

# Procedimientos, protocolos y procesos en el trabajo social sanitario. Desarrollo de indicadores

Dolors Colom Masfret

PID\_00206309



# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. El trabajo social sanitario en las organizaciones sanitarias: justificación y funciones.....</b>	<b>11</b>
1.1. El trabajo social en la OMS .....	16
1.2. La transformación del sistema sanitario en su funcionamiento y en su entorno .....	16
1.3. Las magnitudes de lo narrativo .....	17
<b>2. El trabajo social sanitario en el Sistema Nacional de Salud...</b>	<b>19</b>
2.1. La Salud pública .....	20
2.2. Atención primaria .....	22
2.3. Atención especializada .....	23
2.4. Atención de urgencia .....	25
2.5. Prestación farmacéutica .....	26
2.6. Prestación ortoprotésica .....	27
2.7. Productos dietéticos .....	27
2.8. Transporte sanitario .....	27
2.9. Asistencia sanitaria cuyo pago hay que reclamar a terceros .....	28
2.10. Servicios de información y documentación sanitaria .....	28
2.11. Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas .....	29
2.12. Cartera de servicios de las mutualidades .....	29
<b>3. El método científico en el trabajo social sanitario.....</b>	<b>30</b>
3.1. Tipología de programas de intervención .....	31
3.2. El sistema de información en el marco legal estatal .....	32
<b>4. Los procedimientos y los protocolos en trabajo social sanitario. Definición. Los procesos social sanitarios: generales y específicos.....</b>	<b>34</b>
4.1. Definiciones básicas .....	34
4.2. Ejemplo de procedimiento general: El método básico en el servicio de trabajo social sanitario .....	35
4.3. Los protocolos en el servicio de trabajo social sanitario .....	37
<b>5. Procesos sociales sanitarios.....</b>	<b>39</b>
5.1. Aspectos que se deben considerar acerca de los procesos sociales sanitarios .....	41
5.1.1. Errores conceptuales sobre los procesos sociales sanitarios .....	42

5.1.2. La tipología del proceso social sanitario se confunde con el recurso .....	42
5.1.3. El proceso social tangible se confunde con la actividad .....	43
<b>6. La complejidad</b> .....	46
6.1. Grados de complejidad .....	46
6.2. La complejidad relacionada con el número de profesionales que intervienen .....	46
<b>7. La generación de indicadores</b> .....	48
<b>Bibliografía</b> .....	51

## Introducción

Helen Harris Perlman escribe sobre el primer procedimiento de resolución de problemas.

Como cada trabajador social conoce, el brillante trabajo de Mary E. Richmond en *Social Diagnosis* fue el primero y continua siendo un excelente esfuerzo individual de ordenar los procesos de ayuda de *casework*. Seleccionando y aplicando algunos de los sistemas de operaciones utilizados en la abogacía y la medicina. Mary E. Richmond propuso un esquema de resolución de problemas: un estudio de los hechos de la situación, un diagnóstico de la naturaleza del problema y siguiendo en la dirección apuntada en el diagnóstico, un plan y ejecución del tratamiento.

### Referencia bibliográfica

Helen Harris Perlman (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process* (pág. ix). Chicago y Londres: The University of Chicago Press.

Dos de los pilares que sostienen las intervenciones en el sistema sanitario son el Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios. Ambos conceptos quedan ampliamente definidos y recogidos en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Se define el catálogo de prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, atención sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario.

Las prestaciones incluidas en el catálogo se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la cartera de servicios.

Vamos empezar con unas preguntas muy sencillas pero que son las dos más elementales:

- ¿Qué servicios estamos dando en la actualidad?
- ¿Cómo los prestamos?

Y acto seguido ampliamos estas preguntas con otras relacionadas:

- Estos servicios que prestamos, ¿cómo los definimos?
- ¿Cuánto de lo que decimos que hacemos lo hacemos, y además llega a las personas? ¿Cómo llega?
- ¿Cómo nos ajustamos a este nuevo marco legal que se crea en el año 2003?

Y en otro orden:

- ¿Nuestras intervenciones son beneficiosas para las personas?
- ¿Cómo lo sabemos?

En estas preguntas, casi elementales, que todo profesional debe realizarse con respecto a los efectos benéficos de sus intervenciones profesionales, poniendo especial atención en lo de profesionales, encontramos los procedimientos y los protocolos, los procesos y los indicadores. Parte de nuestro trabajo es ser capaces de identificar la parte social, ese ambiente que sostiene o derrumba a la persona, que la lleva a recuperarse o a enfermar, a padecer una enfermedad o tener desequilibrio mental. Y ello siempre (salvo justificaciones mayores) incluyendo a la familia.

Un primer apunte esencial antes de continuar. No confundamos el trabajo social sanitario con los servicios sociales, si bien en muchos casos, el tratamiento social se apoya de alguna manera, en algún programa o servicio social de apoyo. En este caso, los servicios sociales son medios para lograr los objetivos marcados en cada plan de trabajo. Los servicios sociales están ahí, como indica la palabra, son servicios. Como también son servicios los servicios sanitarios y no por ello los confundimos con las profesiones que los integran. El trabajo social sanitario trabaja con las personas, con sus familias, elabora el diagnóstico social sanitario y en base a este, en ocasiones necesita el apoyo de los servicios sociales, pero el trabajo con la persona, con la familia, con la comunidad, sigue dándose de persona a persona, se encuentre la persona afectada donde se encuentre.

La práctica del trabajo social sanitario se basa en teorías, conceptos y principios, en metodologías, procedimientos y protocolos que giran alrededor de los aspectos sociales de la enfermedad, de cómo éstos la han propiciado y cómo ésta puede propiciarlos. Y con este conocimiento, ampliamos nuestras actuaciones a los aspectos preventivos de malestar generado por la enfermedad, y promotores del bienestar generados por la salud. Todo ello debe ocurrir y propiciarse dentro de una organización, un servicio de trabajo social sanitario, que previamente hemos definido y estructurado para que este no aparezca como un servicio desprofesionalizado y cargado de improvisación, que sin criterio reacciona a la realidad.

La enfermedad es el denominador común presente en cada caso social sanitario. En función de la penetración de ésta, la enfermedad, en lo social de cada persona, desde el trabajo social sanitario se aplica uno u otro método y se prestará uno u otro servicio, ello dependerá del diagnóstico social sanitario. Así vemos que un plano es el método de trabajo, el procedimiento o protocolo aplicado, el camino de estudio y elaboración del diagnóstico social sanitario, el cual, a su vez, nos permite elaborar un plan de trabajo, y otro plano es la prestación del servicio o servicios para ayudar a la persona y a su familia a afrontar su situación.

Las acciones profesionales que se desprenden de la aplicación de las teorías del trabajo social sanitario deben quedar claramente diferenciadas de aquellas que se desprenden de otros tipos de ayuda provenientes de la filantropía y la caridad.

Si bien el trabajo social como profesión moderna nace en el ámbito de la medicina y de la justicia, el propio desarrollo de la sociedad y las estructuras del Estado de bienestar, a veces, ha provocado que el trabajo social sanitario estuviera altamente cuestionado. A los trabajadores sociales sanitarios en general les resulta imposible presentar en una gráfica los efectos benéficos que logran con sus intervenciones. Hoy en día las tecnologías permiten saber muy rápidamente el número de estas intervenciones, pero ello, convendremos que no es trabajo social sanitario, sino un recuento de actividad. Por tanto, un primer inicio es asumirse como trabajadores sociales sanitarios con la responsabilidad que ello entraña.

Son cuestionamientos más hablados que escritos, dicho sea de paso. Recordemos que se utiliza el concepto trabajo social sanitario y no el de trabajo social en salud porque, precisamente, es el calificativo de sanitario el que lo contextualiza. Además, el trabajo social generalista o de cualquier otra especialidad contribuye a la mejora de la salud de la población en su concepto más amplio. La salud es mucho más que lo sanitario.

La estructura de los sistemas sanitarios actuales, la organización de sus establecimientos, la composición de los equipos, la distribución por ámbitos diferenciando la atención primaria y la atención especializada suele ser común, aunque con sus particularidades, en todos los países desarrollados.

Sin embargo, en todos se da una coincidencia: la importancia de la atención primaria como ámbito de proximidad y prevención se valora en todos aquellos Estados que siguen las recomendaciones de la OMS.

Así, por una parte, tenemos una disciplina que es el trabajo social sanitario y, por la otra, tenemos unas estructuras y organización que son las que deben permitir a los profesionales, en general, aplicar sus conocimientos, sus técnicas. Las estructuras y la organización no pueden diluir ni impedir a los profesionales aplicar sus conocimientos y teorías, y ello es posible cuando se han definido previamente los procedimientos o los protocolos propios de trabajo social sanitario. ¿Qué significa ello? Que formar parte de un procedimiento o protocolo médico, o de enfermería, o interdisciplinar, es un logro, pero además, el servicio de trabajo social sanitario debe contar con sus propios instrumentos como cuentan con ellos el resto de profesiones.

Los sistemas sanitarios se encuentran en constante evolución, tanto en la parte de las estructuras físicas como de los conocimientos médicos científicos. Pero, aparte de ello, cada vez más están sometidos a estrictos modelos de gestión en los cuales el principio coste eficacia y coste eficiencia rige la mayoría de las decisiones gerenciales.

El trabajo social sanitario aplica, como el medio sanitario en el que se desarrolla, fórmulas de intervención ágiles, eficaces y efectivas. Todas ellas, con el respaldo de teorías de gestión, pueden comprobar su agilidad, eficacia y efectividad mediante indicadores. En la cara opuesta está que los modelos de gestión también pueden señalar sus déficits.

El trabajo social sanitario se inscribe en el ámbito de la persona, de su familia, de su entorno y sobre la persona que se interviene para que sea la persona la que pueda encauzar sus nuevos caminos. Pero ello no se da por azar, ni de manera espontánea, ello se apoya en una meticulosa planificación del servicio.

La importancia de saber aplicar las diferentes definiciones cada vez cobra más relieve. La proliferación de conceptos en el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios, sea en la esfera de la medicina, la enfermería o el trabajo social sanitario, genera la necesidad de clarificar su aplicación desde la disciplina que corresponda a la realidad a la práctica asistencial. Ello preserva los principios y valores de esta disciplina y la diferencia de las otras. Por eso en este módulo se enfatiza en que estamos definiendo los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario, los procesos y servicios de trabajo social sanitario, los indicadores de trabajo social sanitario.

Vamos a recordar la definición de ciencia, una de ellas. El *Dictionary of Public Health, Oxford Dictionary*, dice:

Una manera de examinar, explicar, reflexionar y predecir los fenómenos naturales que emplea la observación sistemática, la experimentación y la inferencia lógica para formular y probar hipótesis con la finalidad de establecer, ampliar y confirmar el conocimiento y las leyes de la naturaleza. La ciencia avanza a través de una conjetura o intuición, hipótesis, refutación de las deducciones a partir de hipótesis previas e imperfectas, y finalmente, la verificación de hipótesis por inducción. En ocasiones, la ciencia experimenta un cambio de paradigmas y las leyes anteriores quedan anuladas por los nuevos descubrimientos.

Abrimos un breve paréntesis para preguntarnos ¿de qué hablamos cuando hablamos de trabajo social sanitario? La respuesta es una: de ayuda. Pero ¿qué motiva nuestra intervención? ¿La enfermedad? ¿Circunstancias de precariedad y carencia asociadas a la enfermedad? ¿Otras causas? Las demandas que recibimos de las personas, de los otros profesionales ¿son procedentes, considerando la naturaleza del trabajo social sanitario? O por el contrario ¿se produce una desviación entre esta demanda y la que es nuestra responsabilidad como trabajadores sociales sanitarios? Las respuestas a todas y cada una de estas cuestiones las encontramos cuando empezamos a trabajar con procedi-



mientos y protocolos, cuando tenemos definidos los principales servicios y sus procesos, cuando establecemos indicadores básicos que nos permiten observar tendencias. Cerramos el paréntesis.

