
La planificación del alta sanitaria

PID_00272733

Dolors Colom Masfret

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 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. De la planificación del alta hospitalaria a la planificación del alta sanitaria: evolución del concepto.....	7
2. Definiciones de la planificación del alta.....	9
2.1. Profesionales integrantes del Programa de la Planificación del Alta	11
3. El Programa de la Planificación del Alta Sanitaria en la actualidad.....	12
3.1. La justificación de la implementación del Programa de la Planificación del Alta	15
4. Objetivos del Programa de la Planificación del Alta.....	18
4.1. Objetivo general	18
4.2. Objetivos específicos	18
4.3. Criterios de riesgo	19
4.3.1. Criterios de riesgo social	19
4.3.2. Criterios de riesgo clínico	20
4.4. Las fases generales del Procedimiento del Programa de la Planificación del Alta	21
4.5. Dimensiones que aborda la unidad de trabajo social dentro del programa de la planificación del alta	24
4.6. Resultados esperados del Programa de la Planificación del Alta	26
4.7. Algunos resultados reveladores de las posibilidades del programa de la planificación del alta	26
4.8. Círculo vicioso de algunas altas hospitalarias	30
5. Algunas consideraciones generales sobre la implementación del programa de alta.....	33
5.1. Primer diagnóstico institucional para la implementación del programa de la planificación del alta	34
5.2. Puesta en marcha	36
5.3. Criterios de riesgo social y sanitario	36
5.4. El programa de la planificación del alta más allá de los problemas social-sanitarios de alta	37
5.5. Qué no es un programa de planificación del alta	37
Resumen.....	38

Bibliografía..... 39

Introducción

Introducción a la planificación del alta en los hospitales de agudos

¿De dónde viene la persona que acaba de ingresar en el hospital? ¿Puede volver a ese lugar cuando ya no necesite estar ingresada? Sabemos que, además de la enfermedad, cada vez más, las circunstancias sociales de las personas ingresadas, pertenezcan al grupo etario que pertenezcan y junto con las necesidades de atención y cuidados, condicionan su convalecencia y regreso a casa. La convivencia, las relaciones familiares, la autonomía personal, el carácter y la manera de ver y enfocar su enfermedad, la forma de interpretar su futuro, la aceptación de las necesidades presentes, etcétera, influyen en que en el momento del alta médica esta se pueda concretar sin riesgos sociales añadidos. Por ejemplo, que la vivienda no reúne las condiciones y supone un peligro para la persona y la familia, que la persona no acepte el tratamiento, que la persona cuidadora no tenga capacidad suficiente para controlar la medicación, etcétera.

Si la persona enferma es una, los diferentes equipos profesionales y ámbitos de atención no pueden permanecer disgregados y, por tanto, se necesitan fórmulas asistenciales apoyadas por instrumentos de trabajo y modelos de intervención que refuercen la atención proactiva e interdisciplinaria para dar respuesta a las necesidades reales.

Desde hace años, uno de los grandes retos del sistema sanitario es la buena utilización de sus recursos, tanto por ética como por razones de sostenibilidad. Ello tiene una sola interpretación: ajustar los recursos humanos, tecnológicos, intelectuales a las necesidades biopsicosociales de las personas. Se trata de emular de alguna manera al conocido *just in time* de la industria automovilística japonesa, ello aplicado a la capacidad de respuesta del sistema sanitario y, en muchos casos, del de servicios sociales.

Cada vez más, y sobre todo desde que en el año 2007 cuando se inició la crisis que podemos calificar de sistémica y que ha ido mucho más allá de lo económico, la comunidad profesional y política tiene conciencia de que los sistemas sanitario y social deben aunar sus medios y recursos en beneficio de la persona y de su familia. La complejidad de la mayoría de los casos sociales, lo hemos visto, relaciona variables de diversa índole que debemos conocer e interpretar para podernos adelantar a posibles necesidades diagnósticas, las que emiten los profesionales previo estudio del caso. Si los problemas sociales y psicosociales de las personas ingresadas en hospitales de agudos son los que dificultan en gran medida su regreso a casa, parece obvio que estos deben identificarse cuanto antes. Sin embargo, lo más importante y que a veces se olvida, deben contextualizarse en el universo de la persona. Veremos a lo largo de este curso

Referencia bibliográfica

B. Creech (1994). *The five pillars of TQM*. Nueva York: Penguin Group.

Lectura recomendada

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

que de los problemas por sí mismos, sin contextualizar, a los equipos de trabajo social sanitario nos dan muy poca información. Como señaló en su momento Gordon Hamilton, nos centramos en los factores. Para ella el trabajo social, añadimos sanitario, se apoya en los factores. Para Hamilton los hechos están dados, son inalterables puesto que se han producido, sin embargo, los factores son hacedores. Ejemplos de hechos serían: los problemas económicos, la pérdida del trabajo por adicciones, el diagnóstico de un cáncer de esófago, la mala relación con los hijos, vivir solo después de una grave intervención de pulmón, etcétera. Pero ello, y todos los hechos que podemos definir, debemos estudiarlos e interpretarlos sobre los factores que los acunan y sus puntos fuertes. Por ejemplo, una situación de enfermedad degenerativa no es lo mismo con familia que asume la prestación de ayuda que con familia que no la asume. Los hechos pueden ser los mismos pero cuando cambian los factores, el desenlace sigue otros caminos de tratamiento social sanitario. Ello es lo que hace a cada persona única, porque los factores que la rodean, lo son, siendo sobre ellos donde se construye el puente de la reinserción.

