

Noelia Sancho Llambrich

**IMPACTE DE LA PANDÈMIA EN SERVEIS SANITARIS I SOCIALS DE LA
PROVÍNCIA DE TARRAGONA.
EXPERIÈNCIES I REPTES DES DEL TREBALL SOCIAL.**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per la Dra. Maria Victòria Forns Fernández

Grau de Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023

Resum: La pandèmia de la Covid-19 ha causat estralls en el conjunt de la ciutadania, així com també en els serveis assistencials. De fet, la Covid-19 no ha provocat només una pandèmia sanitària, sinó que n'ha resultat una sindèmia global ja que la malaltia s'agreuja per les desigualtats en salut causades per condicionants biopsicosocials (Singer et al., 2017) i que ha afectat els quatre pilars de l'estat del benestar.

Els centres d'atenció primària, els centres sociosanitaris, els serveis d'ajuda a domicili, els equips d'atenció domiciliària, les residències i els centres de dia es van adaptar a les mesures de contingència de la Covid-19 elaborant i actualitzant plans de contingència, circuits d'accés als centres, utilitzant els equips de protecció individuals pertinents, etc.

En definitiva, adaptant l'atenció social i sanitària als requeriments de la normativa vigent, qualificada per les treballadores socials com a canviant i contradictòria; tot i que al mateix temps comprenien aquests canvis degut a la desconeixença de la malaltia i a l'impacte que estava tenint sobre la població. Comprensió i resignació que compartien els pacients, usuaris i famílies.

Tres anys després de l'esclat de la pandèmia, s'obre una porta a la transformació del sistema assistencial, concretament cap a l'atenció integrada social i sanitària.

Abstract: The covid pandemic has caused a major impact on the whole citizens, as well on the public services. In fact, Covid-19 has not only caused a health pandemic, but has resulted in a global syndemic since the disease is exacerbated by health inequalities caused by biopsychosocial conditions (Singer et al, 2017). And it has affected the four pillars of the Welfare State.

Primary health care centres, socio-health centres, home help services, special palliative care home teams, nursing homes and day centres had been adapted to covid restrictive policies by developing and updating plans of contingency, different accesses to the centres and using individual protection equipment, etc.

Therefore, adapting the socio-health care to the requirements of current regulations, which were described by the social workers as changing and contradictory; despite they understood these changes due to de lack of knowledge of the disease and the impact it was having to the population. These perception and resignation were shared by both users, patients and families.

Three years after the pandemic outbreak, there's an opportunity to the transformation of the care system, specially towards integrated social and health care.

Paraules clau: covid-19, pandèmia, atenció primària salut, treball social, serveis socials

1. Introducció

La pandèmia de la Covid-19 va mostrar i va agreujar les febleses i les mancances d'un sistema capitalista i neoliberal que basa l'atenció sanitària en un model tradicionalment hospitalo-cèntric des dels seus inicis (Comelles Esteban et al., 2017) que dedica pràcticament tres vegades més pressupost a l'atenció hospitalària d'aguts (4.289,3 ME) que a l'atenció primària i comunitària (1.561,8 ME) (Departament de Salut, 2021a).

En un moment de crisi caracteritzat per la immediatesa i la urgència en què es van prendre les mesures per tal de contenir l'avenç de la malaltia i les infeccions, per tant també les morts i les patologies agudes greus que se'n van derivar, vam viure com va trontollar tot el sistema i es van fer paleses, encara més, les mancances en la comunicació i la coordinació entre diferents departaments, especialment el de Salut i el de Serveis Socials (Comas-d'Argemir et al., 2022).

En aquest article s'exposa una part del treball realitzat en marc de l' I+D+I titulat Retos de la atención primaria en salud durante la pandemia de Covid-19: salud comunitaria y participación social.

L'autora de l'article, en tan que beneficiària d'una Beca de Col·laboració del Ministeri d'Educació i Formació Professional, es va incorporar a l'equip d'investigació el passat mes de desembre. La finalitat d'aquestes beques és iniciar a estudiants d'últim curs de grau i de primer de màster en la realització de tasques d'investigació en departaments universitaris, tal com s'indica a la resolució de la Secretaria d'Estat d'Educació (2022).

Aquesta investigació que dirigeixen el Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero i el Dr. Josep Barceló-Prats, com a investigadors principals, té l'objectiu d'identificar i analitzar els reptes de l'atenció primària a Catalunya en temps de Covid-19, en relació a la salut comunitària i la participació social.

En aquest article es presenta una part del treball que s'ha realitzat dins l'objectiu específic 1 del mencionat projecte d'I+D+I. Concretament, l'autora centra la seva recerca en l'àmbit del treball social atesa la seva vinculació acadèmica i, properament, professional.

Aquest article pretén investigar l'afectació de la pandèmia en els centres d'atenció primària de salut, els centres sociosanitaris, les residències, els serveis

d'atenció a domicili i els equips de suport domiciliari. Tot això, posant el focus especialment en l'atenció primària de salut.

Concretament, s'estudia com els diferents serveis van adaptar-se a les mesures de contenció de la covid-19; l'adequació de la coordinació entre les treballadores socials i la transformació de la comunicació i la relació amb els pacients, usuaris i famílies al llarg de la pandèmia.

El treball de camp s'ha portat a terme a la província de Tarragona entre els mesos de febrer i abril de l'any 2023.

La motivació en aquest estudi es basa en dos eixos.

Per una banda, s'hi troba el professional. L'autora, a més d'estudiant de quart curs de treball social, és tècnic superior d'imatge pel diagnòstic i medicina nuclear i compta amb diversos anys d'experiència professional en l'àmbit hospitalari. A més, a l'abril del 2020, en ple confinament, va reprendre l'activitat laboral, compaginant així el grau universitari amb la feina a l'hospital.

Per altra banda, s'hi sumen l'interès acadèmic i també el personal en entendre i estudiar com succeeix i en què es basa la relació entre les persones pacients i usuàries i les professionals. Així com estudiar també el canvi cap a la humanització dels serveis sanitaris i l'atenció centrada en la persona, que duu implícita la coordinació entre els diferents serveis assistencials.

2. Marc teòric

L'Organització Mundial de la Salut defineix la salut com “un estat de complet benestar físic, mental i social i no només l'absència d'afeccions o malalties” (World Health Organization, 1946). Per tant, el benestar social no només afecta a la salut de les persones, sinó que la determina.

La interrelació entre la salut biològica, la mental i la social, genera un joc d'equilibris a nivell intern, en l'individu, que dimensiona el seu dia a dia. A més, en tant que éssers socials que viuen en comunitat, aquesta, indistricablement, també afecta a la salut de les persones.

De fet, tan institucions internacionals com ara l'OMS, i d'altres estatals, com és l'Agència de Salut Pública de Canadà, des de l'Informe Lalonde l'any 1974 han acotat i teoritzat sobre els determinants socials de la salut (DSS) (Lalonde, 2002).

Així és que també trobem una certa balança externa a l'individu en l'espai meso i, fins i tot, macro que es produeix entre aquest i d'altres iguals, però sobretot entre comunitats. És en la cerca de l'equitat social en la salut, entesa com l'absència de desigualtats entre comunitats en referència a la salut, en un sentit holístic (Whitehead, 1992); on s'emplaça, encara més, a les institucions públiques a actuar i a fer-se'n càrrec.

En la mateixa línia, en una revisió exploratòria recent sobre els DSS a Espanya, els autors conclouen que “els resultats en salut eren pitjors quan més eixos de desigualtat s'hi superposaven” (Ruiz Álvarez et al., 2022). Això ens duu a incorporar una mirada àmplia, des de la interseccionalitat, en la que s'hi entrecreuen diversos eixos com són el gènere, la classe social, la nacionalitat, el color de pell, l'orientació sexual i l'edat, entre d'altres. Aquestes característiques personals, en si, no tenen cap efecte positiu o negatiu sobre la persona, sinó que són la categorització i l'estigmatització que en fan la societat, les que en generen opressions.

Tenint en compte la importància de la vessant comunitària en la salut de les persones, resulta imprescindible aturar-nos i indagar en l'atenció primària de salut.

L'any 1978 en la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut, convocada per l'Organització Mundial de la Salut i el Fons de les Nacions Unides

per la Infància, comptà amb la representació de 134 països i 67 organismes internacionals, a més d'organitzacions no governamentals, i culminà amb la Declaració d'Alma-ATA. Aquest document recull deu punts principals que constitueixen la base de l'atenció primària de salut (APS).