Pero a día de hoy podemos realizar las siguientes afirmaciones. La ayuda desde el trabajo social sanitario se caracteriza porque:

- Sigue el método científico y con ello estamos diciendo que realizamos una observación e investigación de los hechos. Formulamos hipótesis. Estudiamos las circunstancias y factores asociados. Elaboramos un diagnóstico social sanitario o prediagnóstico. Proponemos un plan de tratamiento. Y recordemos que no debemos confundir que una profesión siga el método científico con que sea una ciencia exacta.
- Sigue teorías del trabajo social (sanitario). Recordemos de qué modo se refiere a ellas Malcolm Payne:  
Y Robert L. Barber las define como:

El cuerpo de pensamiento que aporta una descripción organizada y explicada de las propuestas y los contenidos del trabajo social, ambos, como fenómeno social y como actividad.

Grupo de hipótesis, conceptos y constructos, basados en hechos y observaciones que tratan de explicar un fenómeno particular.

- Sigue los principios y valores del trabajo social (sanitario). En la *Blackwell Encyclopaedia of Social Work*, Chris Clark (2009) señala los siguientes valores que son los clásicos si bien están algo más elaborados:
  - El valor y la singularidad de cada persona.
  - El derecho a la justicia.
  - La reivindicación de la libertad.
  - La esencialidad de la comunidad.
- Se da bajo los auspicios de un marco legal, actualmente como hemos señalado en ocasiones anteriores:
  - La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
  - La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

### **Lecturas recomendadas**

M. Payne (2009). "Social work theory". En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 332-334). Oxford: UK. Blackwell Publishing.

**R. L. Barker** (2003). *The Social Work Dictionary* (pág. 434). Washington: NASW Press.

**C. Clark** (2009). *Values in social work*. En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 360-362). Oxford: UK. Blackwell Publishing.

## 1. El trabajo social sanitario en las organizaciones sanitarias: justificación y funciones

El trabajo social sanitario se desarrolla casi siempre en ese momento en el que los “síntomas sociales”, los indicadores de riesgo toman forma. Cuando ya están presentes y son identificables.

La presencia de un indicador de riesgo o varios no implica la existencia de problemas que requieran intervenciones profesionales, pero son los trabajadores sociales sanitarios los que deben determinarlo.

Vamos a definir el concepto de riesgo. El *riesgo* no es sinónimo de *problema*. 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 las intervenciones más costo eficaces y asequibles para evitar que se produzcan esos riesgos.

OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002*.

Así, ante el riesgo, cabe descartar la existencia del problema real o identificar y diagnosticar su presencia. Para ello contamos con una herramienta, el *screening* social. Sirve para clasificar a la población de un área o establecimiento diferenciando aquellas personas que cumplen con los indicadores de riesgo de aquellas que no. Una vez efectuado el *screening*, si se determina la existencia de problemas sociales cabe determinar dentro de qué procedimiento o protocolo se atiende a la persona. Esta intervención se lleva a cabo a partir del método de trabajo social de caso, *casework*. Si bien siempre estará implicada la familia.

Hemos mencionado el concepto de *screening*. Según la OMS el objetivo de un *screening* es:

La identificación de posibles individuos afectados por una enfermedad, a la que podríamos clasificar como característica, que hasta ese momento ha pasado desapercibida, empleando un test o cualquier otra prueba diagnóstica de aplicación sencilla. Estas pruebas no proporcionan un diagnóstico definitivo, pero sí que permiten diferenciar entre personas con probable riesgo y sin él.

La presencia de indicadores de riesgo implica acciones preventivas y los posibles problemas los contemplamos probables a la larga. En muchos aspectos dependerá de la evolución de la enfermedad.

Está ampliamente aceptado que cuando una persona está enferma se produce una rotura en sus redes sociales, laborales, afectivas. La enfermedad siempre rompe la dinámica personal y social de las personas que la padecen y, en grado diferente, la de los miembros de su familia. Hablamos de los miembros porque cada uno vivirá de diferente manera la enfermedad de su pariente y debemos

saber de cada uno cuál es su percepción. Esta rotura se hace más evidente y mayor cuando la atención requiere de la estructura hospitalaria que indica la separación de las personas de su casa.

Dicha rotura será temporal o indefinida, según el tipo de enfermedad y las secuelas que de ella se deriven, según los recursos psíquicos propios y el soporte social de cada persona, según la capacidad para recuperarse o afrontar los eventos vitales de cada uno.

Desde hace años disponemos de un término que ilustra este fenómeno: *resilience*.

Lejos de privar a las personas enfermas y a sus familiares de las emociones que surgen, les dejamos que las vivan dado que son necesarias para la continuación. Sólo se interviene en caso de que se dé claramente una desproporción entre la realidad existente (la gravedad del diagnóstico médico, la actitud de la familia desmesurada en exceso o en defecto, la percepción desviada de la persona enferma, las necesidades de atención, las limitaciones posteriores, etc.) y la emoción (terror, miedo, tristeza, negación, rechazo, desinterés, afrontamiento, optimismo, etc.). Lo que se evita desde el trabajo social sanitario es que las personas se queden atrapadas en ellas, que se desvíen del camino de su recuperación, que dichas emociones paralicen la evolución de los duelos. Que les impidan gestionar su nueva cotidianeidad en cualquiera de las esferas de lo social.

Si la hospitalización es el momento más grave, y desde el punto de vista psíquico, más agresivo, el diagnóstico social sanitario avalará los servicios a prestar para lograr los objetivos terapéuticos. El caso social sanitario con toda seguridad tendrá su continuidad en la atención primaria sanitaria. En algunas ocasiones, después de la hospitalización, otros servicios sanitarios y sociales se verán comprometidos en el seguimiento psicosocial. Por lo tanto, un primer punto es que el caso social sanitario, una vez que haya atravesado la primera puerta de entrada, muchas veces basculará entre la atención primaria y la atención especializada.

Dicha rotura, el surgimiento de nuevas necesidades temporales o indefinidas, puede resolverse con medios propios la mayoría de las veces. Cuando estudiamos esta variable en nuestro establecimiento (no es extrapolable de un centro a otro) nos encontramos con que la familia asume la mayoría de las nuevas responsabilidades.

Tabla 1. Apoyo familiar de las personas enfermas ingresadas en un hospital de agudos

¿De quién recibe ayuda?	1998%	1999%	2000%	2001%	2002%	2003%	Total general %
De nadie	10	8,3	19,49	4,04	8,81	13,8	8,98

Fuente: Virxe da Xunqueira. Cee. Servicio de trabajo social sanitario (2003).

#### Lectura complementaria

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

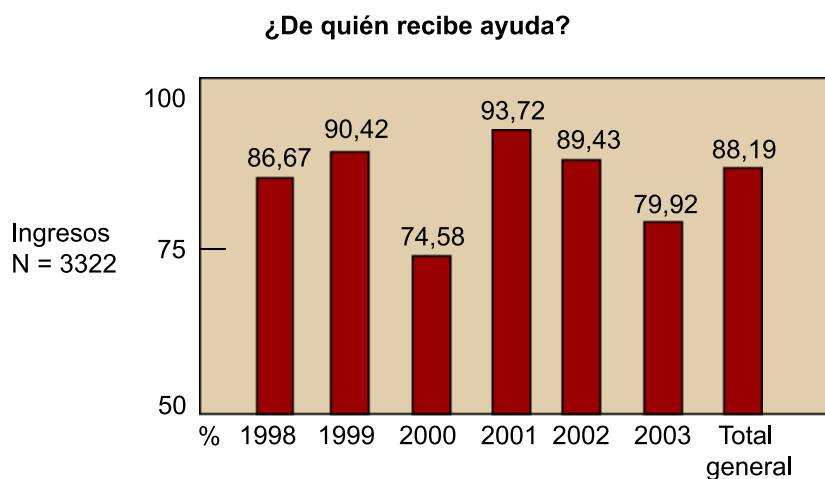
#### Lectura complementaria

A. Siebert (2007). *La resiliencia*. Barcelona: Alienta Optimiza.

¿De quién recibe ayuda?	1998%	1999%	2000%	2001%	2002%	2003%	Total general %
De la familia	86,67	90,42	74,58	93,72	89,43	79,92	88,19
De servicios privados	3,33	1,28	4,24	1,12	1,1	2,51	1,69
De servicios públicos			1,69	1,12	0,66	3,77	1,14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Virxe da Xunqueira. Cee. Servicio de trabajo social sanitario (2003).

Gráfica 1. Apoyo familiar de las personas enfermas ingresadas en un hospital de agudos



Fuente: Virxe da Xunqueira. Cee. Servicio de trabajo social sanitario (2003)

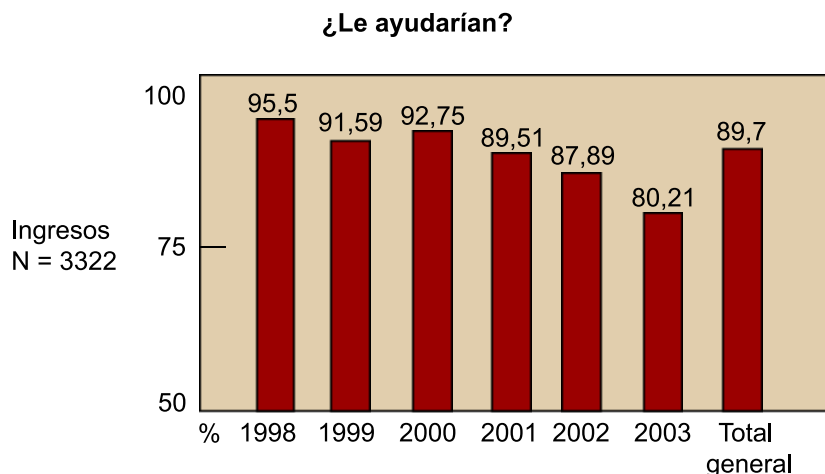
Vemos que la media de los seis años arroja un soporte familiar de las personas enfermas, según sus propias respuestas, del 88,19%. Centramos la atención sobre el 1,14% que dice recibir ayuda de los servicios públicos y el 1,69% que dice recibir ayuda de los servicios privados. Insistimos en que estas variables no son extrapolables, pero están con toda seguridad disponibles en los servicios de trabajo social de los hospitales.

Pero si analizamos la tendencia y la percepción de tener a alguien en caso de necesitar ayuda, también vemos que el apoyo familiar se va reduciendo.

Tabla 2. Percepción de tener ayuda en caso de necesitarla

¿Le ayudarían?	1998%	1999%	2000%	2001%	2002%	2003%	Total general %
Sí	95,5	91,59	92,75	89,51	87,89	80,21	89,7

Gráfica 2. Percepción de tener ayuda en caso de necesitarla



Fuente: Virxe da Xunqueira. Cee. Servicio de trabajo social sanitario (2003)

Con estas dos tablas y gráficas ponemos de relieve la importancia de la información, de los sistemas de información y de su análisis en la proyección de las acciones futuras y la progresiva adaptación de éstas a las nuevas realidades que se van manifestando, poco a poco, pero sin dilación. Pero en paralelo, este seguimiento de las tendencias de las variables de estudio ha sido posible porque el servicio de trabajo social sanitario aplicaba un procedimiento general de intervención, en este caso el procedimiento del programa de la planificación del alta, el cual desarrollaremos en el siguiente módulo, los veremos en otras partes del máster. El gran valor del trabajo social sanitario está por una parte en la propia atención de los casos particulares, pero por la otra, en la investigación de los grupos de población atendidos como generadora de importantes argumentos y justificaciones de nuevos programas. Añadimos en este punto que el ejemplo anterior ha sido posible porque la intervención de la trabajadora social sanitaria siguió el procedimiento del Programa de la Planificación del Alta Hospitalaria, lo que garantizaba la misma metodología en la detección y en la intervención. Este seguimiento del procedimiento es el que ha hecho posible el cálculo continuado y validar cuantitativamente un sentimiento progresivo de falta de apoyo.