Se habla con frecuencia de las estancias hospitalarias consumidas por razones no médicas por problema social. El programa de la planificación del alta viene a solventar esa ineficacia e ineficiencia que supone no abordar la realidad de la persona desde el primer momento en el que se produce el primer contacto o ingreso con el sistema sanitario.

Las estancias hospitalarias consumidas por razones no médicas son uno de los principales problemas a los que los hospitales de agudos deben hacer frente día a día, pero esa realidad no se puede afrontar de manera que perjudique a las personas quedando desvinculadas de la cadena asistencial por falta de capacidad de esta.

1. De la planificación del alta hospitalaria a la planificación del alta sanitaria: evolución del concepto

Los conceptos y los conocimientos evolucionan. Sobre todo aquellos vinculados a la organización de procedimientos y procesos del sistema sanitario. Así ha ocurrido estos últimos tiempos con el concepto de la *planificación del alta*. Primero y durante muchos años, asociado al alta hospitalaria, las nuevas fórmulas del sistema sanitario, incluyen programas de carácter ambulatorio y domiciliario, cirugías sin ingreso, a la vez que se reducen los tiempos de hospitalización y se incrementa la rotación; el concepto evolucionó de tal modo que la atención especializada y la atención primaria se ven integradas de una manera fehaciente. El texto que sigue reposa primero en el trabajo social sanitario (atención primaria y atención especializada) como un conjunto de teorías y cómo estas se transforman dentro de los establecimientos en prácticas beneficiosas para las personas (atención del caso social) y para la comunidad (investigación aplicada y propuestas).

Sin renunciar a los ideales filosóficos que contribuyeron a la fundación de la disciplina del trabajo social sanitario, se enfatiza en la generación de conocimiento moderno para prestar servicio a un sistema sanitario moderno que asume por principio el modelo biopsicosocial. En el trabajo social sanitario, venimos diciendo que se da un común denominador: la enfermedad, el elemento presente en todos los casos que se tratan, en sí misma, su sola presencia, provoca desajustes sociales. El grado de intensidad de estos, su gravedad y la complejidad para su resolución u orientación variarán entre las personas atendidas, como lo hará la necesidad o no de ayuda profesional.

Pero el desajuste social que provoca la enfermedad aguda o crónica es innegable, cosa que no ocurre con otros ámbitos, como educación, justicia, empresa, etc. Partiendo de ese desajuste imposible de evitar surge la nueva fórmula en la que el trabajo social sanitario ejerce un papel primordial: «la integración funcional de la atención primaria y la atención especializada asumiendo un único procedimiento que vincula a los profesionales de ambos ámbitos». El programa de la planificación del alta sanitaria, apoyado en un sistema de información adecuado, permite conocer la incidencia, la magnitud de las roturas y, a la vez, combinarla con las necesidades posteriores de tratamiento social sanitario que se distribuye entre la atención especializada y la atención primaria y, ocasionalmente, con el apoyo de los servicios sociales.

Así en el título del módulo se introduce un nuevo matiz. El cambio del hasta ahora clásico enunciado «Programa de la Planificación del Alta Hospitalaria» por el de «Programa de la Planificación del Alta Sanitaria».

El cambio de «alta hospitalaria» por «alta sanitaria» lo presentó la autora por primera vez en las Jornadas del SIPOSO 2008 y obedece a la misma evolución del sistema sanitario en su organización funcional.

La «planificación del alta hospitalaria» indica que la persona deja el hospital, pero no el sistema sanitario. La «planificación del alta sanitaria» apunta a ese momento en el que la persona ya ha resuelto el proceso clínico actual, ya no requiere atención o supervisión médica.

Como venimos señalando cada vez es más frecuente que el tratamiento o la intervención social sanitaria iniciada en hospitalización tenga continuidad en otra área, por decir una, las consultas externas, u otro ámbito, la atención primaria. Muchos casos también llegan al hospital siguiendo un tratamiento o intervención social sanitaria diseñada desde la atención primaria sanitaria. Así las personas aun recibiendo el alta hospitalaria siguen bajo la tutela de un servicio de trabajo social sanitario que puede tener trabajadores sociales adscritos en las diferentes áreas. Conviene señalar, no obstante, que uno de los momentos más críticos es cuando se deja el hospital.

Paralelamente, el texto se apoya en la existencia de un servicio de trabajo social sanitario consolidado, configurado y organizado a modo de un servicio central como es el caso del unidades de laboratorio, de radiología, u otros que atienden a todo el establecimiento o complejo sanitario.