En el cinquè punt s'exposa que l'APS és la peça clau per tal d'aconseguir, l'any 2000, la promoció d'un nivell de salut que permeti a tots els habitants del món gaudir d'una vida productiva social i econòmicament. Així doncs, la Declaració d'Alma-ATA constitueix la base de l'APS i insta a tots els governs a crear i/o potenciar un sistema de salut que garanteixi i promogui la salut primària i comunitària. A més, s'interpel·la directament a tots els governs en tan que aquests "tenen l'obligació de cuidar la salut dels seus pobles [...] i que només pot complir-se mitjançant l'adopció de mesures sanitàries i socials adequades" (The Pan American Health Organization, 1978). Tot això, amb una mirada universal i que traspasa fronteres ja que també s'incideix en les desigualtats en salut i en la cooperació internacionals.

Per una banda, a Catalunya, la reforma del model d'atenció primària de salut va regular-se amb el Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. Amb aquesta normativa s'establí l'atenció primària de salut com la primera porta d'accés dels ciutadans a l'assistència sanitària, que inclou l'atenció preventiva, curativa, rehabilitadora i també la promoció de la salut del conjunt de la comunitat. A més, se crearen així les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que constitueixen les unitats territorials de l'atenció primària de salut i que tenen com a nucli físic de treball els Centres d'Atenció Primària (CAP). En aquests centres hi treballen els conjunt de professionals (sanitaris i no sanitaris), que formen els Equips d'Atenció Primària (EAP). (Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya, 1985)

Per una altra banda, a nivell espanyol, no va ser fins l'aprovació de la Llei General de Sanitat l'any 1986, quan se va crear el Sistema Nacional de Salut (SNS) i així va modificar-se íntegrament el model assistencial i organitzacional. L'SNS "es concep com el conjunt dels serveis de salut de les Comunitats Autònomes convenientment coordinats" (Llei 14/1986, de 25 de abril, General de Sanitat).

Posteriorment, la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) aplica aquestes modificacions i s'avança en relació a les altres comunitats autònomes adoptant un nou model de gestió en què hi conflueixen les gestions directes, indirectes i mixtes que pot adoptar el Sistema Català de la Salut (CatSalut). A més a més, en aquesta normativa s'estableix la divisió territorial per regions sanitàries. (Servei Català de la Salut, 2015). En l'article 41 de la LOSC, s'enuncien els professionals que integren els EAP. Concretament, en l'apartat referent al personal sanitari s'hi inclouen els assistents socials d'atenció primària. Ara bé, per una banda, no va ser fins el 2017-2018 quan la integració de les treballadores socials als EAP va ser extensiva a la totalitat dels equips. Per l'altra banda, tot i que la LOSC inclogui el treball social en el llistat del personal sanitari; la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries no contempla el treball social com a professió sanitària.

Pel que fa al nombre de centres sanitaris, a les regions sanitàries de les Terres de l'Ebre i el Camp de Tarragona hi ha 261 CAP; 47 centres que presten atenció sociosanitària [incloent centres sociosanitaris d'internament, equips PADES (ara equips de suport domiciliari, ESD), hospitals de dia i equips UFISS (ara equips de suport hospitalari, ESH)] (Servei Català de la Salut, 2022). En referència als centres socials seleccionat per l'estudi, hi trobem 55 entitats que presten el servei públic d'atenció a domicili; i 59 residències assistides per a gent gran (Departament de Drets Socials, 2023).

La irrupció de la covid va generar un gran impacte a tota la població i, a nivell assistencial, també va causar un abans i un després als serveis sanitaris i socials. Des del març del 2020 vam viure 8 onades d'augment de contagis de la Covid-19, provocada pel virus SARS-CoV-2. Durant el transcurs de la pandèmia es va demostrar que l'atenció primària de salut és un agent clau de proximitat, prevenció, cribratge, tractament i seguiment de la salut; i que dona suport tan clínic com psicològic, a més de promoure un bon assessorament i promoció de la conscienciació de la comunitat. Tot això, coordinadament amb l'atenció especialitzada. No obstant això, la pandèmia va treure a la llum les febleses del sistema sanitari. (Lauriola et al., 2021)

Segons els registres del Departament de Salut, a Catalunya fins el 24 de juliol de l'any 2022 es van contagiar de covid-19 un total de 2.775.927 persones, de les quals 28.467 van morir a causa de la malaltia.

Així és que la pandèmia de la Covid-19 va fer palesa, encara més, la necessitat d'orientar un nou model assistencial cap a l'atenció integrada social i sanitària.

Entenem, doncs, l'atenció integrada com un

Model d'atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris, que té com a objectiu obtenir bons resultats en salut i benestar, una adequada utilització dels recursos i una bona experiència d'atenció, amb el qual es garanteix l'atenció integral i l'atenció centrada en la persona. (Centre de Terminologia, 2023)

Actualment, els Departaments de Salut i de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya mitjançant el Programa d'Atenció Integrada Social i Sanitari (PIASS) pretenen posar en marxa un sistema integrat d'atenció social i sanitària. Aquest fet també es reflexa al Pla de Salut de Catalunya 2021-2025, de manera que l'objectiu específic 9 d'atenció integrada social i sanitària es divideix en:

- a) Crear l'Agència de l'Atenció Integrada per avançar en la integració social i sanitària.
- b) Avançar en el desplegament territorial de projectes integrats d'atenció social i sanitària.

(Departament de Salut, 2021b)

En aquest context, entenem la salut individual també com una responsabilitat col·lectiva determinada per les polítiques públiques territorials, l'entorn, la comunitat, les condicions socioeconòmiques i, en definitiva, els determinants socials de la salut.

Tenint en compte el caràcter de proximitat de l'atenció primària de salut en tan que constitueix la porta d'accés al sistema sanitari per part de les ciutadanes i també la importància de la coordinació entre els diferents serveis, en un context de canvis i d'adaptació provocats per la covid-19; realitzem aquesta investigació per donar resposta als objectius plantejats anteriorment.

Per tant, trobem la voluntat política i també la necessitat social i sanitària d'integrar ambdós tipus de serveis assistencials. És per això que creiem imprescindible analitzar la situació actual de coordinació entre serveis sanitaris, socials i sociosanitaris.

En múltiples casos s'evidencia la rellevància de la figura de les treballadores socials en els ens encarregats de dita coordinació, com és el cas de la comissió departamental de coordinació sociosanitària, associacionisme i acció comunitària del Departament de Salut Clínic-Malvarrosa de València (Botija et al., 2018). Així és que, les treballadores socials, presents en tots els serveis que són objecte d'estudi de l'I+D+I, són una figura clau per a l'atenció integral de les persones i els seus entorns de suport.

Per aquest motiu, s'ha decidit que les professionals del treball social esdevinguin les informats d'aquesta investigació.

3. Metodologia

L'objectiu general de la recerca és investigar l'afectació de la pandèmia en els centres d'atenció primària de salut, els centres sociosanitaris, les residències, els serveis d'atenció a domicili i els equips de suport domiciliari; especialment en l'atenció primària de salut.

D'aquest objectiu se'n desprenen tres d'específics: 1) esbrinar com els diferents serveis van adaptar-se a les mesures de contenció de la covid-19; 2) indagar en com s'ha transformat i adaptat la coordinació entre les treballadores socials que hi treballen; 3) estudiar els canvis produïts en la relació de les professionals amb les persones usuàries, les pacients i les famílies al llarg de la pandèmia.

La metodologia emprada en aquesta investigació és purament qualitativa essent l'entrevista semiestructurada l'instrument elegit per tal d'obtenir la informació. Creiem que és la font d'informació més adequada per tal de recollir les experiències viscudes per part de les treballadores socials de manera que aquestes puguin reflexionar i expressar-se lliurement. A més, ens permet obtenir informació estandarditzada i també introduir i aprofundir en aspectes d'interès propis de l'àmbit professional.

Primerament, s'ha realitzat una recerca bibliogràfica en diferents fonts. S'han consultat les bases de dades Web of Science, Scopus, PubMed, Scielo i Dialnet; a més de publicacions (articles, llibres, revistes, normativa, informes) digitals i impreses. Les fonts consultades en primera instància, en molts casos, ens han dut a altres fonts d'interès.

