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

PID_00272732

Dolors Colom Masfret

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 5 horas



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Profesora asociada y directora científica del máster universitario de Trabajo social sanitario de los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC. Profesora asociada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formación en el ámbito del trabajo social sanitario y en las unidades de atención al cliente con estancias, primero en el Bellevue Hospital Center de la Universidad de Nueva York, y después en el Departamento de Servicios Sociales y el Departamento de Medicina Comunitaria, División Internacional, del Mount Sinai Medical Center, también en Nueva York. Es investigadora, docente, consultora y asesora en el ámbito social de establecimientos sanitarios y sociosanitarios, y también de establecimientos residenciales y programas de atención a domicilio. Escritora. Socia fundadora en 1994 del Institut de Serveis Sanitaris i Socials, desde el cual dirige y edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, y la editorial Agathos Ediciones. Ha ejercido la dirección académica y como profesora colaboradora del posgrado de Trabajo social sanitario de la UOC. Consultora del máster de Dirección ejecutiva de hospitales de la UOC (2009-2019).

Segunda edición: marzo 2020
© Dolors Colom Masfret
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. El trabajo social sanitario en las organizaciones sanitarias: justificación y funciones.....	13
1.1. El trabajo social en la OMS	18
1.2. La transformación del sistema sanitario en su funcionamiento y en su entorno	18
1.3. Las magnitudes de lo narrativo	20
2. El trabajo social sanitario en el Sistema Nacional de Salud...	21
2.1. La Salud pública	23
2.2. Atención primaria	24
2.3. Atención especializada	26
2.4. Atención de urgencia	28
2.5. Prestación farmacéutica	29
2.6. Prestación ortoprotésica	29
2.7. Productos dietéticos	30
2.8. Transporte sanitario	30
2.9. Asistencia sanitaria cuyo pago hay que reclamar a terceros	30
2.10. Servicios de información y documentación sanitaria	31
2.11. Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas	31
2.12. Cartera de servicios de las mutualidades	32
3. El método científico en el trabajo social sanitario: base de los procedimientos y protocolos propios.....	33
3.1. Tipología de programas de intervención en la unidad de trabajo social sanitario	34
3.2. El sistema de información en el marco legal estatal	35
4. Los procedimientos y los protocolos en trabajo social sanitario. Definición.....	37
4.1. Definiciones básicas para el ejercicio profesional a partir de procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario	37
4.2. Ejemplo de procedimiento general: El método básico en la unidad de trabajo social sanitario para su organización	44
4.3. Los protocolos de trabajo social sanitario	46
5. Procesos de servicios de trabajo social sanitario.....	49
5.1. Errores conceptuales sobre los procesos sociales sanitarios	52

5.2. El servicio de trabajo social sanitario a prestar se confunde con el recurso	52
5.3. Los procesos de servicio se confunden con una actividad aislada, desconectada	53
6. La complejidad.....	56
6.1. Grados de complejidad	56
6.2. La complejidad relacionada con el número de profesionales que intervienen	56
7. La generación de indicadores.....	58
Bibliografía.....	61

Introducción

Helen Harris Perlman escribe sobre el primer procedimiento de trabajo social, podemos añadir sanitario, para la 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 prestando desde las unidades trabajo social sanitario? No pensemos en actividades ni en gestiones, pensemos en términos de servicio. Estos servicios, una vez que los hayamos denominado, los registraremos en el catálogo de prestaciones de la unidad de trabajo social sanitario.
- ¿Cómo los prestamos? La respuesta es mediante procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario. También mediante tecnologías, definidas en la RAE como «Conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico» (RAE, <https://dle.rae.es/?w=tecnolog%C3%ADa>). Estos procedimientos, protocolos y tecnologías de trabajo social sanitario los incluiremos en la cartera de servicios de la unidad de trabajo social sanitario.

Y acto seguido ampliamos estas preguntas con otras relacionadas:

- Estos servicios que prestamos, ¿cómo los definimos? ¿Cómo los denominamos?
- ¿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? Nos referimos a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización.
La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Y en otro orden:

- ¿Nuestras intervenciones son beneficiosas para las personas? ¿En qué manera desde la unidad de trabajo social sanitario contribuimos al bienestar social de las personas enfermas y sus familias?
- ¿Cómo lo sabemos?

Son preguntas obligadas que como profesionales nos deberíamos formular a diario. ¿Sirve para algo la actividad profesional que llevamos a cabo? ¿Sobre la base de qué podemos responder afirmativa o negativamente?

¿Ahorramos sufrimiento a las personas enfermas y a sus familias? ¿Contribuimos de alguna forma a la sostenibilidad del sistema?

Para que las respuestas tengan credibilidad, debemos apoyarnos en procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario (no confundirlo con procesos).

Antes de seguir, debemos señalar un primer apunte esencial: no podemos confundir el trabajo social sanitario con los servicios sociales. En muchos casos sociales, el tratamiento social sanitario se apoyará de alguna manera en algún programa de los servicios sociales, pero desde el trabajo social sanitario siempre estudiamos las circunstancias de la persona enferma, cómo se afecta su familia, elaboramos un diagnóstico social sanitario y a partir de él, como señaló Mary E. Richmond y nos acaba de recordar Helen Harris Perlman, establecemos un plan de intervención para –muy resumidamente explicado– ayudar a las personas a ayudarse. En ocasiones, cuando prestamos nuestros servicios, necesitamos otros recursos de apoyo que se encuentran en la red de programas y recursos de los servicios sociales. El texto anterior nos indica que si para prestar servicios, a veces necesitamos recursos, ambos conceptos son diferentes. Lo iremos desarrollando a lo largo del módulo.

Nuestros servicios, como los del resto de los equipos profesionales del sistema sanitario, implican mucho más que una mera gestión de recursos. Así, es esencial diferenciar los servicios que prestamos desde el trabajo social sanitario de los recursos que quizá sean necesarios para complementar el servicio.

Nuestra ayuda:

- 1) Se apoya en un diagnóstico social sanitario.
- 2) Sigue el método científico.
- 3) Sigue teorías del trabajo social sanitario.
- 4) Sigue los principios y valores el trabajo social sanitario.
- 5) Se da bajo los auspicios de una legislación de España:
 - a) La Ley de Autonomía del Paciente.
 - b) La Ley de Cohesión y Calidad.
 - c) La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.
 - d) Otras.