La hospitalización como concepto se divide en tres partes: la admisión, la estancia y el alta. Tanto desde el punto de vista asistencial como organizativo, en cada una de las partes se convocan actividades particulares que afectarán a la siguiente. Por ello, en los procedimientos de ingreso que apliquemos diferenciaremos los elementos propios asociados a cada momento. Por igual, las disciplinas implicadas además del trabajo social, en especial, medicina, enfermería, precisarán aquello que en cada tramo se requerirá de su función. Este es un ejercicio de introspección que evalúa «el cómo» se atiende a las personas, con qué procedimiento y a partir de qué procesos, para ver si se puede reformular buscando la mayor efectividad. Todo ello no surge espontáneamente. Por ejemplo, si sabemos que algunas personas cuando reciben la noticia del alta hospitalaria expresan dificultades que ya estaban ahí desde el primer día de ingreso ¿por qué no buscar una fórmula que permita acceder a esa información sensible de la persona cuanto antes con el objetivo de prevenir esa situación?

La planificación de los procedimientos en general reposa en la racionalidad con la mirada puesta en que la organización resultante no vulnere la aplicación de los conocimientos.

Referencia bibliográfica

D. Colom (2009). «Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales». En: *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona: Hacer.

2. Definiciones de la planificación del alta

En la *Blackwell Encyclopaedia of Social Work*, Bridget Penhale explica la planificación del alta como sigue:

«La planificación del alta desde el hospital es el proceso por el cual las personas dejan el hospital después de un periodo de cuidados de ingreso y regresan a su vida en comunidad. Ello puede ser al propio hogar de la persona, una prestación de albergue o una residencia para cuidados de enfermería. La necesidad de planificar el alta para una transición exitosa y que el individuo pueda regresar a su comunidad concierne a una amplia gama de clientes de servicios incluyendo a personas mayores, adultas, con dificultades en el aprendizaje, y todos aquellos con problemas mentales. El plan debe basarse en las necesidades del individuo y en particular, en las necesidades de servicios, asistencia o equipamientos una vez se haya ido del hospital. Ello debe proveerse cuando la persona deja el hospital, o después en un corto tiempo».

B. Penhale

En el *A Dictionary of Social Work and Social Care* (2.^a ed.), la planificación del alta se explica ampliamente en los siguientes términos:

«La importancia, en principio, de planificar las altas del hospital de manera sensible y efectiva para la persona en cuestión tiende a quedar ensombrecida por el enfoque en la velocidad del alta y el énfasis en los objetivos y las sanciones. Aunque la planificación del alta puede involucrar a personas de cualquier edad, las personas mayores constituyen la gran mayoría de aquellos con quienes los trabajadores sociales [sanitarios] hacen planes. Las consecuencias son para las personas mayores de los hospitales, que ejercen una mayor presión sobre los trabajadores sociales [sanitarios] para garantizar su alta inmediata, y puede que sean dados de alta directamente a hogares de cuidado sin el beneficio de un periodo de rehabilitación que les haya permitido recuperarse lo suficiente como para regresar a sus hogares. Alternativamente, pueden ser dados de alta al domicilio antes de que estén listos, lo que crea riesgos físicos, psicológicos y emocionales, la posibilidad de un reingreso temprano y la imposición de presiones adicionales sobre los cuidadores. Tales consecuencias de una planificación inadecuada del alta van directamente en contra del apoyo al control de las personas mayores sobre sus procesos de planificación de la vida...».

La explicación sigue, por lo que se recomienda consultarla directamente en el recurso que se encuentra en la biblioteca. La definición habla de *trabajadores sociales*, pero en la traducción se han utilizado los términos usados en España, *trabajadores sociales sanitarios*.

Una de las definiciones más completas es la de la American Hospital Association, que define el programa de la planificación del alta como:

«Un procedimiento centralizado, coordinado e interdisciplinario, en el cual, los miembros del equipo de salud colaboran con los enfermos y sus familias, anticipándose a las necesidades de estos después de la hospitalización, desarrollando un plan que les ayudará a ganar independencia y a mantener los beneficios ganados durante la estancia en el hospital.»

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

Otras definiciones del programa son las siguientes:

Referencia bibliográfica

B. Penhale (2009). «Discharge Planning». En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 94). Oxford. Blackwell Publishing.

Referencia bibliográfica

J. Harris; V. White (2018). «Discharge planning». En: *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford University Press. <http://bit.ly/31mZUYN>.

«La planificación del alta es un elemento necesario en el plan de tratamiento de cada enfermo. Es el foco principal del departamento de servicios sociales del hospital. El proceso comprende el estudio sociosanitario (*screening*), asesoramiento y plan de seguimiento.»

(1984, marzo) GWU Medical Center (vol. VI, núm. 6).

«La identificación prematura de los problemas sociales es esencial, así, los enfermos y sus familias, al tener una perspectiva real de la hospitalización, desde el principio pueden participar mejor en los planes de alta.»

S. Butcher (1984). Directora del Departamento de Servicios Sociales del George Washington University Medical Center. Washington.

«La planificación del alta es donde los cuidados médicos están en interfase con la calidad de vida. Es donde el cuidado humano necesita integrarse con las capacidades técnicas. Es donde las instituciones deben validar su misión y razón de ser.»

