

Servicios de atención social y a los usuarios

Dolors Colom Masfret

PID_00148841

Índice

Introducción	5
1. El concepto de hospital y lo social	7
1.1. La concepción subjetiva del hospital y de la enfermedad	9
1.2. La enfermedad rompe la dinámica personal y social	10
1.3. El hospital como establecimiento asistencial de alta tecnología	11
1.4. El modelo asistencial: enfermedades o enfermos	12
2. Área social del hospital	13
2.1. El servicio de trabajo social sanitario en el hospital	16
2.2. Organización del servicio de trabajo social hospitalario	17
2.3. La necesidad como concepto	18
2.4. La atención desde el servicio de trabajo social sanitario del hospital	19
2.5. Breve desarrollo y descripción de los procedimientos de trabajo social sanitario	22
2.5.1. Trabajo social de caso (<i>casework</i>)	22
2.5.2. Trabajo social de familia (<i>family work</i>)	23
2.5.3. Trabajo social de grupos (<i>groupwork</i>)	23
2.5.4. Trabajo social sanitario comunitario (<i>community work</i>)	24
2.6. El programa de la planificación del alta	25
2.7. Los procesos sociales	25
2.8. La variable complejidad dentro del servicio de trabajo social hospitalario	26
2.9. La memoria del servicio de trabajo social hospitalario	29
2.10. El trabajo social sanitario y los servicios sociales	29
3. El programa de la planificación del alta hospitalaria	31
3.1. Definición y fundamentos del programa de la planificación del alta	31
3.2. Profesionales integrantes del Programa de la planificación del alta	32
3.3. La justificación de la implementación del Programa de la planificación del alta	32
3.4. Objetivos del Programa de la planificación del alta	34
3.4.1. Objetivo general	34
3.4.2. Objetivos específicos	34
3.5. Criterios de riesgo social	35
3.6. Criterios de riesgo clínico	36

3.7. Las fases generales del Programa de la planificación del alta	36
3.8. Resultados esperados del Programa de la planificación del alta	37
3.9. Circulo vicioso de algunas altas hospitalarias	37
3.10. El servicio de atención al cliente	39
3.11. Unidad de quejas y reclamaciones	40
3.12. Circuito propuesto de reclamaciones	41
3.13. Unidad de estudios, análisis de la satisfacción y de la opinión ..	42
3.14. Técnicas de recogida de información	45
Resumen	47
Glosario	49
Bibliografía	50

Introducción

Las personas acuden al hospital cuando su problema de salud no puede resolverse en la atención primaria. Muchas veces, ello supone la institucionalización y, por tanto, una primera realidad que viven es la separación de su medio habitual. Por lo general sucede cuando: padecen una enfermedad aguda grave, sufren algún tipo de accidente, se descompensa su enfermedad crónica, deben someterse a alguna prueba compleja, necesitan alguna intervención quirúrgica, etcétera. La asistencia puede dispensarse en régimen ambulatorio (consultas, hospital de día, urgencias, cirugía ambulatoria), en régimen de ingreso (hospitalización), en régimen domiciliario (hospitalización a domicilio). Las áreas en las que lo psicosocial adquiere más relieve son urgencias, cirugía ambulatoria, hospitalización y hospitalización a domicilio. La atención hospitalaria, ya sea ambulatoria o con ingreso, supone para la persona un alejamiento, más o menos notable, de su cotidianeidad. Sus esferas vitales: la psíquica, la social, la laboral, la familiar, la económica, la formativa, la autoestima, etcétera, se ven también, en mayor o menor grado, detenidas o ralentizadas. La enfermedad influye sobre lo psíquico y sobre lo social, sobre el entorno y, a la vez, es influida por ello. Dicha teoría viene apoyada por el modelo biopsicosocial. Cada persona se sitúa ante la enfermedad de una manera particular, la suya propia. Así pues, las características, los atributos objetivos de las personas, sus datos sociales, en sí mismos son sólo datos, no nos permiten ir más allá a no ser que se contextualicen y analicen dentro del caso social particular en el que se dan. Por ejemplo, el paro es una realidad indeseable pero en cada persona presenta efectos diferentes. La soledad es una vivencia más que un estado y también cada persona la matiza. La necesidad de ayuda tiene que ver con la capacidad de adaptación (*resilience*) de cada uno.

Es importante señalar estos puntos dado que se suele confundir la recogida de información relativa a los aspectos sociales de las personas con una acción sobre ellos. La información social es útil para todos los profesionales pero no es más que información. Para intervenir sobre ella, además, se requiere formación académica.

Dentro del hospital, el abordaje de lo psicosocial se proyecta y lidera desde dos servicios diferentes, que pueden integrarse, manteniendo su función separada, en un área.

Así, tenemos dos servicios:

- El **servicio de trabajo social sanitario**, en este caso hospitalario, que atiende la vivencia de la persona, de su familia respecto a la enfermedad y sus secuelas, estudia las necesidades de apoyo psicosocial durante la estancia hospitalaria y las necesidades totales para después del alta a fin de

identificar dificultades que favorezcan el deterioro o la pérdida de los beneficios ganados en el hospital. El servicio de trabajo social hospitalario investiga sobre la información generada en el trabajo diario y, en base a ello, propone programas asistenciales y preventivos. Dicho servicio actúa sobre la persona como ser social y su entorno, facilitándoles herramientas y apoyos, con el objetivo de que sea ella misma, junto con los suyos, la que vaya gestionando sus nuevas realidades. Cuando se requieren apoyos externos se acude a los servicios sanitarios y/o a los servicios sociales, públicos o privados, correspondientes.

- El **servicio de atención al cliente** que aborda el confort biopsicosocial de la persona en su sentido más amplio. Esto es la relación del enfermo y de su familia con la propia estructura y organización hospitalaria tanto en su parte hotelera, circuitos, sistemas de organización, como en lo que se refiere a las actitudes de los profesionales. Incluye la gestión de las quejas, las reclamaciones, los agradecimientos. La realización de estudios de satisfacción u opinión, u otros que se considere de interés para mejorar la visita o la estancia de los pacientes y de los usuarios en el hospital. También investiga la información de la que dispone y genera otra nueva para optimizar determinadas logísticas del establecimiento, siempre con el objetivo de evitar pasos innecesarios a los enfermos y a su familia y facilitar, agilizando, el trabajo a los profesionales del establecimiento.

1. El concepto de hospital y lo social

Merece la pena detenerse muy brevemente en la idea de "hospital" como establecimiento sanitario y la evolución que, en los últimos años, está mostrando. Tanto en su filosofía como en la forma en qué se satisface su función el hospital actual está experimentando grandes transformaciones. También está cambiando su proyección social filtrada muchas veces por los medios y tintada por la aparición constante de noticias (más pendientes del titular que de la exactitud del hecho) referidas a los descubrimientos médicos, a los avances en medicina, a las nuevas técnicas quirúrgicas, a los avances farmacológicos, etc. Ello genera grandes expectativas en la población. Unas expectativas que no siempre se corresponden con la realidad con la que se encuentran y que el presente posibilita.

Definición de hospital

"Una parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva y los servicios de la cual llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación."

Fuente: OMS

Para los ciudadanos, el hospital es el establecimiento sanitario al cual acuden cuando ellos mismos, o alguien próximo, padecen enfermedades importantes y/o urgencias que, requiriendo la intervención médica, no pueden resolverse en los otros ámbitos asistenciales. Así lo recoge en el caso de España la Ley General de Sanidad¹.

⁽¹⁾Ley General de Sanidad. Capítulo I, artículo 16, punto 2. 1986.

Para los gestores y directivos, para los mismos profesionales que integran su plantilla, el hospital es una organización de gran complejidad, una de las más difíciles de dirigir en la sociedad actual, en donde se combinan y deben organizarse las personas que necesitan ayuda clínica, los conocimientos de los profesionales de las diferentes disciplinas, los recursos materiales y la alta tecnología, etcétera. Cabe añadir que el hospital es el recurso social más caro: funciona las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año. Así, en el día a día, cuando una persona entra en un hospital se encuentra con una organización en la que interactúan un entramado de dimensiones y normas de todo tipo y calado: burocráticas, económicas, administrativas, financieras, políticas, profesionales, científicas, éticas, legales, tecnológicas, organizativas, etc., que los profesionales en plantilla asumen en su actuación y que los enfermos atendidos, sus familias, perciben y, en distinta manera, se sienten afectados por ellas.

Podemos decir que en el hospital se reúnen profesionales diversos, son personas que atienden a otras personas, siendo el factor humano, en ambas partes, un elemento que puede resultar decisivo en la recuperación o el mantenimiento de la salud y en la percepción de calidad. La evolución de los sistemas sanitarios en general y de los hospitalarios en particular, va ligada a la evolución de la sociedad misma: cambian las dinámicas familiares, se modifican los conceptos sobre la enfermedad y las estructuras que la atienden, se transforman las logísticas, las técnicas diagnósticas, etcétera. Por supuesto, va ligada a la evolución científica y tecnológica, ambas imparables, pero éstas no pueden aniquilar la vivencia surgida del factor humano. Y finalmente, se puede decir que también, dicha evolución, va ligada a la revolución, en este caso el término más adecuado es *revolución*, no evolución, que viven las propias organizaciones del saber y del conocimiento médico, de la enfermería y del trabajo social sanitario, básicamente, necesitando cada colectivo una organización que les permita transformar sus conocimientos en acciones prácticas y tangibles que lleguen de manera clara y efectiva a las personas enfermas, a sus familias, beneficiándolas objetiva y subjetivamente. En la atención sanitaria, tan importante es lo que se está haciendo como que la persona lo perciba como algo que le beneficia, que la ayuda.

El hospital es el establecimiento de referencia de atención a los episodios más graves de la enfermedad. Sabiendo que ésta convoca a muchas realidades y circunstancias, algunas de las preguntas irremediables para todo directivo y/o gestor son:

- ¿Cuál es la mejor organización del hospital para procurar salud en general y en particular?
- ¿Cuál es la responsabilidad social del hospital?
- La organización actual del establecimiento hospitalario ¿permite ejercer dicha responsabilidad?
- ¿Cuáles son los resultados, en salud y bienestar, que procura el hospital? ¿Qué piensan de las personas del hospital las personas atendidas?
- Y las de su zona de influencia, ¿qué idea tienen los ciudadanos del hospital? ¿Cómo se pueden medir estos resultados?
- ¿Cómo lograr resultados en salud, la optimización de los recursos y a la vez la satisfacción de las personas atendidas y de los profesionales?

Las líneas generales de los informes profesionales coinciden en la necesidad de compartir con el cliente y con su familia las responsabilidades de su bienestar y de su salud, señalándole a él como el principal protagonista. La participación del cliente forma parte de la mayoría de los idearios que complementan los principios de los procedimientos asistenciales. Una participación que no es un lema sino una necesidad que a veces cabe encauzar y promover. La red social, la familia se considera parte implicada y afectada por la enfermedad y por el

Lectura recomendada

G. Malagón-Londoño (2008). "Generalidades sobre administración hospitalaria". En: Malagón-Londoño y otros. *Administración hospitalaria*. (págs. 5-10) Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

enfermo, tanto en la fase diagnóstica como en la fase del tratamiento y convalecencia. Todo ello conforma un conglomerado muy variado que requiere para su organización dos plataformas:

- El servicio de trabajo social sanitario, como se verá, orientado a lo psicosocial, a la vivencia de la enfermedad a sus efectos sobre la persona y su tejido social.
- El servicio de atención al cliente, orientado a promover el confort. A la satisfacción, mediante estudios e informes analíticos, de los requisitos necesarios para lograr una organización del hospital ágil y flexible en la que ninguna persona se sienta desplazada o desatendida.

Hablar del hospital es hablar de lo humano por excelencia, de la vida, pero también de la muerte y de la pérdida, de las renunciaciones y por supuesto de las recuperaciones y de los logros. La intimidad de la persona queda al descubierto. Afloran los miedos, los temores, las inquietudes, tanto de aquélla como de las de su familia, y a veces se añaden las de sus amistades más próximas. También afloran las alegrías y las euforias.

La nueva realidad de la persona enferma, y de esas circunstancias, va tejiendo una serie de vivencias que tiñen con matices la percepción de lo que está ocurriendo en su proceso de atención, pudiendo alterar la realidad de lo que, por su situación, sus posibilidades y sus recursos, va a necesitar. A veces se revela la aprensión y a veces la desaprensión de los protagonistas. Ambas actitudes conforman los extremos de una línea que resulta nociva para la persona y su autonomía vital. En ese magma se construyen una serie de dinámicas que, sin ser patológicas, pueden desencadenar en conductas, hábitos, comportamientos que irán en detrimento de la recuperación, de igual forma que pueden ser un gran impulso para la mejora.

La importancia del área social del hospital, tanto del servicio de trabajo social sanitario como del servicio de atención al cliente, estriba en que sus procedimientos se desarrollan en torno a esos momentos críticos que afectan al enfermo actuando a modo de bisagra entre la vivencia, las necesidades como persona enferma, los soportes organizativos, informales y formales, de la atención, todo ello dentro de un hospital que busca constantemente su bienestar. Ambos servicios se inscriben bajo el mismo palio de lo social, pero cada uno, por su naturaleza y función, programará y desarrollará actividades propias y diferentes que no se deben confundir para optimizar al máximo su rendimiento. La evaluación de ambos servicios también contará con indicadores diferentes.

