uno solo realiza comisiones de participación en las UGC y otro solo realiza la comisión de participación de centro y el plan de participación. Los hospitales realizan las tres actividades que marca la normativa del SAS para la participación: comisiones de participación de centro, comisiones de participación de UGC y planes de participación.

También se les pedía, en la pregunta 7, que enumeraran tres de las actividades de participación que promueven las comisiones de participación de su hospital. (Ver tabla nº 5)

Las respuestas que se han dado se han agrupado de la siguiente manera: Información, actividades para la mejora de la accesibilidad y la satisfacción, grupos de voluntariado y asociación de jubilados, fomentar la participación en programas institucionales, organización cesión de salas y celebración de días mundiales y escuela de pacientes.

Las actividades mayoritarias son las de información para asociaciones y pacientes mediante la organización de charlas o edición de dípticos. Seguidas de actividades de mejora tanto de la satisfacción de los usuarios, como mejora de la accesibilidad al centro (plan de discapacidad). Participación en programas institucionales como el fomento del “centro libre de humos”, el programa de teletraducción, o el de “red local de salud”.

En tres de los hospitales se ha fomentado un grupo de voluntarios y una asociación de profesionales jubilados. En dos de los casos las actividades de participación están relacionadas con la celebración de días mundiales de enfermedades (día de ELA, día de Parkinson...) y la cesión de salas para reuniones de asociaciones. Un hospital tiene una escuela de pacientes (esta directriz se introdujo en la última normativa de 2015) y solo una de las Unidades de Trabajo Social no sabe que actividades de participación se realizan en el hospital, puesto que dichas actividades las realiza un departamento específico (atención a la ciudadanía).

Sobre si trabajan en la línea de Participación Ciudadana de su hospital como unidad de Trabajo Social (pregunta 8), la respuesta más numerosa es el SI (6 centros).

En los 4 centros en los que la unidad de Trabajo Social Sanitaria no se incluye en la línea de participación establecida por el SAS afirman que es debido a que esa línea de actividad ha sido asignada a otro departamento y no las dejan participar, habiendo determinado profesionales únicamente para esta actividad.

En la pregunta 9 se les pedía que señalaran cuales de las intervenciones comunitarias que señalaron en la pregunta 3 forman parte de las actividades del plan de participación de su hospital (Ver tabla nº 6). El total suma mas de 10 porque pueden realizar varias actividades a la vez. Hay 5 Unidades de Trabajo Social Sanitario en las que las actividades de TSC que realizan no se incluyen dentro de las actividades de participación del SAS, esto puede estar en relación con la pregunta anterior, en las que hay unidades que no trabajan ni colaboran con el departamento que lleva la participación por expreso deseo de este último. En tres unidades el trabajo con las asociaciones y los programas de voluntariado si se incluyen dentro de las actividades de participación y en 2 todas las actividades de TSC forman parte de la línea de participación del centro.

Se les interrogaba (pregunta 10) sobre si las actividades de participación de su hospital corresponden a las necesidades expresadas por los colectivos y organizaciones comunitarios (tabla nº 7). En la mayoría de las actividades de participación que se realizan, la intervención de las organizaciones comunitarias es poca. En 6 de los casos pocas o ninguna de las actividades de participación han sido diseñadas por las organizaciones comunitarias en función de sus necesidades. En 4 hospitales si consideran que la mayoría de las actividades han sido diseñadas por ellos.

En la pregunta 11 se les aborda sobre si las líneas de participación ciudadana forman parte de la intervención comunitaria de la UTS. La mayoría (6 casos) responde negativamente, de manera que las actividades definidas de participación no forman parte de lo que la UTS considera intervención comunitaria. Esta respuesta está en relación con la respuesta de la pregunta nº 9, donde la mitad de los encuestados decían que las actividades que realizan en el marco del TSC no forman parte de la línea de participación.

En relación a la figura profesional responsable de la Participación Ciudadana de su hospital (pregunta 12), vemos las respuesta en la tabla nº 8.

Médicos/as y enfermeras/os son los profesionales responsables de los departamentos donde se planifica la línea de participación ciudadana. Solo en un caso la responsable es una trabajadora social.

Sobre los profesionales que trabajan en las actividades de Participación Ciudadana del hospital, que se preguntaba en la pregunta 13, son los profesionales de enfermería y trabajo social los que principalmente realizan actividades dentro de la línea de participación (tabla nº 9). Las trabajadoras sociales refieren que su participación es por su propia iniciativa e insistencia.

4.2. Análisis de resultados de las fuentes secundarias (Experiencias de “buenas practicas”) (Ver Anexo 3)

Las fuentes secundarias corresponden a las “Buenas practicas de participación ciudadana en atención hospitalaria” de 2015, donde el SAS ha seleccionado 13 experiencias de

las enviadas por los diferentes hospitales. En el análisis de cada experiencia se ha tenido en cuenta el año de comienzo, el profesional responsable de la misma, a quien va dirigida, quien desarrolla la actividad presentada, si la puesta en marcha ha sido consensuada con la comunidad y a que nivel de participación pertenece, en función de los cuatro niveles que define el SAS y que se explican en el apartado de metodología.

4.2.2. Descripción de las fuentes

A continuación se realiza una breve descripción de cada una de las experiencias seleccionadas por el SAS, para presentar posteriormente los resultados del análisis. (Todas las tablas sobre descripción de las fuentes secundarias, se encuentran en el Anexo 3)

Experiencia 1. (tabla nº 10)

Título: “Información y consejos de salud a través de códigos QR”.

Donde se realiza: Hospital cabecera provincia

Descripción: La ciudadanía cada vez requiere mas información sobre salud y la busca en las redes sociales, pero en muchas ocasiones se duda de la fiabilidad de dicha información. Desde la UCI pediátrica se ha elaborado un marca páginas con código QR que da acceso a páginas web con información adecuada y fiable relacionada con las patologías mas frecuentes como: fiebre, procesos respiratorios, digestivos, accidentes infantiles, vacunas, alimentación, etc. Este marca páginas se facilita a los padres al registrar sus datos en admisión. Además se ha instalado carcería informativa en las salas de espera de pediatría.

Nivel de participación- 1. Información

Es una actividad interesante como información, con ello se garantiza que la información sobre algunos procesos de salud sea adecuada y veraz. No hay participación de la población, es una actividad que se diseña para la población y no con ella.