En segon lloc, s'ha procedit al disseny de les entrevistes. Juntament amb la Dra. Victòria Forns Fernández, integrant de l'equip d'investigació de l'I+D+I, i la Dra. Elisa Alegre Agís, investigadora post-doctoral de la recerca, s'ha consensuat el guió de l'entrevista.

En aquesta hi ha una part comuna per a totes les informants on hi trobem preguntes sobre el propi servei, sobre les coordinacions mantingudes amb serveis externs i també entorn a la relació amb les persones usuàries i les seves famílies. Cadascun d'aquests tres apartats genera una categoria dels resultats. Finalment, s'hi troben qüestions específiques que varien segons la tipologia de

centre en el qual treballa cada professional i que s'han incorporat en els altres apartats dels resultats.

Posteriorment, s'ha procedit a la realització del treball de camp. S'han dut a terme 7 entrevistes a treballadores socials dels àmbits sanitari i social a fi de realitzar un estudi de casos que ens permeti assolir l'objectiu general i els específics. En l'elecció dels centres; s'ha optat per diversificar el tipus de gestió dels serveis prestats i, en els casos en què ha estat possible, s'han entrevistat professionals d'un mateix tipus de servei, però de diferent model de gestió (pública i privada). Aquesta distinció s'ha dut a terme per tal de detectar possibles diferències en l'objecte d'estudi en funció del tipus de gestió.

El perfil de les informants està conformat únicament per professionals del treball social que exerceixen en un CAP de gestió pública; un CAP de gestió privada; una residència de gestió pública; una residència i centre de dia de gestió privada; un servei d'atenció a domicili (SAD) de gestió privada; un centre sociosanitari (CSS) de gestió pública; i un equip de suport domiciliari (ESD) de gestió pública. Tots aquests centres de gestió privada concerten una part de les seves places i, per tant, ofereixen parcialment un servei públic.

L'elecció de la tipologia dels serveis ve determinada, per una banda, perquè són els que es contemplan en el subobjectiu específic de l'I+D+I en què treballa l'autora. I, per l'altra banda, es creu que permeten un estudi de casos que doni resposta als objectius de l'article.

La totalitat de les entrevistes s'han realitzat presencialment al lloc de treball de les professionals mentre que l'àudio s'ha enregistrat amb dos dispositius (gravadora i telèfon mòbil). Pel que fa a la transcripció de les entrevistes, s'ha dut a terme amb el programari Tint, tot i que després s'ha revistat. Posteriorment, l'explotació de les dades s'ha elaborat amb el programari Excel.

En l'article se fa referència indistintament a la pandèmia provocada pel virus SARS-CoV-2 com a covid i Covid-19.

L'estudi ha seguit els criteris COREQ per a entrevistes qualitatives (Tong et al., 2007).

Les participants han signat un consentiment informat en què s'hi indica que els arxius seran custodiats d'acord a la normativa vigent en matèria de protecció de

dades i drets digitals. Al mateix temps, se les ha informat del tractament de les dades, les quals s'han encriptat de manera que no sigui possible identificar el centre de treball ni tampoc les professionals entrevistades. Així doncs, s'ha assignat un número des de TS1 fins a TS7 a les informants i quan ha interessat s'ha fet referència únicament la tipologia del servei. En alguns casos es fa referència a les treballadores socials sanitàries (TSS), que en aquest article serien les professionals dels CAP, centre sociosanitari i equip de suport domiciliari.

Les participants han rebut, prèviament al lliurament de l'article, un esborrany a fi de revisar-lo i donar la seva conformitat al redactat i al tractament de les dades. Tal com s'exposa en la Memòria Tècnica de l'I+D+I, les dades recopilades encriptades s'emmagatzemen en una carpeta compartida segura al núvol on només hi tenen accés els integrants de l'equip d'investigació.

Al llarg del projecte I+D+I s'han realitzat 2 reunions amb l'equip de treball de l'objectiu específic 1, a més de les 10 que s'han produït amb les dos investigadores amb qui s'ha compartit els subobjectius específics.

4. Resultats

4.1 Adaptació dels serveis assistencials al llarg de la pandèmia

Organització interna de serveis durant la pandèmia

La totalitat dels serveis sanitaris, sociosanitaris i socials en què treballen les professionals entrevistades es va veure afectada integralment per la pandèmia.

El xoc provocat per la primera onada de la covid al març del 2020 i la consegüent declaració d'estat d'alarma amb el confinament total de la població van aturar la societat i van obligar a una reorganització de l'atenció prestada pels serveis assistencials essencials, entre els quals hi trobem tots els estudiats en aquesta recerca.

Els CAP des d'aquell moment i “durant pràcticament dos anys han estat blindats (...) sempre es va posar un filtre” (TS1). Ara bé, els primers mesos en què es van tancar els CAP “vam tancar l'accés, però al domicili es va fer més assistència” (TSS CAP).

A les residències i als centres sociosanitaris es va “tancar totalment el centre per la gent externa” (TS6).

Els centres de dia també es van tancar i afegeix la professional que en aquests “hi ha hagut dos tancaments importants”. Tots els usuaris van al seu domicili i, tot i que el servei estigués tancat, “nosaltres sí que manteníem contacte amb ells per veure com estaven”.

A algunes treballadores socials se'ls va facilitar el teletreball, encara que gran part de les professionals va seguir treballant al lloc de feina habitual. Entre aquelles a qui se'ls va possibilitar el teletreball, hi trobem diversos testimonis que van preferir anar presencialment a la feina, entre els quals la TS1 que, després de teletreballar unes setmanes, expressa que “jo necessitava separar l'espai domèstic (...) posar una distància entre casa meua i la feina”, de manera que va tornar a treballar al centre.

Respecte a la virtualització de l'atenció a les famílies, la professional d'una residència exposa que “vaig acabar teletreballant (...) els dos o tres primers mesos (...) aquí se va quedar la gent imprescindible (...) el meu ho podia fer des

de casa amb el meu portàtil i el meu mòbil”. Això s’explica també perquè en aquella etapa de la pandèmia no es podien fer ingressos als centres residencials.

Majoritàriament, tots els serveis van dividir-se en dos o més grups de contingència i en alguns casos en què hi havia només una professional del treball social, aquesta treballava tots els dies en horari habitual i/o en els dos equips.

Algunes de les professionals, davant el canvi assistencial derivat de les mesures de contenció de la covid, van modificar totalment la seva dinàmica de treball adoptant una metodologia proactiva. Així és que als CAP “vam baixar uns llistats (...) vam fixar una edat, 80 anys, amb el que nosaltres diem GMA4, grups de malaltia crònica, persones que tenen quatre o més malalties cròniques associades” i “era totalment llistats i anar trucant i fer molta informació i contenció”, tal com expliquen les informants dels CAP.

Els GMA, grups de morbiditat ajustats, són de gran utilitat a l’atenció primària de salut. Per una banda, generen un alt interès en la gestió clínica i assistencial perquè permeten identificar grups de població en risc. A partir d’aquí, en epidemiologia i administració sanitària faciliten la distribució equitativa dels recursos segons les necessitats assistencials de cada àrea de gestió (Monterde et al., 2016). Per tant, es corrobora l’adequació de la metodologia d’intervenció emprada per les professionals durant el confinament.

Pel que fa al SAD, tal com explica la professional “es va decidir atendre inicialment a les persones que eren vitals i essencials, que estaven soles (...) les que estaven completament desamparades o depenien d’un servei d’atenció domiciliària”.

Una de les informants assumeix la direcció del servei i refereix que “com a direcció no tenia horari. Treballava set dies de la setmana i me n’anava a les set del matí. Potser tornava a les vuit del vespre”.

És innegable que la covid no només va afectar a les professionals en l’àmbit laboral, sinó també en el personal. De fet, la conciliació familiar va esdevindre encara més complicada perquè mentre a les persones que necessiten cura se’ls va tancar els accessos als serveis, ja fossin escoles, centres de dia, centres ocupacionals, etc.; les informants van haver de seguir amb la seva activitat laboral, sumada a un augment de càrrega de treball.

Respecte a la formació rebuda per les professionals durant la pandèmia, destaca l'augment de la formació online, que “abans de la pandèmia ja s'havia començat a fer (...) ara s'ha quedat” (TS1).