1.1. La concepción subjetiva del hospital y de la enfermedad

Lo primero que debemos considerar sobre la vivencia de la enfermedad es que representa la máxima expresión de subjetividad. Lo subjetivo imprime su huella en lo objetivo y muchas veces, en el plano de la vivencia, lo domina. La

subjetividad de la persona enferma y sobre todo la de quienes le rodean, es un conjunto de luces y sombras que los profesionales en general, y los del área social en particular, deben considerar en sus intervenciones. Las dos dimensiones básicas a considerar de la subjetividad son, una la particular de la persona respecto a su enfermedad, la de la familia, y la otra con respecto al cómo se está dando el trato y la atención que todas ellas están recibiendo. Situados en la singularidad (geográfica, demográfica, epidemiológica, etc.) de cada hospital, un aspecto importante que debemos conocer, porque complementa e influye a los anteriores, es cómo la población a la que atendemos, la de su área de influencia, concibe nuestro hospital. ¿Cuál es la reputación del establecimiento? ¿Las personas escogen venir al hospital o no tienen otra opción? ¿Cuáles son las funciones que le atribuyen? Será en gran parte sobre esta base donde generará sus expectativas y, por tanto, su consonancia o disonancia con la realidad influirá, en parte, en su posterior grado de calidad percibida (satisfacción). Cada ciudadano en singular cuenta con una imagen propia de lo que es un hospital y cuando enferma y acude a él, eso que piensa e imagina aflora a lo largo del procedimiento asistencial.

También cabe conocer cómo concibe la persona su enfermedad, la suya, y según lo que decide que necesita de los servicios hospitalarios, necesitará esa asistencia después de ser dada de alta (hospitalaria o ambulatoria); y además, la pide.

La complejidad inherente al hospital, incrementándose en el día a día, junto a la evolución de su propia dinámica, en paralelo a la complejidad de la propia sociedad, justifican la implementación de programas sociales sanitarios que satisfagan tanto las necesidades de información y atención como de prevención y optimización del sistema en general. Dichos programas son los que se desarrollan en el servicio de trabajo social sanitario o en el servicio de atención al cliente.

1.2. La enfermedad rompe la dinámica personal y social

La enfermedad siempre rompe la dinámica personal y social de las personas atendidas y por extensión, en grado diferente, la de sus familias. Esta rotura se hace más evidente y mayor cuando la atención requiere de la estructura hospitalaria, un hábitat diferente, a veces nuevo y desconocido, otras temido, pues a la mayoría de las personas las obliga a estar fuera de su casa. Dicha rotura será temporal o indefinida, según el tipo de patología y las secuelas que de ella se deriven, según los recursos psíquicos propios y el soporte social, según la capacidad para recuperarse o afrontar los eventos vitales de cada uno. El término que resume este fenómeno es *resilience*. No se trata de privar a las personas de las emociones que surgen, al contrario, éstas son necesarias para la continuación. Lo que se evita es que se queden atrapadas en ellas, que se desproporcionen, que dichas emociones paralicen la evolución de esos duelos.

Lecturas recomendadas

R. Fitzpatrick y otros (1990). *La enfermedad como experiencia*. México. Fondo de cultura económica.

A. Siebert (2007). *La resiliencia* (pág. 17-18). Barcelona: Alienta Optimiza.

Dicha rotura puede resolverse con medios propios la mayoría de las veces, o puede que se precisen apoyos y orientaciones, soportes profesionales externos. Las personas, es cierto, no acuden al hospital para solucionar sus problemas psicosociales, aunque los padezcan. Van porque están enfermas y su enfermedad no puede atenderse en otro ámbito. Éste es un requisito y un principio. En todo caso, hoy ya no es una circunstancia a considerar que las personas acudan al hospital en busca de ayuda social. Sin embargo, no podemos dejar de lado, como ya se ha argumentado, los problemas sociales que la enfermedad reaviva o que la enfermedad genera. Éstos condicionan, para bien o para mal, la convalecencia, la recuperación y la reinserción de las personas. La enfermedad no es el estado natural de ningún ser humano. Las personas viven básicamente en comunidad y es dentro de su comunidad donde se desarrollan como tales. El paso por el hospital es siempre un acontecimiento transitorio mientras que el peso de lo social de la comunidad es más permanente. Su transformación ocurre lentamente. Requiere de otros procedimientos, de otros tiempos y se mide a los sanitarios por otros indicadores.

La atención a la persona no puede reducirse a la intervención sobre una dolencia o pluripatología, si bien en los primeros días éstas centrarán la acción. En ningún caso debe evitarse la atención sobre lo social. Así, en paralelo a la acción sanitaria, desde los primeros días de ingreso, el servicio de trabajo social estudia a la persona, a su familia, a su red social. La hipótesis común que se baraja, como se ha mencionado, es que esta última dará el soporte y la continuidad en el domicilio a las indicaciones terapéuticas que necesite el enfermo. Algunas veces, para ello, contará con apoyos de la atención primaria sanitaria o de los servicios sociales, otras, estará sola con su familia o red social.

1.3. El hospital como establecimiento asistencial de alta tecnología

El segundo punto es la estructura organizativa a la que la persona y su familia debe hacer frente para atender a su enfermedad. Los circuitos, la burocracia, los horarios, las normas, etc., todo ello organizado para prestar la mejor asistencia, pero inmerso en un ambiente de alta tecnología. Un aspecto es el "qué" se hace en el hospital, un "qué" sobre el que surgirían pocas dudas, pero otra muy distinta es cómo se desarrolla ese "qué". La manera como se dé esta organización puede convertir la atención a la persona en un punto fuerte del proceso asistencial favoreciendo su recuperación o, en caso contrario, llegar incluso a que ésta se autoexcluya del sistema o se inhiba en su propia reinserción.

Todo acto asistencial debe apoyarse en la idea de la máxima confortabilidad para los enfermos y sus familiares, sin olvidar a los profesionales que deben encontrar en la organización el apoyo necesario para aplicar sus conocimientos. A ello se añade también el mínimo coste. Son los tres pilares sobre los que se apoya la teoría de la calidad de Deming. Una organización eficaz y eficiente

Lectura recomendada

M. Walton (1990). *The Deming Management Method*
G. P. Nueva York: Putnam's Sons.

no surge espontáneamente de la nada o por casualidad, debe planificarse y organizarse. Requiere un ejercicio de análisis. Toda esta organización debe ser percibida como tal por las personas. Éste es el objetivo final del servicio.

1.4. El modelo asistencial: enfermedades o enfermos

Partiendo de la definición de *modelo* de la Real Academia Española² podemos construir la siguiente definición de *modelo asistencial*:

"Esquema teórico en el que se basan los principios organizativos y asistenciales del sistema sanitario".

⁽²⁾Un modelo viene definido en la RAE como: "Esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento".

Como gerentes, como directivos, otra pregunta obligada es, ¿dentro de qué modelo asistencial se inscribe el hospital que gestionamos o del cual somos directivos? El modelo real, el practicado en el día a día. ¿Nuestros servicios excluyen lo social? ¿Prestan atención a la persona en su globalidad? ¿O quedan atrapados en la dolencia y obvian la vivencia? El equipo directivo del hospital debe posicionarse ante el modelo asistencial que va a propiciar con su gestión. *Grosso modo* el título introduce por una parte el "modelo biomédico" centrado básicamente en la enfermedad, en reorganizar la desorganización orgánica, en recuperar las constantes vitales y el buen funcionamiento del cuerpo. Se centra en las dificultades propiamente biológicas. La segunda parte del título muestra el "modelo biopsicosocial" que, aparte de los problemas biológicos, por supuesto, considera el entorno de la persona, de su familia, su medio ambiente como elementos interactuantes que se influyen. Optar por uno u otro modelo es optar por una estructura asistencial u otra, es favorecer unos programas u otros. Contar con unos recursos humanos u otros y éstos centrarán su atención en unos aspectos u otros. Ésta es una decisión que como directivos no la podemos diferir ni delegar y debemos apoyarla desde el empirismo, no mediante suposiciones u opiniones. Ello, además, constituye uno de los valores corporativos del hospital, ver a la persona enferma como un ser biopsicosocial y cultural.

2. Área social del hospital

Antes de entrar en las materias específicas vamos a señalar la diferencia entre lo ordinario y lo científico. Lo social, por sus muchas posibilidades e interpretaciones, por tratarse de un término generalista, siempre corre el riesgo de confundirse con una actividad filantrópica de ayuda o con algo relacionado con la opinión más que con la razón.

Así, debemos diferenciar la ayuda ordinaria de la ayuda científica o apoyada en procedimientos científicos y profesionales sabiendo que no estamos hablando de ciencias exactas. Lo importante en lo social, por una parte, desde el servicio de trabajo social sanitario, no es ser capaz de ver los atributos de una persona o las circunstancias en las que se encuentra, lo importante es contextualizar dichas realidades y establecer el correspondiente diagnóstico social sanitario acompañado de un plan de trabajo que mejore dichas realidades. Y podemos añadir, lo importante desde el servicio de atención al cliente es rescatar con método las percepciones de las personas. No es saber sólo que están contentas o descontentas con la atención recibida, con el trato dispensado, es conocer las causas de la satisfacción o insatisfacción. Lo importante es contextualizar dichas percepciones y establecer el correspondiente diagnóstico institucional acompañado de un plan de trabajo y acciones de penetración que garanticen la calidad de las prestaciones y permitan que esa calidad, insistimos, sea percibida por las personas.

Consideramos pues, dentro del área social del hospital, dos evidencias que deben verse diferenciadas y que marcan los principios activos de los dos servicios citados.

- La primera evidencia se construye dentro del servicio de trabajo social sanitario. Tiene que ver con el enfermo y su familia: la enfermedad, venimos afirmando, siempre supone efectos secundarios en la dinámica existencial de la persona. Cuando además ésta debe acudir o ingresar en un hospital, las roturas son más importantes.

Como consecuencia de ello, se requiere de una acción social profesional más o menos compleja según cada caso y que siga los procedimientos indicados para evitar que esa rotura, siempre presente, afecte a la evolución, a la recuperación, a la mejoría de la persona y/o, tangencialmente, desequilibre la dinámica singular de alguno de los miembros del resto de la familia. Desde el trabajo social sanitario la persona enferma nunca se ve como un ser aislado. Su dolencia, su vivencia, afecta e influye a los miembros que le son más próximos. Como ello siempre va a ocurrir, el trabajador social sanitario responsable del caso después del diagnóstico social sanitario determinará el grado y la necesidad o no, de apoyo, su tipología, su objetivo, etc. El objetivo siempre es la persona enferma, su vivencia y

Ved también

Desarrollaremos este apartado en el punto dedicado al servicio de trabajo social.

Lecturas recomendadas

E. Pérez de Ayala (1999). *Trabajando con familias. Teoría y práctica*. Zaragoza: Editorial Certeza.

B. Halpin (2003). *Al lado de Kirsten*. Barcelona: Grijalbo (libro testimonial).

experiencia en ese momento determinado, la percepción de sus necesidades. En todos los casos se trabajará con el núcleo familiar para afrontar el presente y según el diagnóstico y pronóstico médico, para lo venidero. En las entrevistas se expondrán los posibles riesgos, los efectos, se investigarán las reacciones, los comportamientos de la persona y su entorno. En ningún caso, en lo social, es posible determinar *a priori* lo que ocurrirá aun teniendo identificados los déficits.

El trabajador social sanitario sabe de otros casos ya atendidos, conocerá la distribución en el hospital de lo ocurrido en diferentes situaciones, pero no puede adelantarse a la evolución del caso social sanitario que esté atendiendo. De ahí que cobre importancia la investigación aplicada para identificar nuevas circunstancias y maneras de las personas para afrontar la enfermedad, y a la vez disponer de argumentos empíricos para diseñar nuevas fórmulas de soporte profesional y ampliar las miras asistenciales adecuadas al factor diferencial de cada enfermedad. Con ello se abre un abanico de posibilidades con las cuales la persona, si llega a ellas, está psíquica y emocionalmente más preparada para resolverlas con sus propios medios porque ha sido prevenida, ha pensado en ello desde la posibilidad y no desde la presión de lo desconocido. Se trata de que la persona sea máximamente autónoma dentro de su nueva realidad y para ello, muchas veces necesita ayuda momentánea. Lejos de generar dependencia o conformismo, lo que se busca es promover la autonomía, la máxima que sea posible. La observación del trabajador social sanitario, el seguimiento del caso, le permiten identificar la necesidad o no de proporcionar algún tipo de atención profesional más especializada.

- La segunda evidencia tiene que ver con el propio hospital, con su estructura física, con su ambiente, con su organización interna y logística. El establecimiento, de la mano del servicio de atención al cliente, velará proactivamente por el máximo confort de los enfermos y sus acompañantes tanto dentro del hospital como en lo referido a las visitas. Auditará mediante estudios la seguridad, la confidencialidad, la proximidad, etc. Evitará, mediante acciones precisas, el estrés generado por las estructuras complejas y las organizaciones colapsadas e ineficientes. Los circuitos deben ser flexibles en el tiempo, porosos y permeables, adecuados; no deben entenderse como fronteras. Todo debe orientarse a ahorrar pasos innecesarios, tensiones fortuitas casi siempre fruto de fallos en la organización básica, a subsanar las ineficiencias administrativas y asistenciales. La desinformación, la incomunicación, las informaciones contradictorias, la mala comunicación, los ruidos, los movimientos y traslados internos excesivos, etc., son ejemplos de indicadores estresantes para el enfermo y su familia. Estableciendo diagnósticos institucionales periódicos sobre estas realidades, analizando las diferentes dimensiones, se definen los indicadores que al final permiten monitorizar las tendencias de mejora o empeoramiento. Evitando todo ello, desde el servicio de atención al cliente, se está favoreciendo que la estancia, el paso de la persona por el hospital resulte más cómodo y fácil. La llegada al hospital también genera siempre confusión, así, desde

el servicio de atención al cliente se investigará para encontrar fórmulas de apoyo externo que minimicen las cargas emocionales debidas a las barreras institucionales. Desarrollaremos este apartado en el punto dedicado al servicio de atención al cliente.