Debemos tener presente este esquema, pues nos evitará caer en la especulación lo opinativo.

El ejercicio del trabajo social sanitario en la práctica del día a día se basa en teorías, conceptos y principios, en metodologías; y todo ello se organiza mediante procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario que se desarrollan alrededor de los aspectos sociales generados por la enfermedad y que se manifiestan en la persona enferma. Cuáles de estos aspectos psicosociales han propiciado la enfermedad y cómo esta puede a su vez motivarlos. Con este conocimiento, ampliamos nuestras actuaciones a los aspectos preventivos de malestar generado por la enfermedad, y nos convertimos en promotores de la salud y del bienestar generado por la mejora de la salud. Todo ello debe ocurrir y propiciarse dentro de una estructura jerárquica y funcional, una unidad de trabajo social sanitario que previamente hemos definido y organizado como se han organizado otras unidades y divisiones del establecimiento. La imagen de llevar a cabo intervenciones más intuitivas que racionales proyecta unidades de trabajo social sanitario desprofesionalizadas y cargadas de improvisación, en las que sus profesionales reaccionan ante la realidad.

La persona enferma es el denominador común presente en cada caso social sanitario. En función de la penetración de esta, la enfermedad, en lo social de cada persona afectada, desde el trabajo social sanitario se aplica un método u otro, y se prestará un servicio u otro; 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 necesarios, que –como nos señaló Mary E. Richmond en su definición– sirven para reconstruir caminos, 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. Recordemos la palabras de Samuel G. Smith cuando trataba de explicar las diferente posiciones que se podían tomar ante los problemas sociales:

«Creo que la respuesta dependerá de si uno toma lo que se puede llamar una visión estática o dinámica del problema. Es decir, aquellos que consideran la cuestión de la miseria como un hecho completo en sí mismo es probable que insten a donar a la gente porque son pobres y piensen que la cuestión de la «dignidad» de los pobres no tiene que tomarse de verdad. El punto de vista dinámico sostiene que la miseria es solo un síntoma, como un escalofrío es un síntoma de la enfermedad física y que el tratamiento tiene que ser más radical que el que sugiere el alivio».

S. G. Smith (1905). «Social Standards». National Conference on Social Welfare.

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 equipos de trabajo social sanitario 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 otro ámbito contribuye a la mejora de la salud de la población en su concepto más amplio. La salud es mucho más que lo sanitario. Estos últimos años han surgido todo tipo de nuevas denominaciones para referirse al trabajo social sanitario, por

ejemplo *trabajo social clínico*, lo que ha ocasionado alguna confusión y duda. Por definición, todo el trabajo social sanitario asistencial es clínico. Lo clínico implica el trato directo con la persona.

El *Dictionary of Social Work and Social Care*, de la Oxford University Press, define el trabajo social clínico como: «Encontrado en mayor medida, en otras partes del mundo, particularmente en América del Norte, y a menudo asociado con la práctica privada, el trabajo social clínico se refiere a la práctica directa con individuos, parejas, familias y grupos con un enfoque intrapersonal e interpersonal de problemas. Tiene mucho en común, por lo tanto, con la práctica del trabajo de casos en el Reino Unido, aunque sus defensores suelen tener mayores aspiraciones, algunos dirían pretensiones, a la condición profesional. El uso de la palabra «clínico», con sus connotaciones médicas, contribuye a tales aspiraciones. Si bien puede considerarse que el trabajo social clínico abarca una variedad de roles, incluida la gestión de la atención, el énfasis está predominantemente en que el trabajador social clínico actúe como terapeuta o consejero».

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, también la atención sociosanitaria allá donde la haya 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 equipos profesionales, en general, aplicar sus conocimientos, sus técnicas. Las estructuras y la organización no pueden diluir ni impedir a los equipos profesionales aplicar sus conocimientos y teorías, y ello es posible cuando se han definido previamente los procedimientos o los protocolos, en nuestro caso, propios de trabajo social sanitario. ¿Qué significa ello? Que formar parte de un procedimiento o protocolo médico, o de enfermería, o interdisciplinar del ámbito donde ejerzamos, es un logro, pero además, desde la unidad de trabajo social sanitario se debe contar con sus propios instrumentos como cuentan con ellos el resto de profesiones. Otra consideración que ahora debemos tener en cuenta es esforzarnos para elaborar denominaciones correctas de cada procedimiento o protocolo. Lo iremos viendo, pero si por ejemplo decimos «Protocolo de Alzheimer», la mayoría de los profesionales con independencia de la disciplina pueden hacerlo suyo y estarían en lo cierto. Ahora bien, si decimos «Protocolo de trabajo social sanitario para personas con diagnóstico de Alzheimer», queda muy claro de qué se trata y, en términos de gestión sanitaria, quién es el propietario del protocolo. Y así sucesivamente,

cuando intervenimos por procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario nos vemos en la obligación de pensar y repensar la denominación para que su contenido se identifique con el trabajo social sanitario.

Los sistemas sanitarios se encuentran en constante evolución, tanto en la parte de las estructuras físicas como de los conocimientos clínicos científicos de todos los colectivos que integran la institución sanitaria. 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 a favor o en contra de las propuestas que llegan a sus equipos directivos.

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 cuando se evalúan sus resultados también pueden señalar sus déficits.

El trabajo social sanitario se inscribe en el ámbito de la persona con alguna enfermedad, de su familia, de su entorno y su intervención se da para que sea la persona misma y en la medida de lo posible 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 a prestar. Un servicio de trabajo social sanitario prestado no se puede confundir con las actividades que procuran el servicio. Por ejemplo, un servicio típico que prestamos es «Servicio de apoyo psicosocial a cuidadores de personas con Alzheimer para evitar su claudicación». Al servicio en cuestión lo denominamos así, lo vimos en el módulo de la asignatura *Estructura y funcionamiento del sistema sanitario*. Y con esta denominación quedan muy elocuentes los contenidos del servicio, la finalidad. Ahora bien, para prestar este servicios deberemos realizar numerosas actividades. Por ello señalamos la importancia de no confundir las actividades con el servicio. Lo iremos viendo.