Puede suceder como se ve en las gráficas superiores, y de hecho se da, aunque en valores mínimos, que se precisen apoyos y orientaciones, soportes profesionales externos y especializados. El trabajo social sanitario en el siglo XXI y gracias a las tecnologías de la información, cada vez más, recuperará ese espacio en el que la información de la que dispone y que aporta resulta vital para la gestión biopsicosocial de los establecimientos sanitarios.

Es cierto que las personas no acuden al hospital o a los centros de salud para solucionar sus problemas psicosociales, aunque los padezcan. Van porque están enfermas y su enfermedad necesita diagnosticarse, precisan un tratamiento médico que puede darse en el ámbito de la atención primaria o cuando éste no puede resolver, se acude al hospital o a un centro de especialidades.

Éste es un requisito y un principio. Sin embargo, dicho esto, no podemos dejar de lado a los problemas sociales que pueden haber propiciado la enfermedad, que la enfermedad reaviva o los problemas que la misma enfermedad genera.

La realidad social de las personas, las enfermas y las de su familia, para bien o para mal, condicionan la convalecencia, la recuperación y la reinserción. La enfermedad no es el estado natural de ningún ser humano pero su paso por el sistema sanitario, a medida que éste amplía su corolario asistencial, también es preventivo. La transformación de lo social ocurre lentamente y cuando lo social debe transformarse, por ejemplo dentro de un procedimiento de trabajo social de caso, *casework*, también se da lentamente. Requiere de otros procedimientos, de otros tiempos y se mide por otros indicadores diferentes a los sanitarios.

Cuando hablamos de *casework* profundizaremos más en dicho método, partimos de la base teórica desarrollada por Mary E. Richmond, ampliada por autoras posteriores y citada por Gordon Hamilton en 1923. Hamilton, en una conferencia en 1923, decía:

“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».”

**G. Hamilton** (1923). “Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work”. En: *National Conference on Social Welfare*.

Y en 1931, en el mismo foro Hamilton complementaba una visión clave para el trabajo social sanitario en el hospital y explicaba:

“En el trabajo social hospitalario, el *casework* debe estar condicionado por todos los puntos del problema médico. ¿Qué es lo que en la situación social y personal del paciente ha contribuido a su enfermedad o puede contribuir a su recuperación?”

**G. Hamilton** (1931). “Refocusing family case work”. En: *National Conference on Social Welfare*.

Por lo tanto, un elemento esencial de comprender es que cada caso social sanitario es único, como lo son las proporciones de las realidades vivenciadas por cada miembro que lo integran. El trabajador social sanitario con su diagnóstico estudia cómo dichas vivencias penetran en las diferentes realidades, cómo se influyen, cómo se potencian o se neutralizan. Pero llegados aquí no podemos dejar de lado que el diagnóstico social sanitario es parte de cualquier procedimiento o protocolo. Por tanto, si hablamos de diagnóstico social sanitario –también lo desarrollaremos más ampliamente en un módulo siguiente–, asumimos que estamos aplicando algún que otro procedimiento de trabajo social sanitario porque para elaborar este diagnóstico social se requiere antes un estudio e implica que después aplicaremos un tratamiento.

Si atendemos a las recomendaciones de la OMS, vemos que la atención a la persona no puede reducirse a la intervención sobre la dolencia, sobre todo en determinadas patologías. La atención a las personas enfermas también se glo-

### Lecturas complementarias

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

**M. E. Woods; F. Hollis** (2000). *Casework, a psychosocial therapy*. Boston: McGraw Hill.

baliza naturalmente. Así, en paralelo a la acción sanitaria, desde el principio, cuando estén presentes los indicadores de riesgo definidos, el trabajador social sanitario responsable estudiará a la persona, a su familia y a su red social. Pero para ello seguirá o procedimientos o protocolos. 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.

Para ello, algunas veces contará con apoyos de la atención primaria sanitaria o de los servicios sociales y otras, estará sola con su familia o red social. Pero, en cualquier caso, esto forma parte del diagnóstico social sanitario, ver las posibilidades materiales, psíquicas, físicas, de prestar dicho apoyo.

### **1.1. El trabajo social en la OMS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece información sobre el trabajo/asistencia social en distintos documentos. En el informe epidemiológico sobre la vejez emitido en 1984 expone que:

“La asistencia sanitaria es una parte vital pero, a menudo, pequeña del apoyo de la persona mayor. Desde luego es imposible describir todas las formas de apoyo y políticas sociales en un párrafo o dos. Sin embargo, es tan grande su importancia para la salud que resulta indispensable una breve referencia. Los servicios sociales, incluso, cuando dan niveles muy bajos de asistencia, pueden ayudar a sostener al anciano en la comunidad y permiten a las familias arreglárselas, evitando así o por lo menos retrasando el colapso total, la pérdida de la autonomía y la necesidad de la atención institucional (...). En la mayoría de los países, los servicios de salud y los sociales se han organizado en paralelo, con poca imbricación (...). Los servicios sociales facilitan atención y apoyo cuando la familia y el individuo no pueden hacerlo por sí solos: carecen del imperativo terapéutico de la medicina.”

OMS (1984). *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Se trata de un texto que apoya el trabajo social sanitario en el hospital y ya en 1984 alertaba del problema tan presente de la descoordinación entre servicios sociales y sanitarios.

### **1.2. La transformación del sistema sanitario en su funcionamiento y en su entorno**

Las principales circunstancias que han cambiando el entorno y el contenido del trabajo social sanitario pueden resumirse en dos:

- Por una parte, los nuevos modelos de dirección y gerencia basados en: la gestión clínica y la gestión por procesos sanitarios, la introducción de la contabilidad analítica, los avances tecnológicos en todas las especialidades médicas, los avances farmacológicos, etc.
- Por la otra y en paralelo, los cambios en las estructuras familiares o redes sociales de apoyo, la progresiva institucionalización de lo social, etc. El crecimiento de la demanda de apoyos. Todo ello provoca nuevas situacio-



nes que hay que diagnosticar desde el trabajo social sanitario y desde él mismo realizar propuestas.

Las realidades sociales se transforman, los hechos modifican su impacto sobre la percepción de las personas y, por lo tanto, desde el trabajo social sanitario adoptaremos sistemas de gestión de la atención y de la mejora de la organización del servicio que no debe confundirse con el conocimiento y las teorías del trabajo social sanitario. Nos centramos en la identificación de las necesidades y canalización de las respuestas, la mejora de los sistemas de información, la modernización de las fórmulas de evaluación y comunicación, la auditoría de la organización y los instrumentos de trabajo, y sobre todo, la evaluación empírica. La evaluación empírica resulta una herramienta eficaz y potente para retroalimentar el propio servicio, la organización sanitaria y por ende reorganizar la asistencia de tal manera que se propicie el máximo confort.

El trabajo social sanitario se apoya en bases teóricas como son el método de trabajo social de caso, el método de trabajo social de grupo, el método de trabajo social comunitario, el método del trabajo social con la familia, etc.

### **Lecturas complementarias**

Para ampliar información sobre el método de trabajo social de caso podéis consultar:

**M. E. Woods; F. Hollis** (2000). *Casework, a psychosocial therapy*. Boston: McGraw Hill.

Para ampliar información sobre el método de trabajo social de grupo podéis consultar:

**M. A. Rocabayera; P. Rodríguez** (2003). "La atención grupal en el ámbito de la atención primaria de salud". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, (núm. 64, págs. 113-117).

Para ampliar información sobre el método de trabajo social comunitario podéis consultar:

**M. E. Richmond** (1910). "Families and neighborhoods". En: *Report of the committee. Official proceedings of the annual meeting*.

Para ampliar información sobre el método de trabajo social con la familia podéis consultar:

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

### **1.3. Las magnitudes de lo narrativo**

El gran *quid*. No podemos pasar por alto, cuando hablamos de la falta de medios y recursos para complementar el tratamiento social desde el sistema sanitario, la necesidad de poder establecer cuantitativamente las plazas necesarias para poder responder eficientemente a las necesidades de las personas atendidas y las características de su tipología de apoyo.

#### **Ejemplo**

Por ejemplo, deberíamos poder completar la siguiente fórmula:

El servicio de trabajo social sanitario de "A", cuyo establecimiento atiende a "X miles" de personas al año, de las cuales "Y" son de población de riesgo, genera una demanda de recursos de apoyo post-alta de "Z" plazas. De ellas, "W" quedan atendidas por los servicios sociales públicos, "V" por los servicios sociales privados y "S" no reciben más atención

que la de la familia. Por lo tanto, ello se traduce en que se necesitarían anualmente: “A” plazas de larga estancia, “B” plazas de atención a domicilio, “C” de centro de día, etc.

Hoy disponemos de medios y herramientas que permiten sustituir lo narrativo por lo empírico. Dicha información permite a la dirección de cada establecimiento gestionar sobre las necesidades reales y no sobre lo opinado. Debemos enfatizar en lo local que es el espacio que acoge a las personas. Todo ello permite establecer un sistema natural de seguimiento de aquella población en situación de riesgo.

El binomio enfermedad-problema social está presente en muchos casos atendidos en el sistema sanitario. Desde el trabajo social sanitario tenemos que poner al servicio de la mejor gestión todas aquellas herramientas orientadas a facilitar la intervención, la medición de la eficiencia, interna y externa, así como relacionarla con posibles causas, igualmente internas y externas de ineficiencia. Como agentes de cambio, debemos mostrarnos activos en ese ámbito que es el de la promoción de los recursos propios de las personas y de las administraciones.

## 2. El trabajo social sanitario en el Sistema Nacional de Salud

Las instituciones, si bien con su organización ofrecen una estabilidad a los sistemas que acogen, hay que verlas en clave de organización temporal. La evolución y transformación de las dinámicas sociales del sistema sanitario son, cada vez más, realidades eventuales. Por lo tanto, en este apartado vamos a centrarnos en la organización sobre la cual pivota el servicio de trabajo social sanitario para actuar de acuerdo con la organización superior a la cual pertenece que es el Sistema Nacional de Salud. Es imprescindible ver cuatro momentos de los últimos veintitrés años, desde la aprobación de la Ley general de sanidad en 1986.

- El primer momento clave fue el señalado: la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.
- El segundo momento importante fue la aprobación del Real Decreto 63/1995, de 20 enero, publicado en el BOE el 10 febrero de 1995, núm. 35, pág. 4538. En él se desplegaba la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud a las que entonces se denominó “modalidades”.
- El tercer momento clave en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud fue la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad, en cuyo artículo 7.1 introduce el término de catálogo de prestaciones y en el artículo 8 introduce la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- El último momento clave de esta cronología del desarrollo del SNS de los últimos años se dio el 16 de septiembre del 2006, con la publicación en el BOE 16212 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

Las transferencias fueron, sin duda, el momento en que nacía el Sistema Nacional de Salud actual. En orden cronológico, tenemos los siguientes reales decretos:

Tabla 3. Cronología de las transferencias sanitarias en España

<b>Cataluña</b>	Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio
<b>Andalucía</b>	Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero
<b>País Vasco</b>	Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre
<b>Valencia</b>	Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre
<b>Navarra</b>	Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre
<b>Galicia</b>	Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre

<b>Canarias</b>	Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo
<b>Asturias</b>	Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre
<b>Cantabria</b>	Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre
<b>La Rioja</b>	Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre
<b>Murcia</b>	Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre
<b>Aragón</b>	Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre
<b>Castilla-La Mancha</b>	Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre
<b>Extremadura</b>	Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre
<b>Baleares</b>	Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre
<b>Madrid</b>	Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre
<b>Castilla y León</b>	Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre

Fuente: Sistema Nacional de Salud: Informe 2008

En el informe del Sistema Nacional de Salud publicado el pasado 2008 se inscriben las líneas generales y la organización.