La pandèmia provocada pel virus del SARS-CoV-2 també va tenir un efecte pel que fa al contagi dels professionals. En el cas dels serveis on treballen les participants, aquestes refereixen que no van patir baixes rellevants de professionals durant els primers mesos, sinó que va ser “quan ja tot torna una mica relativament a la normalitat, allí és quan podem dir que tenim una necessitat de personal” (TS5). En alguns casos aquestes baixes van causar una sobrecàrrega de treball a les companyes, que havien d'assumir les tasques; i en d'altres es va tenir la necessitat de contractar nous professionals.

Per tal d'evitar el contagi de covid són múltiples les mesures, barreres i proteccions que es poden emprar, entre les quals hi destaquen la ventilació dels espais, la distància de protecció, el rentat de mans i la utilització d'equips de protecció individuals (EPI) (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2023).

Pel que fa a l'adaptació de les infraestructures en l'espai de treball, la mesura efectuada en tots els serveis va ser la ventilació, tant als domicilis en casos d'atenció domiciliària, com dels propis centres de treball; a més de la mascareta. Els CAP, CSS i residències van reestructurar els centres ja sigui en circuits d'entrada i sortida, àrees covid, etc.

En destaca la reorganització constant i canviant en les residències en què “es parlava de tres colors: zona vermella, que són les persones que tenien covid; zona groga o taronja, que són els contactes estrets; i zona verda” (TS residència). Afegeix que “no podien coincidir (...) la teoria era maca, però la pràctica ha sigut complexa”.

En els plans de contingència no només es va tractar l'adaptació dels espais, sinó que tal com exposa la professional d'una residència

Hi ha una part que és de neteja, ventilació i desinfecció (...) Vam posar unes hores concretes que es tenien que obres les finestres per ventilar (...) s'havia de recordar a la persona gran la desinfecció de les mans perquè era molt important (...) abans un lavabo potser es feia tres vegades, llavors se feia sis.

En referència als EPI, va haver serveis socials que en la primera etapa de la pandèmia expliquen que “ens vam trobar en un moment sense EPI suficients, és que no depenia de les empreses, sinó que no arribaven pel motiu que fos” (TS5), mentre que les professionals dels serveis sanitaris refereixen que no van tenir-hi cap problema.

Les informants també exposen què els suposa la utilització dels EPI en la intervenció. Per una banda, té una part positiva ja que “la nostra feina és molt dura i llavors la gent et reconeix, els hi remou, la mascareta ajuda a ficar distància (...) també protegeix de les olors fortes”, exposa la treballadora social de l’ESD.

Expressen que “perds habilitat, perds precisió, t’ofegues de calor” (TS1), a més que també allunya a les professionals de les persones usuàries. És la mateixa professional la que explica el següent:

Al primer domicili (...) em vaig sentir que em posava en un pla molt superior. Molt metafòricament el que potser era la realitat, de persones benestants, amb tota la protecció del món treballant en l'àmbit social i sanitari que anàvem a veure a persones molt vulnerables (...) el virus en algun moment va marcar moltes diferències.

La pandèmia va generar molts malestars també a les professionals. En la totalitat de serveis es va oferir la possibilitat de contactar, si més no, amb la unitat de riscos laborals i/o de prevenció per tal de tenir suport psicològic individualitzat. Aquest és un recurs que pràcticament sempre ha estat present, abans, durant i després de la pandèmia. Tanmateix, cap de les informants hi va accedir.

Aquests resultats van en la línia de la recerca de Cai et al (2020), en què s’exposa que l’actitud positiva i el suport entre companys se va considerar un dels factors amortidors de l’estrès més ben valorat. En contraposició, i tal com se demostra en el present treball de camp, la consulta amb psicòlegs externs per expressar emocions va ser poc puntuada pels sanitaris.

En la major part dels serveis de les informants no es van efectuar estratègies proactives de cura dels professionals, sinó que aquests ho han tractat entre ells i quan s’ha ofert quelcom, ha sigut recentment, com ara els referents de benestar emocional en algun CAP que “fan assistència a nosaltres, ventilació emocional

(...) també treballs amb la comunitat (...) són més per atenció col·lectiva” (TSS CAP).

Alguns serveis sí que van disposar des de les primeres etapes de la covid d'espais grupals formals en què professionals experts van oferir suport psicològic no només als equips assistencials, sinó també a usuàries i famílies. Ho exposa la treballadora social d'una residència “Amb els usuaris dins del centre tenim espais per a ells on la psicòloga ha anat treballant aquest tema en grups i també amb les famílies (...) els familiars també”.

En aquest aspecte, s'observa que en les empreses privades se van posar en marxa estratègies col·lectives i proactives de cura de les professionals molt més aviat que no pas als serveis públics.

Cal remarcar també que amb la suspensió de serveis públics garantits per la Llei 39/2006 de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència com són el SAD i el centre de dia, i amb la distribució dels recursos materials de protecció individual se mostra clarament com des de l'Administració Pública es va donar prioritat als serveis sanitaris vers els socials; tot i que moltes persones depenguessin de la cura d'aquests.

D'aquesta manera, el sistema de cures va quedar en una situació encara més crítica i, consegüentment, les famílies i/o els entorns de suport van haver de fer front a la totalitat de les cures dels usuaris. Tenint en compte que “les peces essencials dels mosaics de cures són les dones de la família, que afronten com poden la crisi de les cures” (Soronellas i Jabbaz, 2022).

Per tant, les cures van recaure sobre les dones, que treballen i que també han de seguir fent-se càrrec de tasques productives i reproductives. La covid, com el sistema, entén de gèneres i tensa encara més la corda a les dones.

Comunicacions i normativa covid

Les comunicacions, tant sobre els canvis de normativa com les coordinacions entre les professionals durant la pandèmia, principalment en els diferents pics de contagis, van ser telefòniques i, sobretot, per correu electrònic.

Totes les professionals coincideixen en què al llarg de la pandèmia, eminentment durant les primeres onades, la normativa era canviant, contradictòria i caòtica.

A vegades, també la qualifiquen d'incongruent en tant que a les residències

Després vas veient que els protocols dirigits al sector de la gent gran són uns i no es toca i veus que el món va canviant (...) tot es va obrint, però els centres, aquell protocol queda blindat de tal manera que t'ofegaves perquè no li trobaves sentit (...) en el moment que sorties podies fer el que volies. (TS residència)

Respecte a la situació viscuda a les residències, una professional va més enllà i comenta que “anem a parar sempre als pressupostos (...) un hospital té molts més professionals i té molta gent preparada i pot combatre més una crisi d'aquest nivell d'una manera més funcional (...) les residències tenen el pressupost que tenen” (TS1).

Tot i aquests fets, la majoria entenen que es gestionés així aquest aspecte degut a la desconexença i el xoc que va causar la covid i exposen que, per exemple

La institució crec que es va fer bastant el que es va poder. Si la Generalitat va fer un 20%, l'empresa va fer més. (...) també penso que tothom estava molt desbordat (...) molta gent no fa només gestió, també assumeixen (...) i la gent no arribava, fèiem una mica el que podíem. (TS3)

Situació actual

Les estratègies de resolució que s'han quedat post-pandèmia són mínimes. En destaquen tres.

Per una banda, un servei va comptar amb una figura “dedicada a les formacions i als coneixements d'usuaris i treballadors (...) actua a demanda (...) a dia d'avui continua donant formacions específiques” (TS5). Aquest perfil professional ja existia prèviament i es va reinventar durant i per la covid.

Per una altra banda, trobem els equips d'atenció residencial, que també existien previs a la pandèmia, però que amb aquesta van veure augmentat el seu volum de feina. Aquest suport es valora molt positivament des de les residències, així és que “és una cosa que ens ha ajudat moltíssim, que les àrees bàsiques estan molt més dintre del món residencial que molt abans” (TS residència).

Per últim, quan el Departament de Salut va assumir les competències de la gestió de les residències, es va crear l'Àrea Social, un equip multidisciplinar on hi treballen professionals del Departament de Salut i del Departament de Drets Socials.