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 de la disciplina en cuestión. Por ejemplo, cualquier profesional se verá ante la necesidad de realizar una entrevista a la persona enferma, pero si por una parte debe garantizar las coordenadas de toda entrevista, los contenidos de la entrevista se deben suscribir a lo que le requiere su disciplina y profesión. La entrevista médica es diferente de la entrevista de enfermería y de la de trabajo social sanitario. 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 de los servicios de trabajo social sanitario y cómo denominamos estos servicios 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 social y carencia asociadas a la enfermedad? ¿Otras causas? Las demandas de ayuda 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 petición 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 procedimientos 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:

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.

Y Robert L. Barber las define como:

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 de varios no implica la existencia de problemas que requieran intervenciones profesionales, pero son los equipos de trabajo social sanitario los que deben determinarlo por ejemplo mediante una técnica médica pero muy efectiva y que es extrapolable a otros campos: se trata de un *screening* de trabajo social sanitario.

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 o psicosociales cabe determinar dentro de qué procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario operativo en la unidad se atiende a la persona. Esta intervención se lleva a cabo a partir del método de trabajo social de caso, *casework*, se abre un paréntesis para señalar que en el *casework* se manifiesta la clínica por excelencia, 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 como probables. 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: *resiliencia*.

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. Solo 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 unidad de trabajo social sanitario de atención primaria sanitaria. En algunas ocasiones, después de la hospitalización, otros equipos 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. A continuación se muestran algunos resultados obtenidos dentro del procedimiento de trabajo social sanitario del programa de planificación del alta. A pesar de los años transcurridos, esta información sigue sien-

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.

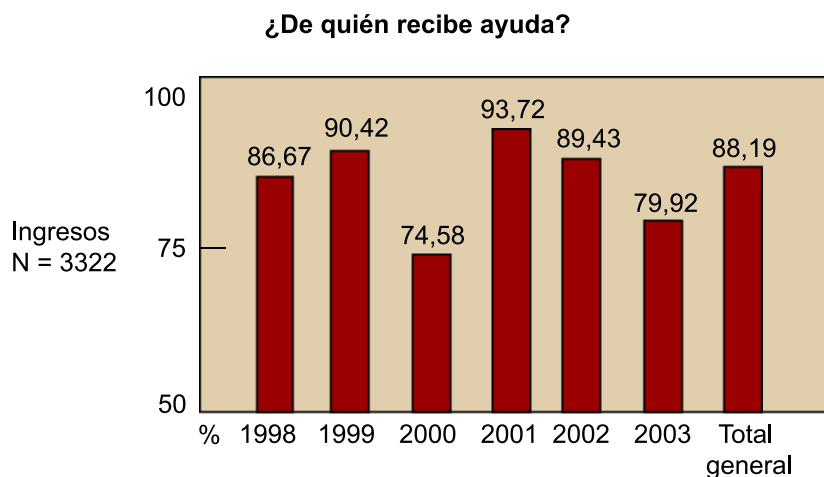
do novedosa porque no se han vuelto a publicar resultados en esta línea. Es importante ver la evolución y comprender la responsabilidad que la unidad de trabajo social sanitario adquiere en la promoción de nuevos programas y recursos.

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
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. Unidad de trabajo social sanitario (2003).

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



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

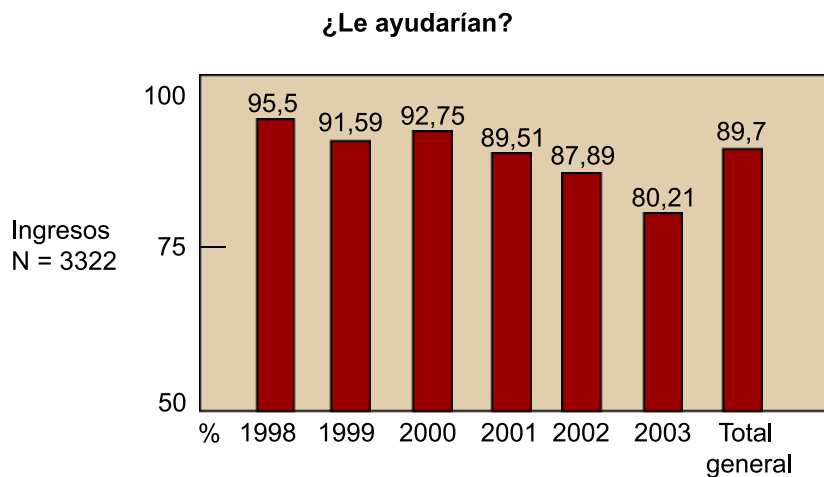
Vemos que la media de los seis años arroja un soporte familiar de las personas enfermas, según sus propias respuestas, del 88,19%. Centramos la atención sobre el 1,14% que dice recibir ayuda de los servicios públicos y el 1,69% que dice recibir ayuda de los servicios privados. Insistimos en que estas 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. Unidad 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 estas 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 la unidad de trabajo social sanitario aplicaba un procedimiento general de intervención, en este caso el procedimiento de trabajo social sanitario 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 este no puede resolver, se acude al hospital o a un centro de especialidades.

Este 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, positiva o negativamente, 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 este 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. Cada 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 de trabajo social sanitario. Por tanto, si hablamos de diagnóstico social sanitario –también lo desarrollaremos más ampliamente en un módulo siguiente–, asumimos que estamos aplicando algún

Lecturas complementarias

B. Halpin (2003). *Al lado de Kirsten*. Barcelona: Grijalbo.
M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a psychosocial therapy*. Boston: McGraw Hill.

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 y prestaremos unos servicios.

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 globaliza 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 cambiado el entorno y el contenido del trabajo social sanitario pueden resumirse en tres:

- 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 situaciones que hay que diagnosticar desde el trabajo social sanitario y desde él mismo realizar propuestas.
- La progresiva digitalización de tareas y la creciente creación y utilización de plataformas de salud en línea.

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 citado *casework*, 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:

La unidad 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 y cuantitativo. Cuando hablamos de plazas hablamos de números, debemos precisar y evitar lo abstracto. 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.

Los problemas psicosociales generados por la enfermedad están presentes 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 identificación, diagnóstico e 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 la unidad 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 nació el Sistema Nacional de Salud actual. En orden cronológico, tenemos los siguientes reales decretos:

Tabla 3. Cronología de las transferencias sanitarias en España

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

Canarias	Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo
Asturias	Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre
Cantabria	Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre
La Rioja	Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre
Murcia	Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre
Aragón	Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre
Castilla-La Mancha	Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre
Extremadura	Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre
Baleares	Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre
Madrid	Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre
Castilla y León	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 solo el sanitario.
- Otras que la propia evolución de la sociedad requiera.