“El conjunto de servicios que el SNS ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. La cartera de servicios básica está contenida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”.

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los ámbitos de actuación son los siguientes:

- La Salud pública.
- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Atención de urgencia.
- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica.
- Productos dietéticos.
- Asistencia sanitaria cuyo pago hay que reclamar a terceros.
- Servicios de información y documentación sanitaria.
- Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.
- Cartera de servicios de las mutualidades.

## 2.1. La Salud pública

“Iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Está orientada, por un lado, al diseño e implantación de políticas de salud y, por el otro, al ciudadano.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Salud pública congrega un gran número de especialidades: medicina preventiva, epidemiología, demografía, estadística, ingeniería, biología, veterinaria, economía, farmacia, antropología, pedagogía, etc.

El trabajo social sanitario en salud pública se apoya en el estudio, diagnóstico y plan de trabajo para la implementación de programas preventivos. La Salud pública atraviesa tanto a la atención especializada como a la atención primaria. Así, el trabajo social sanitario en salud pública se centrará:

- En la **planificación de acciones preventivas** en áreas concretas, en el ámbito educativo sobre realidades mórbidas. Por ejemplo: creación de espacios para la educación a la familia y a los infantes para evitar la obesidad infantil, la atención a grandes dependientes, la formación de cuidadores para movilizar enfermos de gran peso, la promoción de actividades conjuntas de apoyo psicosocial para el seguimiento de determinadas conductas, etc.
- En el **diseño de estrategias** que ayuden en la **difusión** de los programas de salud pública existentes.
- En la **inclusión de la mirada social** en los contenidos de los documentos oficiales estratégicos reforzando lo social como el pilar que sostiene todo.
- En la **identificación de nuevas realidades** sobre las cuales caben intervenciones comunitarias. Realidades deducidas a partir de los descriptivos del presente y fruto de investigaciones específicas dentro del trabajo social, en este caso no sólo el sanitario.
- Otras que la propia evolución de la sociedad requiera.

El trabajador social sanitario identifica poblaciones con hábitos, conductas, entornos ambientales y realidades circunstanciales muy próximas al riesgo.

Sus propuestas se apoyarán en investigaciones amplias para confirmar o rechazar las hipótesis creadas. Las nuevas realidades sociales de riesgo social sanitario abren nuevas dimensiones a la intervención de los trabajadores sociales sanitarios en el ámbito específico de la prevención y la educación en salud pública. Su intervención se sustenta en la demografía, la economía y actúa con los profesionales de medicina preventiva y de la epidemiología. Los trabajadores sociales sanitarios de otros ámbitos son una gran fuente de información pudiendo informar a los titulares en salud pública de nuevas realidades de riesgo detectadas a partir del análisis periódico de su actividad. Pueden promover estudios de diversa índole: las causas sociales de los reingresos hospitalarios, del incumplimiento terapéutico, del absentismo en el seguimiento médico, la claudicación familiar, el incremento de las adicciones, etc.

El trabajador social sanitario en este ámbito comunicará a otros trabajadores sociales sanitarios y de otros ámbitos de los servicios sociales, los convenios de colaboración nacionales o internacionales. El trabajo social sanitario en salud pública es un aliado natural de los trabajadores sociales de otros ámbitos del sistema sanitario y de los servicios sociales cuando fruto de su trabajo de investigación detectan déficits, problemas en grupos de población ya atendidos. Su intervención siempre con miras a la prevención se desarrollará acorde con la atención primaria o la atención especializada.

## 2.2. Atención primaria

“En este nivel asistencial se concentra la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La atención primaria sanitaria para el trabajo social sanitario es el ámbito en donde las acciones profesionales se expresan con mayor impacto para beneficio de la población. La organización del servicio de trabajo social sanitario debe desarrollar sus proyectos de atención y de prevención partiendo de las mismas líneas de trabajo sobre los colectivos de población que vaya desarrollando el Ministerio de Sanidad de cada país. En España, el documento citado sobre el Sistema Nacional de Salud señala los siguientes colectivos de población:

- Atención a la adolescencia.
- Atención a la mujer.
- Atención a la infancia.
- Atención al adulto y grupos de riesgo y pacientes crónicos.
- Atención a las personas mayores.
- Atención y detección a la violencia de género y malos tratos.
- Atención a la salud bucodental.
- Atención al paciente terminal.
- Atención a la salud mental.

El trabajador social sanitario en la atención primaria sanitaria potencia los aspectos positivos y sanos de las personas y las familias priorizando lo comunitario. En su labor asistencial, ocasionalmente, se apoya en prestaciones de los servicios sociales o las gestiona dando continuidad al tratamiento social iniciado en la atención especializada.

Junto con los trabajadores sociales sanitarios de la atención especializada establece protocolos de coordinación y derivación. El objetivo es la máxima integración entre ambos ámbitos. El trabajo integrado permite una mayor garantía en el seguimiento de los casos que provienen de la atención especializada sin necesidad de repetir determinadas tareas para obtener información.

Con ello evita duplicidades, optimizando el trabajo profesional y el cansancio de las personas al verse sometidas a las mismas preguntas una y otra vez. La integración de la primaria sanitaria con la especializada sanitaria en determinados procedimientos, como por ejemplo el de la planificación del alta sanitaria contribuiría a evitar, por ejemplo, reingresos por falta de apoyos post-alta.

En una investigación realizada en 1992 se ponía de manifiesto que un 48% de las personas atendidas dentro del procedimiento del Programa de la Planificación del Alta Hospitalaria reingresaba a los pocos días o semanas. Hay que señalar que, por aquel entonces, la relación entre ambos sistemas era inexistente.

### **Lectura complementaria**

**Colom, D.** (1992). *Els serveis socials i el treball social, elements bàsics per la prevenció de la salut*. Investigación financiada por la Dirección General de Asuntos Sociales, dentro del Programa de Investigación, Asistencia Técnica y Formación.

Del III Encuentro Intercolegial de Expertos de la Salud, organizado por el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, celebrado en Madrid el 12 de noviembre del 2005, de la mano de Amaya Ituarte, se concluyeron las siguientes funciones para alcanzar en la atención primaria de salud:

- “Valorar los aspectos psicosociales que inciden en la salud y en el bienestar de las personas y de la comunidad.
- Orientar a las personas para el acceso a servicios o prestaciones concretas. La tarea de los trabajadores sociales no consiste en buscar los servicios o prestaciones, sino en orientar a las personas en la búsqueda. Limitar la intervención del trabajador social a esto es reducir su potencial como agente promotor de la salud.
- Realizar interconsultas con otros profesionales sobre las implicaciones de los factores psicosociales en la salud y el bienestar. El trabajador social de atención primaria de salud es consultor y consultante de los demás miembros del equipo. Comparte con ellos los aspectos psicosociales que inciden en las situaciones de enfermedad, bien como provocadores, bien como consecuencias o, por último, como factores que agravan o dificultan dichas situaciones de enfermedad.
- Prestar asistencia psicosocial y psicoterapéutica (individual, familiar, grupal)”.

(2005). Material de trabajo del III Encuentro Intercolegial de Sanidad del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Madrid.

### **2.3. Atención especializada**

“La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y en coordinación con ésta.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La atención especializada como muestra el párrafo anterior toma el protagonismo, casi siempre ante situaciones críticas y agudas. Ello es cuando se produce una agudización de algún proceso clínico no tratable en la atención primaria, una emergencia o accidente, cuando hay que realizar pruebas que re-

quieren una preparación especial, cirugías ambulatorias, etc. Así como en la atención primaria se citan poblaciones, en este caso, se da por sentado que las poblaciones son las mismas sólo que toma prioridad la enfermedad y área en donde se desarrolla el proceso clínico.

“La atención especializada comprende: la asistencia especializada en consultas, en hospital de día, médico y quirúrgico, la hospitalización en régimen de internamiento, el apoyo a la atención primaria en el alta precoz y hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales, la atención a la salud mental y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por lo tanto, el servicio de trabajo social sanitario tendrá identificada la población mediante los mismos parámetros que la organización sanitaria, todo esto para que la resultante de sus investigaciones sea agregable a lo más general. Al trabajar en muchos casos sobre la misma población, la secuencia y continuidad asistencial entre los dos ámbitos justifica que se compartan, además de instrumentos y herramientas de trabajo social sanitario, información. Las tecnologías permiten ese compartir bases de datos.

El trabajador social sanitario en la atención especializada gestiona ese momento puntual de particular presión psicosocial que es el ingreso hospitalario, la prueba diagnóstica, el post operatorio domiciliario en la vertiente social. Por ello, se centra en la detección y análisis de las variables sociales que inciden en el bienestar de la persona y su familia durante el tiempo de hospitalización y, sobre la base del diagnóstico social sanitario, proyecta los apoyos después del alta ya en el domicilio. Interviene, en especial, sobre las dificultades sociales sobrevenidas, o crecidas, a raíz de una enfermedad aguda o la descompensación de una enfermedad crónica.

Considera la gravedad de la enfermedad y el soporte social necesario en el domicilio valorando las posibilidades del núcleo familiar de prestarlo. Estudia, por una parte, la percepción de la persona, su autodiagnóstico y, por la otra, las redes sociales más próximas a ella. Trabaja con ellas y sobre ellas para evitar su ruptura por claudicación. Ello implica prevenir y establecer un plan de trabajo orientado a evitar la pérdida de la calidad de vida, de discriminación o marginación social cuando deje el hospital.

Además, en su función de investigación y promoción de recursos, por medio de los órganos directivos del hospital, aporta a los responsables locales de planificación, información útil para establecer prioridades y cubrir las necesidades surgidas dentro del ingreso, identificando aquellos servicios más necesarios dentro del área sanitaria.



Cada servicio de trabajo social sanitario en el hospital debe disponer de la información de los casos sociales que siguen tratamiento en el centro de salud después de producirse el alta y establecer vías comunes de trabajo sus trabajadores sociales.

## 2.4. Atención de urgencia

“Se dispensa en aquellos casos en que sea necesario atender al paciente de forma inmediata. Se realiza tanto en los centros sanitarios como fuera de ellos (domicilio del paciente, *in situ*, durante las 24 horas del día. Puede prestarse por la atención primaria, la especializada, o los servicios especialmente dedicados a esta atención urgente.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

El campo de las urgencias es amplio, pero con unas variables seguras: el miedo, la incertidumbre, el dolor y el sufrimiento se manifiestan en diferentes grados de intensidad, gravedad y cantidad. La inseguridad inmediata toma el protagonismo y la palabra. Se produce un momento de colapso vital en el que aquella urgencia, grave o menos grave, copa todo lo existencial y lo doméstico que se ve trastornado. El desconcierto y la confusión acompañan a numerosos casos atendidos en urgencias, a veces, la desesperación y descontrol dominan sobre todo a los acompañantes.

Aparte de la obvia importancia de la atención sanitaria de la persona afectada en urgencias el apoyo en lo social y emocional de la familia o acompañantes es crucial. El trabajador social sanitario en la urgencia puede, gracias a su pericia y entrenamiento, adelantarse a aquellas situaciones que suelen repetirse en la mayoría de los casos. Hay que diferenciar entre la persona afectada, la que padece, y sus acompañantes o familiares directos del exterior. El sentimiento de abandono suele acompañar a quién espera generándose sufrimientos y sentimientos encontrados. El enfermo padece por el acompañante y el acompañante por el enfermo. La incertidumbre del acompañante requiere, muchas veces, una canalización profesional de la ansiedad. En urgencias, todas las vivencias se viven en exceso.

