

# **LA HISTORIA SOCIAL COMO HERRAMIENTA PARA LA INVESTIGACIÓN SOCIOEPIDEMIOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE CANTABRIA**

*Grupo de Investigación en Determinantes de Salud en Atención Primaria, adscrito al  
Observatorio de Salud Pública de Cantabria*

**Judith León Álvarez. Trabajadora Social. Servicio Cántabro de Salud  
Ruth Balza Iglesias. Trabajadora Social. Servicio Cántabro de Salud  
Óscar Pérez González. Sociólogo. Observatorio de Salud Pública de Cantabria**

**ISBN-13:** 978-84-617-4519-7

Agosto 2016

*Este documento pretende ser un punto de partida y un acercamiento a la investigación en salud desde la perspectiva del Trabajo Social. Una forma de reconocernos como parte del sistema sanitario en Cantabria.*

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>3</b>
1.1 Objetivo general:.....	4
1.2 Objetivos específicos: .....	4
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
<b>3. DISEÑO DEL ESTUDIO.....</b>	<b>8</b>
3.1 Metodología .....	8
3.2 Decisiones metodológicas.....	9
3.3 Glosario de términos de la historia social .....	10
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
4.1 Análisis sociodemográfico de Cantabria 2013 y estructura de los servicios sanitarios .....	14
4.1.1 Estructura sanitaria de Cantabria .....	15
4.2 Perfiles sociodemográficos de las consultas de TSS.....	16
4.3 Red de apoyo familiar.....	20
4.4 Tipología de la familia.....	22
4.5 Recursos disponibles: las redes formales.....	23
4.6 Adecuación de los recursos y del entorno .....	25
4.7 La dependencia y la discapacidad en la Historia Social .....	27
4.8 El riesgo social en salud .....	29
4.9 Tipo de intervenciones en las consultas del Trabajo Social Sanitario .....	31
4.10 Evaluación de la Historia Social en Cantabria.....	32
<b>5. REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES FINALES .....</b>	<b>35</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>52</b>
<b>7. ANEXO I: FORMATO DE LA HISTORIA SOCIAL EN EL SISTEMA OMI-AP.....</b>	<b>54</b>

## Índice de gráficos y tablas:

Gráfico 1: Distribución de la población de Cantabria por sexo y grupos de edad, 2013. _____	14
Gráfico 2: Evolución de la población de Cantabria de 80 y más años por sexo, 2000-2013. _____	15
Gráfico 3: Distribución por sexo en consulta de TS en APS en los años 2012 y 2013 _____	19
Gráficos 4 y 5: Distribución por rangos de edad en consulta de TS en APS, años 2012 y 2013 _____	19
Tabla 1: Distribución por edad y sexo de personas registradas en la HSOA _____	20
Gráficos 6: Red de apoyo familiar, por sexo y año _____	21
Gráfico 7: Atención suficiente por cuidador no profesional, por sexo y año _____	21
Gráfico 8: Estructura familiar recogida por la HSOA, por año _____	22
Tabla 2: Ciclo vital por sexo y año _____	23
Gráfico 9: Valoración de las redes formales por año _____	24
Tabla 3: Redes formales de apoyo _____	25
Tabla 4: Adecuación de recursos que necesita por sexo y año _____	26
Gráfico 10: Existencia de barreras arquitectónicas por año _____	26
Tabla 5: Presupuesto por sexo y año _____	27
Tabla 6: Reconocimiento de dependencia por sexo y año _____	27
Gráfico 11: Grado de dependencia por sexo y año _____	28
Tabla 7: Reconocimiento de discapacidad por sexo y año _____	28
Gráfico 12: Grado de discapacidad por sexo y año _____	29
Gráfico 13: Riesgo social por sexo y año _____	30
Tabla 8: Tipología del riesgo social en Cantabria en 2012 y 2013 _____	30
Gráfico 14: Tipos de intervención social por año _____	31
Tabla 9: Tipos de intervención social por sexo y año _____	32
Tabla 10: Descripción de la muestra y falta de respuesta por variables analizadas _____	33

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La presentación de este breve análisis sobre la Historia Social Sanitaria de Cantabria, es el fruto de un trabajo arduo y enriquecedor que nace del esfuerzo de un grupo de profesionales del Trabajo Social Sanitario del Servicio Cántabro de Salud en colaboración con el Observatorio de Salud Pública.

Este estudio pretende investigar sobre los determinantes de la salud de la población usuaria de la consulta de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud de Cantabria, con el objetivo de identificar sus principales problemas y sus necesidades en salud para emitir recomendaciones a la administración sanitaria. Por otro lado, la mejora de los sistemas de información y la evaluación del aplicativo de la Historia Social Sanitaria se vuelven necesariamente imprescindibles para mejorar la recogida de nuevos datos.

Con el fin de proporcionar un análisis descriptivo de la Historia Social Sanitaria de Cantabria, se hizo en 2014 una petición de las Bases de Datos al Servicio Cántabro de Salud de los años 2012 y 2013, siendo conscientes de la gran utilidad de la información que en ellas se contenía y de lo novedoso de esta investigación, ya que era la primera vez que en Cantabria se analizaban de forma exhaustiva los datos de esta herramienta.

Establecer cuáles son los indicadores de riesgo social más frecuentes, el tipo de intervención más utilizada o cuál es el grado de madurez de los datos recogidos son algunas de las cuestiones a las que se quiere dar respuesta con esta investigación.

Con este trabajo se pone de manifiesto la importancia de establecer un mayor énfasis en el análisis de la información que se desprende de la actividad del Trabajo Social Sanitario, así como en el esfuerzo de trabajar intersectorialmente en coordinación con otros/as profesionales. Además, se refuerza la apuesta por un modelo de salud centrado en la intervención y en la investigación del uso del Trabajo Social Sanitario.

Este trabajo ofrece luz y transparencia a una situación que ha permanecido sin investigar y que nos permite construir nuevas oportunidades que fomenten la investigación en el Trabajo Social Sanitario de Cantabria.

Los resultados que presentamos en este informe son indicativos de nuestro compromiso con la difusión del Trabajo Social Sanitario y su importancia para la salud pública y para la investigación en salud, con una mirada propia y un abordaje específico de los determinantes de la salud y de las desigualdades que producen.

## 1.1 **Objetivo general:**

Describir los perfiles diagnósticos e intervenciones sociales realizadas por los/as profesionales del Trabajo Social (TS) de Atención Primaria de Salud (APS) de Cantabria durante los años 2012 y 2013, mediante el análisis de las bases de datos generadas en la Historia Social de OMI-AP (HSOA).

## 1.2 **Objetivos específicos:**

- ✓ Realizar un diagnóstico inicial y valorar el grado de madurez de los datos recogidos en las bases de datos (BB.DD) del aplicativo HSOA.
- ✓ Analizar los perfiles sociodemográficos de los/as usuarios/as que tengan abierta HSOA en APS de Cantabria.
- ✓ Conocer los indicadores de riesgo social que más se observan en las consultas de TS en APS en Cantabria.
- ✓ Analizar los tipos de intervenciones sociales más utilizadas en las consultas de TS en APS y su posible relación con otros indicadores sociodemográficos.
- ✓ Evaluar el uso que se está dando al aplicativo HSOA, así como su adaptación a los indicadores de riesgo social más prevalentes y a la práctica diaria del Trabajo Social Sanitario (TSS).

## 2. MARCO TEÓRICO

La Historia Social (HS) es *“el documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.”* (Código Deontológico de Trabajo Social, 2012). La utilidad de la HS radica en su capacidad para *orientar todos los procesos del sistema de intervención profesional, constituyéndose como una guía para desarrollar el trabajo y contener la información de estos procesos en un sólo documento* (García, M.T., 1999).

Las ventajas de la inclusión de la HS dentro de la Historia Clínica de Salud (HCS) han sido destacadas por diversos autores. Morro et al. (2012) señalan que *nos permite realizar una recopilación cuantificable de nuestra intervención social y contribuir a las actividades de investigación de nuestro centro, así como facilitar la metodología del proceso de la continuidad asistencial.* García Villa et al. (2009) plantean que *favorece la visión global del paciente, incorporando en la evaluación del paciente el factor psicosocial, facilita el intercambio de información y el trabajo coordinado con los profesionales, permite visualizar la actividad profesional del Trabajo Social y reconoce el derecho del paciente al registro de su demanda y/o problemática planteada.* Esta utilidad de la HS ha permitido que su inclusión en la HCS de APS en las distintas Comunidades Autónomas sea una práctica generalizada, sin embargo, el análisis e investigación sobre los datos socioepidemiológicos que recoge y la difusión de los mismos, no es una práctica tan habitual.

Los artículos científicos consultados sobre este tema suelen estar orientados a la descripción de la estructura, los usos y las ventajas de la herramienta HS, pero no tanto a la explotación de sus datos (Chico López, 2003; Angulo García et al., 2009; Menéndez Caicoya, 2009; García Villa et al., 2009; Morro et al., 2012; Rojo i Gene, 2012).

En los últimos años, ya consolidada la herramienta HS dentro de los programas informáticos que dan soporte a la HCS, empezamos a encontrar referencias de investigaciones dentro del campo del TSS en los que se utiliza como fuente de datos la información recogida en la HS. Guillén Navarro y Fuster Ribera, en su investigación sobre la situación relativa a la detección, derivación e intervención ante los problemas sociales en el Hospital Universitario La Fe de Valencia, utilizan la HS como fuente de datos para establecer el perfil sociodemográfico, los problemas sociales detectados y las intervenciones sociales realizadas en este hospital entre enero y septiembre de 2010 (Guillén Navarro et al., 2012).

La HS junto con la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón son utilizadas por Rodríguez-Fernández et al. para la recogida de datos en su investigación orientada a demostrar el efecto positivo de la intervención social precoz ante situaciones de riesgo social con pacientes pluripatológicos hospitalizados (Rodríguez.Fernández et al., 2013).

También en otros contextos sanitarios, diferentes a la APS y al hospital, como es el de las mutuas de accidentes de trabajo, se están dando avances en la investigación a partir de las Historias Sociales. Fernández Bretones en su investigación acerca de los factores de riesgo social en pacientes que han sufrido accidente laboral, utiliza los datos de la historia clínica social para establecer los perfiles sociodemográficos, los pronósticos y los grados de incapacidad, así como los problemas sociales detectados y las principales gestiones realizadas (Fernández Bretones, M., 2012).

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, en el ámbito de la APS, nos encontramos con una situación similar a la que acabamos de describir. El aplicativo HS se encuentra incluido en la HCS que se gestiona a través del sistema de información, gestión clínica y registro OMI-AP. La HSOA es un recurso del que los/as trabajadores/as sociales de APS disponen desde hace años, sin embargo, nunca se había realizado un análisis con fines investigadores sobre las BB.DD generadas a partir de esta herramienta.

La inclusión de la HSOA en la HCS facilita la consecución del doble objeto que persigue el TSS, tal como señala Amaya Ituarte: *“El TSS es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas.”* Siguiendo a esta misma autora, de esta definición se desprenden dos objetivos generales y complementarios del Trabajo Social en el campo sanitario, un objetivo socio-epidemiológico (la investigación de los factores psicosociales) y un objetivo clínico (el tratamiento de los problemas psicosociales).

El uso que se ha hecho de la HS hasta la actualidad, ha respondido fundamentalmente a un *objetivo clínico*, orientándonos en el proceso de *“investigación, diagnóstico y tratamiento del padecimiento psicosocial de las personas en relación a los problemas de salud”* (Ituarte Tellaeché, 2003). En este sentido, la HSOA sirve de guía en esa primera parte de investigación, recogiendo en sus cinco primeros apartados las diferentes áreas de valoración y, al mismo tiempo, facilita la concreción del tratamiento más adecuado, recogiendo un último apartado denominado *plan de intervención*.

La HSOA está estructurada en seis pestañas con los siguientes contenidos:

- *Grupo Familiar:* Composición del núcleo de convivencia, otras personas no convivientes pero que pueden suponer un apoyo o se deben tener en cuenta a la hora de valorar el caso, identificación del cuidador/a principal, otros/as cuidadores/as...;
- *Dinámica familiar:* Relaciones familiares y sus factores determinantes (conflictos, red de apoyo, estilo de comunicación, ciclo vital...);
- *Recursos:* Valoración de los recursos con los que cuenta la familia a nivel económico, a nivel social, ayudas técnicas, reconocimiento de discapacidad y dependencia...;
- *Incidencia:* Valoración de la afectación que tiene sobre el/la paciente la situación que está viviendo tanto a nivel interno como en relación con el entorno (trabajo, escolarización, ocio);
- *Vivienda:* Valoración de las condiciones de la vivienda;
- *Plan de intervención:* Resumen de los indicadores de riesgo social detectados, tipología de riesgo social y plan de intervención.

El contenido de este trabajo está estrechamente vinculado al *objetivo socio-epidemiológico* del TSS, es decir, la “*investigación, comprensión e interpretación de los factores psicosociales que inciden en la salud de la comunidad y de la forma en que lo hacen*” (Ituarte Tellaeche, 2003). Supone un ejercicio de reflexión sobre la propia práctica, tratando de conocer cuál es el perfil de los/as pacientes atendidos en las consultas de APS en Cantabria, qué ciudadanos/as presentan un mayor riesgo social en salud-enfermedad, cuáles son las intervenciones sociales más utilizadas y cómo se responde a estos determinantes de salud.



### 3. DISEÑO DEL ESTUDIO

#### 3.1 Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo sobre la utilización de la consulta de TS de APS en Cantabria, a partir del análisis de las BB.DD generadas por el aplicativo HSOA en los años 2012 y 2013, utilizando los programas estadísticos EXCEL y IBM-SPSS 19.0. El ámbito de estudio han sido los 42 centros de salud (CS) adscritos al Servicio Cántabro de Salud (SCS), de los cuales 32 presentan registros de HSOA. Los sujetos de estudio han sido aquellos/as pacientes atendidos/as por la Unidad de Trabajo Social de APS con HSOA abierta en el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013.

Esta investigación ha constituido un importante reto al tratarse de la primera vez que se analizaban estos datos en la Comunidad Autónoma de Cantabria y por el esfuerzo de cumplir escrupulosamente con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Estos factores han influido para que toda la primera fase haya sido un complejo proceso de obtención, depuración, filtrado y preparación de los datos para su posterior análisis.

Se descartaron algunas variables de menor relevancia para el objetivo de la investigación, con el fin de reducir la extensión de este primer acercamiento a las BB.DD, seleccionando finalmente las siguientes:

- Sexo: masculino / femenino
- Edad
- Red de apoyo familiar: adecuado / inadecuado
- Estructura familiar: Unipersonal; Nuclear sin hijos; Nuclear con hijos; Nuclear monoparental; Nuclear reconstituida; Extensa; No familiar o corresidente; Otros.
- Ciclo vital: Establecimiento; Convivencia; Nacimiento / hijos; Crianza; Nido vacío; Vejez.
- Presupuesto (situación económica): suficiente / insuficiente
- Red de apoyo social formal: CAD; Centro 24 horas concertado; Centro 24 horas privado; Centro de día; Estancia temporal 24 horas concertada; Estancia temporal 24 horas privada; Servicio de Ayuda a Domicilio Concertado; Servicio de Ayuda a Domicilio Privado; Teleasistencia; Ninguno; Otros.
- Recepción de servicios/prestaciones que necesita: sí / no

- Atención suficiente cuidador informal: sí / no
- Minusvalía (Discapacidad): %
- Dependencia: grado I / grado II / grado III
- Barreras arquitectónicas: sí / no
- Valoración del Riesgo Social: sí / no
- Riesgo social: Deficiente soporte familiar; Familia capacidad limitada de apoyo; Claudicación familiar; Escasa integración familiar; Aislamiento social; Precariedad condiciones de vida.
- Plan de intervención: Información de derechos, prestaciones, recursos y servicios; Orientación de recurso o servicio adecuado; Asesoramiento sobre pautas de atención; Soporte / apoyo psicosocial; Motivación / concienciación; Intervención en crisis; Coordinación o interconsulta con instituciones, entidades o servicios.