Ejemplo

En los años ochenta, en el Hospital de Mount Sinai de Nueva York, el servicio de telefonía tenía prohibido decir a quien llamaba qu la persona por la que preguntaban no estaba allí. Y a su vez los profesionales tenían que estar siempre localizables y cuando la actividad médica impedía su localización, también debían informar a los servicios de telefonía. Con ello aunque no se pudieran hablar con el profesional en cuestión en ese momento, sabían cuándo podrían hacerlo y el motivo por el cual no era posible entonces. Con ello se evitaba la sensación de desatención.

La persona, aunque esté enferma, sigue siendo persona, sigue manteniendo sus necesidades afectivas y emocionales, sigue atada internamente a lo suyo y a los suyos, a su pasado. También mantiene sus necesidades de confort y comodidad. Por lo general, se siente un cuerpo extraño dentro de esas estructuras cada vez más enrevesadas que son los hospitales.

El área social del hospital organizada adecuadamente es un importante apoyo para lograr la "gestión centrada en el cliente" y por supuesto incidir en la optimización de las estructuras materiales y de los recursos humanos.

La importancia de dicha área en el logro de la fluidez general del hospital es obvia. Por todo lo dicho, aceptamos que el binomio enfermedad-trastorno social en el hospital es frecuente ya se trate de personas con dependencia, con enfermedades crónicas o degenerativas, con problemas agudos, o con alguna discapacidad. Para alcanzar el máximo rendimiento de dicha área, es preciso que ésta quede debidamente organizada y apoyada por sistemas de información que sean, a la vez, la base para la transformación. Asimismo, se recomiendan sesiones de evaluación y programación de nuevas actividades o programas de acuerdo con la gerencia. Y sesiones con los profesionales, ya que no se puede olvidar que son ellos los que están en contacto con las personas y es a través de ellos como las personas perciben el hospital.

Debido a la sensibilidad de la información tratada y almacenada en dicha área, es conveniente que dependa jerárquica y funcionalmente de la gerencia, puesto que dependiendo de cualquier otra división, la médica, la de enfermería, la administrativa, etc., en muchas ocasiones, aquélla sería juez y parte. Atendiendo a las funciones básicas, se separará por un lado el servicio de trabajo social sanitario y por el otro, el servicio de atención al cliente.

Toda acción profesional se apoya en las metodologías, los instrumentos, las técnicas y las plazas disponibles.

Pilares de la actividad desde el área social del hospital

Metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos • Protocolos • Sistema de evaluación
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información • Formularios propios y otros • Clasificaciones • Escalas
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas personales • Entrevistas telefónicas • Observación de hechos, directos e indirectos • Análisis cualitativo • Historia de vida • <i>Focus group</i> • Grupos de apoyo • Grupos terapéuticos • Documentación y registro
Plazas	<ul style="list-style-type: none"> • Públicas • Privadas

2.1. El servicio de trabajo social sanitario en el hospital

El servicio de trabajo social sanitario del hospital está integrado por diplomados en trabajo social y preferentemente con formación en el campo sanitario³. Para el buen funcionamiento del servicio, se requerirá apoyo en tareas administrativas y en ocasiones, según el caso social sanitario, se precisarán apoyos de otros consultores, como abogados, etc. Ello dependerá, por supuesto, de las funciones que el hospital le asigne pero éstas deberán ir acordes con las competencias del servicio. El trabajo social sanitario, como su nombre indica, es la especialización del trabajo social dentro del sistema sanitario, ya sea en la atención especializada o en la atención primaria.

Sustancialmente, los procedimientos son los mismos y algunos procesos también se comparten iniciándose en el hospital y llegando a su fin en la atención primaria. Ya en el hospital, el trabajo social estudia las vivencias del enfermo y su entorno, las condiciones sociales de éste. Penetra en los efectos provocados por la enfermedad y en las secuelas que ésta puede conllevar. El eje vertebrador del servicio de trabajo social sanitario en el hospital son los enfermos atendidos en dicho establecimiento considerando la enfermedad en concreto de la que se trate, pues si bien se dan unos efectos comunes frente al hecho de enfermar, las enfermedades específicas arrastran connotaciones psicosociales también específicas. Como se viene diciendo, la enfermedad actúa como causa de desajustes sociales pero, a la vez, puede ser el efecto de dificultades sociales desapercibidas. De ahí la importancia de una intervención proactiva que considere la presencia de indicadores de riesgo. A través de la puerta de la enfermedad, sobre todo de su vivencia, el trabajador social sanitario del hospital estudia los efectos psicosociales de la dolencia sobre el enfermo y su entorno.

⁽³⁾ Si bien hasta ahora no era posible acceder a dicha especialización por la vía universitaria, la puesta en marcha, en octubre del 2009 en la UOC, del curso de posgrado de *Trabajo social sanitario* ha modificado drásticamente esta realidad.

En cada intervención, el trabajador social sanitario puede adentrarse en esferas que requieran la intervención de otros profesionales de servicios variados externos al hospital, tanto sanitarios como sociales.

Sin embargo, hay que conocer y establecer la diferencia entre el trabajo social sanitario y los servicios sociales. Dicha común confusión sería equivalente a confundir la medicina con los servicios sanitarios.

La especialización del trabajo social sanitario se ha dado en la práctica del día a día, conformada a través de la propia experiencia, caso por caso, y reforzada con la investigación aplicada, todavía escasa, pero cada vez más presente en nuestros hospitales. La especialización también se consolida con contactos, visitas y estancias de los trabajadores sociales sanitarios en centros o establecimientos extranjeros.

2.2. Organización del servicio de trabajo social hospitalario

Por su propia naturaleza, la organización del servicio de trabajo social del hospital contempla dos modelos básicos de intervención, ambos relacionados con los objetivos del hospital respecto a su modelo asistencial, en principio, el biopsicosocial.

- **Modelo 1.** La intervención a demanda: la cual puede venir de la mano de la persona enferma, de la familia, del personal sanitario, de otro personal, de profesionales externos al hospital, de la atención primaria, etc. La demanda puede surgir en cualquier ámbito y se dirige al trabajador social del hospital, quien sobre esta base inicia la atención dentro del procedimiento más indicado.

La intervención a demanda, aunque sigue siendo la habitual, es un modelo obsoleto pues deja en manos de la persona, de su familia, la decisión final de pedir ayuda. Ésta se basa en un autodiagnóstico y se apoya en su conciencia de problema o de necesidad de apoyo. Este tipo de intervención es marginal y margina, puesto que podemos encontrar a personas que con necesidades similares, aun necesitándola, no reciben ningún tipo de atención social simplemente porque no la han solicitado. Se ha visto y comprobado, cuando se aplican programas de intervención sistemática, que el hecho de no pedir ayuda no significa que no exista la necesidad de ayuda. Lo que buscamos no es la demanda sino la necesidad. Este modelo de asistencia se inscribe en la intervención reactiva iniciándose el procedimiento cuando surge un problema. La intervención a demanda queda justificada sólo cuando los recursos humanos del servicio de trabajo social del hospital son tan escasos que no permiten la aplicación de ningún programa. En este caso tampoco se podría hablar realmente de servicio. La existencia de servicio implica una gestión específica que le da entidad como tal.

- **Modelo 2.** La intervención por programas: ello es que se produce una intervención sistemática cuando en la persona está presente alguno de los requisitos definidos previamente, basados en una validación o en la misma evidencia. Los programas pueden tomar como punto de partida determinados diagnósticos clínicos⁴, la presencia de indicadores sociales que se han definido y probado como de riesgo⁵, o el estar ingresado en un área determinada⁶.

⁽⁴⁾EPOC, AVC, fractura de fémur, corea de Huntington, etc.

⁽⁵⁾Persona mayor viviendo sola, persona con adicciones, persona con falta de autonomía, etc.

⁽⁶⁾Salud mental, rehabilitación, trasplante, etc.

Éste es el modelo de intervención al que se tiende, por ser equitativo y preventivo. Se clasifica dentro de la intervención proactiva, la que se basa en las personas y en sus circunstancias. La que se da a partir de la presencia de unas realidades y sin necesidad de que se realice ninguna demanda en concreto. En este caso se debe saber que la presencia de dichas variables no implica necesariamente la existencia de problemas, sólo un riesgo que cabe validar o descartar. La presencia de determinadas características que se encuentran presentes en los casos sociales atendidos con anterioridad activa y justifica el inicio de programas específicos. El objetivo de la intervención por programas es adelantarse a las dificultades que pueden entorpecer el proceso de curación o mejora y a la vez prevenir la incapacidad para pedir ayuda o consejo.

2.3. La necesidad como concepto

Cuando hablamos de necesidad, ¿a qué nos referimos exactamente? ¿En qué nos basamos para determinar la existencia o no de una necesidad? ¿Podemos equiparar el concepto de necesidad al de demanda? La necesidad en el ámbito social sanitario no puede subsanarse satisfaciendo únicamente la demanda como si estuviéramos en un mercado. Si bien la demanda puede ser una de las puertas de entrada al sistema social sanitario, los profesionales de la sanidad estudiamos demandas, pero sobre todo, diagnosticamos necesidades. El estudio de la necesidad requiere una metodología de análisis que permita ir ajustando sus perímetros y tener elementos comparativos. La necesidad social ha sido estudiada, entre otros, por Bradshaw, quien en 1983 estableció diferentes definiciones en función de la perspectiva aplicada. Así, señaló cuatro tipos básicos de necesidad:

- La **necesidad normativa**: la necesidad del cliente identificada por los profesionales que antes han establecido un umbral deseable de provisión y de acceso a los servicios. Ella implica un cálculo previo basado en los casos atendidos en el hospital en particular.
- La **necesidad experimentada**: es la máxima expresión de subjetividad aunque se considera una medida inadecuada de la necesidad real. Cabe añadir que, además, queda protegida en la intimidad de la persona.
- La **necesidad expresada**: es la necesidad que el cliente conceptúa en la demanda de un servicio o soporte determinado. En este caso, cabe dejar

Lectura recomendada

J. Bradshaw (1983). *Una tipología de la necessitat social*. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i de Seguretat Social. Instrument de Prospecció de Serveis Social.

que la persona se exprese sin que se la reconduzca. Lo que informa es lo que dice la persona, no lo que el profesional interpreta.

- La **necesidad comparada** es la necesidad que se establece en la base de diferentes personas con características similares y los diferentes servicios que pueden utilizar. Se determina tomando como medida de necesidad un valor "X" que se establece a partir de medias aritméticas y los servicios utilizados. Requiere la presencia de determinadas variables a partir de las cuales se sabe qué personas han necesitado ayuda y cuáles no.

Por la propia evolución de los servicios hospitalarios y su estudio, a estas necesidades se le pueden añadir otras como:

- La **necesidad diagnóstica**: basada en el diagnóstico establecido por los profesionales dejando de lado la normativa existente que siempre supone unos límites. Define los apoyos psicosociales y los servicios necesarios para cubrir las carencias. Se establece analizando cada caso siendo el referente el mismo caso. Con ella se identifican déficits en los baremos utilizados que pueden dar como resultado la ausencia de necesidad, pero sin embargo, estar patente.
- La **necesidad administrativa**: la establece la Administración por ley. A partir de unas características objetivas se puede acceder a determinadas prestaciones. En realidad es la menos fiable dado que se apoya, en gran medida, en las posibilidades financieras de la Administración del momento y no en las necesidades reales de la persona. Un ejemplo actual es el ajuste que se va viendo en la aplicación de la Ley de la Dependencia⁷.
- La **necesidad cubierta**: es cuando la necesidad deja de ser tal por haberse facilitado o logrado por cuenta propia los medios que han permitido superar la situación que la provocó. O simplemente han cambiado las circunstancias que la generaron. Cabe conocer la evolución de las necesidades, cómo se cubren y no cabe duda de que es un dato importante para toda dirección saber desde el hospital cuántas necesidades se han cubierto.

⁽⁷⁾En el último trimestre del 2008 los periódicos de tirada nacional hablaban de retrasar las ayudas de la dependencia sobre todo en la población de grado leve.

2.4. La atención desde el servicio de trabajo social sanitario del hospital

Los trabajadores sociales sanitarios intervienen siguiendo procedimientos. La intervención se desarrolla siempre sobre un caso social sanitario o sobre un colectivo.

Definición de caso social

"Un caso social no viene determinado por el tipo de cliente (familia, infancia, persona mayor, adolescente), no puede venir determinado por el tipo de problema (económicos, de conducta). El caso social es un acontecimiento vital en el que siempre hay proporciones, variables de lo económico, lo físico, lo mental, lo emocional y de los factores sociales. El caso social está compuesto de factores internos, externos o medioambientales. Uno no trata a las personas en un sentido físico o en un sentido medioambiental, las trata en relación con sus experiencias sociales y con relación a sus sentimientos respecto de estas experiencias".

Los procedimientos del servicio de trabajo social sanitario del hospital se apoyan en dicha definición y considerando la realidad actual, diferenciamos dos tipos de atención y dicho sea de paso, apriorísticamente, ambas necesarias y útiles:

- **La atención profesional individualizada.** Se caracteriza por ser un procedimiento simple que se concreta en una atención puntual marcada por la inmediatez. El estudio de la demanda es reactivo, no puede ser de otra manera, como lo es la resolución que se da comprobando simplemente la pertinencia de la demanda. Casi siempre atiende y satisface la petición de la persona o de un familiar ante un problema probado. Dicha demanda se apoya en lo evidente de la emergencia que es real, pero no se estudia más que lo necesario para resolver las dificultades de la manera más eficaz, rápida y puntual.