El trabajador social sanitario en urgencias mantiene la conexión entre la familia que espera y el enfermo que está siendo atendido, esto cuando sus constantes lo permiten. Además, gestiona lo social externo que requiere acción inmediata. Por ejemplo, busca apoyos si algún familiar está solo en la casa, cuando hay que recoger a los niños en la escuela, etc. Solventa circunstancias de la vida diaria que la urgencia ha interrumpido.

La intervención del trabajo social sanitario en urgencias es siempre reactiva porque el servicio de urgencias lo requiere. Ello no excluye que se sigan protocolos sociales predefinidos *a priori*. En urgencias, la capacidad para gestionar la improvisación y evitar la parálisis de los actores es un gran valor añadido a la actitud profesional.

Otro aspecto importante y considerable de la urgencia son los desastres colectivos. Por una parte, los originados por la naturaleza, por la otra, los desastres llegados de la mano del hombre como el terrorismo.

### **Lectura complementaria**

Para ampliar información sobre las situaciones sociales traumáticas podéis consultar:

A. L. Arricivita (2003). "Situaciones Sociales Traumáticas (emergencias-urgencias): Espacios de acción del trabajador social". *Revista Trabajo Social y Salud* (núm. 45).

En las siguientes prestaciones, el servicio de trabajo social sanitario podrá verse obligado a intervenir a partir de la detección de otros problemas o dificultades.

## **2.5. Prestación farmacéutica**

"Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad, de manera que se promueva el uso racional del medicamento."

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La prestación farmacéutica está relacionada con el cumplimiento terapéutico y éste depende en muchas ocasiones de las posibilidades de la persona y de su red social. Algunos grupos de población de riesgo tienen más posibilidades de incumplir la medicación. El incumplimiento terapéutico es una realidad preocupante, ya que afecta directamente a la recuperación o mantenimiento. Las razones son varias. Algunas de ellas:

- Algún familiar influyente toma la iniciativa de "supervisar" la medicación.
- La incapacidad personal para seguir las indicaciones del médico.
- Dificultades para acudir a la farmacia en busca de la medicación o al centro de salud en busca de las recetas.
- La automedicación.
- Las señales de mejoría se entienden como curación y provocan el abandono del tratamiento.
- Los comentarios de las amistades que establecen comparaciones.
- Etc.

El incumplimiento terapéutico, la mala administración de los fármacos, las dificultades sociales asociadas a ello pueden indicar otros problemas coadyuvantes que se deben diagnosticar para precisar su impacto o pueden estar asociados a la existencia de dificultades previas.

### **Grupos de riesgo**

Personas que viven solas, personas mayores con simultaneidad de tratamientos, personas muy afectadas psicológicamente por la enfermedad, etc.

## 2.6. Prestación ortoprotésica

“Comprende los elementos necesarios para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente. Incluye productos sanitarios, implantables o no, para sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien para modificar, corregir o facilitar su función. La prestación está regulada por un catálogo específico.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La prestación ortoprotésica es una de las más antiguas en la que interviene el trabajo social sanitario. Primero gestionando las ayudas, después promoviendo proyectos de gestión de los materiales que quedan en desuso por medio de entidades y asociaciones.

Hoy en día, la gestión y tramitación de las solicitudes es un simple procedimiento administrativo y no requiere la intervención de un trabajador social sanitario si no va asociada a otras dificultades sociales.

La promoción de la sostenibilidad en esta prestación se encuentra en la implementación de programas de reciclaje, reutilización y recuperación de material cuando el beneficiario ya no lo precisa.

## 2.7. Productos dietéticos

“Dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, debido a su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como en el caso de las prestaciones farmacéuticas y las ortoprotésicas, el trabajador social sanitario intervendrá en la prestación de los productos dietéticos cuando se identifiquen dificultades en el domicilio, tanto en lo referido a la adquisición de los productos como al uso y toma. Pero ello forma parte de un cuadro más amplio de situaciones de dependencia. Valoraremos las capacidades de la persona y las de su entorno para el cumplimiento. Nos aseguraremos de que las condiciones de la casa y las posibilidades de los cuidadores para garantizar las medidas higiénicas, los tiempos y horarios, la correcta conservación, etc.

## 2.8. Transporte sanitario

“Desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, en situaciones de urgencia o imposibilidad física del interesado.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La necesidad de transporte sanitario revela condiciones físicas que pueden tener influencia sobre las condiciones sociales. En este caso, nos regiremos por los mismos criterios de riesgo que tengamos establecidos y sobre los cuales realizaremos el pertinente estudio social sanitario.

## 2.9. Asistencia sanitaria cuyo pago hay que reclamar a terceros

“Los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación en los supuestos establecidos.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

En este apartado, se realizarán las orientaciones y se dará la información necesaria para que la persona pueda realizar las gestiones pertinentes. Siempre y cuando se esté interviniendo en el caso. Si no es así, se trata de trámites burocráticos que seguirán los cauces habituales dentro del establecimiento.

## 2.10. Servicios de información y documentación sanitaria

- “Información al paciente y sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, en particular para la adecuada prestación del consentimiento informado.
- Tramitación de los procedimientos administrativos que garanticen la continuidad del proceso asistencial.
- Información al paciente sobre todas las actuaciones asistenciales que se le vayan a practicar.
- Expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos.
- Informe de alta al finalizar la hospitalización o el informe de consulta externa.
- A petición del interesado, comunicación o entrega de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.
- Documentación o certificación de nacimiento, defunción y demás extremos para el registro civil.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Todos los puntos incluyen al servicio de trabajo social:

- La información y los acuerdos con respecto a los consentimientos necesarios para la intervención desde trabajo social sanitario.
- La gestión para derivar el caso al ámbito que corresponda sin que se vea interrumpido el tratamiento social.
- La elaboración de los informes de trabajo social sanitario.
- Etc.

Estamos hablando en este apartado de organización y gestión de la información.

### **2.11. Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas**

“Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán la cartera de servicios comunes que debe garantizarse a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Podrán incorporar aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en la cartera común para lo que establecerán los recursos adicionales necesarios. En cualquier caso, estos servicios complementarios no están incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Esta sección abre posibilidades a que los servicios de trabajo social sanitario de una comunidad propongan acciones, medidas, programas, fórmulas adecuadas a la realidad de las personas que están atendiendo, de sus familias y entorno. Matizando y precisando sobre la base de la investigación de sus bases del sistema de información.

Tenemos en este apartado la posibilidad de innovar desde el trabajo social sanitario. Ahora bien, no podemos dejar de lado los requisitos sobre los que debe sostenerse dicha innovación para que sea reconocida en la cartera de servicios: su eficacia y eficiencia debe estar probada, como debe estarlo que su aplicación resulta beneficiosa para la persona y para la misma institución sanitaria.

### **2.12. Cartera de servicios de las mutualidades**

“Las mutualidades de funcionarios tendrán que garantizar el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, y podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios.”

**Sistema Nacional de Salud** (2008). *Informe anual* (págs. 39-45). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

En este apartado, seguiremos las mismas pautas que en el Sistema Nacional de Salud. Por ser mutualidades laborales se incluirán planes asistenciales y preventivos de salud psicosocial de los trabajadores y sus familias.

### 3. El método científico en el trabajo social sanitario

El método científico es un procedimiento o conjunto de procedimientos. Se expresa mediante deducciones e inducciones. El procedimiento se despliega en las siguientes fases:

- La observación de un hecho.
- El establecimiento de hipótesis.
- La definición de los objetivos.
- La recogida de datos.
- El tratamiento de los datos.
- La interpretación.
- Los resultados que confirmarán o no las hipótesis.
- La discusión.
- Las nuevas líneas de investigación.

La actividad científica en el Sistema Nacional de Salud se sustenta en la información obtenida, ética y adecuadamente, con respecto a su actividad asistencial, científica, preventiva, etc. Se apoya en su tratamiento correcto y en su análisis objetivo. El método científico es una herramienta para objetivar aquello que es susceptible de subjetivar.

Centrados en el campo de lo social cualquier información aislada, aun siendo importante y vital para cada persona a la que pertenece, no deja de ser una realidad personal y singular. Sobre la base de esta unidad no podemos extrapolar ni proyectar ninguna conclusión generalizable a otras personas aun presentando características y circunstancias similares. No es lo mismo atender a una persona que necesita ayuda para las actividades de la vida diaria, apoyar a su familia, que sobre la base de muchas personas atendidas con las mismas necesidades, sobre la base de la atención de muchas familias, proponer una serie de programas para cubrir las necesidades de este tipo de población.

En lo social sanitario siempre se da este ir del caso particular al colectivo y partiendo del colectivo proyectar programas específicos. En la evaluación periódica, revisamos las fórmulas actuales y proponemos nuevas. Pero, esto es posible sólo cuando la información se obtiene siguiendo la misma metodología y procedimientos. Entonces, con su análisis podemos establecer escenarios alrededor de las circunstancias estudiadas, disponer de las tendencias y las distribuciones y, progresivamente ir conformando un modelo asistencial y de atención psicosocial de acuerdo a la población atendida y no a otra, de acuerdo a la resolución de sus necesidades. Ello, no obstante, requiere un ordenamiento y planificación previa de la información y de su obtención. En la era

de la tecnología uno de los requisitos indispensables de la actividad asistencial es la estructura de los sistemas de información y éstos deben facilitar tanto la atención como la investigación.

La investigación psicosocial es uno de los caminos más seguros para el desarrollo de servicios en ese ámbito, creación de programas, etc., sobre una planificación diseñada estratégicamente para generar realmente bienestar.

### 3.1. Tipología de programas de intervención

Un programa de intervención reposa en el concepto de *management* al congregar conocimientos, técnicas, estructuras, servicios, un conjunto de actividades. Peter Drucker (1989) lo definió como sigue:

“El Management explica por qué, por primera vez en la historia de la humanidad, podemos emplear, en el trabajo productivo gran número de personas instruidas y cualificadas (...). Y hasta hace poco no se sabía cómo organizar a personas de saberes y capacidades diferentes para conseguir juntos objetivos comunes.”

P. Drucker (1989). *Las nuevas realidades*. Barcelona: Edhasa.

En el trabajo social sanitario, encontramos tres grandes tipologías de programas de intervención:

- **Los programas sociales de atención sistemática.** Cada equipo de trabajo cuenta con su propio trabajador social. Es la gestión de lo social en tiempo real mientras la persona recibe tratamiento médico. Sistemática y simultáneamente realizamos el estudio social partiendo del paradigma que considera a la enfermedad como la causante de alteraciones en lo social. Dado que también sabemos que muchas personas pueden resolver dichas alteraciones sin ayuda, realizamos un *screening* para identificar a aquellas que positivamente requerirán apoyo social profesional de las que no. Entonces, siguiendo el procedimiento del método básico de trabajo social se profundiza sobre los efectos psicosociales que la enfermedad imprime sobre la persona y su familia, en cualquier grado. Con el diagnóstico social sanitario se establece el proceso social en el cual incluiremos a la persona. Como miembros activos del equipo de trabajo realizamos la visita diaria junto con el pase de visita médica y de enfermería. Ello elimina la demanda.
- **Los programas sociales de detección.** Similares a los anteriores, la diferencia radica en que un trabajador social sanitario puede estar inscrito en varios equipos sanitarios. Aplicamos criterios de riesgo social sanitario, validados previamente, para identificar a la población sobre la que se realizará el *screening* social sanitario. Identificamos los problemas y dificultades de las personas atendidas y nos adelantamos a los probables déficits sociales que afectarán a su recuperación o convalecencia. Cada probabilidad se apoya en estudios previos dentro del establecimiento que nos indican su peso real de riesgo de cada característica o circunstancia. Los programas de detección se basan en las circunstancias presentes y el estudio social

se realiza sin una demanda específica. El trabajador social sanitario definirá los criterios indicativos para proceder al estudio social preliminar y descartar o corroborar la existencia de adversidades para gestionar. Ello no excluye la demanda. En los programas sociales de detección el trabajador social sanitario, aun trabajando en equipo, no está sólo integrado a uno en particular sino a varios y, por lo tanto, su intervención está sujeta a varios grupos de indicadores de riesgo según las especialidades médicas en las que intervenga.