### 3.2 Decisiones metodológicas

En este apartado se recogen las decisiones metodológicas tomadas en relación con la depuración, filtrado y preparación de los datos, que como ya se ha mencionado, supuso un gran reto. La misma petición de la BB.DD de la HS limitaba el análisis posterior, puesto que, por la necesidad de ajustarse a la ley de protección de datos de carácter personal, no se pudo acceder a todos aquellos campos que recogían información referente a los centros de salud a los que pertenecían los pacientes ni aquella que pudiera contenerse en campos abiertos.

Uno de los primeros problemas detectados fue la existencia de más de una HS abierta en algunos de los casos-paciente. Se tomó la decisión de agrupar la información contenida en los distintos documentos en una única HS, evitando así la repetición de pacientes y optando por los datos más actualizados cuando existían incongruencias entre unos y otros.

Otro inconveniente encontrado fue que las BB.DD constaban de 132 variables y el análisis de todas ellas daba lugar a una extensión excesiva del estudio. Al tratarse de un primer acercamiento a las BB.DD, se descartaron algunas de las variables, que no resultaban pertinentes para el objetivo de la investigación. Se procedió a seleccionar aquellas más significativas, siendo un total de 48 las que finalmente fueron analizadas.

Otra cuestión importante se encuentra a la hora de analizar los datos de la HS, puesto que había muchas variables con información sin valorar. En este caso, para realizar el análisis, se obtuvieron las estadísticas sobre el total de la información disponible y no sobre el total de los

registros (ya que contaban con muchos campos vacíos). Esto último hubiera hecho que el valor predominante en la mayoría de ellas hubiera sido “No relleno”.

En relación con la depuración de los datos, se observa que las categorías de la variable “dependencia” no se correspondían con la distribución actual de los grados de dependencia (III, II y I). En la HSOA se recoge la antigua clasificación de dependencia en grados y niveles, por lo que se procedió a unificar los datos de los distintos grados: Gran Dependencia I y II como Grado III; Severa I y II como Grado II; y Moderada I y II como Grado I.

En el tipo de intervenciones en las consultas de TSS únicamente se analizan las categorías de análisis principales y no las subcategorías.

Por último, aunque el término recogido en la HSOA sea el de minusvalía, se tratará de utilizar el término “Discapacidad” más utilizado actualmente por todos los organismos.

### 3.3 **Glosario de términos de la historia social**

Red de apoyo familiar: Conjunto de relaciones personales que se establecen a partir de lazos de parentesco, considerándose la base de las diferentes redes de apoyo social.

Cuidador/a no profesional (o informal): Es la persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados (higiene personal, actividades domésticas, administración de medicación, apoyo emocional, compañía, etc.) y el apoyo diario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin percibir remuneración económica por ello (Servicio Cántabro de Salud, 2008).

Estructura familiar: La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia (Escartin Caparrós, 1992). Si bien éste es el concepto de estructura familiar, las categorías que recoge esta variable se corresponden con la composición del núcleo de convivencia:

Tipo de familia	Definición
<b>Unipersonal</b>	Núcleo familiar formado por un sólo miembro, que vive de forma independiente.
<b>Nuclear sin hijos</b>	Núcleo familiar formado por una pareja que vive de forma independiente, sin hijos a su cargo.
<b>Nuclear con hijos</b>	Núcleo familiar formado por una pareja con hijos a su cargo.
<b>Nuclear monoparental</b>	Núcleo familiar formado por una madre o un padre con hijos a su cargo.
<b>Nuclear reconstituida</b>	Núcleo familiar formado por una pareja en la que al menos uno de los dos miembros tiene un hijo de una relación anterior.
<b>Extensa</b>	Núcleo familiar formado por parientes de varias generaciones (abuelos, hijos, nietos, tíos...).
<b>No familiar o corresidentes</b>	Núcleo de convivencia formado por personas que no mantienen entre ellas relaciones familiares o de pareja

Ciclo vital familiar: Conjunto de cambios que se producen en las familias a lo largo del tiempo y que observan ciertas regularidades, pudiéndose describir, según los autores, en términos de etapas, transiciones o crisis. En la HSOA se recogen las siguientes etapas: Establecimiento; Convivencia; Nacimiento hijos; Crianza; Nido vacío; y Vejez.

Red de apoyo social formal: Es la compuesta por todos aquellos recursos y servicios externos a la familia, bien de iniciativa privada como pública, que sirven de soporte y apoyo en diferentes esferas (educativa, sanitaria, intervención familiar, cuidados personales...).

Dependencia: El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su

autonomía personal<sup>1</sup>.

Discapacidad (minusvalía): La discapacidad es una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás<sup>2</sup>. En el aplicativo HSOA, esta variable aparece recogida como *minusvalía*, que era el concepto utilizado antes del RD Legislativo 1/2013.

Factor de riesgo social: Es aquella característica o rasgo vinculados a factores socio-económicos, familiares, laborales, relacionales, de vivienda, etc...que presenta la persona y que incrementan la vulnerabilidad a contraer una enfermedad.

Deficiente soporte familiar: Cuando la persona en situación de riesgo de dependencia no dispone de familiares directos (padres/madres, hijos/as, cónyuge, hermanos/as) o es atendido por personas sin parentesco (amistades, vecindario).

Familia con capacidad limitada de apoyo: Cuando la familia de la persona en situación de riesgo de dependencia aunque quiera, no puede atenderlo correctamente, por la falta de tiempo, distancia geográfica, edad avanzada, enfermedad, etc.

Claudicación familiar: Momento en que la familia cuidadora presenta un desajuste, por la aparición de nuevos problemas o la acentuación de los ya existentes, y que precipita una situación de crisis.

Escasa integración familiar: Persona con ausencia de afectividad, excluida de los espacios y actividades comunes de la dinámica familiar.

Aislamiento social: Persona que no tiene otras ajenas a su núcleo familiar que lo acompañe y cuando esta lo exprese como problema.

Precariedad en las condiciones de vida: Persona en riesgo con ingresos insuficientes, hábitat inadecuado o insalubre, vivienda con falta de equipamiento básico, barreras arquitectónicas, etc. (Servicio Cántabro de Salud, 2008).

Intervención social: Siguiendo a Cristina de Robertis (1992), la intervención social es entendida como la acción realizada por los profesionales de Trabajo Social de forma consciente y voluntaria con el fin de modificar la situación de la persona, grupo o comunidad cliente. Esta

---

<sup>1</sup> Definición de dependencia recogida en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*

<sup>2</sup> Definición de discapacidad extraída del Real Decreto Legislativo, 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social

autora distingue entre intervenciones directas e intervenciones indirectas. La HSOA recoge intervenciones de ambos tipos, entre las que se encuentran:

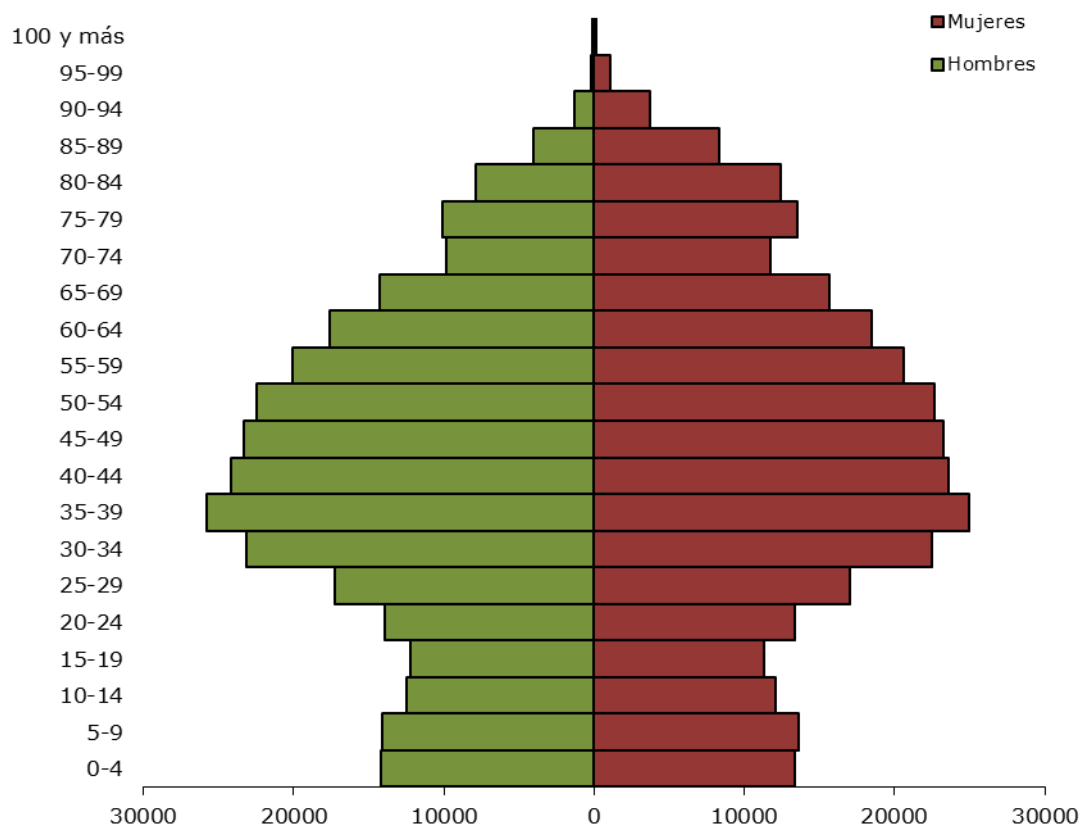
- **Información de derechos, prestaciones, recursos y servicios:** Proporcionar al cliente los conocimientos suficientes para que pueda elegir y hacer valer sus derechos con pleno conocimiento de causa. El/la trabajador/a social aporta información necesaria en relación con la demanda planteada por el cliente y el tipo de problema. (Servicio Canario de Salud, 2004).
- **Orientación de recurso o servicio adecuado:** Dar recomendaciones o instrucciones sobre el tema planteado en una o varias líneas de acción, teniendo en cuenta la situación y expectativas personales del individuo, así como su contexto cultural y social. (Servicio Canario de Salud, 2004).
- **Asesoramiento sobre pautas de actuación:** Es un trabajo de esclarecimiento, de apoyo que apunta al logro de un nuevo equilibrio en el sistema usuario. (Campanini, A., 1991)
- **Soporte/apoyo psicosocial:** Actuar de receptores de los pensamientos y sentimientos de los usuarios de manera que se ayude a que éstos sean más controlables. (Servicio Canario de Salud, 2004).
- **Motivación/concienciación:** Ayudar al usuario a ir hacia una línea de acción, experiencia, pensamiento o ayudar a cómo aprender de ellos. Infundir ánimos de forma positiva. Ayudar a aceptar la enfermedad especialmente si es incapacitante o terminal. (Servicio Canario de Salud, 2004).
- **Intervención en crisis:** Método de ayuda dirigido a auxiliar a una persona, familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, opciones y perspectivas de vida) (Slaikeu, 1999).
- **Coordinación o interconsulta con instituciones, entidades o servicios:** Contactos ocasionales entre dos o más profesionales o instituciones con el objetivo de intercambiar recíprocamente informaciones sobre el asistido. Se puede realizar de forma escrita u oral. Permite evitar intervenciones múltiples de varios servicios ante las mismas personas. (De Robertis Cristina, 1992)

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Análisis sociodemográfico de Cantabria 2013 y estructura de los servicios sanitarios

Según los datos publicados por el INE, la cifra de población de Cantabria a 1 de enero de 2013 se sitúa en los 591.888 habitantes, representando el 1,26% de la población española. La distribución por sexo es de 51,2% de mujeres y un 48,8% de hombres. En el gráfico 1 puede verse una pirámide ancha en sus edades centrales, con una baja población menor de 15 años, que representa el 13,5% del total, y una amplia población de más de 64 años que representa el 19,3% del total. El histograma refleja una **población envejecida con una tendencia de crecimiento en sus edades más adultas.**

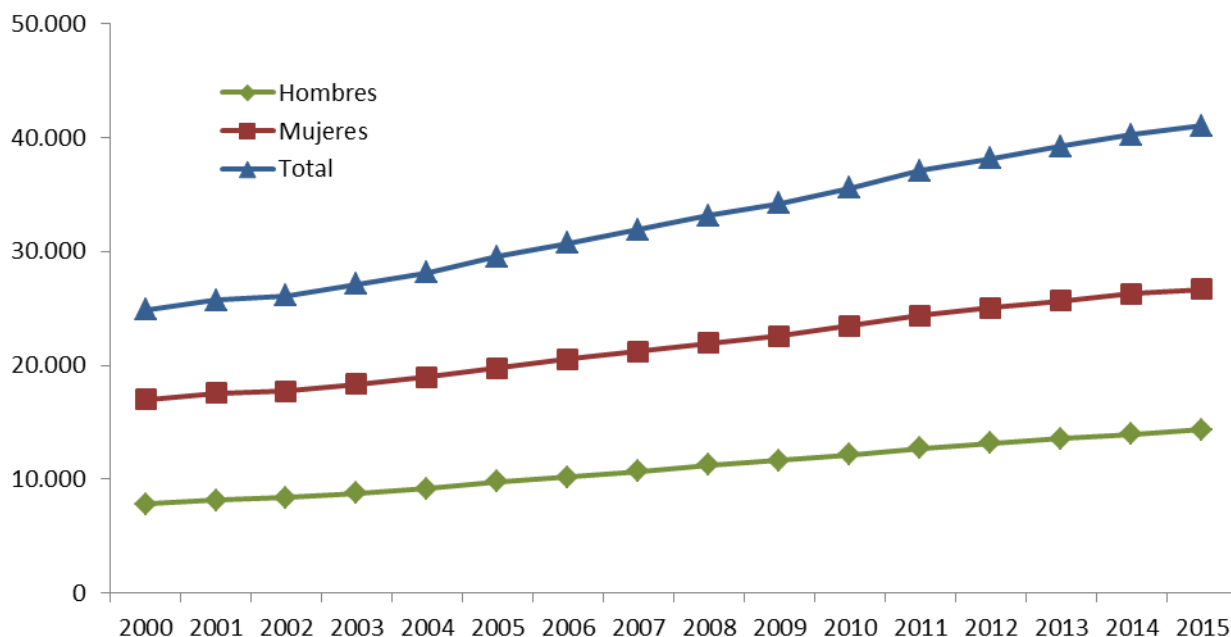
Gráfico 1: Distribución de la población de Cantabria por sexo y grupos de edad, 2013.



Fuente: Explotación Estadística del Padrón, INE.