Experiencia 2. (tabla nº 11)

Título: “Bookcrossing”

Donde se realiza: Hospital provincial

Descripción: El objetivo es acercar la lectura a los pacientes hospitalizados. Bookcrossing promueve la liberación desinteresada de libros en lugares accesibles, en este caso se hace en diferentes lugares del recinto hospitalario. Surge de un grupo de profesionales que ayudados por algunos voluntarios de dos asociaciones hacen circular los libros por todo el hospital

Nivel de participación. 4. Mejora de la satisfacción

La actividad es interesante como mejora de la estancia de pacientes y familias en el hospital. La participación de voluntarios se realiza para llevar a cabo la actividad, pero no se ha tenido en cuenta a la organización comunitaria como consultante de necesidades y expectativas.

Experiencia 3. (tabla nº 12)

Título: “Implicación de la ciudadanía en la mejora de la percepción de los tiempos de espera”

Donde se realiza: Hospital de Alta Resolución

Descripción: Tras la evaluación de las reclamaciones dirigidas al hospital, se consideró necesario trabajar sobre las reclamaciones efectuadas por los tiempos de espera en urgencias, con el grupo de profesionales y organizaciones comunitarias. Conjuntamente decidieron realizar una serie de acciones con el objetivo de informar a la población sobre la importancia del buen uso de las urgencias, los estados de enfermedad que se pueden presentar y la priorización de los mismos en urgencias y mejorar así el tiempo de espera y la disminución de las urgencias. Elaboraron un cartel informativo para poner en la sala de espera, en las pantallas de llamada de pacientes informaban sobre las diferentes prioridades y el tiempo de espera de cada una. Con los menores de una asociación hicieron charlas de información y los menores hicieron dibujos sobre ello, exponiendo los dibujos en los pasillos del hospital. Desde 2011 a 2014 han disminuido las reclamaciones por este tema un 34%.

Nivel de participación. 2. Colaboración y participación activa.

Es una actividad muy interesante que ha tenido en cuenta a las organizaciones comunitarias desde el primer momento. Los profesionales han detectado un problema a través del análisis de las reclamaciones, lo han puesto en conocimiento de la comisión de participación en la que están las organizaciones comunitarias, han identificado el problema como un problema de la comunidad y han diseñado una estrategia para solucionarlo. En la estrategia cada organización ha propuesto su implicación en función de su ámbito de acción.

Verdaderamente es una acción de participación comunitaria.

Experiencia 4. (Tabla nº 13)

Título: “El hospital orienta”

Donde se realiza: Hospital cabecera de provincia

Descripción: Actividad dirigida a los centros educativos de secundaria con objetivo de servir de orientación profesional para los alumnos. Durante una mañana se realiza una visita de distintos grupos de alumnos a diferentes unidades hospitalarias. En un primer momento los profesionales dan una conferencia sobre su actividad y después los alumnos visitan la unidad hospitalaria.

Nivel de participación. 1. Información

Esta experiencia tiene como punto de partida las diferentes visitas que se solicitan cada año a los hospitales, para que alumnos de diferentes grados conozcan las distintas áreas de actividad. La novedad es que han protocolizado las visitas y les han dado una uniformidad. Pero es una actividad donde no participa la comunidad.

Experiencia 5. (Tabla nº 14)

Título: “Plan acogida a pacientes hospitalizados”.

Donde se realiza: Hospital cabecera de provincia.

Descripción: Atención al paciente y su familia cuando ingresa en el centro y seguimiento en relación a su bienestar y confort durante su estancia. Informar a los padres de menores recién nacidos sobre los tramites de inscripción en el registro civil y la tramitación de la tarjeta sanitaria. El objetivo ultimo es conseguir un hospital mas humano.

Nivel de participación. 4. Mejora de la accesibilidad

Es una buena actividad para ayudar a pacientes y familias a ubicarse en un centro desconocido y que se sientan acompañados en el ingreso. El programa surge de una necesidad del centro hospitalario para reubicación a profesionales con informes de la unidad de riesgos laborales.

Experiencia 6. (tabla nº 15)

Título: “Voluntariado en Unidad de Medicina Intensiva”

Donde se realiza: Hospital cabecera de provincia.

Descripción: Actividad de voluntariado para acompañamiento a pacientes ingresados en medicina intensiva, realizada por voluntarios expacientes de dicha unidad. Los voluntarios son formados por los profesionales para realizar la actividad y ofrecer apoyo a los pacientes y a sus familiares y servir de nexo de unión entre ellos. El programa cuenta además de con los profesionales de la unidad, con una psicóloga clínica y una trabajadora social que dan soporte a los familiares en casos de pacientes de larga estancia o fallecimiento.

Nivel de participación. 2. Colaboración

Esta actividad de acompañamiento en UCI proporciona apoyo a pacientes y familias. Deriva de una necesidad sentida por población que ha vivido esa experiencia y quiere colaborar para que otros no sufran esa situación.

Experiencia 7. (Tabla nº 16)

Título: “Entorno mas amable: Cuidamos de ti, tu cuida de ellos”.

Donde se realiza: Hospital cabecera provincia.

Descripción: En la línea del SAS de apoyar a las personas cuidadoras, cuando un paciente ingresa en el hospital y se identifica a una cuidadora, se solicita tarjeta de cuidadora en el hospital y lo que ello conlleva: acceso a zona de descanso de cuidadoras, acceso a talleres y, al nuevo programa de actividades físicas acordado con una entidad para la realización de dichas actividades durante dos horas diarias con un precio acordado.

Nivel de participación. 4 Mejora de la atención.

Esta experiencia se enmarca dentro de las actividades que el sistema sanitario pone en marcha para mejorar la atención de las cuidadoras en general y durante el ingreso del pa-

ciente en particular. La posible dificultad en esta actividad es que la cuidadora tiene que salir fuera del centro hospitalario para realizarla, no sabemos a qué distancia está la entidad que proporciona las actividades deportivas y el tiempo que se tiene que invertir en el trayecto, por lo general los/as cuidadores/as no quieren separarse del paciente. Por otra parte, aunque se haya acordado un precio módico, a esto hay que añadirle los gastos que ya de por sí acarrea a la familia el hecho de una hospitalización. Son dificultades que habrá que valorar cuando se evalúe el programa, pues aún no han comenzado. No ha participado la población en su diseño, por lo que según la propuesta del sistema sanitario no puede considerarse como nivel 3 de participación, es una actividad de mejora en la atención a los cuidadores.