Puede que el trabajador social sanitario observe que está ante un caso social sanitario que debe derivar a otro servicio, esto es cuando la persona pasa a otro establecimiento sanitario, o regresa a su casa. O por el contrario, puede que la persona quede ingresada en el hospital y, por tanto, proceda el inicio en planta de un procedimiento diagnóstico.

Cuando un cliente acude a cualquier profesional sanitario realizando una demanda a la que se le responde para resolver la inmediatez, se le está prestando atención profesional individualizada. Es una respuesta profesional reactiva.

La atención profesional individualizada no debe prejuizarse como una mala asistencia, o como una atención superficial, pues muchas veces esta respuesta rápida y profesional es la necesaria y evita males mayores. Ahora bien, una vez resuelta esta primera fase de caos y crisis, es preciso orientar el caso social sanitario para que se estudie en profundidad siguiendo, entonces, el procedimiento más indicado. La diferencia entre los trabajadores sociales sanitarios y otros profesionales sanitarios se encuentra en el recorrido y el horizonte de cada uno frente al caso social. Los últimos resolverán lo inmediato mientras que los trabajadores sociales sanitarios, además de resolver lo inmediato, por su responsabilidad, formación y función estudiarán otras variables de lo que se ha dado y que ha requerido la ayuda formal.

- **La atención profesional apoyada en procedimientos diagnósticos sistemáticos propios del trabajo social sanitario** (los procedimientos no cambian ya sea en el hospital o en la atención primaria). En este caso se tra-

Lectura recomendada

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (págs. 3-4). Nueva York y Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Ejemplo

En urgencias ingresa una mujer que dice tiene en su casa a su madre y necesita la medicación de la noche. Ella se dirige a buscar a sus hijos en la escuela cuando la ha atropellado un coche. Los primeros pasos se orientan a cómo y quién recoge a los niños en la escuela. Cabe avisar al profesorado, contactar con algún familiar, vecino, amigo que indique la madre para que pueda ir a su casa. Si no hay nadie disponible, habrá que contactar con emergencias sociales. Esta es una gestión que si bien requiere que la haga un profesional por el riesgo que entraña de que algo quede por cubrir, asimismo, el trabajador social sanitario aplicará técnicas de apoyo para que la madre se sienta segura de que todo está realizándose. El primer estudio se limita a lo evidente. Claro que habrá que pensar luego en todo el cuadro pero eso será en un siguiente estudio.

ta de la acción profesional basada en el diagnóstico social sanitario a partir del cual se diseña el plan de trabajo. Ya no se trata de una atención puntual y resolutoria de una situación de emergencia o crisis, o simplemente informativa u orientadora, aunque ésta haya sido la puerta de entrada. Cualquiera de los procedimientos de trabajo social sanitario busca el cambio, la transformación de realidades personales internas y externas, familiares, para alcanzar más bienestar. Ello siempre ocurre a través de la persona enferma, de su familia. Es, por tanto, una respuesta proactiva. No obstante, en lo social, todo requiere más tiempo, no es posible modificar actitudes, percepciones, sensaciones, costumbres, hábitos, de repente. Se requiere un trabajo de acompañamiento y guía que vaya ajustando la realidad externa (favorable o desfavorable) con la percepción interna (adecuada o inadecuada) a los medios y recursos propios y comunitarios disponibles.

Un breve paréntesis para recordar la definición de procedimiento y así garantizar que nos asentamos en la misma base teórica. Un procedimiento es la base sobre la que se sustenta la actividad secuenciada, ordenada en fases para lograr uno o varios fines. Sus fases son de obligado cumplimiento en la secuencia. Por ejemplo, no es posible saber el proceso social sanitario en el que incluiremos a la persona si no hemos establecido el diagnóstico social sanitario. Y no podemos gestionar ninguna tipología de apoyo si no conocemos el proceso en el cual se atiende a la persona. Los procedimientos son una guía que evita el libre albedrío de los profesionales en los actos asistenciales y garantizan a las personas atendidas unos principios de igualdad en el estudio, diagnóstico y trato de sus problemas. Los procedimientos clásicos de trabajo social son:

- El método de trabajo social de caso, conocido también como el *casework*, término que procede de la geografía anglosajona.
- El método de trabajo social familiar (*family work*).
- El método de trabajo social de grupo (*groupwork*).
- El método de trabajo social comunitario (*community work*).
- El método de la planificación del alta hospitalaria, una versión del *casework* que presta una gran atención al momento en que la persona recibe el alta del hospital.

La puerta de entrada al caso social sanitario es la demanda de la persona o la presencia de criterios sociales y/o criterios clínicos de riesgo descritos en las bases de cada programa. Es esencial que primero la persona pueda expresar su demanda tal como siente la necesidad. El trabajador social sanitario debe transmitirle una actitud de que tiene tiempo y debe dejar que hable primero. Esta primera información que da la persona abre un abanico de pistas acerca de su conciencia de necesidad, sea el enfermo o un familiar, y también, en esta misma demanda se encuentra muchas veces

imbricado el cómo la persona cree que se resolvería su situación de necesidad.

Habrán casos en los que se produce una coincidencia entre la persona y el profesional, pero los habrá que no. Cuando la puerta de entrada sea la presencia de criterios de riesgo, mediante un primer *screening* se comprobará que son sólo riesgos o si, por el contrario, se están manifestando los problemas previsibles. Pensando en el hospital actual, los servicios médicos más susceptibles de este tipo de intervención son todos aquellos que mantienen un contacto continuado con el enfermo: oncología, diálisis, geriatría, adicciones, salud mental, etc.

2.5. Breve desarrollo y descripción de los procedimientos de trabajo social sanitario

2.5.1. Trabajo social de caso (*casework*)

En 1923 Gordon Hamilton empezaba su conferencia con los siguientes términos:

"La Sra. Richmond dice: el trabajo social de caso, *casework*, consiste en aquellos procesos que desarrollan la personalidad a través de ajustes deliberadamente efectuados, individuo a individuo, entre hombres y su ambiente social".

El objetivo del *casework* es la transformación de aquellos aspectos relacionados con la persona, con la manera de vivir la enfermedad, con sus recursos propios, que lo ayudarán a disfrutar de una vida más autónoma. En resumen, el procedimiento de *casework* sigue las siguientes fases:

- Obtención de la información de parte de la persona enferma o de su familia.
- Escucha de la primera demanda incluyendo la descripción del problema que aporta la persona o su familia y las vías de solución.
- Identificación de las fuentes de información básicas.
- Interpretación de los datos obtenidos de las diferentes fuentes.
- Elaboración del diagnóstico social sanitario y de la síntesis diagnóstica, esta última para incluir en la historia clínica.
- Concreción del proceso social sanitario y objetivos marcados en el caso social sanitario.
- Plan de trabajo.
- Ejecución.
- Evaluación y, si cabe, reformulación del diagnóstico social sanitario.

Cada una de las partes se divide en apartados que conforman el arbolado del procedimiento. Cuando la persona está ingresada, dado que el tiempo de hospitalización suele ser corto, muchos casos deberán derivarse a la atención primaria sanitaria para que continúe, otro trabajador social sanitario, el trata-

Lectura recomendada

G. Hamilton (1923). "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work". *National Conference on Social Welfare* (págs. 334-337).

miento social iniciado en el hospital. No se debe confundir el tratamiento social con el uso de servicios sanitarios o sociales de apoyo y atención, que pueden formar parte del plan de tratamiento social pero no son el tratamiento.

2.5.2. Trabajo social de familia (*family work*)

En el trabajo social sanitario, la familia siempre está presente y forma parte de toda intervención que se realice. La interacción entre la persona enferma y su familia (red social) es continua. Una de las autoras que más está aportando al trabajo social familiar es Elisa Pérez de Ayala. Escribe en su libro:

"Los miembros de una familia forman un grupo pequeño, que es más que la suma de varias personalidades diferentes; es además la interacción de esas personalidades y la influencia de unas en otras. Esta idea nos lleva al acercamiento, a la afirmación de que un grupo es en sí mismo una realidad que debe ser vista y comprendida como tal". [...] "Una familia en crisis ha perdido la capacidad de restablecer el equilibrio y padece en cambio una necesidad constante de adaptarse, cambiando las pautas de interacción entre sus miembros".

La atención a la familia es una de las funciones clave del servicio de trabajo social sanitario. Dicha atención se produce en paralelo a la de la persona enferma pues ante la misma realidad, cada uno presenta sus propios límites.

2.5.3. Trabajo social de grupos (*groupwork*)

La enfermedad es una experiencia individual pero acerca a las personas que la sufren, ya sea como enfermos o como familiares. Pero sobre todo establece fuertes vínculos cuando se trata de diagnósticos médicos similares. En un primer plano, cada uno cree que su experiencia emocional es distinta, que su vivencia es ajena a las de las otras personas que padecen. Y lo es en términos absolutos pues no encontraríamos a dos personas con vivencias y experiencias calcadas; pero sí que, del racimo de experiencias, muchas presentan gran similitud. Dicho esto, los trabajadores sociales sanitarios saben que las diferentes experiencias de un grupo de personas pueden contribuir a aligerar el peso de las experiencias particulares de cada una. Los profesionales saben que existen muchas variables, las cuales, dentro de sus diferencias individuales, se asemejan entre unos individuos y otros. Por ello, una buena fórmula de promoción de la salud es la organización de grupos. Siguiendo la propuesta de Helen Northem, en salud se diferencian cinco tipos de grupos, cada uno de ellos con unos objetivos y métodos propios:

- Grupos de educación.
- Grupos terapéuticos.
- Grupos de autoayuda.
- Grupos para el cambio social.
- Grupos de profesionales.

Lectura recomendada

E. Pérez de Ayala (2000). *Trabajando con familias* (págs. 31-51). Zaragoza: Editorial Certeza.

Lectura recomendada

H. Northem (1983). "Social work groups in health settings: promises and problems". En: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field* (págs. 107-129). Nueva York: The Haworth Press.

El trabajo social sanitario de grupo es una fórmula que permite optimizar los recursos humanos del servicio de trabajo social del hospital puesto que en cada sesión concurren unas diez u once personas, ya sean enfermas o sus familiares. Los servicios de salud mental están habituados al trabajo de grupos pero éste, ni mucho menos debe limitarse a dicha área. Casi todas las áreas del hospital pueden disponer de sus sesiones de grupo. La creación de grupos obedece a unos puntos preliminares. En una revisión bibliográfica Gary Rosenberg y Grace Neill estudiaron los siguientes puntos que pueden servir como fases en la planificación del grupo.

- Tipo de liderazgo, quién lidera la sesión de grupo.
- Condición médica o entidad de la enfermedad.
- Composición del grupo.
- Formato y establecimiento.
- Metas y métodos.
- Beneficios deducidos del grupo.
- Limitaciones que afectan a la formación del grupo.

2.5.4. Trabajo social sanitario comunitario (*community work*)

En sanidad el trabajo social comunitario está claramente vinculado a la medicina comunitaria, basada a su vez en el modelo biopsicosocial, que relaciona la práctica clínica con la docencia y la investigación, estableciendo una relación entre la medicina, el medio ambiente, la economía, las ciencias políticas, la organización, etc. Se parte de la idea de identificar el problema y de resolverlo. La medicina comunitaria realiza actividades de promoción y protección de la salud de la comunidad, se circunscribe al área de influencia del hospital.

La información comprendida en la base de datos del sistema de información del servicio de trabajo social sanitario, entendiéndolo que éste forma una sección del sistema de información general del hospital, permite, mediante análisis periódicos, planificar programas y servicios comunitarios vinculados al propio quehacer del hospital pero que se extienden a la comunidad. Muchos de estos programas deben programarse conjuntamente con la atención primaria sanitaria. Se trata de reforzar las redes sociales existentes con acciones basadas en la investigación aplicada. Es mucha la información que se almacena y que, al tratarla mediante técnicas estadísticas, dará pie a organizar nuevos programas y servicios que responderán a la realidad de la población atendida. También puede que algunos programas e investigaciones se desarrollen de acuerdo con los servicios sociales de la zona. Los programas más habituales de este tipo son:

- Investigaciones sobre la salud y la enfermedad.
- Programas especializados a domicilio.
- Programas de educación social y sanitaria.
- Estudios poblacionales sobre el uso de servicios de apoyo.
- Otros que se vayan definiendo como útiles.

Lectura recomendada

G. Rosenberg; G. Neill (1982). "Group Services and Medical Illness. A review of the literature 1964-1978". En: A. Lurie y otros. *Social Work with groups in health setting* (págs. 39-53). Nueva York: Prodist.

Lectura recomendada

D. Bess (1983). "The social work - Community medicine connection". En: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field* (págs. 11-28). Nueva York: The Haworth Press.

2.6. El programa de la planificación del alta

Por tratarse de un programa interdisciplinario que, si bien se lidera desde el servicio de trabajo social del hospital, implica claramente a otras áreas, se le dedica un apartado específico y detallado en páginas posteriores.

2.7. Los procesos sociales

El proceso se desprende del diagnóstico social sanitario. En trabajo social sanitario, los procesos sociales no pueden asociarse al diagnóstico social sanitario porque, atendiendo a su definición, éste es único en sí mismo. Los procesos sociales sanitarios corresponden a las tipologías de apoyo. Definiendo un proceso como el conjunto de actividades y gestiones que dan un servicio de valor al cliente, en el caso que nos ocupa es la tipología de apoyo, diferenciándola del recurso concreto que la materializa. Por ejemplo una tipología de apoyo es la atención domiciliaria. Una vez definida ésta, cabrá concretar el recurso que la lleva a cabo. Tipologías de apoyos diferentes conciben procesos sociales diferentes y todos ellos compartirán actividades y gestiones similares para que la persona pueda beneficiarse del apoyo. En la misma línea, el proceso social de atención a domicilio convoca: entrevistas, visitas, llamadas telefónicas, reuniones, gestiones, etc. Pero un proceso social de atención residencial, también convoca lo mismo. En el hospital los procesos sociales sanitarios se inician con la manifestación de uno o varios problemas sociales de enfermos que han sido diagnosticados por algún trabajador social sanitario.