Tot i que ja no estem en situació d'emergència per la pandèmia de la Covid-19, totes les professionals avui en dia segueixen patint-ne conseqüències ja sigui per un augment de càrrega de treball, com expressa la TS6 “Tinc molta més feina i no és la feina habitual (...) Soc la mateixa persona i el sistema ha doblat la feina”; o per un canvi en la xarxa de recursos, com ara en els descansos familiars: “quan es va començar a obrir una mica (...) els descansos solament en aquelles circumstàncies específiques (...) està molt acotat, no és tant ampli (...) això d'alguna manera ho hem perdut” (TS2).

Actualment, la proactivitat que va provocar el confinament, no té cabuda.

4.2 Coordinacions, col·laboracions i treball en xarxa

Treball en xarxa en pandèmia

A grans trets, les treballadores socials exposen que la via de comunicació amb agents externs se va mantindre ja que majoritàriament se duu a terme de manera telefònica o per correu electrònic. Ara bé, moltes trobades s'han virtualitzat; ho exposa la TS2:

Amb la covid hem perdut moltes coses des de les xarxes de reunions que fèiem físicament a nivell de tot (...) hi ha algunes que han desaparegut totalment i altres estan totes online (...) és pràctic (...) i ets més eficient (...) però no és el mateix ni el caliu ni el que sorgeix de compartir espais comuns per tractar certs temes.

A continuació, s'exposa l'anàlisi i la valoració dels canvis en la coordinació entre els diferents serveis.

A l'hora de coordinar-se amb els CAP, les professionals refereixen que “el CAP estava blindat” (TS4) i que “el més complicat ha sigut accedir a metges i infermeres o tractar de solucionar una situació mèdica d'un usuari en concret (...) perquè no accedeixes, no pots” (TS5). Així mateix, també agraeixen la creació de nous agents de coordinació. Per exemple, la TS3 exposa que “als CAP s'ha creat la figura de la gestora de casos, que és infermeria (...) m'ha semblat que això és positiu (...) amb la coordinació d'infermeria es fan coordinacions setmanals dels casos entre infermeres (...) està molt bé”.

Tanmateix, els obstacles que s'han afegit per accedir als CAP, que convé no oblidar que són la porta d'accés al sistema sanitari, han provocat un efecte dominó. Així és que, la ciutadania, en trobar barreres en l'atenció als CAP, especialment en casos de patologies agudes, ha optat per l'atenció hospitalària d'urgències, la qual fa tres anys que es troba en un constant col·lapse. Ara bé, pels pacients, tot i les llargues hores d'espera, és una via segura per la que rebran atenció sanitària. Des d'un punt de vista allunyat de la realitat pot semblar un problema cultural propi de la població. Però, realment, és el reflex de la necessitat de transformació del sistema sanitari.

Respecte a la coordinació de les residències amb l'atenció primària de salut, s'exposa que “venien del CAP (...) a fer els primers tests (...) sí que és cert que va haver molta més coordinació amb la part sanitària que en època normal (...) ens van facilitar per consultar los resultats perquè fos més àgil” i que “la relació és molt cordial (...) tenim les persones de referència que hem de tindre contacte i molt bé (...) però abans de la pandèmia també” (TS residència).

Particularment, els CAP al llarg de la pandèmia van augmentar la relació i la coordinació amb les escoles ja que

És molt més directe el vincle amb les escoles (...) també per comunitària (...) en teoria la relació ja hi era abans del covid (...) però el fet que han estat tant units, la referent amb les escoles, vulguis o no ara ja ens coneixem (TSS CAP)

Amb els CSS, la TS2 exposa que “les coordinacions són molt per correu electrònic i telefonada (...) en pandèmia menys perquè tothom tenia molta feina i anàvem apagant focs (...) ara segueix igual que la d'abans”.

El treball en xarxa amb les TSS dels hospitals, tal com explica la TS1 “va ser més intens (...) sobretot les altes covid”. La professional de l’ESD exposa que “qui ens deriva és el treballador social (...) hi ha molta relació (...) també tenen a la gestora de casos i llavors amb ella tenim molt de contacte”. També van sorgir, entre les TSS noves vies de comunicació que encara segueixen vigents, com ara “vam crear un grup de WhatsApp de treball social sanitari (...) de les que estem per aquí (...) si tenim algun problema o dubte de recurs (...) i aquest grup encara el tenim” (TS2). A més, una eina facilitadora és el fet de tenir accés a la història compartida, de manera que la coordinació entre el servei de la TS6 i els hospitals s’ha mantingut “igual que sempre (...) la nostra doctora ja té un programa que pot entrar a veure l’historial de l’hospital” (TS6).

La professional de l’ESD exposa que majoritàriament les coordinacions “amb CSS i aguts les realitza més treball social i amb primària, infermeria (...) sempre hi ha hagut molt bona coordinació amb oncologia”.

Actualment, l’ESD es troba en un procés de canvi d’equip i d’horari que ha comportat un augment de les coordinacions amb l’atenció primària sanitària i també social. Afegeix que “és molt important el tema de primària i el PADES, que és un servei especialitzat en cures pal·liatives (...) si hi ha una bona coordinació i sumem esforços, sempre es beneficia al pacient”.

En referència als serveis socials bàsics, totes les treballadores socials entrevistades s’hi coordinen i exposen que durant el confinament van seguir podent-hi contactar, inclús amb algunes van “fer uns protocols, sobretot per poder derivar casos i que hi hagués aquest flux (...) que és el que sempre hem fet (...) tot venia telefònic (...) des de serveis socials també van incentivar la consulta telefònica” (TS1). I afegeix que, fins i tot, van treballar colze a colze, tot i que a distància perquè “es va establir un qüestionari que es feia quan trucàvem a les persones vulnerables (...) era el mateix elles i nosaltres” (TS1). La TS4 comenta que “coordinar-me amb serveis socials no era complicat (...) l’altra cosa és la gestió de recursos que en aquell moment estava tot parat”. Ara bé, pel que fa a l’atenció domiciliària durant un temps es van trobar que “jo feia domicilis i les meves companyes de l’Ajuntament encara no en feien i ni atenien presencialment, o atenien dos dies a la setmana. I això, clar, et falta l’altre, un altre peu”, explica la TS2.

Conclou dient “a nivell social (...) jo penso que el hàndicap està en que si eres professional (...) imprescindible. La meva pregunta és: i serveis socials municipals no són imprescindibles?”.

En un moment de crisi social, econòmica i sanitària en què es van agreujar encara més els problemes i les necessitats de la ciutadania, resulta incomprensible que, en lloc d'augmentar l'atenció directa dels serveis socials bàsics, aquesta es restringís i, fins i tot, en els moments de més incidència de la covid, l'atenció fos totalment telefònica.

En referència al servei públic d'atenció a domicili, aquest es coordina i treballa sobretot amb els serveis socials bàsics. La TS2 explica que

Quan hi ha un ingrés o no jo el que faig és enviar un correu a la TS que porta el cas de l'Ajuntament i ella ja es coordina amb el SAD. Però bàsicament si és un canvi d'activitats del SAD o per horaris, jo envio un correu als dos.

Pel que fa als serveis privats, des d'altres serveis es disposa de llistats d'empreses que faciliten als pacients i usuaris.

Quant a la coordinació amb les residències, la treballadora social del centre sociosanitari explica que durant la primera onada de covid “Les residències (...) estaven tancades (...) persones que estaven pendents d'ingrés no podien ingressar (...) també hi havia moltes persones que van morir i la coordinació que fèiem, era i és telefònica”.

Les TSS de l'atenció primària de salut exposen que, per una banda, “des del CAP tenim (...) el programa residències (...) un grup d'infermeres i metgesses que col·laboren en les residències (...) fan un pont entre el que és la residència i el que és el sistema sanitari” i, per l'altra banda “ara el vincle o la unió és més estreta (...) en això hi hem guanyat”.

En canvi, la TSS de l'ESD comenta que des del seu servei amb les residències

En general és una relació complicada ja que es tracta d'un pacient que ha portat seguiment per part d'atenció primària i de la residència fins l'últim moment. La nostra actuació no és una visita d'urgència, ni per aportar medicació. Som un equip interdisciplinari que precisa del coneixement i seguiment del pacient per portar a terme l'acompanyament i orientació en casos pal·liatius amb complexitat.