G. Field (1978). «The anatomy of discharge planning». *Social Work in Health Care* (vol. IV).

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

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

«Las actividades de la planificación del alta deben empezar lo más pronto posible dentro del período de estancia hospitalaria de los enfermos. El asesoramiento de las necesidades de los pacientes en la planificación del alta debe reflejar una comprensión del diagnóstico, pronóstico y la capacidad del paciente y su familia para participar en el plan. El plan del alta del paciente tiene que estar diseñado para facilitarle a él y a su familia un funcionamiento óptimo.»

U.S. Department of Health Education and Welfare, Professional Standards Review Office. **PSRO Manual**.

«El cálculo y la efectividad en el proceso de planificación del alta es un factor importante para determinar cuándo el paciente regresará a su casa. Esto será cuando no necesite cuidados de un nivel hospitalario.»

H. Thomson (1973). «Discharge planning: assisting patients with post hospitalization plans». *Journal of the American Hospital Association*.

«El componente crucial en el Programa de Planificación del Alta es la coordinación y la centralización de los cuidados hacia la identificación de las necesidades pos-hospitalarias del enfermo y de los recursos y financiación necesarios para cubrirlos.»

R. Kulys (1970). «Discharge planning». *Journal of the American Hospital Association*.

«Las personas no son problemas de alta, tienen problemas de alta. La planificación del alta es donde los cuidados médicos se cruzan con la calidad de vida. Donde las necesidades humanas de atención, chocan o se unen con las posibilidades técnicas.»

G. Field (1978). «The anatomy of discharge planning». *Social Work in Health Care* (vol. IV).

«El equipo de planificación de altas, generalmente, está compuesto por el paciente y su familia, el médico, la enfermera encargada directamente de las atenciones al paciente, el trabajador social, y representantes de todos los departamentos que van a facilitar los servicios directos.»

F. William; B. Jessee; J. Doyle (1984). «Discharge planning: using audit to identify areas that need improvement». *Quality Review Bulletin*.

2.1. Profesionales integrantes del Programa de la Planificación del Alta

El Programa de la Planificación del Alta es interdisciplinario. Es en esta interdisciplinariedad donde reside su fortaleza y posterior efectividad, pues toma las tres perspectivas esenciales, la de medicina, la de enfermería, y la de trabajo social sanitario. Esta última perspectiva es la que, en la actualidad, supone un cambio más radical en la intervención dentro de los parámetros del programa puesto que implica la intervención sistemática desde la unidad de trabajo social sanitario cuando se pone de relieve la existencia de los criterios denominados de riesgo.

La intervención sistemática del equipo de trabajo social sanitario supone un auténtico cambio de paradigma, pues la responsabilidad en la detección de los problemas o dificultades psicosociales recae en primera instancia sobre los equipos de trabajo social sanitario que se ayudan de la identificación de criterios de riesgo social y sanitario en la persona enferma y su familia.

3. El Programa de la Planificación del Alta Sanitaria en la actualidad

Debemos empezar señalando que cada vez más la planificación del alta la asumen unidades de enfermería, y también debemos añadir que esto ocurre, en gran parte, por el abandono de responsabilidades con relación al programa de la planificación del alta de las unidades de trabajo social sanitario, de sus profesionales.

Cuando en 1985 quien escribe implementó el primer programa de la planificación del alta en España, esto supuso un gran impulso a la presencia del trabajo social sanitario en los hospitales agudos. El porqué se han ido perdiendo competencias al respecto debe ser motivo de estudio y autocrítica. Dicho esto, en el presente módulo estudiamos la teoría y práctica del programa de la planificación del alta dentro de las unidades de trabajo social sanitario hospitalario, tal como se gestó en sus orígenes a principios del siglo pasado y como fue concebido, como un programa liderado por trabajo social sanitario.

Los principios filosóficos y asistenciales mantienen su centro de gravedad en la persona y su familia, su entorno y sus apoyos; así como, en sus dificultades, sus miedos y sus trastornos más íntimos. A lo largo de estos años, dentro de múltiples experiencias, se han revelado grandes fortalezas y oportunidades, todas ellas relacionadas con la investigación, la planificación de servicios y la optimización de los medios disponibles.

Tabla 1. Pilares de la planificación del alta sanitaria

Investigación	Permite el seguimiento del procedimiento general y el sistema de información homogéneo aplicado que, por sencillo que sea, siempre supone una gran base de datos.
Planificación	La planificación de servicios se apoyará en los resultados, en tiempo real, aflorados de la investigación que se vaya realizando.
Optimización	Es el efecto secundario natural que se da al reorganizar los momentos bisagra (encadenamiento de tareas entre profesionales) de la planificación.
Propuesta	Se apoya en los resultados, en la evaluación de los beneficios sobre el bienestar de las personas enfermas.
Prevención	Se da de manera natural al adelantarse a las dificultades. Un aspecto es la prevención individual y otro es la creación de programas preventivos pensando en el alta.

La brevedad progresiva de todos los procesos clínicos en el hospital requiere y justifica un nuevo orden en la organización de la asistencia enfatizando en programas de apoyo, tanto en la detección como en la cualidad de la convalecencia. Dos puntos críticos son la **admisión** y el **alta** hacia la atención primaria, pero el alta definitiva desde la atención primaria es igualmente un pun-

to crítico porque la persona deja definitivamente el sistema. Ya no hay seguimiento hasta una nueva admisión. Y cuando se produce la admisión, de nuevo el alta es solo cuestión de días. Por esto, aunque sean momentos distintos hay que verlos, a la vez, trenzados.