Los equipos de trabajo social sanitario identifican 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 equipos de trabajo social sanitario 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 equi-

pos de trabajo social sanitario 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.

En este ámbito, la unidad de trabajo social sanitario comunicará a otras unidades de trabajo social sanitario 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 de la unidad 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.

Una vez señalados los colectivos de población, podemos señalar unos procedimientos básicos de trabajo social sanitario en cada uno de los colectivos. Si bien se utilizara el concepto de «procedimiento», en algunos colectivos, por su especificidad, es igualmente adecuado utilizar el de «protocolo» debido a su contexto, como se verá más adelante:

- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a la adolescencia.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a la mujer.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a la infancia.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención al adulto y grupos de riesgo y pacientes crónicos.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a las personas mayores.
- Protocolo de trabajo social sanitario para la atención y detección a la violencia de género y malos tratos.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a la salud bucodental.
- Protocolo de trabajo social sanitario para la atención al paciente terminal.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a la salud mental.

Todos estos procedimientos, a medida que se vayan recopilando datos y se analicen, podrán dar lugar a protocolos de trabajo social sanitario más específicos.

La unidad de trabajo 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 equipos de trabajo social sanitario de la atención especializada establece protocolos administrativos (en este caso no son exclusivos del trabajo social sanitario) de coordinación y derivación. El objetivo es la máxima integración entre ambos ámbitos. El ejercicio integrado permite una mayor garantía en el seguimiento de los casos que provienen de la atención especializada sin necesidad de repetir determinadas tareas para garantizar el seguimiento.

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 de trabajo social sanitario 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 responsabilidades para las unidades de trabajo social sanitario de 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 esta.»

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 pri-

maria, una emergencia o accidente, cuando hay que realizar pruebas que requieren 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 solo 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, la unidad 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 unidad 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.

Los equipos de trabajo social sanitario en urgencias mantienen 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 área 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.

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 este 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.

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.

Grupos de riesgo

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

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 a la unidad de trabajo social sanitario y los diferentes servicios que presta:

- 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 las unidades 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: base de los procedimientos y protocolos propios

El método científico es un procedimiento o conjunto de procedimientos. Se expresa mediante deducciones e inducciones. El procedimiento de trabajo social sanitario, también de los protocolos, 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.
- El diagnóstico social sanitario / el diagnóstico social comunitario.
- Los resultados que confirmarán o no las hipótesis.
- La discusión.
- Las nuevas líneas de investigación y proposición de acciones correctoras.

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 común a todos los colectivos profesionales que permite objetivar aquello que es susceptible de subjetivar.

Centrados en el campo de lo psicosocial 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. Es diferente atender a una persona que necesita ayuda para las actividades de la vida diaria, o apoyar a su familia, que, sobre la base de la información obtenida de muchas personas atendidas, proponer una serie de programas para cubrir las necesidades de cada tipo de población. Lo individual siempre informa de lo colectivo.

En el trabajo social sanitario siempre se da este ir del caso particular al colectivo y partiendo del colectivo proyectar programas específicos de apoyo formal que puedan utilizarse dentro de la prestación de nuestros servicios. En la evaluación periódica, revisamos las fórmulas actuales y proponemos nuevas. Pero, esto es posible solo cuando la información se obtiene siguiendo la misma metodología y procedimientos o protocolos de trabajo social sanitario apoyados en sistemas de información. 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, y de acuerdo a la resolución de sus necesidades diagnósticas. 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 estos 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 en la unidad de trabajo social sanitario

Un programa de intervención reposa en el concepto de *management* al congregar conocimientos, técnicas, estructuras, servicios, un conjunto de actividades que desarrollar por diferentes colectivos profesionales. 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 de trabajo social sanitario de atención sistemática.** Cada equipo de trabajo clínico cuenta con su propio trabajador social sanitario, él o ella. 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 y viceversa. 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 o protocolo, según sea más adecuado, de trabajo social sanitario correspondiente 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 servicio o servicios de trabajo social sanitario que prestaremos a la persona enferma y a su familia. 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 de trabajo social sanitario de atención por detección.** Similares a los anteriores, la diferencia radica en que un trabajador social

sanitario, él o ella, 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* de trabajo 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. Definimos 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 de trabajo social sanitario de atención por detección el trabajador social sanitario, aun trabajando en equipo, no está solo 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 de trabajo social sanitario de acción 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:

Referencia bibliográfica

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

«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.»

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. La unidad 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

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 más de 100 años. 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 intervención y tratamiento social, mediante la prestación de servicios.

4.1. Definiciones básicas para el ejercicio profesional a partir de procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario

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

Procedimiento general	Un procedimiento es la secuencia sobre la que se sustenta la actividad asistencial para lograr un fin.
Protocolo	En un procedimiento o varios aplicados a una situación o circunstancia de terminada.
Proceso social sanitario	<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"> • Tangibles. Implican la gestión de alguna plaza o recurso material e institucional. • Intangibles. Implican la gestión de las vivencias, las emociones, los apoyos y orientaciones.

Referencia bibliográfica

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

Complejidad

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.

¿Por qué es importante saber aplicar una definición? La proliferación de conceptos en el ámbito de la gestión sanitaria, 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. Ello preserva los principios y valores de esta disciplina y la diferencia de las otras.

Por ello, en este texto se enfatiza que estamos definiendo los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario y los servicios prestados desde el trabajo social sanitario, junto con la definición de los procesos de cada servicio de trabajo social sanitario que, recordemos, se encontrarán en el catálogo de prestaciones de la unidad.

Procedimiento de trabajo social sanitario

Un procedimiento es la secuencia de fases planificadas sobre la que se sustenta la actividad asistencial para lograr un fin que se sustente en un diagnóstico social sanitario. Se inscribe en poblaciones amplias. Por ejemplo: «Procedimiento de trabajo social sanitario para personas con enfermedades crónicas». Ahondando, si nos centráramos en la insuficiencia respiratoria, hablaríamos de protocolo.

Vemos que las categorías que se generan dentro de esta descripción de «personas con enfermedades crónicas» permitirán a la larga establecer protocolos de trabajo social sanitario en diagnósticos concretos. Por ejemplo, insuficiencia respiratoria y coronaria, artritis, diabetes, incluyendo además la perspectiva de género, pues, como demuestran los indicadores del Ministerio de Sanidad, existen grandes diferencias entre hombres y mujeres afectados por las mismas enfermedades. Se compone de fases. Los procedimientos, todos, son de obligado cumplimiento. Son una guía.