- **Los programas sociales preventivos.** Apoyados en la investigación de la información recogida dentro de la aplicación de los dos tipos de programas anteriores y sobre los resultados obtenidos, se identifican los problemas psicosociales derivados de las diferentes enfermedades. Son programas planificados para prevenir o paliar los desajustes, temporales o indefinidos, de la persona y de su entorno.

### 3.2. El sistema de información en el marco legal estatal

Los sistemas de información forman parte del escenario del sistema sanitario desde hace muchos años. En 1987 el Consejo Interterritorial aprobó en el Ministerio de Sanidad un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria, en 1997 se aprueba el proyecto de análisis y desarrollo de los grupos diagnósticos relacionados (GDR) en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los sistemas de información cada vez más se van sofisticando, convirtiéndose en un apoyo a la gestión y a la mejora de la calidad. Pero, además, su función viene recogida por la Ley. El capítulo V, "Del Sistema de Información Sanitaria", de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, dice textualmente en su sección I, que se inicia con el artículo 53:

"El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las administraciones sanitarias" (...) el objetivo general del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud será responder a las necesidades de los siguientes colectivos, con la finalidad que, en cada caso, se indica:

- a) **Autoridades sanitarias:** la información favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.
- b) **Profesionales:** la información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas. Incluirá directorios, resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos, productos sanitarios y tecnologías, análisis de buenas prácticas, guías clínicas, recomendaciones y recogida de sugerencias.
- c) **Ciudadanos:** contendrá información sobre sus derechos y deberes y los riesgos para la salud facilitará la toma de decisiones sobre su estilo de vida, prácticas de autocuidado y utilización de los servicios sanitarios y ofrecerá la posibilidad de formular sugerencias de los aspectos mencionados.
- d) **Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario:** contendrá información sobre las asociaciones de pacientes y familiares, de organizaciones no gubernamentales que actúen en el ámbito sanitario y de sociedades científicas, con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud."

#### Referencia bibliográfica

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud.*



Queda, pues, patente la importancia actual de los sistemas de información sanitaria para contribuir a la mejora de las prestaciones, las técnicas y los procedimientos del sistema sanitario apoyando una de las funciones más importantes, la investigación aplicada. El servicio de trabajo social sanitario sigue, pues, estas directrices que señala el marco legal general.

## 4. Los procedimientos y los protocolos en trabajo social sanitario. Definición. Los procesos social sanitarios: generales y específicos

En invierno de 1912 tuve la interesante oportunidad de visitar algunos de los departamentos de servicio social hospitalarios de este país. Al mismo tiempo me impresionó la variedad de tipos de organización, de diversidad en las interpretaciones de las funciones de las trabajadoras sociales hospitalarias y de la gran necesidad de adecuar su formación.

Ida M. Cannon

Ida M. Cannon con su reflexión apelaba a la intervención por procedimientos. De ello han pasado 100 años, 101 para ser exactos. El esquema más básico de nuestros procedimientos es:

- El estudio de la naturaleza de un problema.
- El diagnóstico de dicho problema y en base a ello, orientar la reconstrucción psicosocial, con el diagnóstico con el que podemos determinar los procesos asistenciales en los cuales se atiende a la persona y su familia.
- El plan de trabajo y tratamiento social.

### 4.1. Definiciones básicas

Tabla 4. Definiciones de procedimiento de trabajo social sanitario, proceso social sanitaria y complejidad social sanitaria.

<b>Procedimiento general</b>	Un procedimiento es la secuencia sobre la que se sustenta la actividad asistencial para lograr un fin.
<b>Protocolo</b>	En un procedimiento o varios aplicados a una situación o circunstancia de terminada.
<b>Proceso social sanitario</b>	<p>Un proceso social sanitario viene conformado por el conjunto de actividades diversas que concluyen en una o más prestaciones de valor y necesarias para la reinserción de la persona y su familia. En trabajo social sanitario, los procesos sociales los asociamos a una tipología de apoyo que se concretará en servicios y programas. Nos encontramos con dos clases de procesos sociales sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangibles. Implican la gestión de alguna plaza o recurso material e institucional.</li> <li>• Intangibles. Implican la gestión de las vivencias, las emociones, los apoyos y orientaciones.</li> </ul>
<b>Complejidad</b>	<p>La complejidad se define como el conjunto de pasos necesarios para resolver un problema, para desarrollar aquella actividad que contribuye a ofrecer un servicio, el proceso. Diferenciamos entre la complejidad de la gestión de los psicosocial y la complejidad de la gestión de los apoyos. Ambas forman un gráfico matricial que resulta en dos números índice que pueden tratarse individual o conjuntamente.</p>

#### Referencia bibliográfica

Ida M. Cannon (1917). *Social Work in Hospitals: A contribution to progressive Medicine*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

## 4.2. Ejemplo de procedimiento general: El método básico en el servicio de trabajo social sanitario

Montserrat Colomer en los setenta profundizó sobre, tal como ella lo denominó, el método básico de trabajo social. A continuación, se desglosa cada fase del método básico de trabajo social y su aplicación dentro del servicio de trabajo social sanitario. La aplicación de procedimientos evita la improvisación y discrecionalidad por parte de los profesionales. La intervención social profesionalizada se someterá a estas fases, admitiéndose sólo ligeros matices en el caso de que se trate de trabajo social comunitario o trabajo social individual. Las fases del método básico dentro del servicio de trabajo social sanitario resultan como sigue:

- **Conocimiento global del campo de acción profesional.** Los trabajadores sociales sanitarios tenemos que conocer y estudiar las variables demográficas y epidemiológicas de la zona de influencia de nuestro establecimiento. Por lo general, disponemos de información epidemiológica acerca de las características de la población que ya está siendo atendida y sobre la que, potencialmente, desarrollaremos nuestra intervención. Como la sociedad es dinámica, el campo de acción profesional también lo es. La intervención profesional del nuevo milenio la apoyamos sobre un sistema de información propio del servicio de trabajo social sanitario integrado al general, que minimice la aleatoriedad y permita monitorizar los cambios sociales del área de influencia del establecimiento, a la vez que lo retroalimente para prever las tendencias de futuro. Las fuentes de información son básicas para poder realizar el conocimiento más amplio de las variables que interactúan.
- **Interpretación de los datos.** Actividad por la cual se establecerá el primer diagnóstico para diseñar la estrategia de organización y circuitos. Si bien la interpretación de los datos es el nudo gordiano de la planificación de los programas y recursos futuros del servicio de trabajo social sanitario, previo a ella, debemos garantizar la calidad y veracidad de la información sobre la cual trabajaremos. El análisis de las tendencias debe sustentarse en valores representativos tratados de tal manera que faciliten una rápida lectura de la realidad y su evolución. Reiterar también que ello permite, apoyados en el método científico, promover recursos dentro de las diversas realidades de la zona geográfica de la cual proceden las personas atendidas. Una de las ventajas que tiene la organización hospitalaria es la sectorización de la mayoría de los hospitales lo que permite delimitar la población susceptible de atender. La interpretación de datos debe sostenerse sobre los datos existentes y no sobre los tópicos que marcan el imaginario. Determinados resultados pueden dar origen a la hipótesis de que siempre deberán validarse.

### Referencia bibliográfica

M. Colomer (1974). "Método de trabajo social". *Revista de Trabajo Social* (núm. 55).

- **Diagnóstico social sanitario.** Es el centro de gravedad de la intervención social. El diagnóstico social sanitario lo emite en exclusiva el trabajador social sanitario<sup>1</sup>. Es su objetivo principal. Metafóricamente hablando, el diagnóstico social sanitario es el equivalente al ADN del caso social sanitario. La proporción de sus componentes, el peso que cada uno de ellos supone para el resto, la influencia sobre la persona considerando su *resiliencia* lo convierte en único y diferencia un caso a otro. Al diagnóstico social sanitario por su importancia le dedicamos el crédito siguiente.
- **Plan de trabajo.** Incluye los objetivos. Señala los procesos que requiere la resolución del caso social sanitario. Define los pasos que se deben seguir, su cronología, las personas de apoyo, y el tiempo de ejecución.
- **Ejecución.** La ejecución no debemos verla como algo que ocurre al final. Es constante desde el principio. Cada intervención profesional lleva asociada una reacción en la persona y/o su núcleo de convivencia o red social. La ejecución en el trabajo social sanitario no es algo que ocurre como punto final de una intervención, o como colofón, desde el primer contacto. La persona es siempre testimonio de cómo se va desarrollando la ejecución de su atención. Para completar la ejecución debemos pensar en un instrumento que permita recoger aquellas variables actuantes que marcan los puntos críticos de cada caso. Esta información es la que pasará a la base de datos del sistema de información.
- **Evaluación.** La circularidad del método básico de trabajo social y de los procedimientos de trabajo social sanitario se manifiesta en la evaluación cuando se pone de relieve: lo realizado en su totalidad y considera lo acabado y/o lo pendiente, los beneficios sociales de la intervención profesional, etc. En qué ha mejorado la vida de las personas nuestra intervención. Los datos obtenidos en la evaluación retroalimentan el procedimiento general y constituyen una plataforma de nuevo **conocimiento global del campo de acción profesional** sobre el cual marcar los objetivos y estrategias para el siguiente período. También en esta fase se pueden promover cambios justificados por las nuevas realidades que se vayan identificando.

La aplicación de procedimientos es una vía científica de intervención al pautar unas fases comunes a la atención. Las circunstancias particulares que caracterizan al Sistema Nacional de Salud determinan patrones de la intervención del servicio de trabajo social sanitario que lo diferencian de un servicio de trabajo social de otro ámbito. No se habla del “qué” sino del “cómo”.

<sup>(1)</sup>De igual forma que el diagnóstico médico lo emite el facultativo o el diagnóstico de enfermería lo emite la enfermería.

### Lectura complementaria

Para obtener más información sobre este tema podéis consultar:

**G. I. Pelton** (1910). “*The history and status of Hospital Social Work*”. En: *Official proceedings of the annual meeting*.

**A. Siebert** (2007). *La resiliencia* (págs. 17-18). Barcelona: Alianza Optimiza.

### 4.3. Los protocolos en el servicio de trabajo social sanitario

Un protocolo es un procedimiento que se aplica a una situación determinada. Vamos a señalar algunas de las definiciones más comunes de Protocolo a fin de poder establecer las correspondientes asimilaciones y aplicaciones desde el trabajo social sanitario.

El plan formal o un conjunto de procedimientos a seguir en la implementación de un plan, tales como la secuencia de pasos en un diseño de investigación, o la reducción y eliminación de un peligro para la salud.

*Dictionary of Public Health, Oxford University Press.*

Plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica.

RAE

Plan preciso y detallado para el estudio de un problema biomédico o para el tratamiento de una determinada enfermedad.

*Enciclopedia Catalana de la Medicina.*

Así pues, un protocolo de trabajo social sanitario es un procedimiento, o varios, contextualizados. Se basa en los mismos principios, estandariza la actuación ordenada ante una situación determinada, que, cuando se presenta, el protocolo se activa obligatoriamente en el servicio que lo ha definido.