La planificación del alta desde los primeros días del ingreso si se considera la evolución de las personas enfermas implica, por parte de los profesionales del hospital, la valoración del servicio que prestan y la conciencia de que los beneficios aportados a la persona pueden perderse cuando esta regresa a su casa, si no se implica adecuadamente a la atención primaria. La atención primaria es la garantía de la continuidad. La gestión centrada en la persona se materializa con este tipo de programas que alumbran las circunstancias particulares de cada persona enferma y su entorno, en su ambiente, y se consideran dentro de la prestación sanitaria cómo afecta a su recuperación.

Todo ello concluye en la combinación, por una parte, de los conocimientos de todas las disciplinas que conviven sin perder su rol y, por la otra, creando una estructura organizativa que lo posibilite. Tómese nota de que se habla de organización de la estructura y no de los conocimientos en sí mismos que pertenecen a la disciplina. La organización, en este caso, está al servicio de los conocimientos para que puedan llegar a la persona enferma que los necesita para su mejora. ¿Cómo se facilita que estos lleguen a las personas ingresadas, a su familia?, y ¿cómo se garantiza que no se pierden los beneficios que les han aportado?

El momento del ingreso, la fase de admisión arrastra tantas vivencias y preocupaciones de toda índole para la propia persona y, sobre todo, para la familia, que no se suele pensar en el alta. Tampoco es el primer día el momento indicado, estratégicamente hablando, para mencionar el alta pero sí que con la información disponible, la persona enferma puede considerarse de riesgo o no. En los casos determinados como de riesgo, a partir del segundo o tercer día se iniciará la primera parte del procedimiento de la planificación del alta hospitalaria: la obtención de más información psicosocial. Asumiendo la hipótesis de que el ingreso hospitalario va asociado al alta hospitalaria se arroga también la necesidad de que en el periodo de admisión cuando se obtienen los primeros datos (administrativos y clínicos) esta se empieza a planificar. La planificación será más o menos larga y más o menos compleja según cada caso, pero ante determinados casos complejos y que *a priori* se sabe, implicarán necesariamente a la atención primaria, se establecerá simultáneamente el primer contacto con el trabajador social sanitario del centro de salud.

Desde el hospital se iniciarán cuanto antes los estudios diagnósticos social sanitarios sin que ello implique dar el alta antes de tiempo. Esta es una falsa asociación que, a veces, se da y es importante aclararla para favorecer la participa-

ción de la persona. Sobre todo de cara a los enfermos y familias, es primordial dejar claro que el objetivo es que el alta sea efectiva cuando médicamente ya no se requiera permanecer en el hospital, no antes.

La noticia del alta presenta muchas caras y, si bien, en general, el regreso a casa es una buena noticia, en algunos casos¹ lo es a medias y en otros se vive claramente como una mala noticia. La peor noticia. Por lo tanto, con todos estos elementos parece lógico incorporar a la organización asistencial la gestión del alta que implica simultáneamente a la atención especializada y a la atención primaria.

⁽¹⁾Cada hospital puede investigar cómo se distribuye esta variable en su población.

Para poder hablar de actividad científica, en vez de una actividad común, se basará en un procedimiento interdisciplinario que permita, partiendo del diagnóstico sanitario, sobre todo del pronóstico y ante la presencia de algunos indicadores de riesgo social y sanitario, adelantarse a los posibles inconvenientes debidos a problemas sociales o a dificultades que ya en el momento del ingreso están latiendo.

El Programa de la Planificación del Alta responde tanto a las necesidades de las personas como a las necesidades de optimización de los recursos sanitarios. Este es su gran potencial. En paralelo, se plasma la responsabilidad de los profesionales que, por su experiencia y basados en investigaciones previas, conocen posibles secuencias de necesidades de apoyo, las cuales, siempre deberán estudiarse y verificarse periódicamente. Ese adelantarse no es un ejercicio de elucubración o de opinión, sino que se trata de desplegar escenarios probables tomados de los datos existentes en cada unidad de trabajo social sanitario y otros que se crea necesario de obtener.

La limitación del tiempo de ingreso provoca que todo se dé muy deprisa y si bien los profesionales están habituados a ello, las personas enfermas, las familias en su mayoría, no. Todo resulta precipitado, a veces inconexo. Ello justifica una estrategia interdisciplinaria que permita ganar eficacia sin perder eficiencia. La reducción del tiempo de ingreso es patente cuando se analiza las estadísticas de los últimos años.

Las tablas y gráficos que siguen, aun siendo una breve pincelada de la nueva realidad, muestran la evolución de ambos indicadores desde 1994 hasta el 2004 en el caso del descenso de camas de hospitales operativas y entre 1994 y el 2003 en el caso de la rotación.