Experiencia 8. (Tabla nº 17)

Título: “Sistematización de quejas verbales como fuente de información y mejora continua”.

Donde se realiza: Hospital provincial

Descripción: Las reclamaciones realizadas por la vía reglamentaria son una pequeña parte de situaciones de mejora, pero es importante recoger aquellas quejas verbales que no se vehiculizan oficialmente. Por ello se propone la sistematización de la recogida de estas quejas verbales, implicando a los profesionales del servicio de atención a la ciudadanía y utilizando un aplicativo informático para el análisis, para posteriormente darles el mismo tratamiento resolutivo que a las efectuadas por vía habitual.

Nivel de participación. 4. Mejora

Buena actividad para recoger todas las reclamaciones y quejas. Existe un cauce oficial para ello, pero hay mucha población que no lo sigue, verbalmente si expresan su queja, pero cuando informas que debe hacerlo por escrito en un lugar determinado desisten de la acción, por tanto la sistematización de las quejas verbales es muy oportuno.

Experiencia 9. (Tabla nº 18)

Título: “ Cambiando hábitos de vida para mejorar nuestra salud”.

Donde se realiza: Hospital concertado

Descripción: Actividades enfocadas a la promoción de hábitos saludables en colaboración con asociaciones de la zona y alumnos del grado de Educación Física de la Universidad San Pablo CEU. Los facultativos han realizado actividades en los medios de comunicación locales, radio y TV. Junto con los alumnos de Educación Física han diseñado una ruta saludable en la comarca.

Nivel de participación. 3 Educación para la salud

Es un programa de educación para la salud llevado desde un centro sanitario en coordinación con organizaciones comunitarias. Lo novedoso es la implicación de los alumnos de educación física para promover y diseñar rutas saludables en la zona.

Experiencia 10. (Tabla nº 19)

Título: “Taller de apoyo psicosocial a cuidadoras de Unidad de Lesionados Medulares”.

Donde se realiza: Hospital concertado.

Descripción: La estancia media de los pacientes en esta unidad es de cinco meses, la labor de cuidar es solitaria y los cuidadores tienen que autocuidarse. La trabajadora social y la psicóloga del centro ponen en marcha el taller para apoyo de estas cuidadoras para disminuir la sobrecarga.

Nivel de participación. 4. Mejora de la atención

Es una experiencia de apoyo para cuidadoras/es. En este contexto es importante dado el largo periodo de hospitalización y las especiales características de los pacientes, pues son lesionados medulares, que pueden hacer más fácil una claudicación familiar. Es una actividad diseñada por los profesionales para la población y teniendo en cuenta las características anteriores, considero que es una actividad de mejora que el centro pone al servicio de los familiares cuidadores.

Experiencia 11. (Tabla nº 20)

Título: “Educación para la salud con mensajes saludables en cartas de citación de pacientes”.

Donde se realiza: Hospital provincial

Descripción: Incorporación de un texto con información sobre campañas de educación para la salud en las cartas de citación de los pacientes. Estos textos se hacen coincidir con la celebración de días sobre enfermedades, día mundial sin tabaco, día mundial lavado de manos, día mundial de la diabetes... El área de comunicación elabora los textos a incorporar y el servicio de atención ciudadana se encarga de incorporar el texto a las citaciones.

Nivel de participación. 1. Información

Una buena iniciativa aprovechando una actividad que ya se realiza, las citaciones. Es una iniciativa de los profesionales.

Experiencia 12. (Tabla nº 21)

Título: “Programa formativo, informativo para personas cuidadoras”.

Donde se realiza: Hospital alta resolución

Descripción: La experiencia pretende formar y hacer partícipe de la realización de los cuidados a la persona cuidadora, mediante un aprendizaje personalizado durante la estancia hospitalaria. Se pretende fomentar la autonomía de la persona cuidadora en la prestación de cuidados domiciliarios, aumentar los conocimientos, e incrementar el grado de satisfacción del cuidador.

Nivel de participación. 1. Información.

Es una actividad que debería realizarse siempre, los familiares no tienen que dejar la habitación cuando se le hacen curas o movilizaciones a los pacientes, si ellos están presentes

pueden aprender y continuar los cuidados en el domicilio con mas seguridad para ellos y el paciente. Es una actividad definida por los profesionales y teniendo en cuenta que para las actividades de educación para la salud “*se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las actividades, va mas allá de la mera información*”, esta actividad está en el nivel 1 de participación.

Experiencia 13. (Tabla nº 22)

Titulo: “II Jornada de divulgación médica ciudadana en cáncer de mama. El lenguaje de la mama. Doctor tengo un bulto en el pecho.”

Donde se realiza: Hospital alta resolución.

Descripción: Mesa redonda impartida por profesionales de la unidad de patología mamaria del hospital, para la información ciudadana. Difusión en los medios de comunicación locales.

Nivel de participación. 1. Información.

Es una actividad puntual de información sobre una patología, con difusión en medios de comunicación, pero sin participación de la población.

Teniendo en cuenta que para el nivel 3 de educación para la salud, el sistema afirma que “*se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las actividades, va mas allá de la mera información*”, considero que esta experiencia tendría el nivel 1 de participación.

4.2.3. Comparación de experiencias (Ver Anexo 4)

En función del tipo de hospital donde se realizan las experiencias, podemos ver (tabla nº 23) que de las 13 experiencias estudiadas, 5 se realizan en hospitales cabecera de provincia, esto son hospitales situados en las capitales de provincia. Tres de ellas se realizan en hospitales provinciales, situados en grandes municipios de la provincia. Otras 3 son llevadas a cabo en hospitales de alta resolución, son hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o situados en áreas con gran crecimiento poblacional, potencian la consulta en acto único y la cirugía sin ingreso. Dos son experiencias de un hospital concertado.

Con respecto al año de comienzo de las 13 actividades (tabla nº24) la mitad de las mismas comenzaron en 2014. Las experiencias números 7, 9 y 10 han comenzado en el mismo año de la publicación de las buenas practicas (2015). Dos de ellas comenzaron en el año 2013 y una en 2011. Solo hay una experiencia que tiene una larga trayectoria de casi 20 años, la referida al acompañamiento de los pacientes de UCI.

Prácticamente todas las experiencias presentadas, 11 concretamente, las números 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, y 13, tienen su comienzo a partir de la publicación de las normativas de participación y su inclusión en el contrato programa de los centros. Podríamos pensar que las actividades se realizan para cumplir los objetivos del contrato programa pactado.