Sobre la base de algunos seminarios realizados, puede decirse que algunas de las confusiones más habituales sobre la comprensión de los procesos sociales son:

- El proceso social se confunde con el recurso. El recurso es el que materializa la tipología de apoyo pero son muchos los recursos (empresas o entidades) que pueden materializarla.
- El proceso social se confunde con la actividad o las técnicas aplicadas. Las diferentes actividades y las técnicas son las que permiten llegar al proceso social pero ninguna es exclusiva.

Una característica de los procesos sociales sanitarios es que la mayoría, agrupados por familias, son rivales entre sí. Una persona tratada dentro del proceso de "atención a domicilio" no está tratada dentro del proceso de "establecimiento residencial". En algunos casos, de modo excepcional, pueden darse dos procesos sociales sanitarios simultáneamente, la rivalidad se extiende a los "recursos" dentro del mismo proceso social sanitario. Esta rivalidad proporciona una clasificación natural y facilita, a posteriori, el análisis de la información

en el plano de la utilización de recursos. No se pueden estar utilizando dos recursos iguales a la vez. No es posible vivir en la "residencia A" y a la vez vivir en la "residencia B".

Las actividades y las técnicas, pues, no determinan el proceso social sanitario pero son el andamio desde el cual éste se construye y da lugar a la atención final de la mano de un recurso concreto. La tabla siguiente muestra a modo de ejemplo algunas de las actividades y las técnicas empleadas por los trabajadores sociales sanitarios para lograr la atención final. Atención que prestará, por lo general, un equipo que pertenece a un recurso externo al hospital.

Relación de procesos, actividades y técnicas de los procesos sociales

Procesos sociales	Actividades	Técnicas
Atención a domicilio: • Cuidadores personales • Teleasistencia	• Primera visita • Visitas sucesivas • Reuniones • Sesiones clínica	• <i>Screening</i> • Entrevistas – Apoyo. – Orientación – Motivación – Movilización
Establecimientos residenciales: • Temporales • Indefinidos • Diurnos • Nocturnos	• Solicitudes • Llamadas telefónicas • Comunicados • Informes • Interconsultas	• Documentación • Coordinación • Análisis estadístico
Establecimientos residenciales asistidos: • Larga estancia • Rehabilitación		
Establecimientos sociosanitarios: • Convalecencia • Larga estancia • Unidad de demencia • Paliativos		
Servicios de día: • Hospital de día • Centro de día		
• Unidades de evaluación de la dependencia • Unidades de evaluación geriátrica ambulatoria		

2.8. La variable complejidad dentro del servicio de trabajo social hospitalario

La complejidad en el servicio de trabajo social sanitario se define como:

"Todas las actividades que se realizan, en mayor o menor número, dentro del proceso social sanitario para, finalmente, posibilitar la prestación a la persona atendida dentro del servicio o programa determinado".

Ese mayor o menor número lo clasificamos en grados. La gradación implica un orden que va de menos a más. Atendiendo al caso social sanitario diferenciamos dos complejidades, ambas, presentes en toda intervención del servicio de trabajo social del hospital:

- La complejidad de la gestión de lo psicosocial. Es el grado de complejidad que va asociado al conjunto de variables que reúne la actitud (comprensión, rechazo, negación, etc.) de la persona y dentro de ella, el valor que por definición operacional presenta aquella persona en concreto.
- La complejidad de la gestión del apoyo externo. Dentro de la gestión de los principales procesos sociales sanitarios (tipologías de apoyo) existen diferentes grados de complejidad que implican diferentes grados de intervención por parte de los trabajadores sociales sanitarios en relación con los recursos que van a asumir la responsabilidad de la atención.

Ambas complejidades se expresan con un valor artificial de entre 1 y 5 siguiendo la formulación de la escala Lickert. Se trabaja con dicha escala al permitir establecer una gradación entre los valores utilizados y su descripción cualitativa. En ambas dimensiones, su valor empírico se asocia a una cualidad, tal y como se refleja a continuación:

- 1 = complejidad muy baja
- 2 = complejidad baja
- 3 = Complejidad mediana
- 4 = complejidad alta
- 5 = complejidad muy alta

De la acumulación de casos resultan dos números índices que son los que permitirán monitorizar cuantitativamente la evolución de las características de la eficacia y de la eficiencia. El índice de complejidad aporta información cuantitativa sobre lo cualitativo, informa sobre el tiempo medio y trabajo real de dedicación del trabajador social sanitario del hospital en cada caso y, a la vez, permite compararlo con la media de todo el colectivo. El valor resultante, compuesto por una unidad y cuatro decimales (se recomienda), siempre igual o inferior a cinco o igual o superior a 1, es el resultado de un promedio de los casos útiles (los que tienen la información).

Por otra parte, cuantos más profesionales convoque el caso social sanitario mayor será la complejidad de la gestión. Así, el servicio de trabajo social sanitario:

- Siempre se coordinará con el personal sanitario del establecimiento.
- A veces se coordinará o derivará el caso a la atención primaria de salud.
- Otras, además, lo hará con los servicios sociales.
- A veces mantendrá contacto con todos. Y éste es el punto de máxima complejidad de los apoyos.

Lectura recomendada

B. E. Hayes (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente* (pág. 77-81). Ediciones Gestión 2000.

Cuanto más servicios intervengan en el caso social sanitario el grado de complejidad de la coordinación con el entorno será mayor afectando a su evolución. La complejidad de lo psicosocial es una variable independiente de la complejidad de los apoyos externos. Una no determina a la otra si bien pueden coincidir tanto en valores altos como bajos. También podrán influirse incrementando el riesgo pero deben analizarse por separado. La inclusión de la variable complejidad en lo social permite diferenciar entre los diferentes pesos de la totalidad de los casos sociales atendidos. Persigue la misma idea de los GRD. Cuando evaluemos los resultados del servicio de trabajo social, cuando analicemos su memoria de actividades ya sea mensual, trimestral o anual, la variable complejidad aporta la precisión y los matices cualitativos con respecto a la envergadura real del trabajo desarrollado dentro del hospital. Para ilustrar el párrafo anterior nos apoyamos en dos ejemplos:

- En el ámbito de la intervención cada visita en la estadística aparece como una unidad. No obstante, dicha visita tomará un cariz particular que la diferenciará de todas las otras. En la práctica ello se traduce en una mayor o menor inversión de recursos humanos y materiales. La gestión del proceso social implica más o menos tiempo. El camino recorrido y las fases del procedimiento, serán idénticos en todos los casos, pero las diferentes realidades de cada persona implicarán diferentes dedicaciones del trabajador social sanitario para ofrecer este servicio de valor final. La variabilidad está presente en cada intervención y tenemos que saber cómo se va dando en nuestro hospital. Ningún caso es igual a otro y esa diferencia debe formar parte del sistema de información para poder estudiarla y analizarla vinculándola a la actividad general, incluso a los GRD.
- En el ámbito de la utilización de recursos ocurre algo parecido. Imaginemos el proceso social sanitario "atención a domicilio". Su gestión será distinta de una zona a la otra y dentro de la zona variará, ya se trate de un recurso u otro. Desde el hospital debemos conocer la diferencia entre zonas, entre recursos que materializan el mismo proceso. Ello afectará, en mayor o menor medida, a la rotación y dinámica del hospital ya que incide en la estancia. El factor humano influye tanto en lo social que incluso dentro de la misma zona y dentro del mismo proceso social habrá variaciones. La variable complejidad también las señala.

Por tanto, en la gerencia, debemos conocer desde el empirismo cuáles son estas variaciones entre procesos sociales. Cómo se recoge el tiempo invertido y se traduce en un indicador cualitativo de las intervenciones. Cómo se traduce (más reingresos, alargamiento de la estancia, etc.) esta realidad en la organización hospitalaria. Cómo se utiliza esta información en beneficio de los ciudadanos con necesidades de apoyo para mejorar no sólo las prestaciones sanitarias y sociales, si no su acceso. Y lo más importante: ¿Cómo toda esta

información disponible se utiliza para la planificación de nuevos sistemas de atención, para modificar la organización actual y hacerla más eficaz y útil para las personas de riesgo o con necesidades de apoyo sanitario y social?

2.9. La memoria del servicio de trabajo social hospitalario

La memoria describe las actividades realizadas por el servicio de trabajo social sanitario del hospital en el año que se presenta (el año acabado), completada con las actividades que se prevé realizará en el año (el año que empieza). La memoria aporta datos objetivos del trabajo realizado a lo largo del año, pero en ningún caso se trata de una investigación poblacional que se debe presentar en otros formatos documentales. La memoria contiene datos objetivos y descriptivos, que a través de los años pueden indicar tendencias como la evolución de las demandas, de la presencia de criterios de riesgo, de los problemas sociales atendidos, etc. Pero dicha información debe interpretarse en otros documentos. Informes de propuestas, publicaciones en revistas especializadas, ponencias científicas, sesiones clínicas, etc. A la información contenida en la memoria se le agregará la variable complejidad, su índice, para evitar que la actividad quede reducida al número de personas atendidas, a las visitas realizadas, a las gestiones diversas, etc. y deje de lado la cualidad del tiempo y de la gestión. La memoria debe reflejar las variaciones. Es un documento informativo que servirá de base para investigaciones posteriores.

2.10. El trabajo social sanitario y los servicios sociales

Ambos términos, el trabajo social sanitario y los servicios sociales, a menudo se confunden. Craso error. Un ejemplo equivalente sería la confusión de la medicina con los servicios sanitarios. No se puede negar su relación pero son conceptos distintos. Mary E. Richmond, a quien se debe el giro de lo filantrópico hacia lo profesional, en *Social Diagnosis* escribía ya diferenciando cuándo las personas se movilizaban con ayuda de profesionales para lograr algo (a través de las técnicas y métodos del trabajo social) o cuándo simplemente usaban los servicios que estaban disponibles.

El trabajo social sanitario utiliza servicios sociales pero como parte del tratamiento social, no para apartar a las personas con problemas de su entorno. Tomando los términos: "trabajo social" y "servicios sociales", el primero es el apoyo que se da a la persona para lograr algo por ella misma, los segundos son apoyos, servicios, ayudas institucionales, que en todo caso su acceso está sujeto a cumplir con unos requisitos de "precariedad". El trabajo social sanitario tiene su sentido en la existencia de la enfermedad, en la vivencia, en los miedos, en los temores, en los cambios que ésta imprimirá en la vida de la persona en cuestión y de su familia o red social. Gordon Hamilton resaltaba que el trabajo social se apoyaba en los factores de cada caso social y decía, el trabajo social debe verse como "hacedor" y "transformador" de situaciones.

Lectura recomendada

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pág. 25). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Lectura recomendada

G. Hamilton (1923). "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work". *National Conference on Social Welfare* (pág. 334-337).

Los servicios sociales atienden a los hechos, a lo que está dado y cabe cubrir o resolver porque la persona no puede ni tiene medios para ello y, además, cumple con los requisitos previamente establecidos. Así tenemos: la ayuda a domicilio, los centros de día, los centros residenciales, los pisos de acogida, etc. No obstante, las prestaciones de los servicios sociales se pretende que vayan asociadas a un plan individual de atención elaborado por un trabajador social y, puede ser, otros profesionales con los que comparte responsabilidades sobre la reinserción y/o mejora de la persona. Los servicios sociales son "prestadores de apoyo y ayuda" en necesidades del presente, unas necesidades que deben estudiarse, diagnosticarse y planear su cobertura bajo los criterios de subsidiariedad y equidad.

El trabajo social sanitario, como el prestado desde los servicios sociales, promueve los aspectos saludables de la persona, se apoya en ellos, en sus posibilidades, regenera su energía vital y psíquica, la que le permitirá seguir con su vida dentro de la máxima independencia y la máxima autodeterminación. Es básico deshacer la confusión entre el trabajo social sanitario y los servicios sociales pues en ella se justifican argumentos para prescindir del servicio de trabajo social sanitario del hospital alegando que los recursos están en manos de los servicios sociales. Los servicios sociales públicos utilizados por las personas atendidas en el hospital, en términos generales son pocos, si bien este indicador debe ser calculado en cada establecimiento.

3. El programa de la planificación del alta hospitalaria

El programa de la planificación del alta hospitalaria es uno de los procedimientos más significativos dentro del servicio de trabajo social sanitario del hospital. Es aplicable a tres tipologías de ingresos:

- Los ingresos por urgencias.
- Los ingresos programados.
- Los ingresos de cirugías ambulatorias.

Estos dos últimos permiten que el alta se planifique antes del ingreso facilitando así todas las gestiones necesarias para cuando la persona regrese a casa.

3.1. Definición y fundamentos del programa de la planificación del alta

Son muchas las definiciones que se han detallado pero una de las más completas es la de la American Hospital Association (AHA) que sigue:

"El procedimiento de la planificación del alta es uno de los componentes de la filosofía de atención a los enfermos de los centros médicos, al mismo tiempo que refleja sus derechos. Esta filosofía da al enfermo el derecho de recibir unos cuidados personales y comprensivos a la vez que se le trata como un individuo. Esto no implica solamente los problemas inmediatos sino también sus consecuencias, facilitándole la continuidad del tratamiento".