Tabla 2. Camas en España según actividad asistencial por 10.000 habitantes

Año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	40,06	39,26	38,86	38,23	37,73	37,36	36,78	35,94	35,36	34,50	34,17

Fuente: INE. Indicadores sociales (2006)

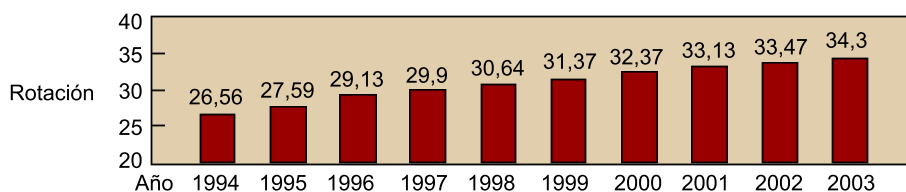
La tendencia decreciente es más que evidente. En diez años casi se ha reducido en seis puntos el número de camas hospitalarias, mientras que la población en España aumenta año tras año. Se reducen las camas y aumenta la rotación. Ello justifica la puesta en marcha de programas de carácter social que refuercen las redes familiares y personales de las personas atendidas.

Tabla 3. Índice de rotación

Año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total	26,56	27,59	29,13	29,90	30,64	31,37	32,37	33,13	33,47	34,30

Fuente: INE. Indicadores sociales (2006)

Gráfica 2. Índice de rotación



Fuente: INE. Indicadores sociales (2006)

Esta realidad contrastada muestra la clara evolución y tendencia en el día a día. Todo ello aboga al hospital en especial, pero también afecta a la atención primaria, a efectuar grandes cambios en la singular dinámica asistencial de los diferentes procesos.

El Programa de la Planificación del Alta Sanitaria es uno de los procedimientos más significativos dentro de la unidad de trabajo social sanitario. Es aplicable a tres tipologías de ingresos:

- los ingresos por urgencias,
- los ingresos programados,
- los ingresos de cirugías ambulatorias.

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

3.1. La justificación de la implementación del Programa de la Planificación del Alta

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

Precisión al cuantificar

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

Las dos circunstancias son:

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

La respuesta para prevenir ambas circunstancias la tenemos en el procedimiento del Programa de la Planificación del Alta, que entre las 24-72 horas de producirse el ingreso aplica un *screening* para descartar la presencia real de problemas sociales. Este *screening* se realiza desde la unidad de trabajo social sanitario siendo la población diana todas las personas ingresadas que cumplen alguno de los indicadores de riesgo social y de riesgo clínico. Del resultado se informa al equipo sanitario y se deja constancia en la historia clínica, se trata de información útil para su propia intervención sanitaria. Esta información preliminar es de gran ayuda para los profesionales sanitarios, ya que les permite potenciar los aspectos de educación sanitaria y comunicación con la persona enferma y la familia considerando su contexto particular.

En cuanto a los supuestos también se dan dos clásicos:

- Se produce una descoordinación entre unidades internas y/o externas para completar pruebas diagnósticas y ello retrasa el alta. Este retraso no es atribuible a los problemas sociales, incluso estando presentes. Entonces procede afirmar que la estancia inadecuada no es sinónimo de problemas sociales de alta, si bien estos pueden provocar el consumo inadecuado de estancias.
- El sistema público y/o privado carece de capacidad para satisfacer las necesidades de las personas atendidas en el hospital una vez dadas de alta. Se señala el término «satisfacción de necesidades» y no «satisfacción de la demanda», pues desde el trabajo social sanitario se trabaja sobre la base de necesidades diagnosticadas, aunque la puerta de entrada sea la demanda

El AEP

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

expresada por la persona o su familia. Se atienden las demandas, pero se cubren las necesidades.

Todo ello debe concretarse a partir de un análisis descriptivo complementado con un análisis estadístico y estudio de tendencias. Necesitamos conocer la magnitud de los déficits estructurales externos al sistema sanitario que interfieren en el uso óptimo del hospital: las plazas de los recursos externos de apoyo (atención domiciliaria, residencias, centros sociosanitarios, etc.), los recursos humanos, las tipologías de apoyo más necesarias etc., que afectan su funcionamiento. Es preciso darle, además, de valores cualitativos, valores cuantitativos a las carencias del sistema de servicios de trabajo social sanitario recogidos en el catálogo de prestaciones. En este sentido, el Programa de la Planificación del Alta es una potente herramienta de apoyo a la gestión para ir concretando magnitudes e influencia.

4. Objetivos del Programa de la Planificación del Alta

4.1. Objetivo general

Se considerarán dos planos:

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

4.2. Objetivos específicos

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

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

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

4.3. Criterios de riesgo

Vimos en el módulo anterior la definición dada por la OMS de riesgo. Y también vimos que el hecho de que se dé un criterio de riesgo no significa que necesariamente exista un problema. Siempre vamos a contextualizar dicho criterio y lo estudiaremos de acuerdo a la vivencia y entorno de la persona.

4.3.1. Criterios de riesgo social

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

- Tener más de 75 años.
- Tener más de 70 años y vivir solo o con pareja de edad similar.
- Tener más de 70 años y padecer una enfermedad crónica.

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

4.3.2. Criterios de riesgo clínico

Existen criterios clínicos que, por su trascendencia y afectación en lo social, cuando están presentes requieren de un primer estudio social sanitario. Dichos criterios son la acumulación de los utilizados en hospitales en los cuales se han dado cursos sobre el Programa de la Planificación del Alta, estos criterios son:

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

- Sordera.
- Traqueotomía.