Protocolo de trabajo social sanitario

Es un procedimiento, o varios, aplicados a una situación o circunstancia determinada. Si seguimos con el ejemplo anterior, supongamos que dentro de las enfermedades crónicas tomamos a las personas con patologías respiratorias.

Servicio de trabajo social sanitario

Hasta ahora estamos hablando de procedimientos, de protocolos. Pero hemos señalado al principio del texto que nuestro ejercicio se apoya en servicios de trabajo social sanitario que debemos denominar de manera que se identifiquen como de trabajo social sanitario.

Se toma aquí la definición del *Diccionari de serveis socials* 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 que no se presenta en forma de bien material» (*Diccionari de serveis socials*, Generalitat de Catalunya, Colomer i Rustullet).

Así pues, el servicio se concreta en una denominación. Por ejemplo, en el área de urgencias podemos pensar en que el siguiente servicio será habitual:

Veamos estos dos ejemplos de servicio de trabajo social sanitario:

- Servicio de apoyo psicosocial para la elaboración del duelo a las personas que han sufrido un accidente de tráfico con fallecimiento de algún otro ocupante.
- Servicio de preparación psicosocial de familiares y allegados a personas accidentadas para prevenir el impacto visual de las lesiones.

Los servicios de trabajo social sanitario prestados se deben registrar en el diagnóstico social sanitario.

El siguiente paso, una vez que hemos decidido la denominación del servicio (una denominación que será siempre la misma todas las veces que lo prestemos), será definir el proceso de dicho servicio. El proceso incluye los componentes, las actividades a través de las cuales ese servicio se configura y llega a las personas que atendemos y a sus familias.

Adaptado al trabajo social sanitario, un servicio de trabajo social sanitario es: una prestación que ofrece una organización sanitaria dentro de la unidad de trabajo social sanitario, que tiene un valor para la persona enferma, para su familia, que es susceptible de satisfacer una necesidad psicosocial relacionada con la enfermedad y que no se presenta, necesariamente, en forma de bien material. Siempre los prestarán equipos de trabajo social sanitario.

Por último, recordemos que los servicios se encuentran en el catálogo de prestaciones de la unidad de trabajo social sanitario.

Proceso del servicio de trabajo social sanitario

Una vez que hemos definido el servicio de trabajo social a prestar, debemos identificar todos los componentes, y estos se denominan en la definición del proceso del servicio de trabajo social sanitario en cuestión. Un proceso de tra-

bajo social sanitario viene conformado por el conjunto de actividades diversas que concluyen en una o más prestaciones de valor y son necesarias para la reinserción de la persona y su familia.

En trabajo social sanitario, los procesos de los servicios deben incluir las tipologías de apoyo e identificar los recursos que pueden ir asociados.

Nos encontramos con dos clases de tipologías:

- **Tangibles.** Implican la gestión de alguna plaza o recurso material e institucional. Se refiere a recursos rivales: cuando los utiliza una persona no los puede utilizar otra al mismo tiempo. Por ejemplo, una plaza de residencia.
- **Intangibles.** Implican la gestión de las vivencias, las emociones, los apoyos y las orientaciones. Pueden beneficiarse de ellos varias personas a la vez. Por ejemplo, en una sesión de grupo.

Complejidad del trabajo social sanitario: la complejidad se define como el conjunto de pasos necesarios para resolver un problema, para desarrollar aquellas actividades que contribuyen a ofrecer un servicio de trabajo social sanitario.

Diferenciamos entre la complejidad de la gestión de lo psicosocial y la complejidad de la gestión de los apoyos y el entorno. Ambas forman un gráfico matricial que resulta, si se desea, en dos números índice que pueden tratarse individual o conjuntamente.

Esferas de la complejidad en trabajo social sanitario

De la gestión psicosocial: es la complejidad asociada al conjunto de variables que reúne la persona en su temperamento y personalidad.

De la gestión del apoyo: es la complejidad vinculada a la gestión de los recursos externos y comunitarios asociados a la prestación de un servicio de trabajo social sanitario.

Ambas complejidades se expresan, cada una, con un valor artificial de entre 1 y 5 (escala Lickert). De la acumulación de casos resultan dos números índice, que son los que permitirán monitorizar cuantitativamente la evolución de la complejidad. El índice de complejidad aporta información sobre el tiempo y trabajo real de dedicación de la unidad de trabajo social sanitario en cada caso. Aplicando el mismo método, es extensible a otros colectivos profesionales.

Necesidad

El concepto de necesidad, cómo esta se determina y sobre la base de qué criterios se actúa y cubre profesionalmente, es el centro de gravedad de todo procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario. El diccionario de la RAE define *necesidad* como: «Aquello de lo que el ser humano no puede prescindir»¹.

⁽¹⁾www.rae.es (fecha de consulta 29 de octubre de 2019).

Dentro del modelo biopsicosocial se interviene ante la existencia de una o varias necesidades que la persona no puede cubrir sola o con los recursos (materiales y humanos) propios. Se habla de «necesidades reales», que se identifican a partir de las «necesidades potenciales» y las «posibilidades propias» de la persona o su familia para resolverlas. La definición de la «necesidad real» se desarrolla a través de un procedimiento interdisciplinar en el que intervienen equipos profesionales de otros colectivos, en especial de la medicina y de la enfermería, además del trabajo social sanitario.

Los primeros determinan la dependencia funcional, el plan de atención y cuidados, la educación sanitaria que cabe facilitar, etcétera, siempre pensando en lograr la autonomía de la persona. Ello es lo que se determina como «necesidades potenciales» porque para establecerlas como «necesidades reales» cabe un segundo estudio, el del trabajo social sanitario, que contextualiza las necesidades potenciales y determina en función del diagnóstico social sanitario los recursos propios, psíquicos y humanos, y hasta qué punto estos pueden cubrir las «necesidades potenciales». Así, las «necesidades reales» son aquellas «necesidades potenciales» que no puede cubrir la red natural, con independencia de la causa.