El hospital es un establecimiento en donde la optimización de sus recursos es cada vez más necesaria. La idea de permanecer hospitalizado mientras necesitamos cualquier otro tipo de atención ya ha quedado desfasada. Sólo la necesidad de atención médica más especializada justifica la estancia en el hospital. Los hospitales buscan a través de la mejor gestión su eficiencia y eficacia. Con menos tiempo se puede atender a más personas pero éstas, en el ámbito de lo psicosocial necesitan unos tiempos de comprensión y acomodación a las nuevas realidades que se les van manifestando para proyectarse nuevamente.

Los tiempos de hospitalización se reducen año tras año, aumentando, de igual forma, año tras año la actividad y la rotación de camas. Así, las camas según actividad asistencial por 10.000 habitantes han pasado de 40,06 en 1994 a 34,17 en el 2004⁸. La tendencia decreciente es clara. En diez años se ha reducido cerca de 6 puntos las camas hospitalarias, mientras que la población en España aumenta año tras año. Por un lado se reducen las camas y por otro aumenta la rotación que ha pasado del 26,56 en 1994 al 34,30 en 2003. Estos

Lectura recomendada

American Hospital Association (AHA) (1972). *Derechos y deberes de los enfermos*. Chicago.

⁽⁸⁾INE: Indicadores sociales 2007

datos justifican, entre otros, la puesta en marcha del Programa de la planificación del alta contemplando tanto los aspectos internos de la persona, de su familia, como los aspectos externos y de apoyos profesionales institucionales.

Es un hecho contrastado la reducción del tiempo empleado y necesario por acto asistencial sanitario, lo que lleva tanto a las gerencias como a los profesionales con responsabilidades directivas y a los profesionales asistenciales a redefinir periódicamente los circuitos asistenciales promoviendo episodios de apoyo específico en los momentos críticos. Para dicha reorganización, es necesario aplicar herramientas que permitan objetivar al máximo las verdaderas lagunas y déficits estructurales y, a la vez, evitar quedar atrapado en lo coyuntural, o dicho de otro modo, la anécdota. Una de las herramientas imprescindibles es el sistema de información integrando los valores e indicadores sanitarios a los valores e indicadores sociales. Los primeros obtenidos de las fuentes sanitarias, los profesionales sanitarios (de la medicina, de la enfermería, etc.) y los segundos de los profesionales sociales (del trabajo social sanitario, especialmente⁹). El objetivo es actuar simultáneamente en la esfera sanitaria y en la esfera social.

⁽⁹⁾Algunos hospitales norteamericanos incluyen la figura del antropólogo de la salud, sociólogo, etc.

3.2. Profesionales integrantes del Programa de la planificación del alta

El Programa de la planificación del alta es interdisciplinario, en ello reside su fortaleza y posterior efectividad pues toma y articula las tres perspectivas esenciales, la médica, la de enfermería y la de trabajo social sanitario. Esta última es la que, en la actualidad, asume un cambio más radical en la intervención puesto que implica cambiar la intervención a demanda por la sistematización de ésta cuando se pone de relieve la existencia de los criterios denominados de riesgo.

3.3. La justificación de la implementación del Programa de la planificación del alta

Algunas preguntas inevitables son: ¿Por qué queremos implementar un Programa de la planificación del alta? ¿Disponemos de información cuantitativa que justifique la puesta en marcha del programa? ¿Disponemos de información cualitativa? ¿Cuáles son los indicadores actuales del hospital respecto a las altas hospitalarias? En general, en la mayoría de los hospitales, se dan dos circunstancias relacionadas con las personas atendidas y dos supuestos relacionados con los profesionales, si bien en cada caso cabe atribuirle la magnitud concreta.

Precisión

Cuando se dice que hay muchas personas que... "¿cuántas?", cuando se dice que faltan plazas residenciales, "¿cuántas?", etc. Esta precisión permite argumentar en números absolutos parte de la necesidad, la que atañe al establecimiento, pero es una necesidad cuantificada y no marcada por la ambigüedad.

- **Circunstancia uno:** "Cuando el facultativo responsable informa del alta al enfermo y/o a su familia, estos exponen una serie de dificultades personales. A veces incluso el enfermo se niega a irse o es la familia la que se opone al alta hospitalaria". Se puede decir que surgen problemas sociales evidentes los cuales, muchas veces llevan a la anulación del alta y/o a su retraso.
- **Circunstancia dos:** "Cuando el facultativo informa del alta a la persona y a su familia, no se produce ninguna reacción adversa, se asume y se regresa a la casa, con una serie de dificultades psicosociales inadvertidas por los profesionales y que, además, la persona y/o su familia no reconocen como un problema que les afectará en la recuperación, en la convalecencia". En este caso se puede decir que se trata de problemas alta desapercibidos pero que también estaban ahí en el momento de la admisión.

¿Cómo prevenir dichas circunstancias? La respuesta está en el procedimiento del Programa de la planificación del alta que entre las 24-72 horas de producirse el ingreso aplica un *screening* para descartar la presencia real de problemas sociales. Este *screening* se realiza desde el servicio de trabajo social sanitario siendo la población diana todas las personas ingresadas que cumplen alguno de los indicadores de riesgo social y de riesgo clínico. Del resultado se informa al equipo sanitario y se deja constancia en la historia clínica. Se trata de información útil para su propia intervención sanitaria. Esta información preliminar es de gran ayuda para los profesionales sanitarios al permitirles potenciar los aspectos de educación sanitaria y comunicación con el enfermo y la familia considerando su contexto particular.

En cuanto a los supuestos también se dan dos clásicos:

- **Supuesto uno:** Se produce una descoordinación entre servicios internos y/o externos para completar pruebas diagnósticas y ello retrasa el alta. Este retraso no es atribuible a los problemas sociales, incluso estando presentes. Entonces procede afirmar que la estancia inadecuada no es sinónimo de problemas sociales de alta, si bien éstos pueden provocar el consumo inadecuado de estancias.
- **Supuesto dos:** El sistema, público y/o privado, carece de capacidad para atender las necesidades de las personas atendidas en el hospital una vez dadas de alta. Se señala el término *satisfacción de necesidades* y no *satisfacción de la demanda* pues desde el trabajo social sanitario se trabaja en base a necesidades diagnosticadas aunque la puerta de entrada sea la demanda expresada por la persona o su familia. Se atienden las demandas pero se cubren las necesidades.

Appropriateness evaluation protocol

El AEP (*appropriateness evaluation protocol*) es un instrumento que permite identificar los motivos de la inadecuación de la estancia hospitalaria.

3.4. Objetivos del Programa de la planificación del alta

3.4.1. Objetivo general

Se considerarán dos planos:

- El de las personas y sus familiares: "Identificar dentro de las 24-72 horas después de producirse la hospitalización a las personas con necesidades de ayuda profesional para la gestión del soporte post alta necesario y garantizar así, la continuidad asistencial dentro de un ambiente sano y benéfico. Investigar y proponer acciones de prevención secundaria para el mantenimiento de la salud de la comunidad que el hospital atiende.
- El del hospital como establecimiento ubicado en un área sanitaria: "Evaluar periódicamente la adecuación de los programas y servicios directamente relacionados con el soporte al alta de los enfermos, a las necesidades reales de éstos" y "proponer recursos sobre la base de la evolución de la profesión.

3.4.2. Objetivos específicos

- Conocer la población ingresada diariamente con criterios de riesgo social y riesgo clínico.
- Identificar desde los primeros días del ingreso, mediante un *screening*, las dificultades del cliente o de su familia que le impedirán el regreso a casa, o le dificultarán su recuperación.
- Diagnosticar la realidad y las circunstancias psicosociales de la persona, su familia y su entorno para prevenir que la enfermedad desequilibre sus vidas de manera abrupta.
- Planificar y buscar conjuntamente (personas y profesionales) las soluciones o las alternativas dentro de las indicaciones terapéuticas.
- Garantizar la continuidad de la asistencia en el servicio o programa comunitario que la persona necesite.
- Conocer las lagunas que rompen la continuidad asistencial.
- Apoyar a las personas y sus familias en la gestión total del regreso a casa, aligerar su vivencia y mantener los beneficios de la hospitalización.

- Gestionar todos los equipamientos requeridos para facilitar la autonomía.
- Minimizar el riesgo de readmisión por falta de apoyos postalta.
- Facilitar la disponibilidad de los recursos hospitalarios a otros pacientes.
- Evitar las estancias no médicas y la mala utilización del hospital.
- Incrementar la rotación del hospital dentro de su función social en aquellas áreas con mayor población de riesgo.
- Retroalimentar a la organización hospitalaria, en particular, y al sistema sanitario en general con el análisis de la información que se va generando.
- Investigar los hechos y los factores de la planificación del alta para generar conocimiento aplicable en la práctica diaria.
- Evaluar la eficacia y la efectividad del Programa sobre los indicadores del Hospital y otros generales de la región.
- Otros que se vayan perfilando.

El Programa de la planificación del alta no debe confundirse con los programas de la continuidad asistencial ni limitarse a ella. La continuidad asistencial, como queda reflejado, es un de los objetivos de programa. Esa limitación sería un reduccionismo.

3.5. Criterios de riesgo social

A continuación se describen los criterios sociales que con toda probabilidad ayudarán a identificar a la mayoría de los clientes de riesgo en una primera fase.

- Tener más de 75 años.
- Tener más de 70 años y vivir solo o con pareja de edad similar.
- Tener más de 70 años y padecer una enfermedad crónica.
- Tener 70 años y haber ingresado anteriormente.
- Tener más de 70 años e ingresar por caída o fractura.
- Tener más de 70 años y haber sido dado de alta dentro de los 15 días anteriores al ingreso actual.
- Ingresar a consecuencia de un accidente vascular cerebral (AVC).
- Padecer una enfermedad terminal.
- Padecer una enfermedad mental.
- Padecer una toxicomanía.
- Haber sufrido un politraumatismo.
- Lesiones con indicios de violencia.

3.6. Criterios de riesgo clínico

Existen criterios clínicos que por su trascendencia y afectación en lo social cuando están presentes requieren de un primer estudio social sanitario¹⁰.

⁽¹⁰⁾Dichos criterios son la acumulación de los utilizados en hospitales en los cuales se han dado cursos sobre el Programa de la planificación del alta.

- Accidente vascular cerebral
- Adicciones
- Amputaciones
- Ceguera
- Cirrosis hepática
- Colostomía
- Coma
- Demencia senil
- Deshidratación
- *Diabetes mellitus*
- Diálisis
- Disminución grave de visión
- Dolor permanente
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad infecto contagiosa
- Enfermedad mental
- Enfermedad neurológica
- Enfermedad oncológica avanzada
- Enfermedad terminal
- EPOC
- Escaras de decúbito
- Fractura de fémur
- Infección urinaria
- Insuficiencias: cardíaca, renal, respiratoria
- Lesión medular
- Paraplejía, tetraplejía, hemiplejía
- Politraumatismo
- Quemadura de alto grado
- Reumatismo
- Sordera
- Traqueotomía

3.7. Las fases generales del Programa de la planificación del alta

- Identificación de la población de riesgo social y clínico.
- Estudio social y sanitario de la situación de la persona ingresada y su familia: diagnóstico y pronóstico médico y social.
- Estudio de los recursos comunitarios existentes en la zona de residencia de la persona.
- La elección del mejor programa para cubrir sus necesidades. Realizar el primer contacto con el equipo que será el receptor.
- La resolución del caso.

- La derivación hacia los profesionales o equipo receptor.
- El seguimiento postalta.

3.8. Resultados esperados del Programa de la planificación del alta

Siempre centrados en la población de riesgo y atendida dentro del Programa de la planificación del alta, los resultados esperados son los siguientes:

- El incremento de la solución de procesos.
- La implicación del enfermo y su familia en el plan de alta desde el principio.
- La disminución del estrés que puede generar la noticia del alta con poco tiempo.
- La reducción de la estancia media de la población sobre la que se interviene.
- La disminución de las listas de espera de la población sobre la que se interviene.
- La evitación de reingresos por problema social o la reducción de su frecuencia.
- La identificación de los círculos viciosos en la gestión de casos y actuar sobre ellos.
- La mejora de la gestión de la demanda de apoyo, reduciéndola.
- La identificación de las lagunas asistenciales que afectan a la población atendida.
- La obtención de información básica para promover servicios de soporte post alta.
- La rentabilización del trabajo diario para mejorar los déficits de la atención.
- La facilitación del acceso a programas de cirugías ambulatorias.

3.9. Círculo vicioso de algunas altas hospitalarias

Centrados en el momento del alta resalta la existencia de unos puntos críticos que cabe subsanar.

- El enfermo ingresó en el hospital por un problema de enfermedad aguda o para una intervención programada pero no se consideró lo psicosocial.
- Toda la estructura hospitalaria se orientó a tratar el problema médico descuidando, por falta de demanda de la persona y/o por desconocimiento de los efectos que la dolencia supone en lo social, los posibles problemas psicosociales.

- Se informa a la persona y su familia del alta pero no se gestiona el alta. No es lo mismo dar el alta que gestionar el alta habiendo abordado todas las dimensiones sanitarias y sociales que conlleva asociadas.
- Ante la noticia del alta la persona o su familia expresan la existencia de dificultades que impiden el regreso a casa en la fecha prevista.
- En general, los problemas son ajenos a la enfermedad, forman parte de la vida y circunstancias particulares de la persona enferma o de su familia y, también por lo general, existían antes del ingreso. Algunas veces, durante el ingreso, se agravaron.
- El hospital, la mayoría de las veces con una larga lista de espera, precisa de las camas para ingresar a otros enfermos. La ocupación inadecuada de una cama hospitalaria es un problema de equidad puesto que se priva, por razones no médicas, la asistencia a otros enfermos¹¹. Pero, a la vez, no se puede dejar a una persona sin asegurarse de que tiene quien le cuide.
- El enfermo y su familia se sienten muchas veces abandonados y/o presionados por la rapidez con que se produce el alta y la poca consideración hacia sus necesidades para asumir la continuidad¹².
- Si la persona regresa a su casa sin haber planificado el alta en todos los ámbitos, no solamente el asistencial sanitario, entra en riesgo, cada caso es distinto, pero con mucha probabilidad la persona reingresará nuevamente en el hospital.
- Entonces, con el reingreso, se inicia de nuevo el ciclo de recuperación y atención sanitaria, que repetirá los mismos errores hasta que llegue de nuevo el alta. Los problemas psicosociales siguen descuidándose.