El peso demográfico de la población mayor de 80 años mantiene una tendencia de crecimiento constante pasando de representar en el año 2000 un 4,7% (24.859 personas) al año 2013 un 6,6% (39.249 personas) del total de la población de Cantabria, aumentando un 57,9% (14.390 personas) durante todo el periodo (gráfico 2). **La elevada utilización de servicios sanitarios y sociosanitarios de estos ciudadanos, constituye un reto en la planificación de su atención en nuestra Comunidad Autónoma.** Al igual que en el resto de España, el número de mujeres mayores de 80 años duplica al de los hombres.

Gráfico 2: Evolución de la población de Cantabria de 80 y más años por sexo, 2000-2013.



Fuente: Explotación Estadística del Padrón, INE.

#### 4.1.1 Estructura sanitaria de Cantabria

La Comunidad Autónoma se divide en Áreas Sanitarias o Áreas de Salud, estructura fundamental del Sistema Sanitario, delimitadas por factores diversos (geográficos, demográficos, laborales, culturales, instalaciones sanitarias, comunicaciones, etc.), con responsabilidades tanto en la Atención Primaria de Salud como en la Hospitalaria.

El mapa Sanitario de Cantabria queda configurado en cuatro Áreas de Salud, a su vez divididas en 42 Zonas Básicas de Salud (ZBS) (Servicio Cántabro de Salud, 2012).



Las Áreas de Salud son:

- Área I: Santander
- Área II: Laredo
- Área III: Reinosa
- Área IV: Torrelavega

A efectos administrativos y de gestión, estas áreas se agrupan en las siguientes gerencias:

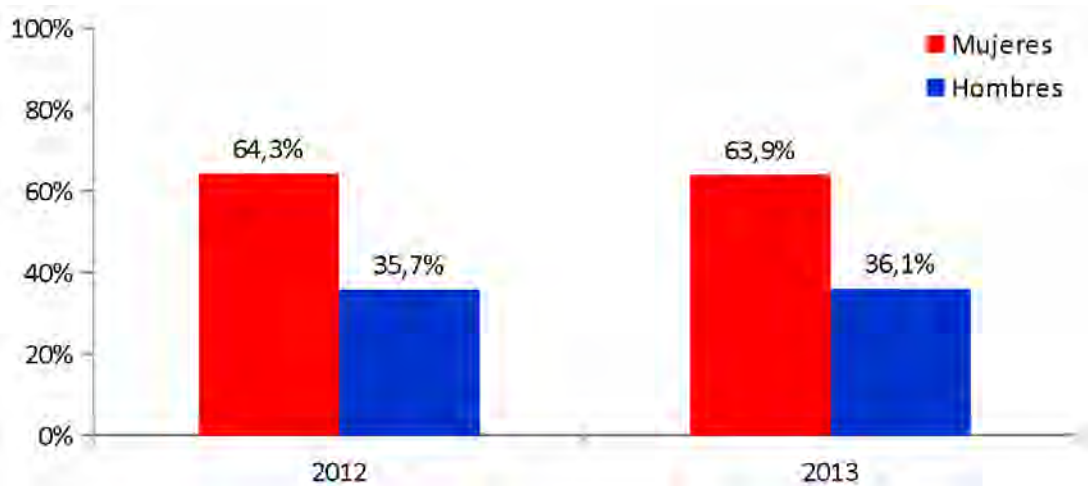
- La Gerencia de Atención Primaria, que comprende las Áreas I, II, III, IV y 061, compuesta por 42 Zonas Básicas de Salud (42 Centros de Salud), 109 Consultorios y 28 SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria), así como 4 Bases Asistenciales y un Centro Coordinador de Urgencias correspondientes al 061.
- La Gerencia de Atención Hospitalaria Área I: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- La Gerencia de Atención Hospitalaria Área II: Hospital Comarcal de Laredo.
- La Gerencia de Atención Hospitalaria Áreas III y IV: Hospital Tres Mares y Hospital Comarcal de Sierrallana.

## 4.2 Perfiles sociodemográficos de las consultas de TSS

Los datos sociodemográficos extraídos de las BB.DD de HSOA muestran un **perfil feminizado y envejecido** de la población atendida.

Mientras que las cifras entre hombres y mujeres son similares si analizamos la distribución por sexo entre los titulares de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en el año 2012 (48,5% de mujeres y 51,5% de hombres) (López López, 2013), no ocurre lo mismo con la población atendida en la consulta de TS de APS (gráfico 3), donde aproximadamente dos tercios son mujeres, teniendo en cuenta el mismo período. Esta misma tendencia se observa entre la población atendida desde los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) de Cantabria donde, según los datos recogidos en el *Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS)* en el año 2012, un 62,3% de los/as usuarios/as son mujeres, frente al 37,7% de hombres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). La consideración del género como factor de riesgo para la salud ha sido ya reconocido por diversos autores, en este sentido Sonsoles Garabato señala *“Cabe mencionar los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte”*. (Garabato González, 2015).

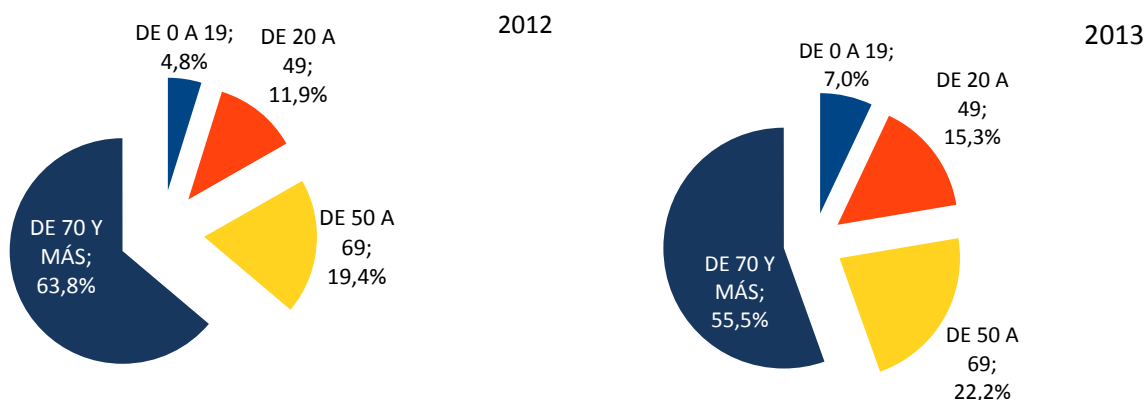
Gráfico 3: Distribución por sexo en consulta de TS en APS en los años 2012 y 2013



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

La población atendida en la consulta de TS de APS muestra un claro envejecimiento, más de la mitad de los/as pacientes atendidos/as presentan edades superiores a los 70 años, tanto en 2012 como en 2013 (gráficos 4 y 5). Este perfil no coincide con la clasificación que nos encontramos entre los/as usuarios/as con TSI del Servicio Cántabro de Salud en el año 2012, donde sólo el 14,8% tiene edades superiores a 70 años, y las personas atendidas desde SSAP del mismo año, donde las cifras ascienden al 44,8% de personas mayores de 65 años (López López M, 2013 y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Gráficos 4 y 5: Distribución por rangos de edad en consulta de TS en APS, años 2012 y 2013



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

En cuanto a la distribución de las edades por sexo, se observa una mayor presencia de hombres en los grupos de edad de 0 a 19 (7,9% de hombres y 3,1% de mujeres en 2012 y 9,0% de hombres y 5,9% de mujeres en 2013), y de 50 a 69 años (20,1% de hombres y 19,0% de mujeres en 2012 y 24,6% de hombres y 20,8% de mujeres en 2013). Sin embargo, las mujeres son mayoría en el grupo de edad más elevado, siendo el 64,4% en 2012 frente a un 62,9% de hombres y un 57,7% de mujeres en 2013 frente a un 51,5% de hombres.

Tabla 1: Distribución por edad y sexo de personas registradas en la HSOA

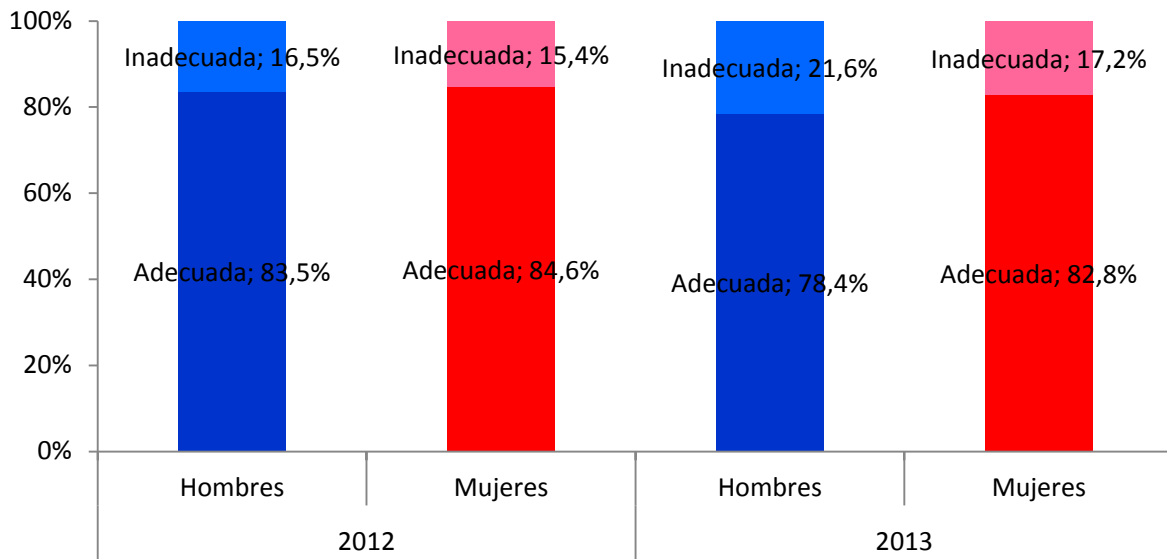
	2012		2013	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
De 0 a 19	3,1%	7,9%	5,9%	9,0%
De 20 a 49	13,5%	9,1%	15,5%	15,0%
De 50 a 69	19,0%	20,1%	20,8%	24,6%
De 70 y más	64,4%	62,9%	57,7%	51,5%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

### 4.3 Red de apoyo familiar

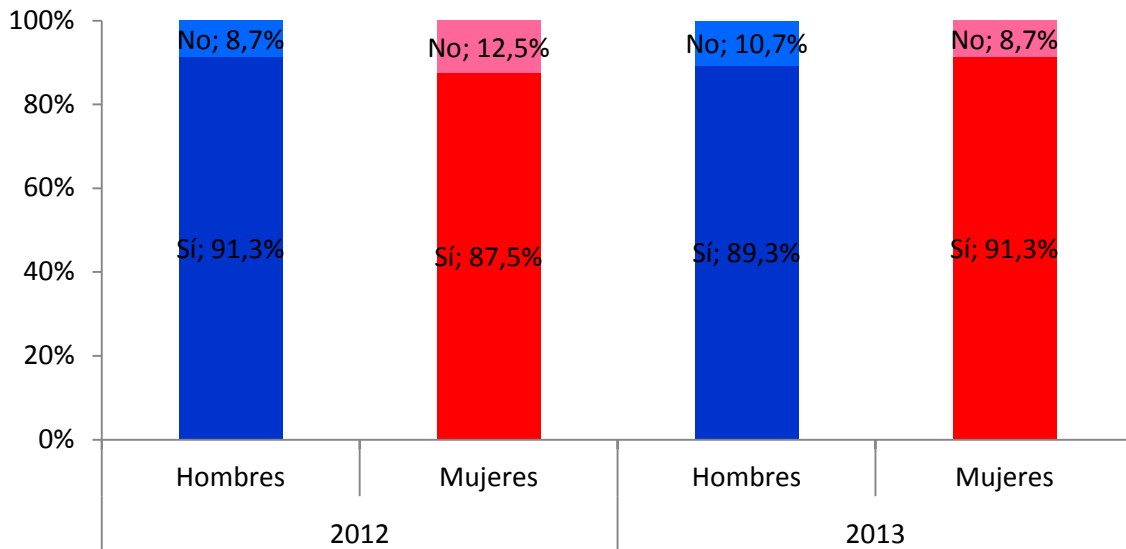
El aplicativo HSOA recoge también otras variables relacionadas con la situación sociofamiliar de la población atendida. La variable “red de apoyo familiar” se valora sólo en aquellos casos en los que resulta necesario para la posterior intervención, lo que supone un 46,2% (2012) y 40,5% (2013) de la muestra. Los resultados reflejan que **un alto porcentaje tienen una red de apoyo familiar adecuada**, un 84,2% en 2012 y un 81,3% en 2013. Datos similares se manifiestan en relación con los “cuidados prestados por los cuidadores no profesionales” (variable recogida en un 37,9% de los casos en 2012 y un 29,0% en 2013) que también reflejan una **atención suficiente por parte de sus familiares en un 90,0%** tanto en 2012 como en 2013. En ambas variables no se observan grandes diferencias relacionadas con el sexo, tal como se observa en los gráficos 6 y 7.

Gráficos 6: Red de apoyo familiar, por sexo y año



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

Gráfico 7: Atención suficiente por cuidador no profesional, por sexo y año

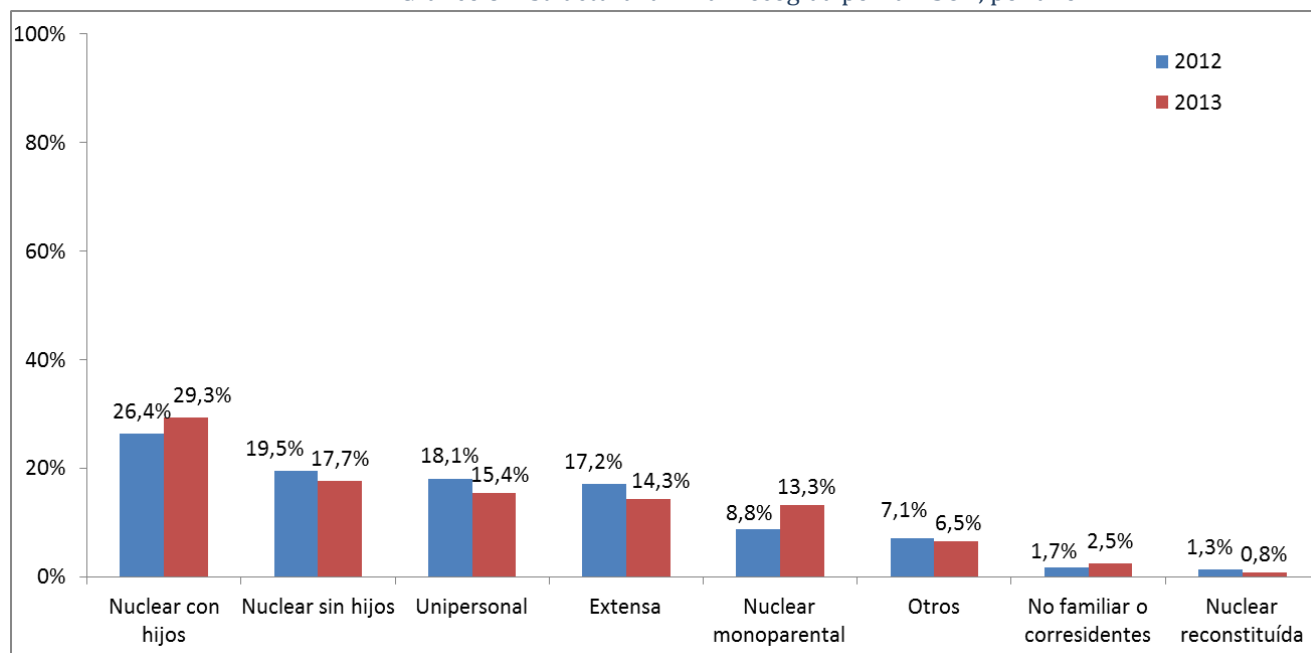


Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

#### 4.4 Tipología de la familia

La variable “estructura familiar” fue valorada en un 38,1% (2012) y un 26,4% (2013) de la muestra. Dentro de este subgrupo, los análisis reflejan que **la estructura familiar que más frecuentemente se recoge en la HSOA en ambos años es la familia nuclear con hijos**, con un 26,4% en 2012 y un 29,3% en 2013, seguidos de la *familia nuclear sin hijos* (19,5% en 2012 y 17,7% en 2013), la familia *unipersonal* (18,1% en 2012 y 15,4% en 2013) y la *familia extensa* (17,2% en 2012 y 14,3% en 2013). En relación con el sexo, en el valor en el que más diferencias se presentan es en el de *familia nuclear sin hijos*, presentándose en ambos períodos en una proporción del doble entre los hombres que entre las mujeres, 27,2% frente al 15,1% en 2012 y 26,9% frente al 12,5% en 2013.