Per tancar aquest apartat, cal destacar que durant el confinament els serveis territorials del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies “estava tancat (...) tot paralitzat (...) ho tenies que fer tot telemàtic (...) la presentació de sol·licituds telemàtica (...) abans de la pandèmia anaves directament a serveis socials a presentar-la” (TS4). Això no només va causar una barrera per a la ciutadania, sinó també un augment de càrrega de treball per a la resta de professionals. Així ho exposa la TS1:

Des d'aquí, durant la pandèmia, els treballadors socials hem fet un munt de sol·licituds d'incapacitats permanents i tot online (...) en una situació de pandèmia ja no direm si això és feina meva, no és feina meva, perquè al final tens una persona amb una problemàtica al davant que t'està demanant ajuda (...) ens vam trobar que no podíem enviar a la gent al registre (...) i després, quan es van obrir, estava tot com a col·lapsat.

Ara bé, aquest tancament també es va produir en altres institucions com “la Seguretat Social, encara ho estem patint” (TS1)

Programes, projectes i tercer sector

Durant el confinament es van generar diferents voluntariats, alguns autoorganitzats per la població i d'altres gestionats per ens públics. Van donar resposta a múltiples situacions com ara si una persona “no podia anar a la farmàcia i no tenia familiars, doncs hi anaven uns voluntaris que els proporcionaven tant el tema dels medicaments com el tema dels aliments” (TS1).

La TS2 explica el funcionament d'un voluntariat gestionat per un ens públic

Va ser molt pràctic perquè tu (...) enviaves un correu, anava virtualment a un referent (...) i al cap de dos dies tenies la persona ja allà (...) la gent es va bolcar molt (...) i es van crear inèrcies de veïns (...) que abans no hi era, de comunitat molt pròxima (...) el tarannà veïnal va sorgir una altra vegada, però ara ha tornat enrere.

Tanmateix, com comenta, algunes d'aquestes iniciatives ja s'han dissolt, tot i que d'altres s'han transformat de manera que tal com exposa la TS1, “algunes entitats han continuat (...) durant la covid van estar confeccionant EPI (...) i ara

continuen actius (...) han continuat com una ONG (...) allí on no arriba l'Administració, ells emparen”.

En referència a les xarxes de voluntariat existents prèviament a la pandèmia, totes es van suspendre i n'hi ha que s'han reprès, com el voluntariat de cures pal·liatives; i d'altres que “no sé si va ser durant la pandèmia o arran de la pandèmia (...) que van parar” (TS4).

A les residències també compten amb programes de voluntariat previs a la pandèmia com un “ grupet de voluntaris que fa molts anys que funciona” i que “amb mascareta, però ara ja tenim els voluntaris en funcionament normal” com exposa una informant. Tot i que, com comenta l'altra professional de la residència, també han sortit noves iniciatives: “aquest any ja hi comença a haver voluntariat, que també s'havia parat (...) amb adolescents (...) això és nou (...) l'objectiu era trencar mites”.

Quant a altres programes, projectes o iniciatives exitoses que han sorgit de la pandèmia i que es mantenen, pràcticament no se n'identifiquen. L'únic que es va crear amb la pandèmia, que funcionés i que es manté és que en una residència la treballadora social va impulsar tota una xarxa de comunicació amb les famílies per via WhatsApp.

En van sorgir d'altres que no es mantenen com ara els Hotel Salut, on “hi anaven aquelles persones que no podien retornar a casa seva o eren positius, no tenien motiu d'ingrés però no podien fer el confinament a casa” tal com exposa una informant d'un CAP. També “l'alberg de la Creu Roja per a la gent que viu al carrer (...) són serveis que haurien de seguir existint amb una altra mentalitat (...) la gent segueix vivint al carrer (...) tothom no es pot aïllar” (TS2).

L'atenció comunitària es va veure àmpliament modificada per la pandèmia. Tant que ha marcat un abans i un després. En els CAP les dos informants valoren positivament la incorporació dels referents de benestar emocional, que “porten amb força els grups psicoeducatius (...) que estan funcionant”. A més, “s'ha vist un augment de patologia mental, addiccions a les màquines, aïllament, relacions interpersonals conflictives” i, sobretot, dos problemes que detecten ambdues: la solitud no volguda i un empitjorament del benestar emocional de la població.

4.3 En relació a pacients, usuaris i famílies

Canvis en la comunicació i l'atenció durant la pandèmia

La comunicació i l'atenció a pacients, usuaris i famílies es va transformar en la totalitat dels casos.

La intervenció social de la TSS del CSS, per exemple, va canviar totalment ja des de l'inici perquè "l'entrevista d'acollida sempre es fa amb pacient i família (...) llavors, l'època covid en la qual hi havia restricció de visites (...) no tenies aquest contacte directe (...) i eren entrevistes telefòniques de totes les intervencions, tot el seguiment".

La solució que el CSS i les residències van trobar per escurçar distàncies entre els pacients residents i les seves famílies va ser establir un règim de videotrucades per tal que poguessin comunicar-se i veure's, virtualment.

Una informant d'una residència comenta "Sort de les videotrucades (...) hem fet moltes videotrucades, moltíssimes, però mai era suficient...". D'aquesta manera, pacients, residents i famílies seguien tenint contacte.

Tanmateix, degut al tancament dels centres, els equips assistencials van augmentar també el flux d'informació amb les famílies per tal de mantenir-los informats de l'evolució de l'estat dels seus familiars ingressats o residents.

La professional del CSS així ho explica:

I això que es feien les videotrucades (...) per això era important que nosaltres, a part (...) el que fèiem era contínuament contactar amb les famílies per informar-los (...) els vam informar tal com estava (...) un seguiment diari (...) eren unes entrevistes telefòniques de suport, d'acompanyament en el qual (...) el que feies d'alguna forma que els familiars se sentissin, es trobessin molt més tranquils.

Tot això per tal que, en la mesura del possible, les famílies poguessin estar tranquil·les i, si més no, sabessin cada dia com estava el seu familiar. A falta de l'acompanyament personal i presencial, així es van intentar pal·liar les mancances i les distàncies.

La digitalització va ser global i la van viure, d'una manera o altra, tots els serveis.

Per una banda, se va incrementar molt notablement l'ús de La Meva Salut, una eina que permet a la persona contactar amb el CAP virtualment, agendar visites

amb els professionals directament i consultar dades, diagnòstics i resultats de la pròpia història clínica.

Per una altra banda, se va transformar la recepta de la medicació cap a un model online de manera que, per defecte, ja no s'imprimeix. Encara que també causa algun problema, com el que exposa la TSS d'un CAP:

La recepta online està bé perquè evidentment amb la targeta sanitària pots anar a buscar la medicació però (...) si és una persona que necessita que li algú li pagui la recepta perquè no té diners (...) se li ha d'imprimir i venir-la a buscar (...) per justificar que serveis socials li paguen la medicació necessita el full de tota la vida.

Una altra via de comunicació amb les famílies és el correu electrònic que, sobretot durant les grans onades de la covid, es va incrementar molt la seva utilització.

Ara bé, tal com senyala la TS1, no hem d'oblidar que molta gent es queda enrere en la digitalització. Ho exposa de la següent manera "els pacients més vulnerables, els (...) que necessiten el professional del TSS, hi ha una bretxa digital important".

Llavors, tot i que se va intentar, amb tots els mitjans disponibles, seguir atenent a les famílies, no va ser possible arribar a tothom.

Veiem com, amb l'empenta forçada cap a la digitalització, s'està eixamplant la bretxa digital. Mentre que s'està aplicant la recepta electrònica i s'incrementa la tramitació digital de sol·licituds, prestacions i cites prèvies, se restringeix l'accés presencial a les oficines institucionals dificultant així l'accés universal a recursos i serveis. Ens trobem en una situació realment crítica i greu en què en una síndrome global, se dificulta l'atenció social i sanitària de la població més vulnerable.

Vivències dels pacients, usuaris i famílies

En l'entrevista qualitativa també hem preguntat a les informants com creuen que els pacients, usuaris i famílies van viure la pandèmia. La resposta és unànime. Molta por, angoixa, cansament i dolor són algunes dels sentiments que totes elles han transmès; en referència tant als usuaris o pacients com a les persones cuidadores i els entorns de suport. I totes les professionals comenten les seqüeles que va comportar la pandèmia.

Així ho expressa la TS2: “Tota la gent va tindre que aguantar (...) suportar la pressió d'estar tancat tu, però com a cuidador, cuidar al teu fill (...) una angoixa (...) la salut d'aquelles persones va minvar”.