4.4. Las fases generales del Procedimiento del Programa de la Planificación del Alta

Las siguientes fases son aplicables en cualquier área si bien cada uno deberá corroborarlas y completarlas con cuatro respuestas: para qué sirve la fase en concreto, dónde se ejecuta, cuándo se ejecuta considerando el tiempo de atención y quién es el responsable.

1) Fase estudio

a) Primer *screening* de trabajo social sanitario

- Identificar a diario a las personas ingresadas o atendidas con los criterios de riesgo definidos.
- Clasificarlas según:
 - Primera visita.
 - Visitas anteriores en la unidad de trabajo social sanitario (sea atención primaria o atención especializada). Se buscará la historia de trabajo social sanitario.
- Distribución de los casos según esté organizada la unidad de trabajo social sanitario: por áreas médicas, por especialidades médicas, por áreas, por zonas de residencia, etc.

b) Segundo *screening* de trabajo social sanitario

- Conocer el diagnóstico médico de ingreso o de la visita ambulatoria y, cuando sea posible, el pronóstico.
- Si el diagnóstico médico o el estado general no lo contraindican, se realiza el segundo *screening* de trabajo social sanitario entre las 24-72 horas después de la identificación.
 - En atención primaria será un contacto telefónico.
 - En atención especializada será una visita personalizada.

c) Realizado el segundo *screening* de trabajo social sanitario, se separan las poblaciones según: alta social, posible problema social, problema social.

d) Se deja constancia del resultado del *screening* en la historia clínica:

- Alta de trabajo social sanitario.

- Seguimiento de trabajo social sanitario para estudio.
- e) En los casos de seguimiento, la trabajadora social sanitaria, ella o él, programa la primera entrevista con la persona para iniciar la recogida inicial de información y tratar de emitir un prediagnóstico social sanitario.
- En atención primaria se deja a criterio de la trabajadora social sanitaria si esta entrevista se realizará dentro de una visita domiciliaria.
 - En atención especializada puede ser donde se estime oportuno dentro del establecimiento.
- f) A la persona se le piden los permisos y consentimientos oportunos para poder gestionar el caso con agentes externos y la misma familia que ella identifique como cuidador/a principal.
- g) Obtenidos los permisos, se contacta a título informativo con la unidad de trabajo social sanitario del otro ámbito de atención, que por la propia evolución del caso se verá implicado.
- h) Se identifican y estudian los recursos y soportes disponibles en la comunidad de la persona que puedan ayudarla.
- i) Se mantienen las entrevistas necesarias para clarificar la situación, la vivencia y los caminos de apoyo. Se la invita a hablar de sus miedos respecto al futuro.

2) Fase diagnóstica

a) Consultadas las fuentes necesarias y aplicadas las técnicas diagnósticas correspondientes, se establece un primer diagnóstico social sanitario. Se elabora una primera síntesis diagnóstica que será la que se comunica al resto de profesionales médicos y de enfermería y se escribe en la Historia Clínica.

b) Diagnóstico social sanitario

- Con el primer diagnóstico social sanitario o prediagnóstico se definen las líneas del plan de tratamiento, así como los procesos que se van a iniciar para prestar los servicios de trabajo social sanitario necesarios. Ello siempre con el acuerdo y la participación de la persona.
- Se diferencian aquellos servicios de trabajo social sanitario que se prestan a la persona de los que se prestan a la familia.
- Para los procesos de tratamiento se sigue la propuesta de Gordon Hamilton.

Dimensiones de la acción (Gordon Hamilton)

Gordon Hamilton establece tres dimensiones de la acción.

- 1) Tratamiento directo: Dimensión psíquica y emocional. Se rebajará su ansiedad. Se le sugerirán ayudas externas, formales e informales.
- 2) Gestión del entorno: Se mantendrá contacto con las personas de apoyo. Se gestionará igualmente su ansiedad.
- 3) Administración y gestión de los apoyos formales: Dimensión de recursos. Gestión de los recursos formales que garantizarán la atención a la persona.

c) La comunicación sobre la evolución del caso y de los apoyos al resto del equipo mantiene la doble dirección, los cambios en el diagnóstico médico que pueden alterar el pronóstico o cambios en el diagnóstico social sanitario, modificando el proceso y el tratamiento social, por ello es tan importante mantener canales estables de comunicación.

3) Fase de servicios de trabajo social sanitario para tratamiento

- a) Los servicios de trabajo social sanitario destinados al tratamiento pueden implicar, además de lo propio, el uso de recursos.
- b) Esto implica la elección de una entidad frente a otra.
- c) Es una fase crítica que la persona o su familia puede vivir como invasiva porque se materializa la acción.
- d) Se asignan responsabilidades. Los miembros del núcleo familiar o tutores participan en las decisiones que se vayan tomando y realizan las gestiones correspondientes para la gestión del recurso o programa.
- e) Participan de las sesiones conjuntas de apoyo psicosocial.
- f) Establecimiento de los «acuerdos» con la persona y su familia.
- g) Cada profesional contacta cuanto antes con quienes son responsables de concretar los servicios de tratamiento.
- h) Sesión de seguimiento de la vivencia y la eficiencia en las gestiones. Se observan los roles familiares y su reajuste a la nueva realidad.
- i) Se mantiene informada a la unidad de trabajo social sanitario, el miembro responsable, que seguirá el caso.
- j) Se realiza una derivación activa, ello es cerrando la fecha de visita de continuidad y el traspaso de los procesos de tratamiento iniciados o en curso.

k) Elaboración de los informes de alta: de medicina, de enfermería, de trabajo social sanitario y, si corresponde, de otras disciplinas.

l) Llamada postalta de seguimiento.