La necesidad social

La necesidad social ha sido estudiada –como se ha mencionado en las primeras páginas– por Bradshaw, entre otros, quien en 1983 estableció diferentes definiciones en función de la perspectiva aplicada. Así, señaló cuatro tipos de necesidad:

- **La necesidad normativa** la define como aquella necesidad de la persona identificada por los equipos profesionales que antes han establecido un umbral deseable de provisión y de acceso a los servicios.
- **La necesidad experimentada** es la máxima expresión de subjetividad, aunque se considera una medida inadecuada de la necesidad real.
- **La necesidad expresada** es la necesidad que el cliente conceptúa en la demanda de un servicio o soporte determinado.
- **La necesidad comparada** es aquella que se establece en la base de diferentes personas con características similares y los distintos servicios que pueden utilizar. Se determina tomando como medida de necesidad un va-

Referencia bibliográfica

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

lor «X» que se establece a partir de medias aritméticas y de los servicios utilizados.

Otros tipos de necesidad social

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

- **La necesidad diagnóstica**, que está basada en el diagnóstico establecido por los equipos profesionales y deja de lado la normativa existente. Se establece con un análisis individualizado de la situación de cada persona y su familia. A veces la normativa no la admite, pero los equipos profesionales comprueban que la necesidad sigue ahí y que es preciso atenderla. Es frecuente que los sistemas de información de identificación de necesidades no recojan el grado de necesidad, mientras esta resulta patente en la prueba de la realidad. Debemos revisar los instrumentos, que suelen ir en consonancia con la dinámica social, pero cuando esta cambia, o introduce otros elementos no considerados, el instrumento lo ha de reflejar.
- **La necesidad administrativa** la establece la Administración por ley. A partir de unas características objetivas se puede acceder a determinadas prestaciones. En realidad, es la menos fiable dado que se apoya en las posibilidades financieras de la Administración del momento y no en las necesidades reales de la persona. Un ejemplo actual es el ajuste que se va viendo en la aplicación de la Ley de la dependencia. Por ejemplo, en el último trimestre de 2008 los periódicos de tirada nacional hablaban de retrasar las ayudas de la dependencia sobre todo en la población con grado leve de dependencia. Hoy todavía siguen lastrándose grandes escollos en esta materia.
- **La necesidad cubierta** se refiere a la necesidad que deja de ser tal por haberse facilitado los medios que han permitido superar la situación que la provocó. O simplemente han cambiado las circunstancias que la generaron. Cabe conocer la evolución de las necesidades, cómo se cubren y calcular las tendencias.

La medida de la necesidad y las principales magnitudes

Los procedimientos y los protocolos de trabajo social sanitario se deben apoyar en un sistema de información, que es una potente herramienta de planificación a medio y largo plazo. Siempre debemos contemplar el universo de la población y las necesidades diagnósticas. Se suele pensar en las personas que usan los servicios, pero nos olvidamos a menudo de las personas que los esperan. ¿Cómo esperan? ¿Quién realiza el seguimiento sanitario y el seguimiento

social? ¿Cómo se coordinan y quién gestiona el caso? ¿Por qué necesitamos saber las magnitudes de los déficits en recursos humanos, materiales, institucionales?

Básicamente, para poder planificar de acuerdo con las necesidades reales de la zona y no en función de las necesidades potenciales, que siempre serán muchas más, pues no consideran la red social.

¿Por qué necesitamos saber las magnitudes de la eficacia y de la eficiencia? Para evitar proponer programas y recursos cuando, por ejemplo, el colapso se debe a una gestión deficiente de las plazas y no a una falta de plazas. La rivalidad de la mayoría de los recursos (llevado a un extremo se refiere, por ejemplo, a que cuando alguien utiliza una plaza impide a otra persona su uso) implica aplicar herramientas que ayuden en la asignación de los recursos y monitoricen los déficits reales en el sentido, mencionado, de no confundir la falta de plazas de un recurso con la mala gestión de las existentes. Pero también debemos incluir las vivencias y cómo las personas afectadas y sus familias afrontan las dificultades, con qué motivación, etcétera. Ello debe constar en el diagnóstico social sanitario y puede ser motivo de prestación de un servicio u otro.

Investigación de necesidades

Las unidades de trabajo social sanitario, además de conocer los servicios que prestan y recogerlos en su catálogo de prestaciones, deben saber para qué sirven dichos servicios. La aplicación de procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario nos permiten investigar necesidades desde dentro evaluando las prestaciones y los recursos de soporte considerando la dinámica del hospital o del centro de salud. Además, al apoyarnos en procedimientos basados en la intervención sistemática a partir de criterios de riesgo, los resultados son representativos de la población.

La investigación aplicada es una actividad propia de los servicios asistenciales. La investigación de necesidades psicosociales y de recursos de apoyo debe partir de modelos teóricos de estudio, pero tomando variables reales. Los equipos profesionales son una excelente plataforma para la investigación aplicada, dado que cuentan con el *know how*, lo que les da capacidad para interpretar muy verazmente los resultados obtenidos.

Evaluación

Es una actividad con la cual se valoran los resultados de los servicios prestados, de los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario aplicados. Los logros dependen de los objetivos marcados. La circularidad de los procedimientos se manifiesta en la evaluación cuando se pone de relieve lo realizado en su totalidad y se considera lo acabado y/o lo pendiente, los beneficios sociales de la intervención profesional, etcétera.

Para desarrollar la acción profesional se requieren cuatro pilares: metodología, instrumentos, técnicas y plazas, que hemos estudiado en otros módulos.

4.2. Ejemplo de procedimiento general: El método básico en la unidad de trabajo social sanitario para su organización

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 de la unidad de trabajo social sanitario. La aplicación procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario evita la improvisación y discrecionalidad por parte de los equipos profesionales. La intervención desde el trabajo social sanitario profesionalizada se someterá a estas fases que siguen, admitiéndose solo ligeros matices en el caso de que se trate de trabajo social comunitario o trabajo social individual.

- **Conocimiento global del campo de acción profesional.** Los equipos de trabajo social sanitario 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 la apoyamos sobre sistemas de información propios de la unidad de trabajo social sanitario e integrados en los sistemas de información generales. Los sistemas de información permiten minimizar la aleatoriedad y monitorizar los cambios en las tendencias sociales de la población del área de influencia del establecimiento de que se trate. Con ello retroalimentamos la gestión.
- **Interpretación de los datos.** Actividad por la cual se establecerá el primer diagnóstico social sanitario 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 de la unidad de 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 sociales debe sustentarse en valores representativos tratados de tal manera que faciliten una rápida lectura de la realidad y su evolución. Ello permite, apoyados en el método científico, promover recursos y programas dentro de las diversas realidades de la zona geográfica de la cual proceden las personas atendidas. Una de las ventajas que tienen las organizaciones sanitarias es la sectorización de la mayoría de los establecimientos 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.