La TS3 ho defineix de la següent manera: “horrible per molta gent (...) la gent gran va deixar de sortir, de moure's (...) no tothom ha pogut tornar en les condicions que estava (...) tot es va aguditzar moltíssim”.

Les professionals del CSS i de les residències exposen l'impacte que va causar l'aïllament extern als usuaris “ho van passar malament perquè no acabaven d'entendre lo de no sortir, no poder veure a la família”. Tot i això, des dels centres en són conscients i agraeixen la comprensió de les famílies:

Va ser un xoc molt important per a les famílies (...) ho van viure malament, però resignades (...) han sigut unes famílies que ho han comprès, ens ho han posat molt fàcil (...) van entendre que ens van valorar moltíssim la nostra feina i han sigut unes famílies que ens han reconegut moltíssim.

A les residències, durant els primers mesos de la covid, els ingressos se van suspendre. En canvi, als CSS es va complicar molt, però podien seguir tenint ingressos com, per exemple, els de final de vida.

La treballadora social sanitària de l'ESD explica que durant el confinament “va ser molt diferent la gestió dels ingressos (...) trobaves família al domicili, per lo tant, la majoria de casos van ser al domicili”. Així doncs, va augmentar el recolzament a les llars. Tot i això, la informant recorda un cas complicat en què la família va sol·licitar ingrés en CSS per final de vida:

L'esposa demanava que el pacient ingressés. Se li va oferir ingressar en un centre que no acceptava visites o esperar per a sol·licitar-lo en un altre centre on sí s'acceptaven visites (...) L'esposa va insistir en no esperar (...) Finalment, el

pacient va acabar ingressat al centre sense poder rebre visites i, després, la família va demanar un canvi de centre que es va realitzar amb el trasbals que això va suposar pel pacient.

Aquesta és una mostra de l'afectació que van tenir les mesures de contenció sobre les famílies, a més de les dificultats que comporten situacions tan complicades com és un final de vida.

N'exposa un altre cas la professional del CSS: "Va haver un acomiadament amb la seva família (...) ho van fer per videotrucada. Va ser un moment molt emotiu". I afegeix la situació amb què es va trobar "com a professional tenies les dues parts: estic envaint aquest moment que pot tenir un fill, però a la vegada gràcies a aquesta possibilitat s'han pogut acomiadar".

Una professional d'un CAP comenta que

A l'anar-se normalitzant el virus (...) aquestes persones que no es van poder acomiadar del familiar (...) qui hagi patit una mort en la primera o segona onada, jo penso que això és un dolor molt fort (...) perdre un familiar és dolorós, però que no puguis normalitzar la mort (...) que no puguis seguir els rituals per aquestes mesures.

A l'alteració en l'afrontament del dol i de la mort, en fan referència Lima et al. (2022), que l'exposen com un dels dilemes ètics que també van afrontar pacients i famílies a Brasil i, afegeixen, que una de les maneres de pal·liar aquesta situació va ser mitjançant les videotrucades, encara que no van ser suficients per tractar les situacions amb dignitat.

Mecanismes d'avaluació i valoració de les treballadores socials

En quant als mecanismes d'avaluació de la gestió durant la pandèmia, les professionals entrevistades no tenen constància de cap instrument avaluatiu específic.

Sí que en alguns serveis anualment es fa una enquesta de valoració a un grup d'usuaris o pacients.

Respecte a la valoració que en fan les professionals, algunes fan referència a la dificultat que la virtualitat causava en les intervencions i quan se preguntava si el treball social tenia sentit de manera virtual, la resposta esdevenia un rotund no. Totes elles van fer tot el que van poder i més en pro de les intervencions i dels pacients, usuaris i famílies. Tanmateix, avui en dia tots els serveis on treballen les informants estan atenent presencialment.

Les residències van patir, especialment, la pandèmia de la Covid-19. Una de les professionals que hi treballa expressa que “va ser una època molt dura (...) i gent que s'ha quedat pel camí, no del centre, sinó familiars o coneguts (...) i de sobte va començar a córrer tot i a normalitzar-ho a ara”.

Algunes professionals coincideixen en què la covid va facilitar que es parlés de la mort dins les famílies. Al mateix temps la pandèmia “ha sigut l'indicador principal de per què necessitem augmentar professionals de la salut mental” (TS1).

5. Conclusions

La pandèmia causada pel virus del SARS-CoV-2 va generar un gran impacte als centres d'atenció primària de salut, als centres sociosanitaris, als serveis d'atenció a domicili, als equips de suport domiciliari i a les residències i centres de dia.

Donant resposta al primer objectiu específic, podem dir que els serveis van haver d'adaptar-se a les mesures de contenció de la covid interposant barreres físiques, assistencials i de protecció individual. Així doncs, es van elaborar plans de contingència, es van dissenyar diferents circuits d'entrada i sortida als centres sanitaris, es van sectoritzar centres residencials i, en tots els casos, es va incorporar la utilització d'equips de protecció individual.

Concretament, als centres d'atenció primària es va restringir l'atenció directa, especialment durant les onades de més incidència de la covid, augmentant així l'atenció telefònica. Actualment, tot i que s'ha reprès l'atenció presencial a aquests centres, no s'han assolit els nivells de presencialitat i d'accessibilitat de la ciutadania previs a la pandèmia. Aquest fet provoca el col·lapse de les urgències hospitalàries, que és una mostra més de la necessitat de transformació del sistema sanitari. A més, les professionals exposen que a hores d'ara tenen encara més càrrega de treball i que, al llarg de la pandèmia, s'ha incrementat l'atenció domiciliària. Precisament, en aquest sentit, l'època post-covid-19 pot esdevenir una oportunitat per avançar cap a un model d'atenció centrada en la persona.

Així doncs, amb la pandèmia es va demostrar la importància i l'eficiència de la proactivitat en l'atenció primària, que actualment no es duu a terme a causa del volum de feina.

Sense cap tipus de dubte, les informants exposen que el treball social ha de ser presencial i que amb la covid les intervencions socials i la prestació dels serveis van perdre qualitat.

Tot plegat, denota una greu manca estructural i no puntual, de treballadores socials en els àmbits sanitari i social. De fet, amb la covid es va demostrar la necessitat d'incorporar més professionals, tot i que generalment no s'han augmentat els equips de treball.

En definitiva, ara ens trobem en un escenari post-pandèmia amb unes professionals esgotades que tenen molta més càrrega de treball i que, a dia d'avui, encara no han pogut descarregar els malestars i les tensions produïdes en tres anys de pandèmia.

Pel que fa al segon objectiu específic, el treball en xarxa s'ha vist afectat a causa de les mesures de contingència. Ara bé, les treballadores socials, generalment, van poder comunicar-se i coordinar-se igualment per via telefònica o per correu electrònic. No obstant això, l'atenció conjunta, com per exemple les visites a domicili amb serveis socials bàsics, durant un temps no van poder realitzar-se a causa que aquestes no treballaven totalment de manera presencial.

És inconcebible que els serveis socials bàsics suspenguessin l'atenció directa en un moment de crisi global on se van exacerbar els problemes i les necessitats de la població.

En referència a les coordinacions en pandèmia, les informants han coincidit en què van poder sortir-se'n gràcies a la xarxa que ja havien generat prèviament. Una de les professionals, de fet, puntualitza en què el resultat de la coordinació no depèn del tipus de gestió, sinó de la persona interlocutora, és a dir, de la professional.

Quant al tercer objectiu específic, podem dir que els pacients, usuaris i famílies van patir les restriccions de visites als centres residencials, la suspensió temporal de serveis d'atenció del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència i l'augment de la digitalització en el sistema sanitari.

Amb la pandèmia també es va posar en relleu la bretxa digital, de la que en deriva la inaccessibilitat de sectors de la població més vulnerable (especialment persones sense suficients recursos socioeconòmics i la gent gran) a la tramitació de sol·licituds de prestacions, cites prèvies, etc.; que sumat a les desigualtats en els determinants socials de la salut, demostra que no s'ha assolit l'equitat en salut.

Altrament, l'únic tret diferencial detectat en funció del tipus de gestió del servei és que, en els serveis de gestió privada, es van aplicar estratègies grupals i proactives de cura de les professionals molt més aviat que en el sector públic.