Gráfico 8: Estructura familiar recogida por la HSOA, por año



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

La variable “ciclo vital familiar” fue valorada en un 34,8% de la muestra en 2012 y en un 24,3% en 2013. En ambos períodos y, coincidiendo con el perfil sociodemográfico, **el valor que más se repite es el de vejez**, en un 74,9% en 2012 y en un 71,8% en 2013. Otros valores con un peso importante, aunque en una proporción claramente inferior que la *vejez* serían la *convivencia* (8,7% en 2012 y 11,2% en 2013), la *crianza* (7,9% en 2012 y 8,3% en 2013) y el *nido vacío* (6,9% en 2012 y 7,3% en 2013). No se observa en esta variable diferencias significativas relacionadas con el sexo, tal como se observa en la tabla 2.

Tabla 2: Ciclo vital por sexo y año

	2012		2013	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Vejez	75,0%	74,8%	72,9%	69,7%
Crianza	8,9%	5,8%	8,5%	7,9%
Nido vacío	7,5%	5,8%	6,7%	8,6%
Convivencia	7,3%	11,2%	10,6%	12,5%
Nacimiento hijos	0,6%	1,2%	0,7%	0,7%
Establecimiento	0,6%	1,2%	0,7%	0,7%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

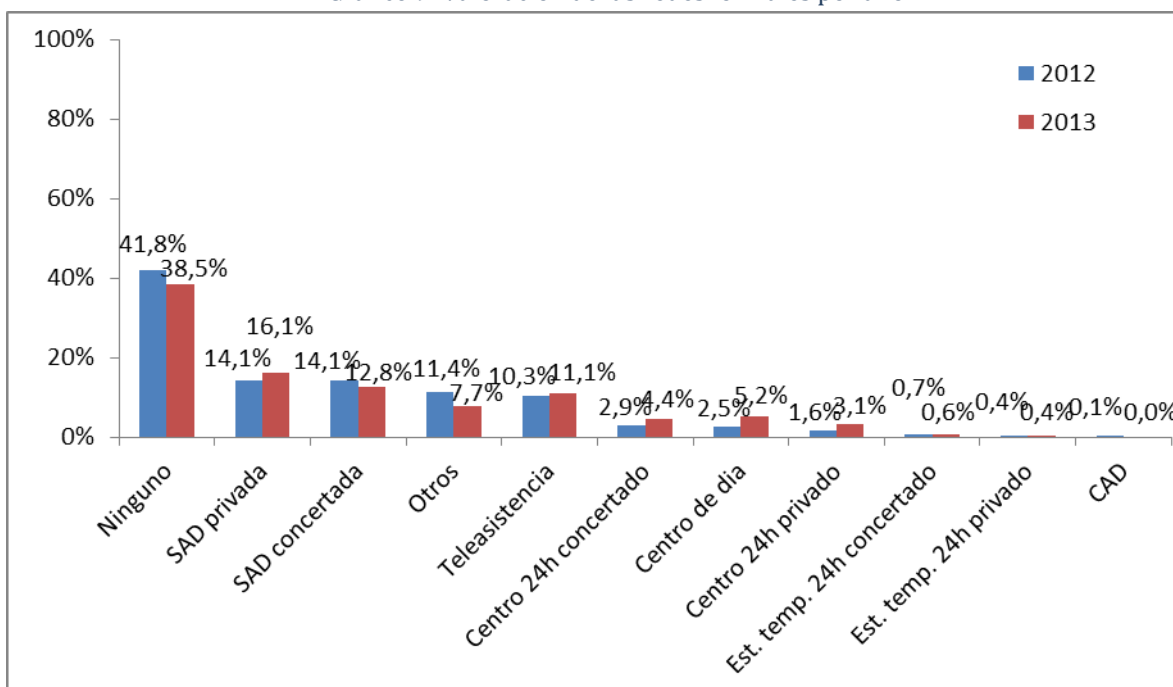
#### 4.5 Recursos disponibles: las redes formales

La variable “red de apoyo social formal” fue valorada en un 33,8% de la muestra en 2012 y en un 26,6% en 2013. Entre los/as pacientes que tenían recogido este dato se observa que **la ausencia de recursos sociosanitarios de apoyo es el valor que más se repite**, un 41,8% en 2012 y un 38,5% en 2013 (gráfico 9). Esta ausencia de recursos podría estar relacionada con los altos porcentajes que mostraban las variables “red de apoyo familiar” y “cuidados prestados por los/as cuidadores/as no profesionales”, es decir, si se organizan los cuidados dentro del entorno familiar de forma satisfactoria, no existe la necesidad de acceder a recursos externos de apoyo. Si bien, se hace necesario seguir investigando las redes formales y las redes de apoyo familiar para conocer la relación existente entre ambas variables.

Los recursos sociosanitarios más utilizados por quienes acuden a la consulta de Trabajo Social de APSSon la ayuda a domicilio privada (SAD privada) en un 14,1% de los casos en 2012 y en un 16,1% en 2013; la ayuda a domicilio concertada (SAD concertada) en un 14,1% en 2012 y en un 12,8% en 2013; y la teleasistencia con un 10,3% en 2012 y un 11,1% en 2013.

Otros recursos que también aparecen, aunque en menor proporción, son el centro de 24 horas concertado, en un 2,9% de los casos en 2012 y en un 4,4% en 2013; el centro de día, en un 2,5% en 2012 y en un 5,2% en 2013; y el centro de 24 horas privado, en un 1,6% en 2012 y en un 3,1% en 2013.

Gráfico 9: Valoración de las redes formales por año



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

De estos datos se desprende que **la población que accede a recursos sociosanitarios de apoyo de carácter privado se ha incrementado del año 2012 al 2013**. Los/as pacientes que accedieron a un centro de atención 24 horas (tanto permanente como temporal), y a ayuda a domicilio de forma privada pasó del 16,2% en 2012 al 19,7% en 2013, es decir, en 2013 cerca de una de cada cinco personas contrató servicios privados para cubrir sus necesidades de cuidados.

El análisis por sexo también muestra resultados interesantes como puede verse en la tabla 3. En 2012 el 45,8% de los hombres carecía de recursos formales de apoyo frente al 39,8% de las mujeres y en el año 2013 la diferencia se incrementó del 45,1% de los hombres al 35,1% de las mujeres. Es decir, en ambos períodos la organización de los cuidados a través de las redes informales de apoyo es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. También se observan diferencias en el acceso a centro de atención 24 horas (tanto privado como concertado). En el año 2012 un 5,6% de las mujeres había accedido a este recurso, frente al 2,4% de los hombres. Esta diferencia se mantiene también en el 2013, aunque las cifras se acercan más, un 8,2% de las mujeres se encuentran en residencia frente al 6,2% de los hombres.

Tabla 3: Redes formales de apoyo

	2012			2013		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
CAD	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Centro 24h concertado	3,3%	2,0%	2,9%	4,4%	4,3%	4,4%
Centro 24h privado	2,3%	0,4%	1,6%	3,8%	1,9%	3,1%
Centro de día	3,1%	1,2%	2,5%	4,4%	6,8%	5,2%
Est. temp. 24h concertado	0,6%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%
Est. temp. 24h privado	0,2%	0,8%	0,4%	0,3%	0,6%	0,4%
Ninguno	39,8%	45,7%	41,8%	35,1%	45,1%	38,5%
Otros	11,6%	10,9%	11,4%	8,2%	6,8%	7,7%
SAD concertada	14,5%	13,4%	14,1%	13,6%	11,1%	12,8%
SAD privada	13,1%	16,2%	14,1%	16,5%	15,4%	16,1%
Teleasistencia	11,2%	8,5%	10,3%	13,0%	7,4%	11,1%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

#### 4.6 Adecuación de los recursos y del entorno

La variable “adecuación de los recursos que necesita” fue recogida en un 44,6% de los casos en 2012 y en un 33,9% en 2013. Se observa una **tendencia a la adecuación de los recursos en ambos períodos** (tabla 4), en 2012 un 74,8% presentaba recursos adecuados y en el 2013 un 70,4%, sin encontrarse diferencias destacables en relación con el sexo (en 2012 el 75,4% de las mujeres frente al 73,5% de los hombres, y en 2013 el 69,9% de las mujeres frente al 71,5% de los hombres).



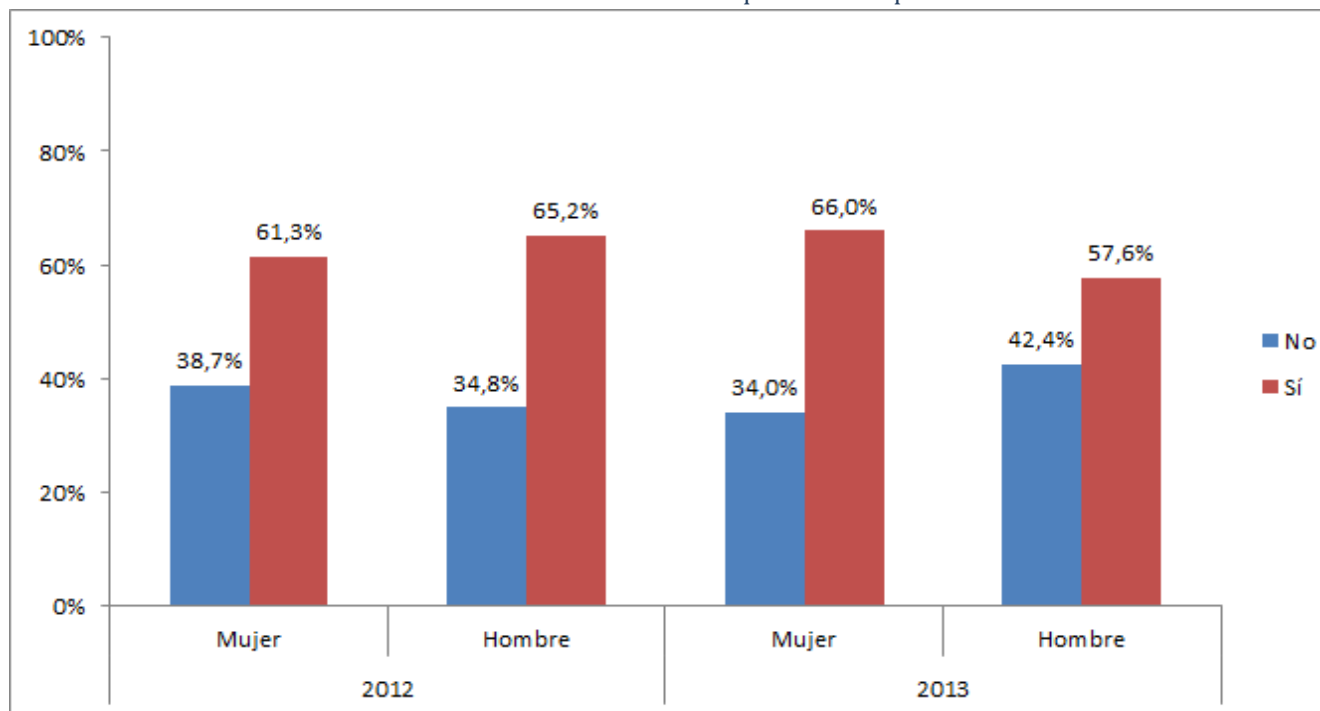
Tabla 4: Adecuación de recursos que necesita por sexo y año

	2012			2013		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Sí	75,4%	73,5%	74,8%	69,8%	71,5%	70,4%
No	24,6%	26,5%	25,2%	30,2%	28,5%	29,6%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

La existencia de “barreras arquitectónicas” fue valorada en un 43,7% de los casos en 2012 y en un 30,4% en 2013. **La existencia de barreras aparece en mayor proporción que la ausencia de las mismas en ambos períodos**, en 2012 en un 62,6% y en 2013 en un 63,0%. En el gráfico 10 pueden verse diferencias importantes entre mujeres y hombres ya que en 2012 el 61,3% de las mujeres y el 65,2% de los hombres encontraban barreras arquitectónicas, y más acentuado en 2013, donde el 66,0% de las mujeres y el 57,6% de los hombres encontraban barreras arquitectónicas.

Gráfico 10: Existencia de barreras arquitectónicas por año



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

La variable “presupuesto” fue valorada en un 39,6% de la muestra en 2012 y en un 33,1% en 2013. **En ambos períodos las cifras indican que el riesgo social en salud no siempre aparece relacionado con las dificultades económicas**, ya que los pacientes presentaban un presupuesto suficiente en un 86,9 % en 2012 y en un 81,8% en 2013. La relación del presupuesto con la variable sexo encuentra diferencias en 2012, ya que hay un porcentaje mayor de mujeres con presupuesto insuficiente (14,4% de las mujeres y el 10,8% de los hombres). Sin embargo, en 2013, son los hombres quienes presentan mayor porcentaje de presupuesto insuficiente (19,7% de hombres y 17,3% de mujeres), tal y como se observa en la tabla 5. Lo que también puede observarse es el crecimiento de personas con presupuesto insuficiente de 2012 a 2013, siendo en 2012 del 13,1% y en 2013 del 18,2%, con un aumento del 5,1% (3,3% en las mujeres y 8,9%).

Tabla 5: Presupuesto por sexo y año

	2012			2013		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Suficiente	85,6%	89,2%	86,9%	82,7%	80,3%	81,8%
Insuficiente	14,4%	10,8%	13,1%	17,3%	19,7%	18,2%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

#### 4.7 La dependencia y la discapacidad en la Historia Social

El análisis de los registros de dependencia muestra que 50,2% en 2012 y el 60,6% en 2013 de las personas con HSOA no tienen relleno el campo sobre su reconocimiento de dependencia. Entre aquellas personas que tienen hecha la valoración, **el 45,7% en 2012 y el 45,3% en 2013 tienen reconocido un grado de dependencia**. No existe una gran diferencia entre mujeres y hombres en el reconocimiento de la dependencia en 2012 (46,2% en mujeres y 44,9% en hombres), pero sí en 2013, donde las mujeres reducen el porcentaje al 42,5% pero los hombres aumentan el reconocimiento de dependencia en un 5,1% hasta el 50,0% (tabla 6).