⁽¹¹⁾Éste es un indicador que cada hospital debe calcular. Personas que ya no necesitan el ingreso frente a personas que están esperando para ingresar.

⁽¹²⁾Esta circunstancia afecta a la percepción de la calidad y al darse en el último tramo del ingreso enmaraña todo lo de bueno que la asistencia haya podido aportar.

Así se reinicia el proceso asistencial con repetición de pruebas diagnósticas, exploraciones complementarias, planes terapéuticos, etc. Esté es un círculo vicioso que sólo se puede cortar mediante acciones concretas después de haber realizado el correspondiente diagnóstico social sanitario. Son muchos los profesionales que intervienen y muchas las solicitudes que se repiten innecesariamente. Ello refuerza la necesidad de un modelo de intervención proactivo y contar con un sistema de información centralizado actualizado con datos sanitarios y sociales así como los referidos a los apoyos externos cubiertos y pendientes de cubrir.

3.10. El servicio de atención al cliente

El servicio de atención al cliente¹³ se orienta a conocer y a gestionar las formas, la calidad percibida de las personas que acuden al hospital. Estudia cómo se desarrollan las relaciones entre la estructura hospitalaria, sus instalaciones, sus espacios, entre sus profesionales y las personas enfermas atendidas y sus familias. También audita la percepción de la ciudadanía respecto a la imagen y talento que proyecta el hospital. Las dimensiones generales que gestiona dicho servicio son:

⁽¹³⁾Desde sus inicios son muchos los nombres que recibe dicho servicio. Puede ser unidad, servicio, área. Se habla de usuario, cliente, paciente. Cada establecimiento decide según sus propios objetivos al respecto.

- La seguridad percibida: gestiona aspectos de la relación que permitan al enfermo sentirse seguro con la asistencia y atención que recibe, con los contactos que realiza con el hospital.
- La ecología humana: tomando como base el análisis de los circuitos, realiza propuestas para la optimización de los diferentes actos asistenciales evitando, por ejemplo, desplazamientos, esperas, etc.
- La confidencialidad: vela para que los profesionales valoren la importancia de la confidencialidad de la información sanitaria y social de las personas enfermas y sus familias. Procura que la documentación clínica e información esté debidamente custodiada.
- La información: promueve que las personas enfermas (o tutores), sus familias (con el consentimiento del enfermo) estén informados de todo el proceso de su enfermedad y de las variables coadyuvantes. De su tratamiento.
- El confort: audita el bienestar ambiental. El establecimiento debe ser silencioso, estar bien señalizado, mantenerse limpio, ofrecer un ambiente agradable y humano. El servicio velará para que se respete la voluntad de los pacientes, por ejemplo, en cuanto a la recepción de visitas, de llamadas telefónicas, etc.
- La comunicación: diseña los sistemas internos de comunicación ágiles y rápidos para que todos los profesionales reciban las diferentes informaciones a tiempo y así evitar que den orientaciones obsoletas.
- La gestión de la relación con los medios de comunicación: junto con el servicio de prensa (si lo hay) canaliza la relación con los medios de comunicación (periódicos, radios, televisiones) informando de investigaciones, proyectos, nuevos servicios, etc. Siempre con el acuerdo de la gerencia. Cabe evitar la mala utilización de la información por parte de los medios de comunicación que buscan titulares y no informar. Puede gestionar igualmente programas periódicos para prevención y promoción de la salud y para que el hospital disponga de voz propia en la comunidad.

Toda la actividad del servicio de atención al cliente se canaliza a través de dos unidades:

- La unidad de atención a las quejas y reclamaciones. Agradecimientos y sugerencias.
- La unidad de estudios de satisfacción, opinión, auditorías de funcionamiento, etc.

3.11. Unidad de quejas y reclamaciones

Por una parte, atiende las quejas, las reclamaciones, las sugerencias que puedan surgir en el día a día dentro de la actividad asistencial. También atiende los agradecimientos. La mayoría de los hospitales tienen organizados circuitos de recogida de reclamaciones. Dicha unidad es un instrumento útil para vehicular las situaciones de conflicto y/o insatisfacción de las personas con hechos concretos relacionados con el funcionamiento cotidiano del hospital. Se trata de una atención reactiva y en este caso no puede ser de otra manera. La información contenida en ella sólo permite una aproximación sesgada de la realidad sobre la calidad percibida. No es adecuada otra valoración más allá de las reclamaciones y/o quejas. Las sugerencias y/o agradecimientos. Y éstas no son un indicador de la satisfacción de las personas respecto del hospital. Las quejas y/o reclamaciones se centran en un universo muy pequeño de la población, ni siquiera se puede hablar de las personas que tienen alguna queja. Estamos hablando de: "Personas que creen tener motivos para quejarse, con capacidad para ello, que quieren llevar a cabo la queja y finalmente se quejan". Estudios de mercado afirman que son muy pocas las personas que ante un problema deciden formalizar una queja o reclamación por escrito. Por ello se necesita la otra unidad más proactiva y que estudia tomando una muestra representativa la satisfacción ya dentro de una metodología específica y científica.

Para ordenar toda esta dicha información del día a día es básico disponer de un sistema de información específico que permita acumular los datos que posteriormente se van a analizar. La gestión en tiempo real de las sugerencias y/o reclamaciones es un instrumento útil para canalizar las situaciones de conflicto y/o insatisfacción de los enfermos, de sus familias con respecto a circunstancias relacionadas con fallos de la organización hospitalaria, pero éstas deben encuadrarse en el momento justo en que se dan.

Las limitaciones de la gestión de las quejas y las reclamaciones con relación a la variable "satisfacción", obliga a establecer un sistema aparte de investigación de ésta. Ello promueve la participación ciudadana en la mejora de los servicios hospitalarios. Para una organización es básico contar con clientes que asumen un papel participativo en los estudios de satisfacción y expectativas. Si la salud es más que la ausencia de enfermedad, la satisfacción también es más que la ausencia de reclamaciones.

Lectura recomendada

W. H. Davidow; B. Uttal (1990). *El servicio integral a los clientes*. Barcelona: Plaza & Janés.

Lectura recomendada

I. Illich (1991). *La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales, nuevas iniciativas y planteamientos* (núm 118-119). *Anthropos*.

3.12. Circuito propuesto de reclamaciones

A continuación se presenta un circuito que sobre todo busca que la persona que presenta la queja se sienta atendida en particular y no dentro de un procedimiento burocrático que da respuestas genéricas para salir del paso más que resolver los problemas generados.

- El primer receptor de la queja puede ser cualquier profesional del hospital que la canalizará a la unidad de reclamaciones.
- La queja o reclamación puede llegar a la unidad por la vía directa cuando es la misma persona la que acude y la expone, o por la vía indirecta a través de: Una carta, por teléfono, por fax, por e-mail, etc.
- En la unidad el profesional responsable registrará la queja y la hará llegar al jefe de área correspondiente y, en paralelo, a la gerencia.
- Indicará a la persona que recibirá una respuesta en un plazo no superior a los quince días y que dentro de los próximos cuatro cinco días la volverá a llamar para repasar los detalles de la queja. El motivo de esta segunda llamada es dar tiempo a la persona para relativizar su enfado.
- Dentro de las siguientes 24-48 horas de materializarse la queja la jefatura de área, o servicio, contactará con el profesional que ha motivado la queja. Le explicará el contenido y le solicitará una respuesta explicativa y su versión de lo ocurrido.
- Semanalmente se elaborarán las respuestas, caso por caso, que firmará la gerencia. Se debe evitar dar respuestas estándar. Se enviará la respuesta a la persona evitando contestaciones genéricas.
- Todas las respuestas se enviarán por correo certificado con registro de salida.
- La queja, así como todo el proceso seguido para atenderla se registrará en el sistema de información de la unidad y se volcará al sistema central.
- Se creará un archivo de quejas central, aunque cada servicio o área clínica tendrá las suyas propias.
- Cada gestión deberá tener la fecha y el resultado.
- Una queja es prioritaria, debe responderse en el mínimo plazo.
- Se crearán indicadores de las diferentes dimensiones.

Dicho esto cabe tener claro que cada queja debe estudiarse y analizar su base real y causa real. Cabe diferenciar las quejas que tienen que ver con el trato, con la práctica, con la organización, etc.

La idea de mejora continua promoverá el diseño de programas de desarrollo y promoción de bienestar en el hospital. La investigación de la satisfacción y opinión de los clientes permite ir ajustando la organización de acuerdo a las expectativas de la población y a las posibilidades del hospital. Cuando las expectativas no se pueden satisfacer cabe desarrollar un plan de comunicación que explique mejor la realidad.

3.13. Unidad de estudios, análisis de la satisfacción y de la opinión

Si en general la satisfacción es una consideración subjetiva, en el campo sanitario en particular lo es mucho más. La satisfacción del cliente respecto al servicio recibido en el hospital se encuentra a caballo entre el bien máspreciado, que es la vida, la salud y su posible pérdida, asociada a la incapacidad o la muerte. A diferencia de lo que ocurre con la clásica adquisición de productos o servicios en los cuales el consumidor tiene la soberanía de la elección, en el campo sanitario el cliente, no es un consumidor y, además, pierde dicha soberanía depositándola en manos de los diferentes profesionales que participan en su proceso de curación. Profesionales a los que, por otra parte, muchas veces es la primera vez que ve.

La medida de la satisfacción del cliente del hospital viene condicionada por un amplio abanico de variables intangibles, que parten y se apoyan, en gran parte, en su mundo emocional y perceptivo, en sus expectativas. Las expectativas se apoyan en comentarios de personas a las que conoce, de noticias aparecidas en prensa, de su experiencia anterior si conoce el hospital u otro, etc. Por ello es tan importante captar los matices de sus respuestas y vincularlas a esa otra realidad. Ello implica, para la realización del estudio, crear unas condiciones y un marco referencial que favorezcan la reflexión de la persona y le permitan analizar lo que ha pasado realmente. Es recomendable dejar transcurrir un tiempo (mínimo de 15 días) desde que se ha producido el alta o el último contacto con el centro para realizar la encuesta de satisfacción.

En una economía de mercado las personas adquieren bienes o servicios porque identifican la oferta con la cobertura de su necesidad. En los servicios sanitarios esta premisa se cumple parcialmente puesto que si bien es cierto que acuden al centro porque perciben que tienen una enfermedad, puede suceder que, además, no tengan otra opción, no puedan acudir a otro establecimiento. Puede ocurrir que su percepción del problema de salud y la manera de orientarlo no coincidan completamente con el criterio del facultativo o de otros profesionales que le atienden. El estudio de satisfacción no es un juicio a los

Lectura recomendada

J. Villalobos (2009). "La Gestión de la Calidad Total en las Organizaciones Sanitarias". *Agathos, Atención socio-sanitaria y bienestar* (año 9, núm. 2).

Lectura recomendada

M. Mazarrasa (1995). *Marketing y calidad total*. De Gestión 2000.

profesionales ni a su acción, sino como indica el título, un estudio de la calidad percibida por las personas. Es aquí donde se introduce un punto importante de la satisfacción: la comunicación.

Así, en el campo sanitario se da el sobreañadido de que la satisfacción de la necesidad percibida por el cliente filtra la acción de los profesionales, que a parte de aplicar criterios científicos y técnicos también suele aplicar criterios normativos. La buena comunicación entre profesionales y clientes adquiere una importancia trascendental para que el hospital no se vea como unos grandes almacenes. Así, nos iniciamos también en la educación de la población en general y la del cliente del hospital en particular.

En los años noventa se acuñó un término que equivalía al término de producción en el sector industrial, pero transferido al sector servicios. Hablamos de "Servucción". Contemplaba cuatro partes: Los clientes, el sistema de organización de los procesos, el sistema de estructura e instalaciones y los profesionales.

La idea de servucción presenta una característica principal: la satisfacción o insatisfacción del servicio se percibe mientras éste se está prestando. Entonces, el cliente, los profesionales, la estructura y el sistema de organización de procesos están interactuando constantemente y se afectan entre sí.

La calidad final (resultados, satisfacción del cliente, mínimo coste y motivación del personal), es la resultante de la calidad de cada parte que interviene en la servucción. No obstante, a diferencia del sector industrial, en que una pieza defectuosa se detecta en el mismo momento o más tarde pero puede ser inmediatamente sustituida por otra, en el hospital no es posible reponer el error en el momento de producirse. Por ejemplo, realizar una analítica o una radiografía que no eran necesarias, equivocarse en un diagnóstico y aplicar el tratamiento acorde al diagnóstico equivocado, derivar a la persona a un servicio inadecuado, etc. Este escenario es el que hace de la calidad un gran reto para el hospital y los otros establecimientos sanitarios.

Es importante señalar que existen partes del procedimiento y del posterior proceso que el cliente desconoce y normalmente no tiene elementos para valorar si está o no satisfecho del resultado. En este sentido, valorará otros puntos que complementarán a los mencionados, como el trato, la atención, la información, las instalaciones, la rapidez, etc.