Amb aquest context, la Declaració d'Alma-ATA segueix marcant objectius que encara no s'han aconseguit i que resten pendents a les agendes de governs i d'administracions públiques.

En síntesi, la pandèmia de la covid va causar un impacte global i va generar un cicle d'adaptacions contínues a les mesures de contingència de la covid. Professionals, pacients, usuaris i famílies van patir les conseqüències de les restriccions que, majoritàriament, van afectar a la presencialitat de l'atenció social i sanitària. Actualment, tot i que fa més de tres anys de la irrupció de la pandèmia, algunes mesures de protecció encara segueixen vigents.

Per acabar, cal destacar que la pandèmia de la covid-19 ha mostrat les febleses del sistema i les necessitats de la població. La remodelació dels models assistencials que ja s'està produint pot ser una via de transformació cap a un sistema d'atenció integrada social i sanitària que atengui a tot el gruix de la població. Per tant, en un futur convindria estudiar l'aplicació i el resultat d'aquests canvis.

6. Fonts d'informació

- Botija, Pilar, Botija, Mercedes, & Navarro, Jorge (2018). Implementación de estrategias y herramientas de coordinación sociosanitaria en un departamento de salud. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 386-389. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.008>
- Cai, Haozheng, Tu, Baoren, Ma, Jing, Chen, Limin, Fu, Lei, Jiang, Yongfang, & Zhuang, Quan. (2020). Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Centre de Terminologia. (2023). Atenció Integrada. En Termcat. Centre de Terminologia. https://www.termcat.cat/es/cercaterm/atenci%C3%B3%20integrada?type=basic&thematic_area=&language=
- Comas-d'Argemir, Dolors, García, Cristina, & Legarreta-Iza, Matxalen (2022). Trabajar en una residencia en tiempos de pandemia. En Dolors Comas-d'Argemir & Silvia Bofill-Poch (Ed.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de Covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia* (p. 203-256). Tirant Humanidades.
- Comelles Esteban, Josep Maria, Alegre Agís, Elisa, & Barceló Prats, Josep (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán / From the poor hospital to the hospital-centric culture. Political economy and cultural change in the Catalan hospital system. *Kamchatka. Revista de análisis cultural.*, 10, 57. <https://doi.org/10.7203/KAM.10.10420>
- Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya
- Departament de Drets Socials. (2023). Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials. https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/entitats_serveis_i_equipaments_socials/cercador_entitats_serveis_i_establiments_socials/cercador-dentitats-serveis-i-establiments-de-serveis-socials/

- Departament de Salut. (2021a) La salut del 2022 [9]. Informació econòmica.
https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/informacio-economica/pressupost/2022/Presentacio-Pressupost-2022.pdf
- Departament de Salut. (2021b). Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Scientia.
<http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7948>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2023) Evita la grip, els refredats i la COVID-19 https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/covid-19/material/protegir-covid.pdf
- Lalonde, Marc. (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(3), 149-152.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000900001>
- Lauriola, Paolo, Martín-Olmedo, Piedad, Leonardi, Giovanni S., Bouland, Catherine, Verheij, Robert, Dückers, Michel L. A., van Tongeren, Martie, Laghi, Ferdinando, van den Hazel, Peter, Gokdemir, Ozden, Segredo, Evelyn, Etzel, Ruth A., Abelsohn, Alan, Bianchi, Fabrizio, Romizi, Roberto, Miserotti, Giuseppe, Romizi, Francesco, Bortolotti, Paolo, Vinci, Emmanuele, ... Zeka, Ariana. (2021). On the importance of primary and community healthcare in relation to global health and environmental threats: lessons from the COVID-19 crisis. *BMJ Global Health*, 6(3), e004111. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004111>
- Lima, Ana Flavia Silva, Silva, Eli Borges de Freitas, Guimarães, Marcela das Neves, Comassetto, Isabel, & Santos, Regina Maria dos Santos (2022). Dilemas éticos durante a pandemia de covid-19. *Revista Bioética*, 30(1), 19-26. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301502pt>
- Llei 14 de 1986. General de Sanitat. 29 d'abril del 1986. BOE núm. 102
- Monterde, David, Vela, Emili, & Clèries, Montse (2016). Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*, 48(10), 674-682.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.003>
- Resolución de 8 de junio de 2022, de la Secretaría de Estado de Educación por la que se convocan 2.431 Becas de Colaboración en Departamentos

universitarios para el curso académico 2022-2023 destinadas a alumnos que vayan a finalizar los estudios de Grado o que estén cursando primer curso de Másteres universitarios oficiales. 15 de juny del 2022. BOE núm.142.

Ruiz Álvarez, Miguel, Aginagalde Llorente, Adrián Hugo, & del Llano Señarís, Juan E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 96, 1-1.

Servei Català de la Salut. (2015). LOSC. <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/losc/>

Servei Català de la Salut. (2022). Memòria 2021. <https://memoria.catsalut.gencat.cat/#presentacio>

Singer, Merrill, Bulled, Nicola, Ostrach, Bayla, & Mendenhall, Emily (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)

Soronellas, M., & Jabbaz, M. (2022). Cuidadoras familiares frente al shock pandémico. In D. Comas-d'Argemir & S. Bofill-Poch (Eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19* (p. 103). Tirant Humanidades.

The Pan American Health Organization. (1978). Declaració d'Alma-ATA. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Tong, Allison, Sainsbury, Peter, & Craig, Jonathan (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Whitehead, Margaret (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

World Health Organization. (1946). Official Records of the World Health Organization and Final Acts. Text of the Constitution of the World Health Organization, 100.

7. Revista per a la simulació de la publicació.

La revista triada per la publicació de l'article acadèmic és la Revista de Treball Social, editada pel Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya i que es publica des de l'any 1960.

Els objectius de la Revista de Treball Social són:

- Contribuir al progrés del coneixement científic, teòric i pràctic, del treball social i de les altres disciplines científiques vinculades.
- Consolidar el desenvolupament professional dels treballadors i les treballadores socials mitjançant l'aportació de continguts teòrics conceptuals, experiències pràctiques i altres eines metodològiques que fomentin l'anàlisi i la reflexió sobre els diversos àmbits d'intervenció del treball social.
- Difondre les experiències professionals i el coneixement científic generat a partir de la pràctica i la investigació en treball social.
- Promoure l'anàlisi crítica de la realitat social i les polítiques socials.

(Revista de Treball Social, 2022)

L'elecció de dita revista es produeix per tres motius principals.

En primer lloc, pel valor que té la revista a nivell català i estatal, essent l'any 1975 l'única revista professional de treball social a Espanya. Clarament, és la revista de referència de tot col·legiat o col·legiada. A més, està indexada a nombroses bases de dades, catàlegs i directoris com són Dialnet i ÍNDICES-CSIC, entre d'altres.

En segon lloc, perquè és l'única revista d'aquest nivell centrada en treball social que permet la publicació dels seus articles en català.

En tercer lloc, crec que els coneixements, les experiències i els aprenentatges s'han de compartir i és per això que volia que fos una revista d'accés lliure. En aquest cas, al web de la revista s'hi poden consultar els articles dels 25 números que s'han digitalitzat.

Llavors, amb la voluntat des d'un inici de realitzar l'article en llengua catalana i també de que fos una revista consolidada, valorada i d'accés lliure, he elegit la Revista de Treball Social.

Per les característiques de l'article, correspondria publicar-lo a la secció d'Estudis. A fons perquè es tracta d'un treball de recerca sobre la disciplina del treball social i que segueix la metodologia científica.

En referència a les normes de publicació, els articles s'han de presentar en lletra Arial cos 12, interlineat 1,5 i marges de 3cm. A més, les citacions literals s'han de transcriure en Arial 11, interlineat 1,5 i marges de 4 cm.

En conseqüència d'optar a la secció Estudis. A fons, l'extensió de l'article ha de comprendre's entre 6.000 i 10.000 paraules.

Per acabar, les referències bibliogràfiques han de seguir les normes APA. A més, per ordre de la revista, s'ha d'indicar el nom complert de l'autora o autor per tal de donar visibilitat al gènere amb què s'identifica. (Revista de Treball Social, 2022)

Tots aquests requisits s'han aplicat a l'article acadèmic.

Fonts d'informació

Revista de Treball Social. (desembre del 2022). *Enviaments*.
<https://www.revistarts.com/enviaments>