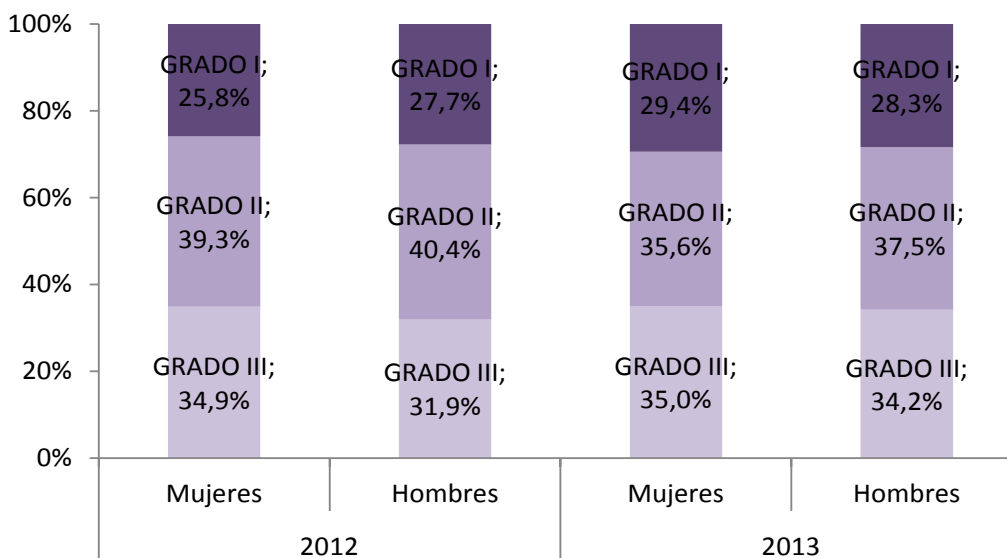
Tabla 6: Reconocimiento de dependencia por sexo y año

	2012			2013		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
No	53,8%	55,1%	54,3%	57,5%	50,0%	54,7%
Sí	46,2%	44,9%	45,7%	42,5%	50,0%	45,3%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

Entre las personas que tienen reconocido un “grado de dependencia”, se observa una **distribución equilibrada de los distintos grados (I, II y III) en los años 2012 y 2013**, si bien es el grado II en el que se da mayor número de casos en ambos años. En el 2012 los porcentajes de los grados I, II y III fueron del 33,8%, 39,7% y 26,5% respectivamente, mientras que en el 2013 fueron del 34,7%, 36,4% y 29,0% sin presentar grandes diferencias entre hombres y mujeres.

Gráfico 11: Grado de dependencia por sexo y año



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

En la variable reconocimiento de “Discapacidad” se encuentran disponibles el 42,7% de los registros en 2012 y el 37,5% en 2013. De estas, **el 32,1% en 2012 y el 39,7% en 2013 tienen un reconocimiento de discapacidad**. Si se observan las diferencias por sexo puede verse que existe una ligera diferencia entre mujeres y hombres en 2012 (31,2% y 33,6% respectivamente). Sin embargo en 2013 esta diferencia aumenta produciéndose una brecha entre hombres y mujeres de 16,2% (50,0% de hombres y 33,8% de mujeres) en el reconocimiento de la discapacidad.

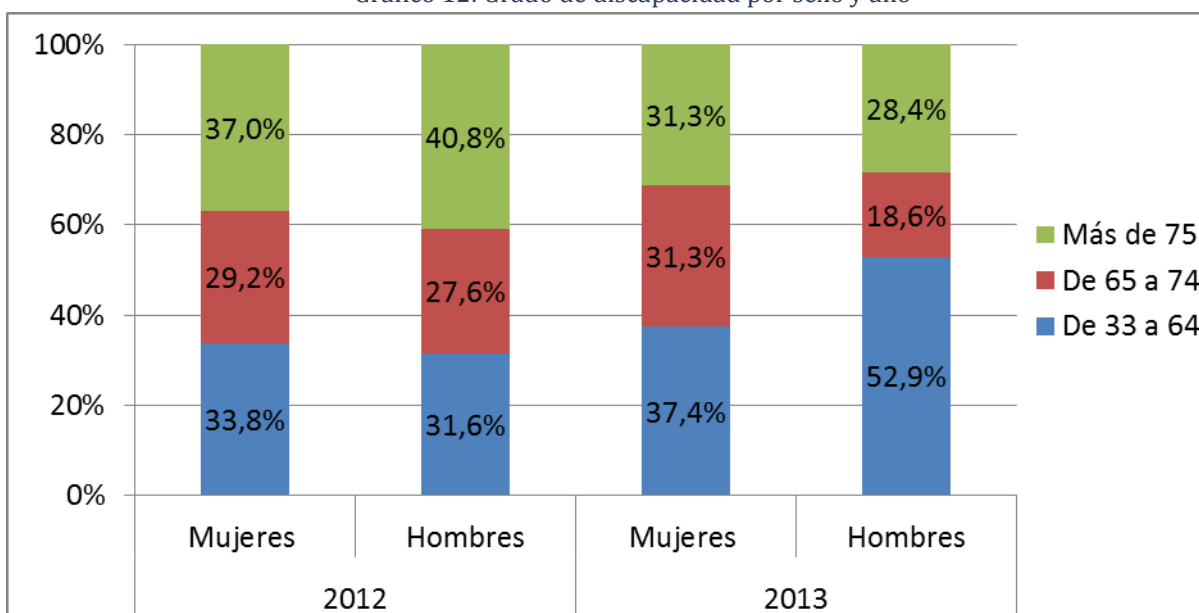
Tabla 7: Reconocimiento de discapacidad por sexo y año

	2012			2013		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Sí	31,2%	33,6%	32,1%	33,8%	50,0%	39,7%
No	68,8%	66,4%	67,9%	66,2%	50,0%	60,3%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

En cuanto al grado de discapacidad, se observa que no se ha reflejado el porcentaje en todas las HSOA que marcaban la existencia de discapacidad. Aun así, los datos que se encuentran, representan un 99,6% de los registros en 2012 y 2013. Los datos analizados muestran una reducción del año 2012 al 2013 del grado más alto de discapacidad (más de 75) frente al aumento de los/as pacientes que presentan el grado más bajo (de 33 a 64), cuestión que puede observarse en ambos sexos. Es llamativo el caso de los hombres que reducen el grado más alto de discapacidad del 40,8% (2012) al 28,4% (2013), reducen el grado medio de discapacidad del 27,6% (2012) al 18,6% (2013), mientras que aumentan un 21,3% el grado más bajo de discapacidad de 2012 a 2013 (del 31,6% pasan al 52,9%).

Gráfico 12: Grado de discapacidad por sexo y año

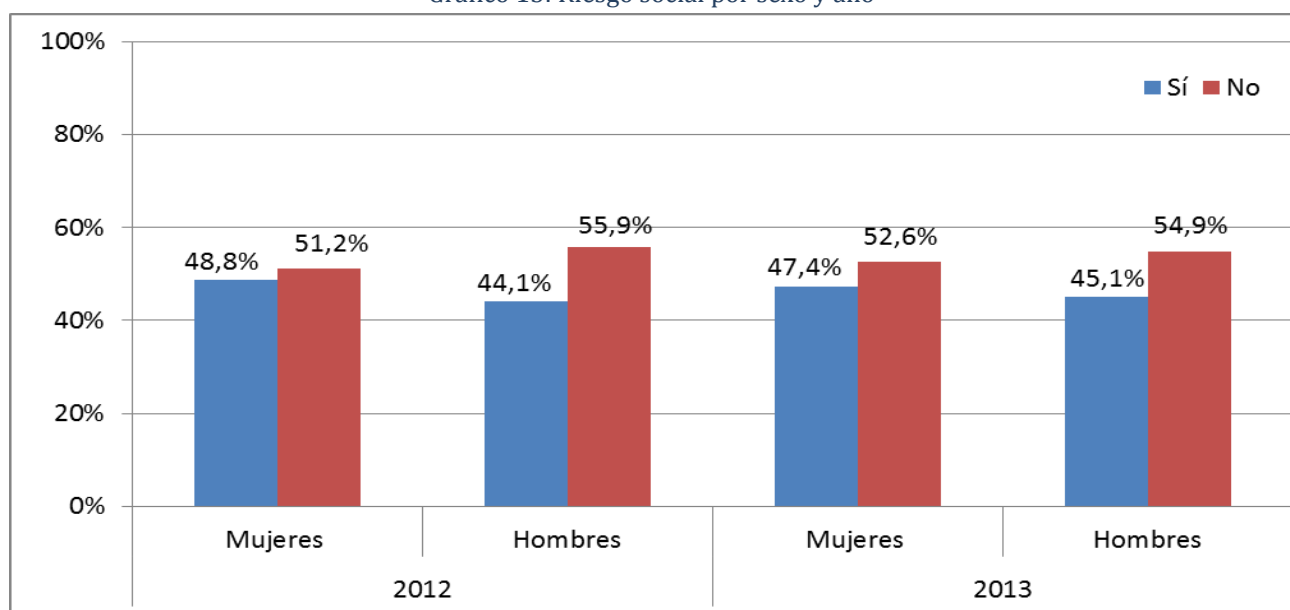


Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

#### 4.8 El riesgo social en salud

La valoración del “riesgo social” no se ha realizado en una parte importante de la muestra. Entre las personas a las que se evaluó la posible existencia de riesgo social (50,5% en 2012 y un 42,3% en 2013), **aproximadamente la mitad presenta riesgo social, 47,2% y 46,9% respectivamente**. Se observan ligeras diferencias por sexo en el riesgo social estando las mujeres un 4,7% por encima de los hombres en 2012 y 2,3% en 2013.

Gráfico 13: Riesgo social por sexo y año



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

Entre los/las pacientes que presentan riesgo social, **el valor familia con capacidad limitada de apoyo es el que más altos porcentajes presenta**, aunque con diferencias importantes entre períodos, ya que del 66,7% en 2012 pasa al 48,6% en 2013. Si bien esta variable desciende en 2013, las situaciones de *claudicación familiar* y de *precariedad en las condiciones de vida* experimentan un llamativo incremento, del 6,9% al 17,8% en la primera variable y del 6,9 al 15,4% en la segunda. En el análisis por sexo se observan diferencias mantenidas en ambos períodos en las categorías *aislamiento social* y *precariedad en las condiciones de vida*, en las que existe una mayor proporción de hombres, tal como se observa en la tabla 8. Sin embargo, en esta misma tabla se observa que las mujeres presentan una mayor probabilidad de desarrollar riesgo social en salud vinculado a *deficiente soporte familiar*, así como *escasa integración familiar*.

Tabla 8: Tipología del riesgo social en Cantabria en 2012 y 2013

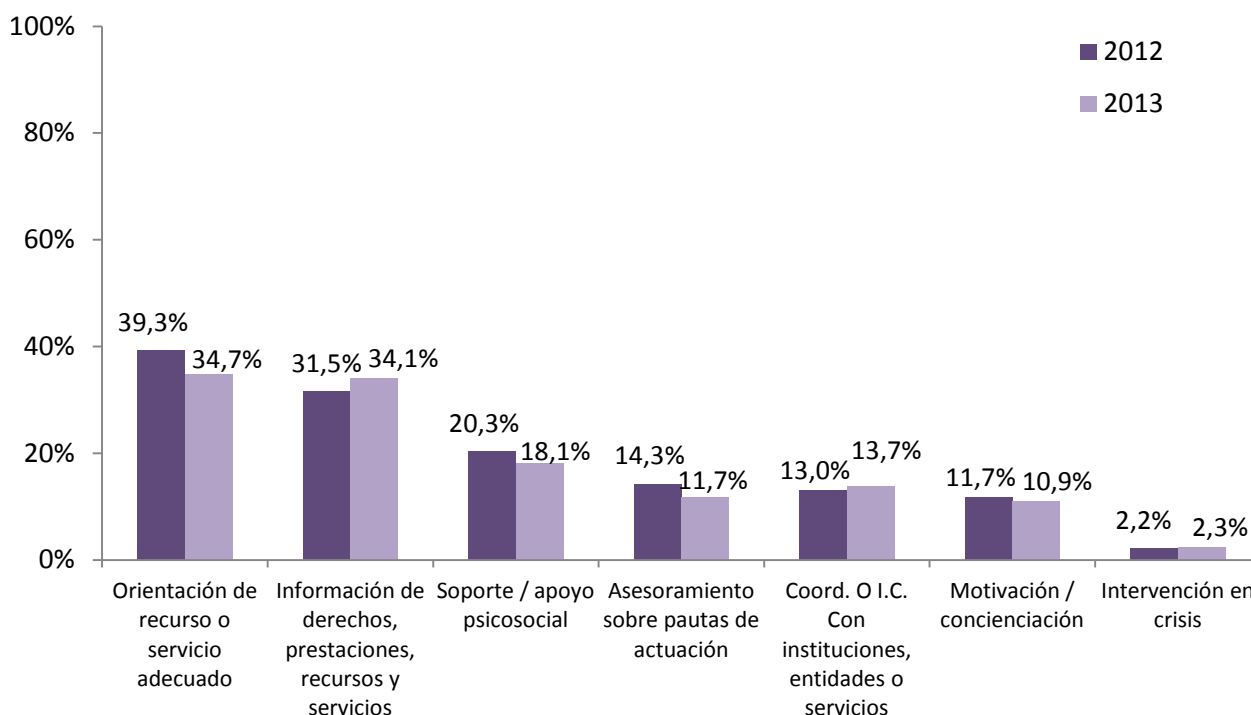
TIPOLOGÍA DE RIESGO SOCIAL	2012			2013		
	M	H	Total	M	H	Total
Aislamiento social	3,0%	3,9%	3,3%	3,6%	6,2%	4,6%
Claudicación familiar	6,5%	7,8%	6,9%	20,0%	13,6%	17,8%
Deficiente soporte familiar	12,1%	10,9%	11,7%	13,1%	7,4%	11,2%
Escasa integración familiar	5,2%	3,2%	4,4%	3,1%	1,2%	2,5%
Familia capacidad limitada de apoyo	67,7%	64,8%	66,7%	46,3%	53,1%	48,6%
Precariedad en condiciones de vida	5,6%	9,4%	6,9%	13,8%	18,5%	15,4%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

## 4.9 Tipo de intervenciones en las consultas del Trabajo Social Sanitario

Los “tipos de intervención social” más utilizados son claramente los de *orientación de recurso o servicio adecuado* y los de *información de derechos, prestaciones, recursos y servicios*, tal como se muestra en el gráfico 14, suponiendo más del 60% de las intervenciones que se realizan en TS de APS. El *soporte/apoyo psicosocial* es otra de las intervenciones más extendidas, aproximadamente uno de cada cinco pacientes reciben este tipo de tratamiento. Las intervenciones de *asesoramiento sobre pautas de actuación, motivación/concienciación* y *coordinación e interconsulta con instituciones entidades o servicios* reflejan porcentajes de utilización similares, mientras que la *intervención en crisis* es la menos utilizada (2,2% en 2012 y 2,3% en 2013).