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 emiten en exclusiva los equipos de trabajo social sanitario². 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 *resilience* lo convierte en único y diferencia un caso a otro. Al diagnóstico social sanitario por su importancia le dedicamos el crédito siguiente. Siempre incluye los servicios de trabajo social sanitario que vamos a prestar.
- **Plan de intervención.** Incluye los objetivos. Señala la prestación de los servicios de trabajo social sanitario identificados en el diagnóstico 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 del plan de intervención 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 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 de los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario se manifiesta en la evaluación cuando se pone de relieve: lo realizado en tu totalidad y considera lo acabado y/o lo pendiente, los beneficios para las personas afectadas y sus familias de la intervención profesional, etc. En qué ha mejorado la vida de las personas nuestra intervención. Los datos obtenidos en la evaluación retroalimentan los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario 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.

⁽²⁾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: Alienta Optimiza.

La aplicación de procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario 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 de la unidad de trabajo social sanitario que lo diferencian de una unidad de trabajo social de otro ámbito.

4.3. Los protocolos de trabajo social sanitario

Un protocolo de trabajo social sanitario es un procedimiento también de trabajo social sanitario que se aplica a una situación determinada, a un diagnóstico médico concreto, por ejemplo «mayores de 85 años» o personas con un diagnóstico de Alzheimer. 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 o se da el protocolo de trabajo social sanitario se activa obligatoriamente en la unidad que lo ha definido.

Siempre exige unos pasos singulares que se han demostrado como los más eficientes. Como el procedimiento de trabajo social sanitario, es una herramienta de trabajo consensuada por quienes lo vayan a aplicar. Por ejemplo, en «Cuidados paliativos» podemos encontrar un procedimiento de trabajo social sanitario y dos protocolos, o más, también de trabajo social sanitario:

- Procedimiento de trabajo social sanitario en cuidados paliativos. Este procedimiento se puede dividir en dos protocolos:
 - Protocolo de trabajo social sanitario para las personas en fase terminal de la vida.
 - Protocolo de trabajo social sanitario 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 denominación obedece sobre todo al contexto. Obliga a un ejercicio previo de interpretación, como ocurre con algunas palabras de las que necesitamos saber su contexto para saber su significado. Con los procedimientos y los protocolos ocurre lo mismo. Pero dicho esto, la principal diferencia está en que el procedimiento de trabajo

social sanitario es de carácter más general, mientras que el protocolo de trabajo social sanitario queda sujeto a una circunstancia o realidad específica con suficiente entidad y población afectada 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 de trabajo social sanitario encontramos:

- Procedimiento de trabajo social sanitario de primera acogida a personas ingresadas por accidente de trabajo.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la planificación del alta.
- Procedimiento de trabajo social sanitario para la atención a los mayores de 65 años.

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

- Protocolo de trabajo social sanitario de primera acogida a las personas ingresadas por accidente de trabajo con amputación de algún miembro.
- Protocolo de trabajo social sanitario para la planificación del alta de enfermos con Alzheimer.
- Protocolo de trabajo social sanitario para la atención a los mayores de 65 años con daño cerebral adquirido.

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

- Protocolo de trabajo social sanitario para atención a la infancia desnutrida.
- Protocolo de trabajo social sanitario para personas que han sufrido un AVC.
- Protocolo de trabajo social sanitario en personas abandonadas en urgencias.

- Protocolo de 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 de servicios de trabajo social sanitario

Un *proceso*, lo hemos visto, 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. *Cliente* es un término avalado por la misma Mary E. Richmond, que lo usaba para evitar el etiquetado de las personas a las que atendía.

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 «sí y no».

Imaginemos una paella de arroz y pensemos en ella como el equivalente a un servicio de trabajo social sanitario. La paella de arroz es un concepto que reúne todas las actividades de cocina y compras que debemos realizar, todo esto equivale al proceso. Los langostinos, la cebolla, el arroz no son la paella, pero son necesarios para la paella y la posibilitan. Cuando vamos a un restaurante, no decimos que queremos un arroz con un sofrito de cebolla y luego calamar y sepia, y langostinos, etcétera. Pedimos paella de arroz y en esta declaración se incluye por defecto todo lo demás.

El proceso del servicio, para precisar, no es un servicio de trabajo social, sino que integra el conjunto de actividades que se desarrollan y ejecutan para posibilitarlo. Hablamos de servicio para señalar qué vamos a dar a la persona. Por ejemplo: «Servicio de apoyo psicosocial e ingreso temporal para el descanso del cuidador principal, él o ella, de personas afectadas con un diagnóstico de Alzheimer». Esto es lo que proponemos pero luego tenemos que identificar todo lo necesario para lograrlo y prestarlo.

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.

El servicio es la denominación final, y en la denominación se encierran implícitas las actividades que antes cabe haber identificado. La prestación de un servicio de trabajo social sanitario implica numerosas actividades: entrevistas con la persona si se puede y con diferentes miembros de la familia, gestiones con otros profesionales, 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 coordinar ese conjunto de actividades. 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 de trabajo social sanitario son *servicio*.

¿Qué es un servicio prestado desde trabajo social sanitario? Hasta ahora estamos hablando de procedimientos, de protocolos, de procesos de servicio, de que todas las actividades que conforman un proceso concluyen en un servicio, en nuestro caso, de trabajo social sanitario, 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 de los servicios que prestamos, identificaremos asimismo las actividades necesarias para prestarlos, lo cual, académicamente, se define como proceso de servicio.

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 con sus contenidos 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 profesionales y equipos de trabajo social sanitario 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 ni con alguna de las actividades necesarias para prestarlo. Todos los servicios de trabajo social sanitario que se presten quedarán reflejados en el catálogo de 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.

Referencia bibliográfica

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

F. Hollis y M. E. Woods en 1981 escribían acerca de los procesos de trabajo social sanitario pero siendo estrictos hoy lo denominamos servicios de trabajo social sanitario:

Los servicios 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 de servicio de trabajo social sanitario social, por su naturaleza, equivale a los apoyos psicosociales y sociales, si bien a veces, incluyen, además, la gestión de recursos, como: la atención a domicilio, la atención residencial, atención en centro de día, etc.