Siempre exige unos pasos singulares y particulares que se han demostrado como los más eficientes. Como el procedimiento, es una herramienta de trabajo consensuada por quienes lo vayan a aplicar. Por ejemplo, en “Cuidados paliativos” podemos encontrar dos procedimientos:

- Procedimiento de atención a las personas en fase terminal de la vida.
- Procedimiento de atención a la familia de las personas en fase terminal de la vida.

¿Cuándo denominarlo *protocolo* o cuándo denominarlo *procedimiento*? A veces, sobre todo al principio, cuando uno empieza a adentrarse en la aplicación de los conceptos, se produce una cierta confusión. La principal diferencia está en que el procedimiento es de carácter más general, mientras que el protocolo queda sujeto a una circunstancia o realidad específica con suficiente entidad como para ser tratada singularmente. Pero a su vez el protocolo puede contener circunstancias generales como hemos visto en el ejemplo anterior. Optar por una u otra denominación depende de los contenidos y de la contextualización. Es un ejercicio de aplicar la definición y saber aplicarla bien.

Por ejemplo, si hablamos de procedimientos encontramos:

- Procedimiento de primera acogida a personas sin historia de trabajo social sanitario.

- Procedimiento del programa de la planificación del alta sanitaria en trabajo social sanitario.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a los mayores de 80 años.

Para ser denominado *protocolo*, este procedimiento estaría contextualizado, siguiendo con los mismos ejemplos:

- Protocolo de primera acogida a las mujeres sin historia de trabajo social sanitario que demandan protección.
- Protocolo para el registro de las actividades relacionadas con el programa de cuidados paliativos.
- Protocolo de trabajo social sanitario para la atención a las personas que han sufrido la pérdida de un familiar en accidente de tráfico.

Es importante señalar que partiendo de un procedimiento general, por ejemplo el del programa de la planificación del alta sanitaria, puede llegar una fase en la que las circunstancias de la personas permitan activar dentro del procedimiento citado algún protocolo (siempre que este esté debidamente definido). Algunos ejemplos de protocolos, que tendrían su origen en procedimientos generales, serían:

- Protocolo de trabajo social sanitario a la infancia desnutrida.
- Protocolo de trabajo social sanitario para personas que han sufrido un AVC.
- Protocolo de actuación desde trabajo social sanitario en personas abandonadas en urgencias.
- Protocolo de actuación desde el trabajo social sanitario en personas con EPOC.
- Protocolo de investigación psicosocial sobre la claudicación de cuidadores de personas dependientes y con diagnóstico médico de Alzheimer.
- Etcétera.

## 5. Procesos sociales sanitarios

Un *proceso* se explica como un conjunto de actividades necesarias todas ellas para prestar y ofrecer un servicio o producto de valor para el cliente (no confundir con consumidor). El término *cliente* implica la existencia de un profesional que informa, asesora, orienta al cliente que le consulta y/o pide ayuda.

Vamos a ver algunas de las definiciones de proceso.

Conjunto de actividades que se interrelacionan o interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en elementos de salida.

R. Colomer; J. Rustullet (pág. 122).

Un conjunto de actividades que recibe uno o más inputs y crea un producto de valor para el cliente.

M. Hammer; J. Champy (pág. 44).

El conjunto de actividades secuenciadas que realizan una transformación de una serie de entradas –inputs– (material, mano de obra, capital, información, etcétera) en los resultados –outputs– deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor.

S. Lorenzo; J. J. Mira; O. Moracho (pág. 248.)

Al analizar esta última definición, especialmente, procede preguntarse, entonces ¿un proceso es un servicio? La respuesta es “no”, pero con matices. Un proceso no es un servicio, sino el conjunto de actividades que se desarrollan y ejecutan para ofrecer un servicio. El servicio es la denominación final, y en la denominación se encierran las actividades que antes cabe haber identificado y en algunos casos, definido. Por ejemplo: “Servicio de apoyo psicosocial e ingreso temporal para el descanso del cuidador principal de enfermos con diagnóstico de alzheimer”. Este servicio implica numerosas actividades: entrevistas con diferentes miembros del caso social sanitario, gestiones con otros profesionales, generar información sobre el asunto particular, conocer los centros donde se pueda acceder, registros, comunicados, etcétera. Por tanto, para decir que hemos prestado tal o cual servicio, antes hemos tenido que realizar ese conjunto de actividades, sin él no hay servicio. El servicio nunca será “tramitar el ingreso del enfermo de alzheimer para descanso del cuidador principal” porque descrito así estamos cosificando a la persona, y ese trámite, además, no necesita ninguna formación específica. Los servicios que prestamos desde trabajo social sanitario responden a la definición de *servicio*.

¿Qué es un servicio prestado desde trabajo social sanitario? Hasta ahora estamos hablando de procedimientos, de protocolos, de procesos, de que todas las actividades que conforman un proceso concluyen en un servicio de valor para el cliente. Entonces, cabe definir ¿qué es un servicio? Y además, ¿qué servicios se prestan desde trabajo social sanitario? Una vez sepamos denominar algunos

### Referencias bibliográficas

R. Colomer; J. Rustullet (dirs.) (2010). *Diccionari de Serveis Socials*. Generalitat de Catalunya.

M. Hammer; J. Champy (1944). *Reingeniería de la empresa*. Barcelona: Parramón Ediciones.

S. Lorenzo; J. J. Mira; O. Moracho (2006). “La gestión por procesos en instituciones sanitarias”. En: L. A. Oteo (ed.). *Gestión Clínica: Gobierno clínico*. Madrid: Díaz de Santos.

de los servicios que prestamos, identificaremos asimismo las actividades necesarias para prestar dichos servicios, lo cual, académicamente, se define como proceso.

Se toma la definición del *Diccionario de Servicios Sociales* de la Generalitat de Catalunya, que define *servicio* como:

Prestación que ofrece una organización, que tiene un valor para el cliente, es susceptible de satisfacer una necesidad y no se presenta en forma de bien material.

Colomer i Rustullet.

Así pues, insistimos, el servicio es la denominación. El proceso son los componentes, las actividades a través de las cuales ese servicio se configura y llega a las personas que atendemos y sus familias. Adaptado al trabajo social sanitario, un servicio se define como: “Una prestación que ofrece una organización sanitaria de la mano de los trabajadores sociales sanitarios que tiene un valor para el cliente, es susceptible de satisfacer una necesidad y que no se presenta, necesariamente, en forma de bien material”.

Con ello queda claro que un servicio no puede confundirse con un recurso. Todos los servicios que se presten quedarán reflejados en el catálogo de servicios y prestaciones de trabajo social sanitario. Y recordemos lo estudiado en el módulo de la Cartera de servicios del Sistema nacional de salud: para prestar estos servicios aplicamos procedimientos, tecnologías y técnicas. Estas se reflejarán en la cartera de servicios también de trabajo social sanitario.

F. Hollis y M. E. Woods en 1981 escribían acerca de los procesos de trabajo social sanitario:

Los procesos tienen un objetivo común –reducir la ansiedad– pero la dinámica envuelta en cada uno es diferente. En un caso parte del estímulo para reducir la ansiedad y se orienta a medidas ambientales. En otro se da la seguridad, dependiendo del cliente y a partir de la confianza con el trabajador social. En otro la paciente recibe apoyo para que comprenda de una manera más real la situación. En otro se la ayuda a priorizar sus emociones envueltas en sus relaciones personales y sus consecuencias si ellas producen reacciones comunes.

Un proceso social, por su naturaleza, equivale a una tipología de apoyo. Las más habituales incluyen el apoyo psicosocial en: la atención a domicilio, la atención residencial, el centro de día, el centro sociosanitario, etc.

Mientras que el proceso sanitario se asocia por lo general al diagnóstico sanitario, el proceso social lo hace a la tipología de apoyo o lo que denominaremos el servicio o conjunto de ellos. Cada proceso sanitario contiene (o puede incorporar) la intervención social que, siguiendo sus propios procedimientos, desembocan a su vez en el inicio de un proceso social. Sin embargo, ello no permite establecer una asociación permanente ni estable entre el proceso sanitario y el proceso social. Las personas atendidas dentro del mismo proceso sanitario lo serán, además, en procesos sociales distintos. Por ejemplo, todas las

#### Referencia bibliográfica

Colomer i Rustullet (2010). *Diccionario de Servicios Sociales*. Generalitat de Catalunya.

#### Referencia bibliográfica

F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework a psycho-social therapy* (3.ª ed., pág. 85-107). Nueva York: Random House.



personas dentro del proceso fractura de fémur, cáncer de cérvix, insuficiencia respiratoria, etc., por poner algunos ejemplos, recibirán apoyos sociales distintos. Dichos apoyos se verán refrendados por el diagnóstico social sanitario.

Algunos aspectos que se deben considerar acerca de los procesos sociales son los siguientes:

- Implican el desarrollo paralelo o secuencial de actividades y gestiones para alcanzar un servicio final definible y medible. *A priori* no se puede determinar la actividad que va a suponer la gestión del proceso. Por ejemplo: “el apoyo psicosocial en la atención a domicilio para educar en la organización del hogar” es un proceso social; la “atención a domicilio” es una tipología de apoyo; la gestión de la atención a domicilio requerirá, en cada caso social, elementos particulares. Más tarde, ésta irá asociada a un recurso que la materializará, pero el recurso no es el proceso.
- Tipologías de apoyos diferentes conciben procesos sociales diferentes si bien todos ellos comparten actividades y gestiones similares. Por ejemplo, siguiendo con el proceso social “atención a domicilio”, éste convoca: entrevistas, visitas, llamadas telefónicas, reuniones, envío de informes, etc. Pero el proceso social de “atención residencial” también se nutre de todas estas actividades. Lo que varía al fin y al cabo es la tipología de apoyo, pero no las actividades que las integran.
- Los procesos sociales sanitarios se inician siempre una vez que se ha establecido el diagnóstico social sanitario. Sin éste, lo que se hace es responder de manera reactiva a una demanda.

Las actividades y las técnicas son los andamios que permiten al trabajador social sanitario tejer los elementos que darán lugar al proceso social sanitario que, finalmente, se concretizará en un recurso. Una característica de los procesos, y su diferencia con los procedimientos, es que, mientras que estos últimos son la guía para seguir, los procesos, aun teniendo los mismos componentes, varían de un caso a otro que puede requerir mayor o menos atención en núcleos de intervención diferentes.

### **5.1. Aspectos que se deben considerar acerca de los procesos sociales sanitarios**

- Implican el desarrollo paralelo o secuencial de actividades, tareas y gestiones que no son exclusivas del proceso para alcanzar un servicio final definible y medible. Por ejemplo: La “atención a domicilio” es un proceso social, responde a una tipología de apoyo psicosocial y atención a domicilio para ayudar a organizar el hogar. No podemos confundirla con un recurso si bien éste será quién materialice el proceso. Pero no es el proceso.

- Tipologías de apoyos diferentes conciben procesos sociales diferentes y, por tanto, servicios diferentes, aunque todos ellos compartan actividades y gestiones similares para que la persona pueda beneficiarse del servicio o prestación. Por ejemplo y en la misma línea, un proceso social de atención a domicilio convoca: entrevistas, visitas, llamadas telefónicas, reuniones, etc. Pero también un proceso social de atención residencial. No podemos confundir los elementos que hacen posible el proceso con el mismo proceso.
- Los procesos sociales se inician con la manifestación o la observación de uno o varios problemas sociales, vinculados a una enfermedad aguda o crónica.

### 5.1.1. Errores conceptuales sobre los procesos sociales sanitarios

A menudo, el concepto de proceso se utiliza atribuyéndole contenidos que corresponden a lo que es un procedimiento. Es frecuente que los conceptos y sus significados se apliquen de manera más intuitiva y deductiva que académica. Si bien para el ejercicio diario de los profesionales asistenciales esto no es un *handicap*, sí que lo es cuando debemos presentar trabajos y propuestas. Algunas de las confusiones más habituales sobre la comprensión de los procesos pueden ser:

- La tipología del proceso social sanitario se confunde con el recurso.
- El proceso social tangible se confunde con la actividad.