Los profesionales responsables de las actividades de participación (tabla nº 25), en casi la mitad de las experiencias, corresponden a profesionales responsables de los servicios

de atención a la ciudadanía. Solo 2 actividades, la de apoyo a cuidadoras de lesionados medulares y la de mejora en la percepción de los tiempos de espera, son llevadas a cabo por trabajadoras sociales sanitarias. Cuatro son llevadas por enfermeros que desempeñan diferentes puestos. Las otras son dirigidas por un facultativo director de la unidad y por la responsable de comunicación que es periodista.

El que la mayoría de experiencias estén lideradas por el servicio de atención a la ciudadanía es entendible puesto que la institución es a este servicio a quien responsabiliza de la implementación y seguimiento de los objetivos de participación del centro.

En referencia al colectivo de población al que va dirigida la experiencia (tabla nº26), observamos que hay experiencias que van dirigidas a más de un colectivo, por ello la suma total es mayor de 13. Hay 3 experiencias que van dirigidas a la población general, 3 que van dirigidas a cuidadores/as, 5 dirigidas a pacientes, 5 dirigidas a familias, 1 dirigida a profesionales y otra a alumnos de secundaria.

En la tabla nº 25 veíamos qué profesional era responsable de las actividades, ahora veremos qué profesionales participan en la realización de las mismas. Las trece actividades (tabla nº 27) son realizadas por los diferentes profesionales del sistema sanitario, pero en 2 de ellas además intervienen voluntarios, en otras 2 intervienen asociaciones y en otra intervienen alumnos de la facultad.

El modelo comunitario al que hace referencia el SAS, basado en una participación a través de actividades de promoción y educación para la salud, lleva implícito que las actividades propuestas sean realizadas por los diferentes agentes que las han diseñado, cuestión que no ocurre en la mayoría de estas trece experiencias analizadas.

Otra de las cuestiones que lleva implícita el modelo comunitario que define el SAS, es que para la realización de las actividades de participación, es preciso que estas se diseñen en consenso con la población. De las 13 experiencias analizadas solo tres han sido consensuadas con la población de referencia, las diez restantes no lo han sido. En los 3 casos en los que si se ha contado con la población, hay que señalar que en uno de ellos la población se refiere a los pacientes afectados, y otro es liderado por una trabajadora social sanitaria. Recordemos que M. Marchioni dice que la participación no es ofertar actividades para que la población las consuma y esto es lo que parece que ocurre en estas prácticas. (tabla nº 28)

Pasamos a ver en que nivel de acción, de los cuatro definidos por el SAS, están las experiencias del estudio. (Tabla nº 29). Los niveles de acción alcanzados mayoritariamente son el 1, correspondiente a la información y el 4, correspondiente a actividades de mejora, tanto de la accesibilidad, como de la atención.

Solo en dos experiencias se realiza colaboración y participación activa entre el sistema sanitario y la comunidad, siendo la experiencia donde se realiza la participación activa la liderada por la trabajadora social sanitaria. Solamente hay una experiencia que cumple los requisitos del nivel definido para Educación y Promoción de la salud como modelo comunitario, en el que se garantiza la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de la actividad y por tanto no es una mera información.

Las experiencias analizadas para este estudio por haber sido definidas como buenas prácticas de participación en el año 2015, han sido dirigidas a diferentes colectivos como se

muestra en la tabla nº 26. Es importante relacionar el nivel de acción asignada a la experiencia y los colectivos a quien se dirigen (Tabla nº 30).

Las experiencias del nivel 1, información, se dirigen a todos los colectivos, excepto al colectivo de profesionales. Esto es normal puesto que se trata de actividades de información propiamente dichas. De igual manera ocurre con las actividades de nivel 4, mejora, que van dirigidas también a todos los colectivos excepto a la población general, se trata de actividades de mejora en el centro hospitalario de las que pueden beneficiarse los colectivos que por allí pasan, no la población en general.

Con respecto a las actividades de colaboración y participación activa van dirigidas a pacientes, familiares y población general, y las actividades de promoción y educación para la salud lo hacen a la población general.

También parece oportuno ver si hay alguna diferencia entre el nivel de acción de la experiencia y quienes desarrollan la actividad, teniendo en cuenta que en todas participan los profesionales de la institución. En la tabla nº 31 podemos ver que solo las actividades de nivel 1 (información) son realizadas exclusivamente por los profesionales, esto es lógico puesto que en estas actividades la información tienen que ver con consejos sobre la salud e información sobre actividades que realizan los profesionales. Las actividades de mejora de la accesibilidad y la atención, también son realizadas por profesionales y en una de ellas participan voluntarios. Solo en las actividades de colaboración (nivel 2) y educación y promoción (nivel 3) participan otros agentes comunitarios. Para la realización de las actividades de colaboración el SAS habla de un hacer conjunto que propicie la búsqueda de sinergias y para las segundas, las de educación y promoción (nivel 3), afirma que para su realización se debe garantizar la participación de la comunidad tanto en la organización como en la puesta en marcha. En la realización de estas experiencias parece cumplirse esta directriz marcada.

5. Discusión y conclusiones

Nuestro primer objetivo de trabajo era conocer las intervenciones comunitarias que realizan los TSS desde el ámbito hospitalario, y con ello poder dar respuesta a la primera pregunta de investigación sobre si los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as realizan en el hospital Trabajo Social Comunitario y no lo consideran como tal.

Todas las UTS consideran que conocer el mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital, trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario, promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria y trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad, son actividades que forman parte del método de TSC en salud desde un hospital. Estas actividades tienen la característica de ser realizadas con y por organizaciones comunitarias, de manera que pueden ser calificadas como participación comunitaria, tal y como la define Aguilar (2001) .

La mayoría de las trabajadoras sociales preguntadas realizan alguna o varias de estas actividades, las cuales caben dentro de la línea de participación comunitaria, que es una de las líneas de participación social en salud que se han definido en nuestro encuadre. Esta

línea tiene por objeto la toma de decisiones y el establecimiento de mecanismos que solucionen problemas o necesidades de salud de la población. Se podría también decir que son actividades con encuadre en el segundo nivel de acción que define el SAS, nivel de consulta/colaboración, participación activa, que implica un hacer conjunto, buscar sinergias para alcanzar un mejor nivel de salud de la población. Sin embargo tan solo una de las experiencias analizadas (experiencia nº 3) cumple estos requisitos y puede incluirse en el nivel de colaboración y participación activa, curiosamente la responsable de esta actividad es una trabajadora social y realiza la actividad con anterioridad a la normativa de participación.