Gráfico 14: Tipos de intervención social por año



Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

Si se observan los datos recogidos en la tabla 9, se encuentran diferencias en ambos períodos relacionadas con el sexo. Las mujeres presentan una mayor proporción en ambos períodos en las intervenciones de *soporte y apoyo psicosocial* (21,9% frente al 17,4% en 2012 y 19,8% frente al 15,1% en 2013), *intervención en crisis* (2,6% frente al 1,4% en 2012 y 3,2% frente al 0,6% en 2013) y *asesoramiento sobre pautas de actuación* (14,9% frente al 13% en 2012 y 12,2% frente al 10,8% en 2013). Mientras que los hombres se encuentran más representados en las intervenciones tipo *coordinación con instituciones, entidades y servicios* (13,5% frente al 12,6% de las mujeres en 2012 y 14,2% frente al 13,4% en 2013).

Tabla 9: Tipos de intervención social por sexo y año

	2012			2013		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Orientación de recurso o servicio adecuado	40,4%	37,3%	39,3%	33,6%	36,8%	34,7%
Información de derechos, prestaciones, recursos y servicios	31,1%	32,2%	31,5%	35,0%	32,5%	34,1%
Soporte/apoyo psicosocial	21,9%	17,4%	20,3%	19,8%	15,1%	18,1%
Asesoramiento sobre pautas de actuación	14,9%	13,0%	14,2%	12,2%	10,8%	11,7%
Coordinación O.I.C con instituciones, entidades o servicios	12,6%	13,5%	12,9%	13,4%	14,2%	13,7%
Motivación/concienciación	11,6%	12,1%	11,7%	12,1%	8,7%	10,9%
Intervención en crisis	2,6%	1,4%	2,2%	3,2%	0,6%	2,3%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

#### 4.10 Evaluación de la Historia Social en Cantabria

Un primer acercamiento a las BB.DD generadas por el aplicativo HSOA ha mostrado una **gran disparidad en el uso de esta herramienta entre los diferentes CS**. Un aspecto a destacar es que, de los 42 CS existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, sólo en 32 de ellos existen datos referentes a la HS. Es decir, en el 24% de los centros de salud no se usa esta herramienta, a pesar de disponer de ella en todos los equipos. Otra cuestión significativa es que **el volumen de HS abiertas difiere mucho entre unos centros y otros**, siendo el mínimo de HS abiertas 2 y el máximo 783.

**La HS no es una herramienta indicativa del volumen de consultas de TS en APS**. Los datos de la actividad asistencial recogidos en las memorias del SCS reflejan cifras de 54.164 (2012) y 50.855 (2013) consultas de TSS (López López, M. 2013 y 2014), tanto en consulta como en domicilio, mientras que el total de intervenciones en las BB.DD de HSOA es de 2.561 (4,7%) y 2.158 (4,2%) en los mismos años. Estos resultados reflejan una infrautilización de la HS como herramienta para nuestra práctica clínica (tabla 10).

Por otro lado, se observa una **baja tasa de cumplimentación de las variables** que recoge la HSOA, encontrándose la mayoría por debajo del 50% (tabla 10).

Tabla 10: Descripción de la muestra y falta de respuesta por variables analizadas

	2012	2013
Consultas de TSS en APS (Memoria SCS)	54.164	50.855
Consultas de TSS en APS (BB.DD de HSOA)	2.561	2.158
Número total de Historias Sociales abiertas	2.153	1.793
Tasa de cumplimentación de la variable "Red de apoyo familiar"	46,2%	40,5%
Tasa de cumplimentación de la variable "Cuidados prestados por los cuidadores no profesionales"	37,9%	29,0%
Tasa de cumplimentación de la variable "Tipología de familia"	38,1%	26,4%
Tasa de cumplimentación de la variable "Ciclo vital familiar"	34,8%	24,3%
Tasa de cumplimentación de la variable "Red de apoyo social formal"	33,8%	26,6%
Tasa de cumplimentación de la variable "Adecuación de los recursos que se necesitan"	44,6%	33,9%
Tasa de cumplimentación de la variable "Existencia de barreras arquitectónicas"	43,7%	30,4%
Tasa de cumplimentación de la variable "Presupuesto"	39,6%	33,1%
Tasa de cumplimentación de la variable "Dependencia"	50,2%	60,6%
Tasa de cumplimentación de la variable "Discapacidad"	42,7%	37,5%
Tasa de cumplimentación de la variable "Riesgo social en salud"	49,5%	57,7%

Fuente: Historia Social de OMI AP del SCS

**No existe una unificación de criterios en torno a la utilización de la herramienta HSOA.** Por un lado, hay profesionales que utilizan el aplicativo HSOA en cada una de las consultas que tienen con el/la usuario/a, generándose varias HS en la historia clínica de un mismo paciente, dando lugar a contradicciones entre los datos de las distintas historias. Sin embargo, otros profesionales utilizan una HS única con cada paciente. Otro problema añadido es la existencia de dos herramientas dentro de OMI-AP que recogen informaciones similares: "*Historia Social*" (Anexo I) e "*Intervención Social*" (Anexo I, pestaña VI). Si bien este hecho no ha interferido en la explotación de los datos, sí dificulta la homogeneidad entre los/as distintos/as profesionales en el uso de las herramientas, ya que no se ha definido previamente cuándo y cómo utilizar cada una de ellas. Esto da lugar a que cada profesional utilice criterios dispares en la elección de un tipo u otro de herramienta.

Otro aspecto a tener en cuenta es la **ausencia de una definición operativa de las variables y conceptos que aparecen recogidos en la HSOA**, lo que origina que cada profesional pueda interpretar de diferente modo las variables y categorías que se han venido analizando.

En relación con el ajuste de la herramienta a la heterogeneidad de indicadores de riesgo y problemas sociales que se encuentran en las consultas de TSS de APS, se observa que la HSOA está orientada fundamentalmente a la valoración e intervención social con el colectivo de



personas mayores y personas con discapacidad y/o dependencia. Existe una **ausencia de adaptación de la herramienta a otros colectivos** que pueden presentar situaciones de riesgo social en salud, como pueden ser mujeres víctimas de violencia de género, personas inmigrantes, transeúntes, etc.

A pesar de la existencia de limitaciones en la herramienta, la inclusión de la HSOA ha supuesto un hito al permitir introducir la valoración e intervención social como parte integrante dentro de los procesos de diagnóstico y tratamiento, favoreciendo una intervención integral de carácter psicosocial. Asimismo, la presencia de la HSOA dentro de la Historia Clínica ha incrementado la visibilidad del Trabajo Social dentro del sistema sanitario, reforzando el diagnóstico y la intervención social como algo propio y diferente del diagnóstico y del tratamiento médico o de enfermería.

## 5. REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Todo/a paciente tiene derecho a *que se registre en su historia clínica la información generada en todos los procesos asistenciales que le afecten*, tal como se recoge en el *Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica*. En el ámbito de intervención del TSS en APS, la generalización del uso de la herramienta HSOA garantizaría no sólo este derecho, sino también una mayor homogeneidad en la atención prestada, gracias al uso de una metodología común. Estos factores, junto con la capacidad del aplicativo para favorecer la continuidad asistencial, así como para desarrollar una intervención más integral, marcan la necesidad de **hacer extensiva la utilización** de la misma entre los/as diferentes profesionales. El desarrollo de jornadas formativas entre el colectivo de profesionales de TSS puede ser una estrategia para avanzar en la generalización del uso de la herramienta, reforzando el uso de la misma entre los/as que ya la utilizan e informando sobre la misma a los/as que no lo hacen.

La disparidad en el uso de las distintas herramientas para la recogida de información social (HSOA e “Intervención Social”) hace preciso también un trabajo de reflexión y debate dentro del colectivo de TS de APS, buscando **cauces que faciliten la homogeneidad en el uso de procedimientos** y garantizar así una práctica clínica más uniforme.

No existe un consenso entre profesionales en torno a las variables y categorías que aparecen recogidas en la HSOA, por lo que la **redefinición de la herramienta, tanto de su estructura como de la información que recoge**, es otro de los retos que se presentan. El análisis de las BB.DD. y los resultados de la investigación han servido para realizar un primer acercamiento al estudio de las variables recogidas en la HSOA, que se resume a continuación en las siguientes tablas. Se detallan una serie de consideraciones, de carácter inicial, que pueden servir de base para realizar un análisis más exhaustivo de las mismas. En estas tablas se reúnen todas las variables que aparecen en la HSOA, aunque sólo las sombreadas en color gris han sido analizadas en la investigación para evitar una mayor extensión del estudio, puesto que se trataba de un primer acercamiento a las BB.DD.

En la primera pestaña de la HSOA, “Grupo Familiar”, se recogen un total de 59 variables englobadas a su vez muchas de ellas bajo los conceptos “composición núcleo de convivencia” y “otras personas no convivientes”.

<b>ANÁLISIS DE LA PESTAÑA “GRUPO FAMILIAR”</b>			
<b>CAMPO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<p><b>Composición Núcleo Convivencia</b></p> <p>(Estas variables aparecen recogidas en 6 ocasiones, una relativa a los datos del/la paciente y otras 5 recogiendo los datos de las personas convivientes)</p>	<b>Filiación (nombre)</b>	Campo abierto	<p>La información sobre la composición del núcleo de convivencia y de otras personas de referencia no convivientes es una información útil y necesaria dentro de la valoración social, que permitirá posteriormente realizar un adecuado diagnóstico e intervención social. Sin embargo, la repetición de variables para cada una de las personas convivientes genera confusión para la investigación socioepidemiológica, ya que incrementa la complejidad de la BB.DD., motivo por el cual no han sido objeto de análisis en esta investigación.</p>
	<b>Parentesco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Padre</li> <li>● Nuera</li> <li>● Hermano/a</li> <li>● Cuñado/a</li> <li>● Otros familiares</li> <li>● Sin parentesco</li> <li>● -</li> <li>● Sobrino/a</li> <li>● Madre</li> <li>● Esposo/a</li> <li>● Compañero</li> <li>● Hijo/a</li> <li>● Abuelo/a</li> <li>● Nieto/a</li> <li>● Suegro/a</li> <li>● Yerno</li> </ul>	
	<b>Sexo</b>	Campo abierto	
	<b>Estado civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soltero/a</li> <li>● Casado/a</li> <li>● Viudo/a</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Divorciado/a</li> <li>● Convivencia</li> <li>● SepHech</li> <li>● UniCon</li> <li>● Otros</li> </ul>	
	<b>F. Nacimiento</b>	Campo abierto	
	<b>Estudios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Analfabeto/a</li> <li>● NS/NC</li> <li>● Pr. Incompl</li> <li>● Pr. Comp</li> <li>● 1° Sec</li> <li>● 2° Sec</li> <li>● FP Sup</li> <li>● UGM</li> <li>● UGS</li> <li>● Otros</li> </ul>	
	<b>S. Laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● TrabCtaPro</li> <li>● ParSSubs</li> <li>● PstaAasis</li> <li>● Rent</li> <li>● Estud</li> <li>● S/L</li> <li>● Otros</li> <li>● NS/NC</li> <li>● TrCtaAj</li> <li>● Event</li> <li>● Par/Sub</li> <li>● ParSSub</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PstaGrInv</li> <li>• PstaInvAbs</li> <li>• PstaInvTot</li> <li>• PstaViud</li> <li>• PstaJubi</li> </ul>	
	<b>Ingresos</b>	Campo abierto	
<b>Otras personas no convivientes</b>	<b>Filiación (nombre)</b>	Campo abierto	
	<b>Parentesco</b>	Mismas categorías que la variable Parentesco del anterior campo	
	<b>Domicilio</b>	Campo abierto	
	<b>Teléfono</b>	Campo abierto	
	<b>Con quién convive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo</li> <li>• Unidad familiar</li> <li>• Residencia</li> <li>• Otros</li> </ul>	, Una información similar a la que se recoge en este apartado, aparece posteriormente en otras variables como son “estructura familiar” y “red de apoyo social formal”, por lo que no se ha realizado el análisis de esta variable en la investigación
	<b>Persona en institución</b>	Sí / No	Esta información se recoge en “red de apoyo social formal”.
	<b>Cuidador principal</b>	Campo abierto: Nombre	Todas estas variables recogen información sobre el cuidador principal, que no resultan necesarias en aquellos/as pacientes que sean autónomos, es decir, que no precisen cuidados de tercera persona. Así mismo la información sobre la existencia o no de cuidador informal se recoge en la variable “red de apoyo social informal”, así como su nombre y parentesco en el campo abierto de “observaciones”.
	<b>Parentesco (del cuidador principal)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijos</li> <li>• Pareja</li> <li>• Otros familiares</li> <li>• Sin parentesco</li> <li>• Padres</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hermanos</li> <li>● Abuelos</li> <li>● Nietos</li> <li>● Nuera / Yerno</li> </ul>	
	<b>Cuidador no profesional</b>	Sí / no	

En la segunda pestaña de la HSOA, “Dinámica familiar”, se recogen un total de 10 variables que resultan de utilidad para la valoración de las relaciones familiares.

<b>ANÁLISIS DE LA PESTAÑA “DINÁMICA FAMILIAR”</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>Dificultad atender necesidades</b>	Sí / no	La información recogida en esta variable constituye un indicador de riesgo social, encontrándose vinculada con los datos del apartado “riesgo social” de la última pestaña de la HSOA, a través de los indicadores “ <i>familia con capacidad limitada de apoyo</i> ” y “ <i>claudicación familiar</i> ”.
<b>Situaciones de conflicto</b> (existencia)	Sí / no	Estas variables informan sobre indicadores de alto riesgo relacionados con diferentes formas de maltrato. No reflejan todas las posibles situaciones de conflicto que se pueden dar en el ámbito familiar por lo que no han sido analizadas en este primer acercamiento a las BB.DD.
<b>Situaciones de conflicto</b> (personas implicadas)	Entre quien ( <i>campo abierto</i> )	
<b>Situaciones de conflicto</b> (tipología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abandono</li> <li>● Marginación</li> <li>● Explotación</li> <li>● Represión</li> <li>● Hostilidad y/o rechazo mutuo</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Violencia verbal y/o psíquica</li> <li>● Falta de intimidad</li> </ul>	
<b>Red de apoyo familiar</b>	Adecuada / Inadecuada	La información que recoge esta variable resulta necesaria a la hora de plantear un plan de intervención, sin embargo, es necesario definir con claridad los criterios técnicos en los que se basa esta valoración, tratando de evitar así la emisión de juicios de valor.
<b>Estilo de comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Informativa</li> <li>● Racional</li> <li>● Emotiva</li> </ul>	Se trata de un concepto sistémico que puede resultar de utilidad cuando se va a realizar una intervención familiar, si bien no ha sido analizada en esta investigación por la ausencia de una definición operativa de las categorías que la conforman.
<b>Estructura familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unipersonal</li> <li>● Nuclear sin hijos</li> <li>● Nuclear con hijos</li> <li>● Nuclear monoparental</li> <li>● Nuclear reconstituida</li> <li>● Extensa</li> <li>● No familiar o coresidentes</li> <li>● Otros</li> </ul>	Las categorías recogidas definen una de las posibles clasificaciones de tipologías de familia, en función del núcleo de convivencia. Mientras que la estructura familiar es un concepto sistémico más amplio, que hace referencia fundamentalmente a las relaciones intrafamiliares y se corresponde con conceptos como subsistemas familiares y patrones de comportamiento (reglas, mitos y sistemas de creencias). Podría resultar de interés incluir otros indicadores relacionados con una concepción más extensa de la estructura familiar. Esta variable ha sido analizada en la investigación, ya que puede resultar interesante para analizar la composición del núcleo familiar de convivencia.
<b>Ciclo vital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecimiento</li> <li>● Convivencia</li> <li>● Nacimiento hijos</li> <li>● Crianza</li> </ul>	El ciclo vital es un concepto sistémico que puede resultar útil cuando se inicia una intervención individual y/o familiar.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nido vacío</li> <li>• Vejez</li> </ul>	
<b>Historia</b>	<i>Campo abierto</i>	Recogen información que permite clarificar y concretar los aspectos recogidos en las categorías anteriores, así como añadir otra información adicional necesaria para la valoración e intervención social. No han podido ser investigadas, ya que la BB.DD. no recogía las variables con campos abiertos.
<b>Dinámica</b>	Campo abierto	

En la tercera pestaña de la HSOA, “Recursos”, se recogen 14 variables que permiten valorar los medios de los que disponen los/as pacientes y familias para resolver problemas relacionados con las situaciones de salud-enfermedad.