Mientras que el proceso sanitario se asocia por lo general al diagnóstico sanitario, el proceso de servicio de trabajo social sanitario lo hace, como hemos señalado, a servicios de apoyo.

Cada proceso sanitario puede, por protocolo, dar inicio a un protocolo o procedimiento de trabajo social sanitario. Sin embargo, ello no permite establecer una asociación directa entre el proceso sanitario y los servicios de trabajo social sanitario a prestar. Por ejemplo, todas las personas atendidas dentro del proceso de fractura de fémur, para ilustrar el argumento, podrán recibir servicios de trabajo social sanitario distintos, según lo recoja el diagnóstico social sanitario. Es importante señalar que dichos servicios de trabajo social sanitario se verán refrendados siempre por el diagnóstico social sanitario.

Algunos aspectos que se deben considerar acerca de los procesos de servicio de trabajo social sanitario son los siguientes:

- Implican el desarrollo paralelo o secuencial de actividades y gestiones para prestar un servicio final definible e identificable. *A priori* no se pueden determinar las actividades que va a requerir con exactitud, pero sí que lo sabemos con muy poco margen de error. Por ejemplo: «el servicio de apoyo psicosocial a la persona afectada para educarla en la organización de la nevera para evitar contaminaciones cruzadas». ¿Cómo logramos prestar el servicio? Con una alta probabilidad necesitaremos un recurso de atención a domicilio. Todo ello, antes lo hemos tenido que definir.
- Servicios de trabajo social diferentes conciben procesos de servicio con contenidos similares. Por ejemplo, siguiendo con el servicio anterior realizaremos: entrevistas, visitas a domicilio, llamadas telefónicas, reuniones, envío de informes, etc. Pero si pensamos en otro proceso de servicio, muchas de estas actividades estarán presentes.

Referencia bibliográfica

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

- La prestación de los servicios de trabajo social sanitario se inician siempre una vez que se ha elaborado el diagnóstico social sanitario. Sin este, lo que se hace es responder de manera reactiva a una demanda.

Las actividades, las técnicas, las gestiones, las reuniones, etcétera, son los andamios que permiten al trabajador social sanitario, él o ella, tejer los elementos que permitirán prestar el servicio de trabajo social sanitario que, finalmente, se concretizará en actividades y quizá algún 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 varían de un caso a otro que puede requerir mayor o menos atención en núcleos de intervención diferentes.

5.1. Errores conceptuales sobre los procesos sociales sanitarios

A menudo, el concepto de proceso de servicio se utiliza atribuyéndole contenidos que corresponden a lo que es un procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario. 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 o elaborar por ejemplo la cartera de servicios y el catálogo de prestaciones. Algunas de las confusiones más habituales sobre la comprensión de los procesos pueden ser:

- El servicio de trabajo social sanitario a prestar se confunde con el recurso.
- Los procesos de servicio de trabajo social sanitario se confunden con una actividad aislada, desconectada.

5.2. El servicio de trabajo social sanitario a prestar se confunde con el recurso

Muchos profesionales no diferencian entre servicios y recursos, y llaman proceso o servicio a todo. El recurso es una parte de servicio. Debemos conocer qué recursos se encuentran en nuestra área. La tabla 5 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 concretos con sus denominaciones que, en este caso, son ficticias.

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

Tipología de apoyo	Recursos de la zona
Atención a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a domicilio de los servicios sociales zona «centro» • Atención a domicilio del Hogar del Pensionista • Atención a domicilio «Santa Teresa» • Atención a domicilio SAD «El mejor»
Establecimientos residenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Residencia San José • Residencia Matilde • Residencia de mayores San Antonio

Tipología de apoyo	Recursos de la zona
Establecimientos residenciales asistidos	<ul style="list-style-type: none"> • Residencia asistida «Los girasoles» • Residencia asistida «La integral»
Establecimientos sociosanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Centro sociosanitario «La aurora»

La tabla 5 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 servicio, el recurso es solo un apoyo más. También muestra que son varios los recursos que pueden acabar prestando el apoyo material. Por lo tanto, un proceso de servicio puede asociarse a muchos recursos de diferentes titularidades que responden a la descripción de su tipología de apoyo, pero estos 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, la unidad 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 toda esta información elaboraremos un atlas sectorial de servicios prestados desde trabajo social sanitario y recursos que según su formato puede resultar una buena guía de servicios siempre actualizada.

5.3. Los procesos de servicio se confunden con una actividad aislada, desconectada

Todo proceso de servicio de trabajo social sanitario convoca muchas actividades, las cuales se desarrollan casi siempre mediante la ayuda de técnicas. Las actividades y las técnicas permiten a los equipos de trabajo social sanitario tejer los elementos que darán lugar al servicio de trabajo social sanitario. La tabla 6 ilustra algunas de las actividades y las técnicas empleadas desde el trabajo social sanitario.

Tabla 6. Actividades y técnicas de los servicios de trabajo social sanitario

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

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

A modo de ejemplo, la tabla 7 ilustra la afirmación del punto anterior.

Tabla 7. Relación de tipologías de apoyo, actividades y técnicas en la prestación de servicios

Tipologías de apoyo mediante recursos	Actividades y técnicas comunes a todos los procesos sociales sanitarios	
	Actividades	Técnicas
1) Atención a domicilio a) Cuidadores personales b) Teleasistencia c) Etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Primera visita • Visitas sucesivas • Reuniones interdisciplinarias • Reuniones externas • Llamadas telefónicas • Elaboración de Informes • Inter-consultas otros especialistas • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cribaje • Entrevistas • Registros y soportes • Documentación • Coordinación • Derivación • Etc.
2) Establecimientos residenciales.		
3) Establecimientos residenciales asistidos.		
4) Establecimientos sociosanitarios.		
5) Hospital de día.		
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 de servicio se configuran todos ellos con muchas actividades y estas se apoyan en técnicas. Las actividades, como hemos mencionado, introducen el concepto de *grados de complejidad*. Por ejemplo: cuantas más actividades, mayor 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

De la gestión psicosocial	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.
De la gestión del apoyo de recursos	Dentro de los principales servicios de trabajo social sanitario, cuando se requieren recursos, existen diferentes grados de complejidad que implican diferentes grados de intervención por parte de la unidad de trabajo social sanitario 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 equipos y profesionales con los que hay que coordinarse o mantener contacto para la resolución del proceso.

- La unidad 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 de la unidad 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