De estas actividades de participación comunitaria que forman parte del modelo de TSC, la más realizada entre las Unidades de Trabajo Social consultadas, es la que corresponde al trabajo con asociaciones para promover programas de aplicación al ámbito hospitalario. En general las actividades de participación comunitaria realizadas propician que la comunidad “entre en el hospital” y no tanto en realizar actividades donde el hospital se introduce en las redes comunitarias. El hospital abre sus puertas a la comunidad y puede ser importante hacer esta distinción, observando como las organizaciones comunitarias diseñan programas para realizar en el hospital y no lo contrario. Podríamos pensar que en el hospital cabe todo, ¿tiene esto relación con la idea de hospitalocentrismo que aún planea sobre la sanidad?

Es interesante en este punto, diferenciar esta idea que se está exponiendo sobre el TSC, de lo que es el trabajo en red entre el entramado institucional comunitario. Este trabajo en red es un trabajo diseñado por los profesionales (generalmente de TS) y tiene por objetivo el desarrollo de programas específicos para trabajar con colectivos de población definidos. En este tipo de trabajo participan profesionales de trabajo social del hospital en representación de la institución y sí es un trabajo extrahospitalario, de puertas afuera.

La gran mayoría de las TTSSSS consultadas consideran que se puede y debe hacer TSC desde el ámbito hospitalario y de las respuestas se desprende la visión transversal de la intervención social en salud de la que hablan Rocabayera y Rodríguez (2016), entendiendo que los tres métodos de trabajo social, individual, grupal y comunitario se retroalimentan y la atención social puede ir desde lo individual a lo comunitario, pasando por el grupo, del grupo a la comunidad o a la atención individual.

Las profesionales de Trabajo Social Sanitario consultadas tienen más de 15 años de experiencia profesional y realizan este tipo de actividades de TSC con anterioridad a la implantación de los objetivos de participación del SAS. Por todo lo que se ha expuesto se puede considerar que la primera hipótesis de este estudio no se cumple para las unidades de trabajo social entrevistadas. Podríamos afirmar que las trabajadoras sociales de hospital consideran importante el TSC y lo realizan como tal desde hace años, aunque el SAS no lo considere así y sin tenerlo en cuenta ha implementado una línea específica de participación ciudadana.

Nuestro segundo objetivo era identificar y caracterizar las actividades de participación ciudadana llevadas a cabo en el hospital y ver si están enmarcadas en relación al trabajo social comunitario.

A este respecto, de las experiencias de buenas prácticas analizadas solo dos son anteriores a la publicación de la normativa de participación en el SAS, precisamente son las únicas experiencias en las que participan TTSSSS y que tienen un nivel de acción 2, esto es,

nivel de colaboración, donde hay una participación activa de la comunidad. Tras el análisis de dichas experiencias vemos que ambas actividades son parte del método de TSC, una es una actividad de promoción de un grupo de voluntariado para implementar un programa en el hospital y otra es una actividad realizada con la comunidad para mejorar las urgencias en beneficio de la población.

A pesar de que las TTSSSS conocen la normativa sobre participación y las actividades que se están implantando al respecto, no participan de lleno en el diseño e implementación de las mismas, dado que el sistema sanitario no las hace responsables de ellas, sino que dependen de otro servicio y en algunos centros se han creado equipos específicos para tal fin. Por tanto las actividades que ellas realizan dentro de la intervención de TSC tampoco las incluyen en el programa de participación del centro, quedando claramente separadas los dos tipos de intervenciones.

Aún así, en algunos centros consultados la UTS trabaja en la línea de participación por pura insistencia de las profesionales, así ocurre con las dos experiencias mencionadas anteriormente y que forman parte de las buenas prácticas, y algunas otras actividades de TSC que han sido incluidas en los programas de participación del centro. De esta manera la segunda hipótesis donde se consideraba que desde el hospital se realizan actividades de participación comunitaria que tienen marco en el trabajo social comunitario pero no las lideran los trabajadores sociales sanitarios y por tanto no se consideran como trabajo social comunitario, tampoco se cumple tal y como está planteada. Parece ser que hay diferencia entre las actividades de TSC y las actividades de participación impuesta para cumplir los objetivos del contrato programa, tal vez se podría decir que el sistema sanitario invisibiliza el TSC realizado por los TTSSSS y en solo en ocasiones lo enmarca dentro de la línea de participación que él ha definido.

El tercer objetivo ha sido conocer si las actividades realizadas desde la participación ciudadana y calificadas como buenas prácticas responden a las necesidades de los grupos comunitarios.

Todas las profesionales encuestadas conocen la línea de participación implantada por la institución y afirman que en sus centros se realizan las comisiones que indica la normativa, aunque las actividades que programan están principalmente en los niveles de acción 1, de información y 4 de mejora de la accesibilidad, existiendo en la mayoría de ellas poca o nula participación por parte de la comunidad en su diseño. Esta opinión de los profesionales de TSS está en concordancia con el resultado del análisis realizado de las experiencias de buenas prácticas, donde hemos visto que la mayoría de las actividades tampoco han sido consensuadas con la ciudadanía, ni en la planificación ni en la implementación y también en su mayoría pertenecen a los niveles de información y mejora de la accesibilidad y de la atención.

Aunque una de las recomendaciones que el SAS hace sobre el diseño de actividades, es que se debe garantizar la participación de la comunidad en la organización y puesta en marcha de las mismas, lo que está en concordancia con la idea de M. Marchioni, “el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman”. También considera que los niveles de información y mejora no son niveles de participación efectiva y entiende que la información sirve de instrumento para la participación y que con la mejora de la satisfacción se impulsa una mejora de la calidad participada.

Como observamos en los resultados de las actividades de participación de las que nos informan las TTSSSS y los resultados de las experiencias de buenas practicas analizadas, el nivel de acción alcanzado mayoritariamente es el de información y mejora de la accesibilidad y atención. No son actividades situadas en un nivel de participación y colaboración, son actividades desarrolladas por los profesionales, dirigidas a la población en general pero sin tener en cuenta sus necesidades, ni estar consensuadas con ellos. Por ello se puede considerar que sí se cumple la tercera hipótesis en la que se presumía que desde el hospital se realizan actividades que se enmarcan dentro la participación ciudadana pero que no cumplen con las características de la participación, realmente son actividades diseñadas para realizar con colectivos ciudadanos pero no demandadas y diseñadas con ellos.