<b>ANÁLISIS DE LA PESTAÑA “RECURSOS”</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>Fuente de ingresos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo</li> <li>• Pensión</li> <li>• Rentas / Patrimonio</li> <li>• Prestación</li> <li>• Subsidio</li> <li>• Sin ingresos</li> <li>• Otros</li> </ul>	Esta variable resulta útil para la valoración socioeconómica. Como propuesta se puede plantear la posibilidad de que la variable sea multirespuesta, ya que se pueden dar casos en los que se perciben ingresos de diferentes fuentes. Otra propuesta sería ampliar las opciones en relación con el tipo de pensión (jubilación, incapacidad total, incapacidad absoluta, viudedad...). Esta variable no ha sido investigada ya que el análisis se centró en la adecuación o no del presupuesto familiar (recogido en la siguiente variable), sin llegar a profundizar en las fuentes de los ingresos..
<b>Presupuesto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiente</li> <li>• Insuficiente</li> </ul>	Presupuesto es un concepto poco utilizado dentro de la terminología propia del TS, por lo que se propone sustituirlo por “nivel de ingresos”. Asimismo, habría que definir los criterios que se utilizan para establecer estas categorías, basándose en parámetros objetivos (como puede ser el salario mínimo



		interprofesional o la cobertura de necesidades básicas) o subjetivos (como la percepción individual o familiar).
<b>Red de apoyo social formal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro 24 h concertado</li> <li>• Centro 24 h privado</li> <li>• CAD</li> <li>• CAMP Sierrallana</li> <li>• Centro de día</li> <li>• Centro patología dual</li> <li>• Est. temp. 24 h concertado</li> <li>• Est. temp. 24 h privado</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Otros</li> <li>• SAD concertada</li> <li>• SAD privada</li> <li>• Teleasistencia</li> </ul>	Se trata de una variable interesante para recoger la información relativa a los recursos sociosanitarios de apoyo con los que cuentan los/as pacientes y familias. Es necesario adecuar el listado de categorías a la tipología actual de recursos sociosanitarios, lo que supondría incluir algunos como centro de rehabilitación psicosocial, centro ocupacional, comida a domicilio, etc... Resulta acertado que la variable sea multirespuesta, ya que en muchas ocasiones un paciente utiliza más de un recurso sociosanitario de apoyo.
<b>Red de apoyo informal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amigos - vecinos</li> <li>• Cuidador principal</li> <li>• Cuidador secundario</li> <li>• Familia directa</li> <li>• Ninguna</li> <li>• Otros</li> <li>• Voluntariado</li> </ul>	Esta información resulta necesaria para la valoración sociofamiliar y planificación de la intervención. Se trata de una variable multirespuesta, ya que los apoyos dentro de la red informal pueden ser diversos. Esta variable no se ha analizado, ya que queda vinculada a las personas con necesidad de cuidados, mientras que el objeto de esta investigación es el análisis más general de la población atendida.
<b>¿Recibe los servicios / prestaciones que necesita?</b>	Sí / No	Esta variable implica un juicio profesional, por lo que podría considerarse como una parte del diagnóstico social. Sin embargo, encierra cierta ambigüedad, ya que la respuesta afirmativa o negativa depende del punto de vista de quien valore la necesidad, puesto que no existen unos criterios definidos para poder contestar negativa o

		afirmativamente. Asimismo, la pregunta hacer referencia a dos conceptos distintos; prestaciones y servicios, por lo que la contestación puede ser diferente para cada una de estas realidades...
<b>¿Recibe una atención suficiente de su cuidador no profesional?</b>	Sí / No	Esta variable se adecua fundamentalmente a aquellos/as que presentan necesidad de cuidados, sin resultar necesaria para otras tipologías de paciente.. Recoge información similar a la de otras variables como “red de apoyo familiar”. Implica además, un juicio profesional, por lo que debería estar basada en una serie de criterios claros, constituyéndose como una parte del diagnóstico social.
<b>Observaciones</b>	<i>Campo abierto</i>	Campo de interés para ampliar y concretar la información recogida en el resto de variables.
<b>Ayudas técnicas</b>	<i>Campo abierto</i>	No se adecúa a todas las tipologías de paciente, sino sólo a aquellos/as que presentan algún tipo de discapacidad. Esta información puede ser útil en este tipo de casos, pero para una mayor operatividad se podría configurar con campos cerrados. Esta variable no ha sido investigada por tratarse de un campo abierto, los cuales no han sido cedidos por el SCS.
<b>Reconocimiento de minusvalía</b>	Sí / No	El término <i>minusvalía</i> se encuentra en desuso, por lo que podría ser sustituido por el recogido actualmente en la legislación, <i>discapacidad</i> . Resultaría interesante, para tener más información, que se tuviera que completar el campo “grado %” de forma obligada, cuando la respuesta a la variable “sí/no” fuera afirmativa.
<b>Grado % (minusvalía)</b>	<i>Campo cerrado de 0 a 100</i>	
<b>Baremo 3ª persona</b>	Sí / No	Este baremo se encuentra en desuso, por lo que se podría valorar la eliminación de estas variables.
<b>Puntos &gt;15</b>	<i>Campo cerrado de 15 a 100</i>	

<b>Reconocimiento de dependencia</b>	Sí / No	Al igual que en las variables relativas a discapacidad, con el objeto de recoger una información más completa, resultaría de interés que al contestar afirmativamente en la variable “reconocimiento de dependencia” hubiera que rellenar de forma obligada el campo, “grado”. Por otro lado, las categorías que se recogen responden a una clasificación que no está en vigor, por lo que podría ser sustituida por la clasificación actual: Gran dependencia (grado III), Dependencia Severa (grado II), y Dependencia Moderada (grado I).
<b>Grado</b>	<p><i>Campo cerrado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gran dependencia I</li> <li>● Gran dependencia II</li> <li>● Moderada I</li> <li>● Moderada II</li> <li>● Severa I</li> <li>● Severa II</li> </ul>	

La pestaña “Incidencia” está compuesta por 7 variables, que recogen información relativa al impacto que el proceso de salud-enfermedad tiene en el/la paciente a distintos niveles.

<b>ANÁLISIS DE LA PESTAÑA “INCIDENCIA”</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>Conducta</b>	<p><i>Campo cerrado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Agresiva</li> <li>● Apática</li> <li>● Asertiva</li> <li>● Otras</li> </ul>	Estas variables se encuentran relacionadas con conceptos de tipo psicológico, que pueden resultar de interés en la intervención psicosocial. Si bien, sería interesante definir los parámetros utilizados para determinar cada uno de los valores, pudiéndose introducir <i>cuestionarios estandarizados</i> que nos ayuden a medir estas variables y a dotarlas de una mayor objetividad. Esta ausencia de estandarización de las variables y categorías es el motivo por el que no han sido analizadas en el estudio.
<b>Sentimiento</b>	<p><i>Campo cerrado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aceptación</li> <li>● Soledad</li> <li>● Desvalorización</li> <li>● Abandono</li> <li>● Miedo</li> <li>● Otros</li> </ul>	

<b>Imagen corporal</b>	<i>Campo cerrado:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación</li> <li>• Desvalorización</li> <li>• Rechazo</li> <li>• -</li> </ul>	
<b>Autoestima</b>	<i>Campo cerrado:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta</li> <li>• Media</li> <li>• Baja</li> <li>• -</li> </ul>	
<b>Observaciones</b>	<i>Campo abierto</i>	
<b>Incidencia laboral / escolar / ocio</b> <b>Relación con el entorno</b>	<i>Campo abierto</i>	La información que recogen estas variables resulta útil para la valoración e intervención social, pero es necesario estructurar la información de forma separada, ya que recoge realidades diversas (empleo, educación y ocio). Asimismo, se puede valorar la posibilidad de introducir campos cerrados. Estas variables no han sido investigadas por tratarse de un campo abierto, los cuales no han sido cedidos por el SCS.
<b>Uso adecuado del tiempo libre</b>	Sí / No	Esta información aparece recogida dentro de la "incidencia ocio". Esta variable no ha sido investigada, puesto que no están claramente definidos los parámetros de uso del tiempo libre.

La quinta pestaña, "Vivienda", incluye 20 variables que permiten valorar la situación de alojamiento y la adecuación de la misma al proceso de salud-enfermedad de la población atendida.

ANÁLISIS DE LA PESTAÑA “VIVIENDA”		
VARIABLE	CATEGORÍAS	COMENTARIOS
<b>Cambio de domicilio</b>	Sí / No	El cambio de domicilio es un factor a tener en cuenta siempre que éste haya sido como consecuencia del proceso de salud-enfermedad y cuando implique dificultades en el proceso de adaptación al cambio del/la paciente o familia. Se podría valorar si esta información ha de estar recogida en todas las HS o si se puede registrar en observaciones, en aquellos casos en los que la adaptación al cambio de domicilio suponga un elemento a trabajar en la intervención social.
<b>Habitabilidad</b>	Sí / No	Las variables se encuentran muy disgregadas, solapándose algunas de ellas a falta de una definición clara de las mismas. Se podría reflexionar sobre la reducción de estas variables, con una clara conceptualización de aquellas que se consideren imprescindibles para valorar la adecuación de la vivienda a los procesos de salud-enfermedad que se atienden en las consultas de TSS. Asimismo, se podría incluir un campo abierto donde se pueda ampliar y concretar la información relativa a la vivienda necesaria para la valoración social.
<b>Salubridad</b>	Sí / No	
<b>Hacinamiento</b>	Sí / No	
<b>Equipamiento inadecuado</b>	<i>Campo cerrado:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ventilación insuficiente</li> <li>● Calefacción</li> <li>● Falta de ascensor</li> <li>● Electrodomésticos</li> <li>● Cocina</li> <li>● Calentador</li> </ul>	
<b>Infraestructura inadecuada</b>	<i>Campo cerrado:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>● E. Basura mala</li> <li>● E. Aguas mala</li> <li>● Insolación insuficiente</li> <li>● Falta de luz, agua, gas</li> <li>● Humedad</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruidos</li> </ul>	
<b>Dotación electrodoméstica básica</b>	Sí / No	
<b>Adecuación de vivienda (confort)</b>	Sí / No	
<b>Tipo de vivienda</b>	<p><i>Campo cerrado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin domicilio</li> <li>• Piso</li> <li>• V. Unifamiliar</li> <li>• Pensión</li> <li>• Chabola</li> <li>• Casa prefabricada</li> <li>• Institución</li> <li>• Otros</li> <li>• NS/NC</li> </ul>	Esta información puede resultar de interés, si bien se puede proceder a valorar si resulta de interés en todos los casos de intervención social en salud.
<b>Régimen de tenencia</b>	<p><i>Campo cerrado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin vivienda</li> <li>• Cedida</li> <li>• Alquilada</li> <li>• Realquilada</li> <li>• Propia, adquisición</li> <li>• Propia, pagada</li> <li>• Otras</li> <li>• NS/NC</li> </ul>	
<b>Control y seguridad de alimentos</b>	Sí / No	Estas variables pueden estar relacionadas con indicadores de riesgo social, como dificultad en el seguimiento de las indicaciones terapéuticas o carencias en la cobertura de las necesidades básicas. Se propone valorar
<b>Control y seguridad de medicamentos</b>	Sí / No	

<b>Problemas del control alimentos y medicamentos</b>	<i>Campo abierto</i>	si estas variables son relativas a la vivienda o a la capacidad del/la paciente o familia para asegurar el control y seguridad de los alimentos y medicamentos.
<b>Barreras arquitectónicas</b>	Sí / No	Se puede valorar la necesidad de redefinir esta variable y especificar los tipos de barreras y el campo de valoración, que puede ser sólo el hogar o también el entorno de la vivienda.
<b>¿Cuáles? (barreras arquitectónicas)</b>	<i>Campo abierto</i>	Esta variable no ha sido investigada por tratarse de un campo abierto, los cuales no han sido cedidos por el SCS.
<b>Riesgo accidentes domésticos</b>	Sí / No	La información recogida en el apartado "barreras arquitectónicas" constituye un indicador del posible riesgo de accidentes domésticos. Además, si el riesgo es derivado de una patología, esta situación deberá aparecer valorada en la historia clínica. Resultaría de interés determinar en qué casos resulta necesario valorar la existencia de riesgo de accidentes domésticos, así como realizar un análisis en torno a los accidentes domésticos con mayor prevalencia en función de los colectivos atendidos para poder incrementar la potencialidad de esta variable para la recogida de información.
<b>¿Cuáles? (riesgo accidentes domésticos)</b>	<i>Campo abierto</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Campo cerrado:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano</li> <li>• Semiurbano</li> <li>• Rural</li> </ul>	Información que aparece recogida por defecto en función de la zona básica de salud. Al ser un análisis de carácter general no se ha realizado un análisis geográfico de este tipo.
<b>Adecuación del entorno</b>	Sí / No	No existe un consenso con respecto a la conceptualización de esta variable y a los indicadores a utilizar para valorar si un entorno es adecuado o no (factores físicos, sociales, de equipamientos...).
<b>Observaciones</b>	<i>Campo abierto</i>	

En la última pestaña, “Plan de Intervención”, aparecen 7 variables que vienen a recoger los indicadores de riesgo social encontrados en la fase de valoración, así como la intervención social a desarrollar.

<b>ANÁLISIS DE LA PESTAÑA “PLAN DE INTERVENCIÓN”</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>Riesgo social</b> (existencia)	Sí / No	Esta variable se encuentra relacionada con el Protocolo de Detección Precoz del Riesgo Social en Salud y sirve de “llave” para la siguiente variable, en la que se recogen las distintas tipologías de riesgo social.
<b>Riesgo social</b> (tipología)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiente soporte familiar</li> <li>• Familia con capacidad limitada de apoyo</li> <li>• Claudicación familiar</li> <li>• Escasa integración familiar</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Precariedad en condiciones de vida</li> <li>• -</li> </ul>	Estos indicadores no cubren toda la multiplicidad de situaciones de riesgo social que se abordan en las consultas, si bien recoge algunas de las más habituales. Su potencial para la detección y diagnóstico de situaciones de riesgo social puede ser incrementada al incluir los indicadores de riesgo social recogidos en el Protocolo de Detección Precoz del Riesgo Social en Salud.
<b>Objetivos</b>	<i>Campo abierto</i>	Estas variables no han sido investigadas por tratarse de campos abiertos, los cuales no han sido cedidos por el SCS.
<b>Observaciones</b>	<i>Campo abierto</i>	
<b>Próxima revisión</b>	<i>Campo abierto</i>	Las próximas revisiones o intervenciones pueden ser anotadas en la agenda de OMI.