Otra característica es que, si bien habitualmente la insatisfacción del cliente respecto a un producto implica un descenso en su consumo, la insatisfacción del cliente en el hospital se traduce, básicamente, en la sobreutilización de éste o de otros del área. Todo ello produce un efecto dominó que se traduce en: el incremento de las listas de espera, el incremento de las visitas de urgencias, el aumento del gasto y finalmente la desmotivación del personal. Todos ellos

Lectura recomendada

P. Eiglier; E. Langeard (1989). *Servucción, el marketing de servicios*. Madrid: McGraw Hill.

parámetros diametralmente opuestos a los que conforman la plataforma de la calidad. Así llegamos a la importancia que tiene "el acceso" al servicio en la satisfacción durante y después del proceso.

El **análisis de satisfacción** del cliente es una de las líneas que dentro de la llamada "investigación motivacional" la mayoría de los hospitales han incorporado a su gestión. Este tipo de análisis, por una parte les permite adecuar los procedimientos y revisar los procesos de acuerdo a las exigencias y expectativas de las personas que se atienden y por la otra mejorar la percepción de la calidad. La satisfacción es una dimensión de la calidad. La medida de la satisfacción también se ha llamado una medida blanda, precisamente porque se basa en el análisis de percepciones y actitudes de personas en vez de criterios objetivos. Se apoya en la máxima subjetividad. Son muchos los autores que han aportado conocimiento y técnica al concepto de calidad e, implícitamente, han abordado la satisfacción del cliente. Tomando paradigmas, como: "actividad orientada a superar aquello que ya está bien", propuesto por Druker, o "actividad orientada a la mejora sin fin" propuesto por Deming, el servicio de atención al cliente tiene en los estudios de satisfacción un nuevo horizonte para la mejora sostenible. Para ello debe sistematizar e incorporar como actividad habitual la monitorización de dicho análisis pudiendo, además, señalar las tendencias.

Lecturas recomendadas

C. Charles y otros (1994). "How was your hospital stay? Patient's reports about their care in canadian hospitals". *Canadian Medical Association Journal* (vol. 11, núm. 150).

B. E. Hayes (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Ediciones Gestión 2000.

P. F. Druker (1993). *Administración para el futuro* (pág. 268-269). Parramon.

M. Walton (1990). "Deming management at work". Soundview Executive Book Summaries.

La realización periódica (normalmente anual) del estudio de satisfacción, siguiendo la ortodoxia aporta información fiable y actualizada al respecto. Además, aplicando la misma metodología, se trata de información comparable entre periodos. Asimismo, resulta un instrumento ágil que identifica los déficits de la atención percibidos por el cliente y permite proponer la reorganización de los tangibles y trabajar la modificación de las actitudes profesionales relacionadas con su satisfacción y/o insatisfacción. La medida de la satisfacción asume el principio de que "el cliente es el centro del sistema". Lo que buscamos es:

- **Conocer** en qué medida el hospital satisface las expectativas de las personas, y sus familias, atendidas siempre pensando en las funciones que lo distinguen de otros establecimientos.
- **Identificar** el grado de satisfacción de las personas y sus familias, atendidas en cada una de las áreas y servicios que constituyen el centro.

- **Calibrar** las expectativas de los clientes de acuerdo con la responsabilidad social del hospital y en caso de disonancias poder iniciar acciones comunicativas.
- **Promover** procesos de cambio institucional para alcanzar el grado óptimo de satisfacción de las personas atendidas y de su red social más próxima.
- **Aportar** los instrumentos técnicos y pedagógicos para lograr la mejora partiendo desde la propia población de referencia y organización.
- **Evaluar** periódicamente las mejoras o los empeoramientos de la percepción.
- **Implicar** en todos los procesos de mejora al conjunto de profesionales.
- **Disponer** de información actualizada que se puede vincular al momento concreto que esté atravesando el hospital: fusiones, planes de viabilidad, remodelación de los servicios, obras arquitectónicas, etc.

Cuando se pone en marcha esta actividad no se dispone de información anterior, por lo que el primer año no es posible establecer índices de mejora. En todo caso los primeros informes establecerán un primer diagnóstico institucional respecto el grado de satisfacción de las personas atendidas en el hospital.

3.14. Técnicas de recogida de información

- **Entrevistas profesionales semi-estructuradas en el domicilio de la persona, o en la institución donde se encuentre.** Contienen preguntas abiertas y cerradas. Las cerradas incluyen muchas veces la justificación, el porqué, de la respuesta. Las entrevistas las realizan profesionales de disciplinas que en su formación académica reciben formación específica en entrevista. Se debe evitar emplear a trabajadores poco instruidos, en el ámbito sanitario, y faltos de habilidades empáticas que, además, puedan perjudicar la imagen del hospital al no interactuar adecuadamente con la persona entrevistada. Son las más caras y requieren de mucho tiempo para el trabajo de campo.
- **Entrevistas profesionales semi-estructuradas por teléfono.** Adoptando el mismo contenido que el párrafo anterior la diferencia está en que estas entrevistas se realizan por teléfono. Requieren, como las anteriores, habilidades y formación en técnicas de entrevista a fin de garantizar la máxima fiabilidad de la información obtenida. Al no ver la cara de la persona, su actitud, los entrevistadores deben controlar otros elementos, como el cambio en el tono de voz, respuestas con pausas, evasivas, emoción, etc.
- **Cuestionarios por correo.** Son los menos recomendables, pues a no ser que contesten todas las personas contactadas, su representatividad es nula

dado que sólo responden aquellas que se sienten motivadas o involucradas en el tema de estudio. Tampoco se garantiza que responda la persona.

- **Focus group.** Técnica grupal que tiene como finalidad profundizar cualitativamente sobre aspectos que afectan a algún procedimiento, o servicio. Se trata de una técnica que busca aportaciones e ideas creativas, por lo que los participantes deben sentirse motivados a hablar y expresar sus opiniones. No busca la frecuencia si no lo cualitativo que muchas veces puede ser algo inédito.

Ejemplo

En el servicio de obstetricia de un hospital comarcal, los clientes enfatizaron en la necesidad de que los desayunos para las parturientas no fueran desayunos para enfermos pues parir no era una enfermedad. Sugirieron poder escoger entre desayuno dulce o desayuno salado. La gerencia lo aprobó y la experiencia fue todo un éxito. Salió de una de las participantes en el Focus Group.

- **Técnica de grupos nominal (TGN).** Técnica de planificación que consiste en una generación privada de ideas respecto a la resolución de un problema que los participantes aceptan como tal, su registro, su discusión en grupo y su aprobación siguiendo un sistema de votación doble que incluye tanto la frecuencia de votos como su valoración entre dos valores. El punto fuerte de esta técnica es que permite la participación de todos los miembros del grupo, evitando así, la manipulación de éste por alguna persona que tenga más carácter o capacidad de concentrar la atención.
- **Grupos Delphi** técnica que sigue los pasos de la TGN, pero que utiliza en envío de cuestionario por correo o por e-mail.

Con todo lo expuesto podemos decir que la unidad de estudios, análisis de la satisfacción y opinión evalúa:

- La satisfacción de las personas atendidas y su entorno inmediato.
- La imagen y posicionamiento que el hospital tiene dentro de su comunidad contemplando la opinión de aquellas personas que nunca ha estado en él.
- La opinión de los propios profesionales asistenciales recopilando propuestas de mejora internas y externas.

Para evitar el nepotismo institucional se recomienda que dichos estudios, si bien debe coordinarlos la unidad, el trabajo de campo y el análisis estadístico lo realicen equipos externos e independientes.

Lectura recomendada

A. L. Delbecq; A. H. Van de Ven; D. H. Gustafson (1984). *Técnicas grupales para la planeación*. México: Editorial Trillas.

Resumen

Los servicios de atención social y a los usuarios en el hospital se centran en aquellos aspectos psicosociales de las personas atendidas. Ello se desdobra en dos servicios básicos con funciones diferentes:

- El servicio de trabajo social sanitario. Desde el cual se atiende la vivencia de la persona, de su familia, sus posibilidades de mantener la independencia funcional y psíquica con respecto a los cambios que la enfermedad introduce en sus vidas temporal o indefinidamente. También atiende a la gestión de aquellos recursos que complementen el tratamiento social y que están en otros ámbitos asistenciales. Para ello aplica procedimientos propios y cuenta con la definición de los procesos sociales sanitarios.
- El servicio de atención al cliente. Desde el cual se provee que las personas enfermas, sus familias, encuentren en la estructura hospitalaria la máxima acogida, que la logística asistencial no sea discriminatoria ni suponga barreras entre el hospital y la población a la cual atiende. Cuenta con dos unidades:
 - La unidad de quejas y reclamaciones.
 - La unidad de estudios, análisis de la satisfacción y opinión.

Ambos servicios se apoyan en procedimientos y sistemas de información propios, los cuales analizados estadísticamente y agregados a la información sanitaria proporcionan indicadores que permiten ver las tendencias sociales sanitarias de nuestro Hospital.

Glosario

ayuda filantrópica *f* Responde a unas necesidades del momento pero no se plantea el cambio de las circunstancias que han llevado a la carencia. No requiere formación específica.

ayuda profesional *f* Puede responder a las necesidades del momento pero partiendo del diagnóstico social sanitario establece un plan de trabajo que será evaluado periódicamente. Requiere formación académica.

complejidad *f* La complejidad se define como el conjunto de pasos que cabe dar para resolver un problema, para desarrollar aquella actividad que contribuye a ofrecer un servicio.

indicadores *m pl* La OMS los define como los valores resultantes por periodos son los indicadores cuantitativos que permiten la comparación de variables y circunstancias, información que influirá en la evolución del servicio y sus cambios organizativos. La identificación de nuevas realidades siempre suscita nuevos enfoques

modelo *m* La RAE lo define como esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento.

número índice *m* Medida estadística que permite comparar una variable a través de periodos de tiempo y entre categorías. Después de mucha reflexión y estudio se ha considerado que para el modelo Alfa propuesto la medida del número índice era la más adecuada de acuerdo a la necesidad de información que se requiere.

procedimiento *m* Un procedimiento es la base sobre la que se sustenta la actividad secuenciada para lograr un fin.

proceso social *m* Un proceso social se define como el conjunto de actividades diversas que concluyen en una o más prestaciones de valor y necesarias para la reinserción de la persona.

riesgo *m* La OMS, en su informe anual sobre la salud en el mundo 2002, lo definió como La probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. Para proteger a la población –y ayudarla a protegerse a sí misma– los gobiernos necesitan poder evaluar los riesgos y elegir la intervención más costo eficaz y asequible para evitar que se produzcan esos riesgos.

trabajo social *m* Actividad profesional cuya acción se basa en la realidad de las personas a las que atiende, partiendo siempre del diagnóstico social.

trabajo social sanitario *m* Disciplina que enmarca el trabajo social dentro de los establecimientos sanitarios.

Bibliografía

American Hospital Association (AHA) (1972). *Derechos y deberes de los enfermos*. Chicago.

Bess, D. (1983). "The social work – Community medicine connection". En: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field* (págs. 11-28). Nueva York: The Haworth Press.

Bradshaw, J. (1983). *Una tipología de la necesidad social*. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i de Seguretat Social. Instrument de Prospecció de Serveis Social.

Charles, C. y otros (1994). "How was your hospital stay? Patient's reports about their care in canadian hospitals". *Canadian Medical Association Journal* (vol. 11, núm. 150).

Davidow, W. H.; Uttal, B. (1990). *El servicio integral a los clientes*. Barcelona: Plaza & Janés.

Delbecq, André L.; Van de Ven Andrew H.; Gustafson David H. (1984). *Técnicas grupales para la planeación*. México: Editorial Trillas.

Druker, P. F. (1993). *Administración para el futuro* (págs. 268-269). Ed. Parramon.

Eiglier, P.; Langeard, E. (1989). *Servucción, el marketing de servicios*. Madrid: McGraw Hill.

Fitzpatrick, R. y otros (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de cultura económica.

Hamilton, G. (1923). "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work". *National Conference on Social Welfare* (págs. 334-337).

Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social case work* (pág. 3-4). Nueva York y Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Hayes, B. E. (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente* (págs. 77-81). Ediciones Gestión 2000.

Illich, I. (1991). *La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales, nuevas iniciativas y planteamientos* (núm. 118-119). Anthropos.

INE: Indicadores Sociales 2007.

Ley General de Sanidad (1986). Capítulo I, artículo 16, punto 2.

Malagón-Londoño, G. (2008). "Generalidades sobre administración hospitalaria". En: Malagón-Londoño y otros *Administración hospitalaria*. (págs. 5-10) Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Mazarrasa, M. (1995). *Marketing y calidad total*. De Gestión 2000.

Northern, H. (1983). "Social work groups in health settings: promises and problems". En: G. Rosenberg; H. Rehr. *Advancing social work practice in the health care field* (págs. 107-129). Nueva York: The Haworth Press.

Pérez de Ayala, E. (1999). *Trabajando con familias. Teoría y práctica*. Zaragoza: Editorial Certeza.

Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis* (pág. 25). Nueva York: Russell Sage Foundation.

Rosenberg, G.; Neill, G. (1982). "Group Services and Medical Illness. A review of the literature – 1964-1978". En: A. Lurie y otros. *Social Work with groups in health settings* (págs. 39-53). Nueva York: Prodist.

Siebert, A. (2007). *La resiliencia* (pp. 17-18). Barcelona: Alienta Optimiza.

Villalobos, J. (2009). "La Gestión de la Calidad Total en las Organizaciones Sanitarias". *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar* (año 9, núm. 2).

Walton, M. (1990). *The Deming Management Method G. P.* Nueva York: Putnam's Sons.