El objetivo general de este trabajo ha sido conocer como se enmarcan las actividades de participación realizadas en los hospitales, a través de las opiniones de profesionales del Trabajo Social Sanitario sobre su desempeño profesional en la intervención comunitaria y el análisis de las experiencias que el SAS ha definido como buenas practicas de participación en hospitales en 2015 y podemos considerar que se ha cumplido.

A modo de conclusión

Han transcurrido seis años desde el anterior estudio sobre participación comunitaria en el sistema sanitario y el SAS continúa apostando por la participación de la comunidad, incluso ha normativizado como ha de realizarse esta participación y lo ha incluido en los objetivos de los contratos programa de los centros, pero la situación realmente no ha cambiado en estos años, continuamos en el mismo nivel de participación. Las actividades planteadas no tienen en cuenta las necesidades de la población, los proyectos son propuestos por el sistema y realizados por sus profesionales con escasa implicación y colaboración de las personas y continúa existiendo poca participación de los/as TTSSSS en esas actividades de participación, evidenciándose una clara brecha entre el TSC que se realiza en los centros hospitalarios y la participación definida por el sistema sanitario.

El Sistema Sanitario Andaluz aborda la participación desde una doble perspectiva: 1. La participación basada en un **modelo comunitario** a través de actividades de promoción y educación para la salud, con la participación de todos los agentes y consenso de los mismos. Y 2. La **participación individual** directa basada en los principios de Gobierno Abierto y en la transparencia, la gobernanza y la rendición de cuentas. Mediante las experiencias presentadas y las informaciones de las TTSSSS acerca de las actividades de participación, parece que esta doble perspectiva no se está consiguiendo.

Se impone la participación desde los departamentos de atención a la ciudadanía y probablemente sea preciso recordar a Marco Marchioni cuando dice que “el ritmo del desarrollo no puede ser impuesto desde el exterior”, no olvidemos que la participación comunitaria tiene como fin el desarrollo, por tanto el ritmo de la participación social en sus dos vertientes, comunitaria e individual, tampoco puede ser impuesto.

Seria bueno que el sistema sanitario volviera la mirada al Trabajo Social Comunitario que desde el ámbito hospitalario están realizando los TTSSSS, para potenciarlo y promover así una verdadera participación social en salud, puesto que las actividades que realizan se encuadran perfectamente en el nivel de participación que la institución propone y puesto que

pueden y están haciendo participación comunitaria desde el ámbito hospitalario, aunque la OMS no lo consideraba como espacio adecuado.

El sistema sanitario andaluz parece definir bien la participación de los ciudadanos, pero ¿Qué tipo de participación realmente quiere?

Bibliografía

- Addams, J.L. Hull House: (2014). *El valor de un centro social. Serie Clásicos*. Consejo General del Trabajo Social. Paraninfo. Madrid.
- Aguilar Idañez, M.J. (2001) *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad?*. Díaz de Santos. Madrid.
- Aguilar Idañez, M.J. (2015). Trabajo Social Sanitario: Potenciar la participación ciudadana y comunitaria. *Comunidades saludables. Rev. Trabajo Social y Salud* nº 81, 91-108. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.
- Consejería de Salud. Contrato programa Consejería de Salud SAS 2010-2013. Junta de Andalucía. www.juntadeandalucia.es/salud/contratoprogramacssas
- Hervas de la Torre, A. (2011). La participación comunitaria en salud y el trabajo social sanitario. *Rev. Documentos de Trabajo Social* nº 49-50. Colegio Diplomados en Trabajo Social de Málaga. ISSN 2173-8246. 2011
- Junta de Andalucía. (2013). Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. IV Plan Andaluz de salud 2013. Recurso electrónico. Disponible en www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
- Lillo Herranz, N., Roselló Nadal, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Narcea S.A. Editores. Madrid.
- Miranda Aranda, .M. (2004) *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social*. Colección Trabajo Social Hoy. Mira editores. Zaragoza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1987). *Los Objetivos de la Salud para Todos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Pastor Seller, E. Alonso, M.P. (2012). *Presentación Revista Cuadernos de Trabajo Social*, Vol.25-2, 289-296. Universidad Complutense. Madrid. 2012
- Real decreto 137/84 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. BOE nº 27 de 1 de febrero 1984. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rocabayera Andreu, M.A.; Rodríguez Reyes, A.M. (2016). *Método de Intervención Comunitario en el Trabajo Social Sanitario*. Master Trabajo Social Sanitario, Universidad Oberta de Cataluña. Barcelona.
- Ruiz-Gimenez, J.L. (2005). “Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español”. *Revista Comunidad* nº 8. PACAP. SEMFyC.

- Sánchez Bursón, J.M. (2012). La Gobernanza en la nueva Ley de Salud Pública de Andalucía. *Revista eSalud.com*, vol 8, nº 30. ISSN: 1698- 7969.
- SAS (2007). Decreto 197/2007, de 3 de julio de organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria en el ámbito del SAS. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?
- SAS (2012). Resolución: SA 0077/12 de 20 de marzo de 2012. Dirección Gerencia SAS. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/.../R_SA0077_12
- SAS (2013). Guía metodológica para la elaboración /actualización del Plan de Participación de Hospitales, Distritos y Áreas Sanitarias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2013. www.juntadeandalucia.es › ... › Guías metodológicas
- SAS (2014). Resolución SA 0149/14 de 6 de octubre de 2014. Dirección Gerencia SAS. www.juntadeandalucia.es › principal › La organización
- SAS (2015). Marco actual de Desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud. Informe Técnico Gestión Clínica 2. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud, acceso 26 de mayo de 2016.

Anexo 1

CUESTIONARIO INVESTIGACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DESDE UNA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

El Trabajo Social Comunitario (TSC) es un modelo de intervención del Trabajo Social desde sus diferentes ámbitos, servicios sociales, salud, etc.

Implica la participación de la comunidad para conseguir un desarrollo comunitario entre otros aspectos. Desde el ámbito sanitario, en concreto, la participación comunitaria pretende que las personas asuman responsabilidades sobre su salud y bienestar, así como responsabilidades en la gestión de lo que atañe a la salud.

El TSC y su intervención desde salud tiene un marco propicio de desarrollo en la atención primaria, pero esto no significa que no se pueda desarrollar también desde la atención hospitalaria.