### 5.1.2. La tipología del proceso social sanitario se confunde con el recurso

Muchos profesionales no diferencian entre el proceso social y el recurso, y llaman proceso a todo. El recurso es una parte de servicio al que llega el proceso del que se trate. Debemos conocer qué recursos se encuentran en nuestra área. La tabla siguiente es un ejemplo práctico que ilustra el posible error. Para ello, se muestra dos columnas. En la primera, tenemos la tipología de apoyo material. En la segunda columna, se registran los recursos o servicios concretos con sus denominaciones que, en este caso, son ficticias.

Tabla 5. Escenario supuesto de procesos sociales y los recursos o programas que les dan entidad en la zona

Tipología de apoyo material dentro de los procesos sociales sanitarios	Recursos de la zona
Atención a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a domicilio de los servicios sociales zona "centro"</li> <li>• Atención a domicilio del Hogar del Pensionista</li> <li>• Atención a domicilio "Santa Teresa"</li> <li>• Atención a domicilio SAD "El mejor"</li> </ul>

<b>Tipología de apoyo material dentro de los procesos sociales sanitarios</b>	<b>Recursos de la zona</b>
Establecimientos residenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residencia San José</li> <li>• Residencia Matilde</li> <li>• Residencia de mayores San Antonio</li> </ul>
Establecimientos residenciales asistidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residencia asistida "Los girasoles"</li> <li>• Residencia asistida "La integral"</li> </ul>
Establecimientos sociosanitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro sociosanitario "La aurora"</li> </ul>

La tabla muestra cómo la tipología de apoyo material que utilizamos en los servicios se concretiza en un recurso finalista que prestará la atención, pero dentro del proceso social, el recurso es solo un apoyo más para el servicio final. También muestra que son varios los recursos que pueden acabar prestando el apoyo material. Por lo tanto, un proceso social sanitario puede asociarse a muchos recursos de diferentes titularidades que responden a la descripción de su tipología de apoyo, pero éstos no deben confundirse.

Así, en virtud del primer paso del método básico de trabajo social "**conocimiento global del campo de acción profesional**", se considerará:

- En primer lugar, la identificación de aquellos recursos con su titularidad disponibles en el área de influencia del hospital con los cuales, potencialmente, el servicio de trabajo social sanitario se coordinará para la prestación del servicio final.
- En segundo lugar, se establecerá la asociación entre titularidad de los "recursos" y la "tipología de la prestación" del recurso social tangible. Por ejemplo: el recurso "atención a domicilio San Martín" se clasificaría como la tipología de apoyo material "atención a domicilio" sin olvidar que ello es una parte del todo que representa el servicio que se está prestando. Recordemos también que todo ello viene avalado por el diagnóstico social sanitario.

Con todos los procesos sociales sanitarios, los servicios finales y la titularidad de los recursos existentes elaboraremos un atlas sectorial de procesos (servicios prestados desde trabajo social sanitario) y recursos que según su formato puede resultar una buena guía de servicios de apoyo siempre actualizada.

### **5.1.3. El proceso social tangible se confunde con la actividad**

Todo proceso social sanitario convoca muchas actividades, las cuales se desarrollan casi siempre mediante la ayuda de técnicas. Las actividades y las técnicas permiten al trabajador social sanitario tejer los elementos que darán lugar

al proceso social sanitario que, finalmente, se concretizará en un recurso. La tabla siguiente ilustra algunas de las actividades y las técnicas empleadas desde el trabajo social sanitario.

Tabla 6. Actividades y técnicas de los procesos sociales tangibles

<b>Actividades (Lo que hacemos)</b>	<b>Técnicas (Instrumentos que utilizamos para hacerlo)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera visita</li> <li>• Visitas sucesivas</li> <li>• Reuniones interdisciplinarias</li> <li>• Reuniones externas</li> <li>• Llamadas telefónicas, gestiones e-mail</li> <li>• Elaboración de informes</li> <li>• Inter-consultas con otros especialistas</li> <li>• Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribaje</li> <li>• Entrevistas</li> <li>• Registros y soportes</li> <li>• Documentación</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Derivación</li> <li>• Etc.</li> </ul>

Como puede verse cada una de estas actividades no son exclusivas de un proceso social sanitario; todas ellas, hipotéticamente, pueden contribuir a su desarrollo. Tampoco todas las técnicas variarán de un caso a otro, variación que recogerá la complejidad.

Una característica de los procesos sociales sanitarios es que la mayoría son rivales, dicho en otros términos, excluyentes entre sí. Una persona tratada dentro de un proceso de “atención a domicilio” no está tratada en un proceso de “establecimiento residencial”. Rivalidad que se hace extensible a los “recursos” dentro del mismo proceso social sanitario. No se pueden utilizar 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 no determinan el proceso, pero son el andamio desde el cual el proceso social se construye y da lugar a la atención final de la mano de un recurso concreto. A modo de ejemplo, la siguiente tabla ilustra la afirmación del punto anterior.

Tabla 7. Relación de procesos, actividades y técnicas

<b>Tipologías de apoyo material dentro de los procesos sociales sanitarios</b>	<b>Actividades y técnicas comunes a todos los procesos sociales sanitarios</b>	
	<b>Actividades</b>	<b>Técnicas</b>
1) Atención a domicilio a) Cuidadores personales b) Teleasistencia c) Etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera visita</li> <li>• Visitas sucesivas</li> <li>• Reuniones interdisciplinarias</li> <li>• Reuniones externas</li> <li>• Llamadas telefónicas</li> <li>• Elaboración de Informes</li> <li>• Inter-consultas otros especialistas</li> <li>• Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribaje</li> <li>• Entrevistas</li> <li>• Registros y soportes</li> <li>• Documentación</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Derivación</li> <li>• Etc.</li> </ul>
2) Establecimientos residenciales.		
3) Establecimientos residenciales asistidos.		
4) Establecimientos sociosanitarios.		
5) Hospital de día.		

Tipologías de apoyo material dentro de los procesos sociales sanitarios	Actividades y técnicas comunes a todos los procesos sociales sanitarios	
	Actividades	Técnicas
6) Programas de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte (PADES).		
7) Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS).		
8) Centro de día.		
9) Unidades de evaluación geriátrica ambulatoria.		
10) Etc.		

Los diferentes procesos se configuran todos ellos con muchas actividades y éstas se apoyan en técnicas. Las actividades, como hemos mencionado, introducen el concepto de *grados de complejidad*.

## 6. La complejidad

La complejidad son los pasos que hay que dar para resolver un problema, para rescatar los matices de mayor o menor complejidad le asignamos grados.

### 6.1. Grados de complejidad

Tabla 8. Grados de complejidad

<b>De la gestión psicosocial</b>	Es el grado de complejidad que va asociado al conjunto de variables que reúne la persona y dentro de las variables, el valor que por definición operacional (Por ejemplo, tomando un formato de escala tipo Lickert, tiene en aquella persona en concreto.
<b>De la gestión del apoyo de recursos</b>	Dentro de los principales procesos sociales sanitarios (tipologías de apoyo) existen diferentes grados de complejidad que implican diferentes grados de intervención por parte del servicio de trabajo social 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. 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 sobre el tiempo y trabajo real de dedicación del trabajador social sanitario en cada caso. Si se aplica el mismo método es extensible a otros colectivos profesionales.

### 6.2. La complejidad relacionada con el número de profesionales que intervienen

Cuantos más profesionales convoque el caso social sanitario, mayor será la complejidad. A medida que la dolencia aguda se va compensando, el factor humano de quien presta el servicio y de quien lo recibe interactúa con más fuerza. Las alternativas a la hospitalización deben surgir de la realidad de la población atendida en su vertiente social y sanitaria. Por esto, se debe considerar el número de servicios y profesionales con los que hay que coordinarse o mantener contacto para la resolución del proceso.

- El servicio de trabajo social sanitario aportará su propia información.
- Siempre se coordinará con el personal sanitario del establecimiento.
- A veces, se coordinará o derivará el caso a la atención primaria de salud.
- Lo mismo con los servicios sociales.
- A veces, mantendrá contacto con todos.

Cuantos más servicios intervengan en el caso, y cuántos más recursos se precisen, el grado de complejidad de la coordinación con el entorno será mayor afectando a la evolución del propio caso.

## 7. La generación de indicadores

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define los indicadores como:

Variables que sirven para medir los cambios. Es decir, los indicadores son medidas indirectas o parciales de una situación compleja.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) dice al respecto:

“En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud, y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla [...]. La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes, frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo, etcétera, utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos [...]. Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por su validez (si efectivamente mide lo que intenta medir) y confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados).”

El INE describe en sus notas metodológicas:

Frente a los indicadores objetivos de salud, la percepción de la salud, que se obtiene a través de las impresiones del individuo, proporciona un elemento indispensable en la medición de la salud. La percepción de cada individuo refleja la contribución de distintos factores, sociales, ambientales y de estilos de vida, que van más allá del sistema sanitario”. “El marco de las estrategias de salud que se desarrollan en nuestro país, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, precisa de este tipo de información subjetiva como otro elemento primordial para la planificación y adopción de medidas de salud pública. Asimismo, constituye un instrumento fundamental en la evaluación de las políticas sanitarias.

Los indicadores permiten estudiar la evolución de todas aquellas variables que son motivo de la intervención del Servicio de Trabajo Social Sanitario.

- Indicadores de cobertura de los programas.
- Indicadores de actividad.
- Indicadores de utilización de apoyos.
- Indicadores de rendimiento.
- Indicadores de población.
- Indicadores de integración y reinserción.
- Indicadores de coordinación con la primaria.
- Otros específicos.
  - La evolución de los reingresos.
  - El uso de soportes externos a la red familiar.
  - Institucionalizaciones frente a reinserciones.
  - Tiempos inadecuados de hospitalización.
  - Consumo de estancias esperando el ingreso en otros programas.

### Referencia bibliográfica

OMS (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra.

### Referencia bibliográfica

(2001). “Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud”. *Boletín Epidemiológico / OPS* (vol. 22, núm. 4).



Los indicadores deben evaluarse periódicamente para comprobar que efectivamente satisfacen los objetivos a los que sirven y que los servicios prestados son los adecuados a las necesidades de las personas atendidas y sus familias. Para ello desarrollaremos indicadores en las siguientes cuatro esferas.

- La determinación de las necesidades de la población atendida y sus familias.
- La determinación de los planes de cuidados.
- Los servicios y programas disponibles.
- Los servicios y programas que cabe promover para poder prestar los servicios diagnosticados.

El seguimiento será mensual, trimestral, semestral o anual. Garantizaremos los métodos para poder establecer si hay error en las comparaciones entre periodos y del mismo modo, poder proponer, igualmente sin error, programas, cambios, servicios, nuevas fórmulas para optimizar los esfuerzos y los recursos.



## Bibliografía

**Barker, R. L.** (2003). *The Social Work Dictionary* (pág. 434). Washington: NASW Press.

**Clark, Ch.** (2009). "Values in social work". En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 360-362). Oxford: UK. Blackwell Publishing.

(2001). "Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud". *Boletín Epidemiológico / OPS* (vol. 22, núm. 4).

Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

**OMS** (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra.

**OMS** (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002*.

**Payne, M.** (2009). "Social work theory". En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (págs. 332-334). Oxford: UK. Blackwell Publishing.

**Perlman, H. H.** (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process* (Págs. ix). Chicago y Londres: The University of Chicago Press.

### Enlaces de interés

[www.ine.es](http://www.ine.es)