<b>Excepción visita seguimiento</b>	<i>Campo cerrado:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Exitus</li> <li>● Desplazamiento &gt; 4 meses</li> <li>● Ingreso</li> <li>● -</li> <li>● Otros</li> </ul>	<p>Este campo está relacionado con programas específicos de atención a inmovilizados/as y personas con necesidad de cuidados, en los que están protocolizadas las visitas de seguimiento cada cierto tiempo. Sin embargo, no se trata de una información necesaria para otras intervenciones, por lo que no se ha realizado su análisis.</p>
<b>Plan</b>	<i>Campo cerrado:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Información de derechos, prestaciones, recursos y servicios</li> <li>● Orientación de recurso o servicio adecuado</li> <li>● Orientación solicitud de prestación económica</li> <li>● Solicitud mejora dotación vivienda</li> <li>● Solicitud prestación económica vivienda</li> <li>● Medidas urgentes vivienda</li> <li>● Recurso sociosanitario</li> <li>● Recursos comunitarios</li> <li>● Asesoramiento sobre pautas de atención</li> <li>● Medidas de control y seguridad vivienda</li> <li>● Soporte / apoyo psicosocial</li> <li>● Motivación / concienciación</li> <li>● Intervención en crisis</li> <li>● Coordinación o interconsulta con instituciones, entidades o servicios.</li> </ul>	<p>Recoge tipos de intervención social de uso común en la consulta de TSS, como pueden ser información y orientación, apoyo psicosocial, intervención en crisis, coordinación... Sin embargo, algunas de las categorías que aparecen en este apartado no se corresponden con ningún tipo de intervención social propia de la metodología del TS, por ejemplo, solicitud mejora dotación vivienda o recurso sociosanitario. Se produce una confusión entre intervenciones y recursos, y se introducen funciones administrativas que no tienen relación con el TS. Puede resultar interesante realizar una revisión y definición de las intervenciones utilizadas habitualmente en la consulta de TSS, modificando y ampliando las categorías de esta variable.</p>

Este análisis de las variables recogidas en la HSOA ha servido para comprobar la calidad de la herramienta para la valoración e intervención social. Resulta necesario ampliar este estudio con otras miradas, realizando un proceso de reflexión conjunto entre aquellos/as profesionales que utilizan habitualmente la herramienta en su práctica diaria, con el fin de realizar un acercamiento a los distintos usos de la HSOA, así como a las diferentes visiones y conceptualizaciones de las variables y categorías existentes.

La HSOA, como ya se ha señalado, se constituye como una herramienta con un gran potencial para mejorar la intervención en la consulta de TSS, ya que favorece una atención más integral, así como la coordinación y la continuidad asistencial. Sin embargo, con el objeto de garantizar la equidad y la atención adecuada a los distintos colectivos de población que se atienden, se hace preciso introducir modificaciones para **que la HSOA se adecue a las heterogéneas necesidades de atención social** que presentan colectivos como mujeres con malestar psicosocial, personas inmigrantes, personas con diagnóstico de enfermedad mental grave... Introducir nuevos campos y flexibilizar la herramienta ayudaría a que la información necesaria para la valoración social en estos grupos de población quedara recogida en la HSOA, permitiendo su adaptación a los indicadores de riesgo social en salud más prevalentes.

Estas primeras reflexiones llevan a considerar la necesidad de realizar una **revisión de la herramienta HSOA**, con el fin de aumentar su capacidad tanto para la práctica clínica como para la investigación. Resulta imprescindible entender que esta reestructuración y redefinición de la HSOA se realice desde la participación del máximo número de profesionales de TS, favoreciendo un proceso conjunto de reflexión y toma de decisiones sobre los cambios a introducir.

El perfil feminizado y envejecido de la muestra estudiada era una de los puntos de partida que se planteaban, lo cual ha sido demostrado en el análisis posterior. Otro de los planteamientos iniciales fue considerar la variable sexo como un indicador de mayor riesgo social, sin embargo, esta conclusión no se puede aseverar, ya que si bien existen diferencias en el riesgo social de las mujeres frente a los hombres, estas no constituyen una brecha destacable. **En general, en las variables analizadas, no se ha observado un importante impacto diferencial entre hombres y mujeres**, excepto en lo relativo al tipo de intervención social, donde se ha podido demostrar que la atención a las mujeres estaba más orientada a la intervención de carácter psicosocial, como la intervención en crisis o el soporte y apoyo psicosocial.

La HSOA se constituye también como una interesante herramienta para la investigación socioepidemiológica, si bien resulta necesario introducir cambios en la misma que favorezcan el análisis y evaluación de los datos, así como la búsqueda de estrategias de cara a la generalización del uso de la herramienta en los diferentes Centros de Salud.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL (2012) *“Código Deontológico del Trabajo Social”*.
2. GARCIA, M. T. (1999) *“Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid: Criterios organizativos para la mejora de la atención social”*. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, 139 – 146.
3. MORRO, L., CASALS, A., BURCET, S., CASCALES, A., GONZÁLEZ, S., ROIG, M., IBÁÑEZ, R. (2012) *“La Historia Social en la historia clínica digital. Aplicación informática de la Historia Social en el Parc de Salut Mar: una herramienta para la intervención social”*. Revista Trabajo Social y Salud nº 72, 37 – 45.
4. GARCÍA VILLA, M.C., PIÑERA PALACIO, R. (2009) *“Informatización del Trabajo Social en Asturias”*. Revista Trabajo Social y Salud nº 64, 215 – 225.
5. CHICO LÓPEZ, A. (2003) *“Historia social informatizada como parte de la historia de salud: necesidad, ventaja y aplicaciones”*. Revista Trabajo Social y Salud nº 76, 57 – 68.
6. ANGULO GARCÍA, M.I. MEDINA DUQUE, M.T. (2009) *“Sistema de registro del Trabajo Social Sanitario. Hospital San Juan del Aljarafe: Aplicación de las nuevas tecnologías a la actividad del Trabajo Social”*. Revista Trabajo Social y Salud nº64, 259 – 277.
7. MENÉNDEZ CAICOYA, A.M. (2009) *“Experiencia de informatización de la historia de Trabajo Social en el hospital de Jarrio”*. Revista Trabajo Social y Salud nº64, 179 – 193.
8. ROJO I GENE, R. (2012) *“La presencia del Trabajo Social en el entorno de la historia clínica digital E-CAP en la atención primaria de salud en Catalunya”*. Revista Trabajo Social y Salud nº72, 131 – 145.
9. GUILLÉN NAVARRO, M., FUSTER RIBERA, R. (2012) *“Estudio sobre el tratamiento del problema social en el ámbito hospitalario”*. Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social nº 51, 145 – 180.
10. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, M.J., GARCÍA LIZANA, A., GONZÁLEZ RAMÍREZ, A. R., GARCÍA GARCÍA, M.A. (2013) *“Trabajo Social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social”* Portularia: Revista de Trabajo Social vol. 13 – 1, 67 – 76.

11. FERNÁNDEZ BRETONES, M. (2012) *“Trabajo social sanitario en una mutua de accidentes de trabajo. Factores de riesgo social en pacientes que han sufrido accidente laboral. Estudio de variables psicosociales asociadas al proceso asistencial”*. Revista Agathos nº 1, 14 - 27.
12. ITUARTE TELLAECHÉ, A. (2003) *“Evolución del Trabajo Social en España. Historia y perspectivas”*. Revista Trabajo Social y Salud nº 46, 69 – 84.
13. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD (2008) *“Atención a la persona con necesidad de cuidados y a su cuidador/a”* Ed. Servicio Cántabro de Salud.
14. ESCARTIN CAPARROS, M.J. (1992) *“El sistema familiar y el trabajo social”* Alternativas: cuadernos de trabajo social, Nº. 1, págs. 55-75.
15. DE ROBERTIS, C. (1992). *“Metodología de la intervención en Trabajo Social”*. Barcelona. Ed. Ateneo.
16. SERVICIO CANARIO DE SALUD (2004) *“Rol profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud”*.
17. CAMPANINI, A. (1991). *“Servicio Social y Modelo Sistémico”*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
18. SLAIKEU, K. (1999). *“Intervención en crisis. Manual para la práctica e investigación”*. México. Ed. Manual Moderno.
19. SERVICIO CANTABRO DE SALUD (2012). *“Estrategia Atención Primaria 2012 – 2015”* Ed. Servicio Cántabro de Salud.
20. LÓPEZ LÓPEZ, M. (2013). *“Memoria del Servicio Cántabro de Salud 2012”*. Santander. Ed. Gobierno de Cantabria.
21. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012). *“Memoria del sistema de información de usuarios/as de servicios sociales (S.I.U.S.S.)”*. Madrid.
22. GARABATO GONZÁLEZ, S. (2015). *“Trabajo social y desigualdades sociales en salud”*. Revista Trabajo Social y Salud nº 81, 109 – 127.

## 7. ANEXO I: FORMATO DE LA HISTORIA SOCIAL EN EL SISTEMA OMI-AP

IMAGEN 1. Pestaña “Grupo Familiar”

**HISTORIA SOCIAL ( 9/01/2012) - - DES DES,DES (11 Años)**

Grupo familiar | Dinamica familiar | Recursos | Incidencia | Vivienda | Plan de intervención | SCS/GAP-2

**COMPOSICION NUCLEO CONVIVENCIA**

FILIACION	PARENTESCO	SEXO	E. CIVIL	F. NACIM.	ESTUD.	S. LABOR	INGRESOS
	P.I.						

**OTRAS PERSONAS NO CONVIVIENTES**

Domicilio:  Teléfono:

CON QUIEN VIVE:

PERSONA EN INSTITUCION:  Sí  No

C.P.:  PARENTESCO:

CUIDADOR NO PROFESIONAL:  Sí  No

Aceptar Cancelar

IMAGEN 2. Pestaña “Dinámica Familiar”

**HISTORIA SOCIAL ( 9/01/2012) - - DES DES,DES (11 Años)**

Grupo familiar | Dinamica familiar | Recursos | Incidencia | Vivienda | Plan de intervención | SCS/GAP-2

**RELACIONES FAMILIARES**

DIFICULTAD A TENDER NECESIDADES:  Sí  No

SITUACIONES DE CONFLICTO:  Sí  No

Entre quien:

Abandono  Represión

Marginalización  Hostilidad y rechazo mutuo

Explotación  Violencia verbal y/o psíquica

Falta de intimidad

RED DE APOYO FAMILIAR:

ESTILO COMUNICACION:

ESTRUCTURA FAMILIAR:

CICLO VITAL:

Historia:

Dinámica:

Aceptar Cancelar

IMAGEN 3. Pestaña "Recursos"

HISTORIA SOCIAL ( 9/01/2012 ) - - DES DES,DES (11 Años)

Grupo familiar | Dinámica familiar | **Recursos** | Incidencia | Vivienda | Plan de intervención | SCS/GAP-2

SITUACION ECONOMICA

FLENTE DE INGRESOS  PRESUPUESTO

RED DE APOYO SOCIAL FORMAL

RED DE APOYO SOCIAL INFORMAL

¿Recibe los servicios/prestaciones GUE NECESTA ?  Sí  No  
¿Recibe una ATENCION SURCENTE de su cuidador no profesional?  Sí  No

OBSERVACIONES

AYUDAS TECNICAS

Reconocimiento de MNJSVALIA  Sí  No  
Baremo 3ª PERSONA  Sí  No  
Reconocimiento de DEPENDENCIA  Sí  No

Grado %   
Puntos >15   
Grado

IMAGEN 4. Pestaña "Incidencia"

HISTORIA SOCIAL ( 9/01/2012 ) - - DES DES,DES (11 Años)

Grupo familiar | Dinámica familiar | Recursos | **Incidencia** | Vivienda | Plan de intervención | SCS/GAP-2

INCIDENCIA PERSONAL

CONDUCTA  SENTIMIENTO

IMAGEN CORPORAL  AUTOESTIMA

OBSERVACIONES

INCIDENCIA LABORAL / ESCOLAR / OJO  
RELACION CON EL ENTORNO

USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE  Sí  No



IMAGEN 5. Pestaña “Vivienda”

**HISTORIA SOCIAL ( 9/01/2012 ) - - DES DES,DES ( 11 Años )** SCS/GAP-2

Grupo familiar | Dinamica familiar | Recursos | Incidencia | **Vivienda** | Plan de intervención

Cambio de domicilio  Sí  No  
 Tipo de vivienda   
 Salubridad  Sí  No  
 Haptabilidad  Sí  No  
 Régimen de tenencia   
 Hacinamiento  Sí  No

Equipamiento Inadecuado  
 Ventilación Insuficiente  Electrodomésticos  
 calefacción  Cocina  
 Falta de ascensor  calentador

Infraestructura Inadecuada  
 E. Basura Mala  Falta de luz, agua o gas  
 E. Aguas Mala  Humedad  
 Insulación Insuficiente  Ruidos

Dotación electrodoméstica básica  Sí  No  
 Control y seg. de alimentos  Sí  No  
 Control y seg. medicamentos  Sí  No  
 Problemas del control alimentos y medicamentos

Barreras arquitectónicas  Sí  No  
 Riesgo acc. domestico  Sí  No  
 zócalos?   
 zócalos?

Tipo  Urbano  Semiurbano  Rural  
 Adecuación de vivienda (confort)  Sí  No  
 Adecuación del entorno  Sí  No

OBSERVACIONES

IMAGEN 6. Pestaña “Plan de Intervención”

**HISTORIA SOCIAL ( 9/01/2012 ) - - DES DES,DES ( 11 Años )**

Grupo familiar | Dinamica familiar | Recursos | Incidencia | Vivienda | **Plan de intervención**

RESUMEN HISTORIA

Cuidador   
 At. suf. de su cuidador  
 Red de apoyo familiar  
 Situaciones de conflicto  
 Dificultad para atender necesidades  
 Recursos  DIFICULTAD  
 Recibe recursos que necesita  
 Atención suficiente del cuidador  
 Barreras arquitectónicas  
 Riesgo de acc. domesticos  
 Control y seg. alimentos  
 Control y seg. medicamentos

RESGO SOCIAL  Sí  No

PLAN

- Inf. de derechos, prestaciones, recursos y servicios
- Orientación de recurso o servicio adecuado
  - Orientación solicitud de prestación económica
  - Solicitud mejora dotación vivienda
  - Solicitud prest. eco. vivienda
  - Medidas urgentes vivienda
  - Recurso sociosanitario
  - Recursos comunitarios
- Asesoramiento sobre pautas de actuación
  - Medidas de control y seguridad vivienda
- Soporte / apoyo psicosocial
- Motivación / concienciación
- Intervención en crisis
- Coord. o IC. con instituciones, entidades o servicios

OBJETIVOS

OBSERVACIONES

PROXIMA REVISION  Excep. visita seguimiento