Mediante esta intervención comunitaria el hospital se abre a la comunidad a la que sirve y se crea una red colaborativa a favor de los pacientes hospitalizados y sus familias. Así como las organizaciones comunitarias interactúan con el centro hospitalario y participan en los beneficios de salud.

El TSC es diferente a la utilización de las organizaciones comunitarias como recursos en sí mismos, que forman parte del plan de intervención social diseñado para la atención del paciente y la familia.

Con esta investigación pretendemos conocer qué intervenciones comunitarias se están desarrollando desde las Unidades de Trabajo Social Sanitario en los hospitales de Andalucía y si la participación ciudadana forma parte de esta intervención.

Agradecemos tu colaboración en la respuesta a este cuestionario.

PREGUNTA 1.

¿Consideras que desde el ámbito de atención hospitalaria puedes hacer intervención comunitaria?

SI NO Por qué?

PREGUNTA 2

Cuales de las siguientes intervenciones comunitarias crees que se enmarcan dentro del TSC en salud?

- Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital
- Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.
- Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.
- Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.
- TODAS
- NINGUNA

PREGUNTA 3

De las siguientes intervenciones comunitarias señala cuales realizas en tu hospital.

- Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital
- Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.
- Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.
- Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.
- TODAS
- NINGUNA

PREGUNTA 4

Cuanto tiempo llevas realizando estas actividades? Señala la respuesta.

Menos de 2 años Entre 2 y 5 años Entre 5 y 10 años Mas de 10 años.

PREGUNTA 5

Conoces la línea de participación ciudadana propuesta por el SAS para los centros sanitarios?

SI NO

PREGUNTA 6

Que acciones de participación ciudadana se están llevando a cabo en tu hospital? (señala cuales)

- Comisión de participación de centro
- Comisiones de participación de unidades de gestión
- Plan de participación

PREGUNTA 7

Qué actividades de participación promueven las comisiones de participación de tu hospital? (Enumera tres)

PREGUNTA 8

Trabajas en la línea de Participación Ciudadana de tu hospital? SI NO

Si la respuesta es negativa señala brevemente porque.

PREGUNTA 9

De las intervenciones comunitarias que señalaste en la pregunta 3 y que tu realizas en tu hospital, di cuales forman parte de las actividades del plan de participación de tu hospital.

- Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital

- Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.
- Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.
- Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.
- TODAS
- NINGUNA

PREGUNTA 10

En que medida consideras que las actividades de participación de tu hospital corresponden a las necesidades expresadas por los colectivos y organizaciones comunitarios? (señala la casilla que consideres)

1. Todas las actividades diseñadas por ciudadanos	2. La mayoría han sido diseñadas por ciudadanos	3. Algunas (la mitad aprox.)	4. Pocas han sido diseñadas por ellos	5. Ninguna. Todas las actividades se les han ofrecido

PREGUNTA 11

Consideras que las líneas de participación ciudadana forman parte de la intervención comunitaria de tu Unidad de Trabajo Social?

SI NO

PREGUNTA 12

Que figura profesional es la responsable de la Participación Ciudadana de tu hospital?

- Trabajador Social Enfermero Médico Técnico OTROS

PREGUNTA 13

Que figuras profesionales realizan las actividades de participación ciudadana de tu hospital.

- Trabajador Social Enfermero Médico Técnico OTROS

Y para terminar algunas preguntas sobre la persona que responde. (Marca la respuesta)

SEXO Hombre Mujer

EDAD < 30 años 31- 40 años 41- 50 años 51-60 años > 60 años.

AÑOS TRABAJANDO EN SALUD. < 5 años 5 a 15 años 15 a 25 años > 25 años

Gracias por tu ayuda.

Las personas responsables de esta investigación, garantizamos que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información recogida con arreglo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal. Los resultados del cuestionario se presentarán siempre de manera anónima y agregada. Para ello se han evitado preguntas que puedan permitir tu identificación.

Anexo 2

TABLAS ANÁLISIS CUESTIONARIO. FUENTES PRIMARIAS.

Tabla n°1. Edad y experiencia laboral de las referentes.

Unidad TSS	EDAD	Años experiencia								
		<30a	30-40	40-50	50-60	>60a	<5 a	5-15	15-25	>25a
1				X					X	
2				X						X
3					X					X
4					X					X
5					X				X	
6					X					X
7	X						X			
8					X					X
9				X						X
10				X						X
TOTAL	1			4	5		1		2	7

Elaboración propia

Tabla n° 2. Intervenciones comunitarias que realizas en tu hospital. (pregunta 3 cuestionario)

Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital	3
Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.	5
Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.	2
Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.	2
Todas	2
Ninguna	3
TOTAL	17

Elaboración propia

Tabla n° 3. Tiempo que llevan realizando las actividades de IC. (pregunta 4)

Menos de 2 años	0
Entre 2 y 5 años	1
Entre 5 y 10 años	2
Mas de 10 años	4
TOTAL	7

Elaboración propia

Tabla nº 4. Actividades e participación ciudadana. (pregunta 6)

Comisión de participación de centro	9
Comisiones participación UGC	9
Plan de Participación	9
TOTAL	27

Elaboración propia

Tabla nº 5. Actividades de participación de las comisiones de participación. (pregunta 7)

Actividad	Nº Hospitales
Información	4
Actividades para la mejora de la accesibilidad y la satisfacción	3
Grupos de voluntariado y asociación de jubilados.	3
Fomentar la participación en programas institucionales (centro libre humos, red local salud, teletraducción)	3
Organización cesión de salas y celebración días mundiales	2
Escuela de pacientes.	1
No sabe que actividades se realizan	1

Elaboración propia

Tabla nº 6. Intervenciones de TSC que forman parte de participación ciudadana. (Pregunta 9)

Conocer mapa de activos comunitarios de salud de influencia en el hospital	1
Trabajar con asociaciones y/o organizaciones comunitarias para promover programas de aplicación en el ámbito hospitalario.	3
Promover grupos de voluntariado para planificar programas de actuación hospitalaria.	3
Trabajar con organizaciones comunitarias en actividades donde el hospital sale a la comunidad.	1
Todas	2
Ninguna	5
TOTAL	15

Elaboración propia

Tabla nº 7. Actividades de participación diseñadas por ciudadanos (Pregunta 10)

1. Todas las actividades diseñadas por ciudadanos	2. La mayoría han sido diseñadas por ciudadanos	3. Algunas (la mitad aprox.)	4. Pocas han sido diseñadas por ellos	5. Ninguna. Todas las actividades se les han ofrecido
0	3	1	3	3

Elaboración propia

Tabla nº 8. Profesional responsable de participación. (Pregunta 12)

Trabajador/a social	1
Enfermero/a	3
Médico/a	4
Técnico	2
Otros	0
TOTAL	10

Elaboración propia

Tabla nº 9. Profesionales que realizan actividades de participación. (Pregunta 13)

Trabajador/a social	5
Enfermero/a	7
Médico/a	4
Técnico	4
Otros	0
TOTAL	18

Elaboración propia

Anexo 3

TABLAS DE ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS. FUENTES SECUNDARIAS

Tabla nº 10. Experiencia 1. Título: “Información y consejos de salud a través de códigos QR”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Enfermero supervisor	Padres de menores, hospi	Profesionales	NO	1. INFORMACIÓN

Elaboración propia

Tabla nº 11. Experiencia 2. Título: “Bookcrossing”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
Jun.2014	Respon. atención ciudadano	Pacientes, familias profesionales	Profesionales Voluntarios	NO	4. MEJORA SATISFACCIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 12. Experiencia 3. Título: “Implicación de la ciudadanía en la mejora de la percepción de los tiempos de espera”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2011	TSS Responsable atención ciudadano	Toda la población	Profesionales asociaciones	SI	2. COLABORACIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 13. Experiencia 4. Título: “El hospital orienta”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Coord Partc. Ciudadana	Alumnos de secundaria	Profesionales	NO	1. INFORMACION

Elaboración propia

Tabla n° 14. Experiencia 5. Título: “Plan acogida a pacientes hospitalizados”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2013	Coord Partc. Ciudadana	Pacientes y familias	Profesionales	NO	4. MEJORA ACCESIBILIDAD

Elaboración propia

Tabla n° 15. Experiencia 6. Título: “Voluntariado en Unidad de Medicina Intensiva”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
1996	Superv. Enfermería, Directora UGC	Pacientes y familias	Profesionales y voluntarios	Ciudadanos afectados	2. COLABORACIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 16. Experiencia 7. Título: “Entorno mas amable: Cuidamos de ti, tu cuida de ellos”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2015	Enfermera GC	Personas cuidadoras	Profesionales	NO	4. MEJORA DE LA ATENCIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 17. Experiencia 8. Título: “Sistematización de quejas verbales como fuente de información y mejora continua”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Coord. Atención ciudadana	Pacientes y familias	Profesionales	NO	4. MEJORA

Elaboración propia

Tabla n° 18. Experiencia 9. Título: “ Cambiando hábitos de vida para mejorar nuestra salud”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2015	Responsable comunicación	Población general	Profesionales Alumnos universidad, Asociaciones	SI	3. EDUCACIÓN SALUD

Elaboración propia

Tabla n° 19. Experiencia 10. Título: “Taller de apoyo psicosocial a cuidadoras de Unidad de Lesionados Medulares”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2015	TSS y Psicóloga	Cuidadoras, lesionados medulares	Profesionales	NO	4. MEJORA DE LA ATENCIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 20. Experiencia 11. Título: “Educación para la salud con mensajes saludables en cartas de citación de pacientes”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Responsable atención, ciudadana	Pacientes	Profesionales	NO	1. INFORMACION

Elaboración propia

Tabla n° 21. Experiencia 12. Título: “Programa formativo, informativo para personas cuidadoras”.

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2013	Responsable cuidados	Cuidadores	Profesionales	NO	1. INFORMACIÓN

Elaboración propia

Tabla n° 22. Experiencia 13. Título: “II Jornada de divulgación médica ciudadana en cáncer de mama. El lenguaje de la mama. Doctor tengo un bulto en el pecho.”

Año comienzo	P. Responsable	Dirigida a	Quien desarrolla la actividad	Consensuada con ciudadanía	Nivel de Participación
2014	Coordinador cirugía	Población en general	Profesionales	NO	1. INFORMACIÓN

Elaboración propia

Anexo 4

TABLAS DE RESULTADOS COMPARATIVOS DE LAS EXPERIENCIAS

Tabla n° 23. Tipo de hospital.

Tipo de hospital	N° de experiencias
H. Cabecera Provincia	5
H. Provincial	3
H. alta resolución	3
H. Concertado	2
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 24. Año de comienzo.

Año de comienzo	N° de experiencias
2015	3
2014	6
2013	2
2011	1
1996	1
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 25. Profesional responsable de la actividad.

Profesional responsable	N° de experiencias
Facultativo director unidad	1
Responsable de cuidados	1
Responsable SAC	5
TSS	2
Responsable de comunicación	1
Enfermera GC	1
Enfermero supervisor	2
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 26. Población a quien se dirige.

A quien va dirigida	N° de experiencias
Población general	3
Cuidadores	3
Pacientes	5
Familias	5
Alumnos	1
Profesionales	1
TOTAL	18

Elaboración propia

Tabla n° 27. Quienes desarrollan la actividad.

Quienes desarrollan la experiencia	N° de experiencias
Profesionales	13
Voluntarios	2
Asociaciones	2
Alumnos facultad	1
TOTAL	17

Elaboración propia

Tabla n° 28. Actividad consensuada con ciudadanía en la planificación e implementación.

Actividad consensuada	N° de experiencias
SI	3
NO	10
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 29. Nivel de acción definido en las experiencias presentadas.

Nivel de participación	N° de experiencias
Nivel 1. Información	5
Nivel 2. Consulta, colaboración, part. activa	2
Nivel 3. Educación y promoción	1
Nivel 4. Mejora accesibilidad	5
TOTAL	13

Elaboración propia

Tabla n° 30. Población a quien se dirige la actividad en función del nivel de acción.

Niveles Part.	Población general	Paciente	Familiares	Cuidadores	Alumnos	Profesion.
Nivel 1. Informa	X	X	X	X	X	
Nivel 2 Col. Part. Activa	X	X	X			
Nivel 3 Edu. Prom.	X					
Nivel 4 Mejora		X	X	X		X

Elaboración propia

Tabla n° 31. Personas que desarrollan la actividad en función del nivel de acción.

Niveles Part.	Profesionales	Voluntarios	Asociaciones	Alumnos
Nivel 1. Información	X			
Nivel 2 Colab. Partic. Activa	X		X	X
Nivel 3 Educación. Promoción	X	X		X
Nivel 4 Mejora accesibilidad y atención	X	X		

Elaboración propia