4) Procesos de gestión de la información y evaluación de resultados

a) Registro electrónico de la información en el sistema de información.

b) Evaluación periódica de los resultados y análisis de las tendencias.

c) Propuestas de reorganización interna y de servicios externos.

4.5. Dimensiones que aborda la unidad de trabajo social dentro del programa de la planificación del alta

Si bien la unidad de trabajo social sanitario en el hospital tiene otras competencias, la mayor parte de ellas están orientadas a ese momento en el que la persona deberá regresar a su casa. Así, debe estudiar las siguientes dimensiones:

- **Cómo explica la persona enferma su enfermedad:** cuál es su relato, cómo se proyecta al futuro o si, por el contrario, carece de proyectos.
- **La situación familiar de la persona ingresada:** con quién vive, con quién vivirá, calidad percibida de la relación, confianza en los suyos, etc.
- **Las posibilidades propias de la persona ingresada para seguir las indicaciones terapéuticas cuando reciba el alta:** autonomía funcional, autonomía percibida, autonomía instrumental, conciencia de necesidad, y capacidad para aceptar ayuda externa a sí mismo, etc.
- **Las posibilidades de la familia o red informal para garantizar la continuidad de la asistencia en el domicilio:** ya no se trata tanto de la voluntad o no de la familia para prestar la atención, sino de las posibilidades con que cuenta, las habilidades y también muy importante, de los momentos del día en que puede atender al familiar. La situación económica actual hace que si hay un trabajo será muy difícil dejarlo para garantizar esta atención.
- **Atenciones biopsicosociales que precisará después del alta:** el plan detallado de cuidados es imprescindible, cuáles serán las necesidades profesionales, quién debe prestar la ayuda, puede hacerlo la familia o no, etc.
- **Las posibilidades que ofrece la vivienda para realizar las curas o atenciones:** higiene, espacio, servicios, barreras arquitectónicas, ventilación, humedad, calefacción, etc.

- **Los sentimientos del enfermo respecto a su enfermedad:** qué piensa de ella, qué le han dicho, qué espera del tratamiento, habla de la muerte, de la discapacidad, cómo habla de ello, etc.
- **Los sentimientos de la familia respecto a la enfermedad del familiar:** ¿Qué expresa la familia? Afecto, culpabilidad, desprecio, sobreprotección, negación, esperanza-desesperanza, desaprensión o aprensión, etc.
- **Las posibilidades del entorno comunitario receptor de la persona dada de alta:** ¿Dónde reside la persona? Entorno rural, entorno urbano, cuenta con recursos públicos, grado de colapso de los programas y servicios sociales, etc.
- **Capacidades propias para desplazarse con autonomía:** acceso a la atención primaria, desarrollo de la atención primaria, disponibilidad de los profesionales, etc.
- **Desajustes en el núcleo familiar provocados por la nueva situación:** dificultades que pueden surgir con los niños, con algún otro familiar, riesgos para la familia y para la persona enferma, etc.
- **Demandas de soporte:** cómo la persona afectada y/o la familia esperan resolver su situación. Qué tipología de soportes externos predominan. Es importante diferenciar ambos grupos de expectativas, aceptando *a priori* que muchas veces entre la persona ingresada y su familia no hay una coincidencia total.
- **Qué espera la persona y la familia de nuestra intervención:** necesitamos saber cuáles son sus expectativas con respecto a la ayuda que pueda recibir de nuestra parte, con nuestra intervención. ¿Se ajustan estas expectativas a la realidad?
- **Capacidad de respuesta de los recursos comunitarios:** en qué medida los centros de primaria y/o comunitarios están preparados para recibir a la persona enferma.

El programa de la planificación del alta evita que el desencadenante de la intervención de la unidad de trabajo social del hospital sea la negativa de la familia, o del mismo enfermo, a regresar a casa cuando el médico le comunica el alta. En este caso, la demanda de intervención, a pesar de los años transcurridos señalando que esta es una mala práctica, sigue respondiendo a que sea el trabajador social sanitario quien gestione esa salida del hospital más de forma administrativa que de forma gestionada. Ello es que el alta médica debe transformarse en alta hospitalaria (que la persona abandone el hospital) y sin que se estudie, diagnostique y elabore un plan de trabajo social sanitario que asegure las mejores condiciones para este regreso a casa. La vuelta a casa des-

pués de una hospitalización imprime unas necesidades que deben estudiarse durante el ingreso y no cubrirse en el último momento a golpe de recurso o servicio social.

Ello deja de ser un servicio centrado en la persona. La planificación del alta jamás se da en estos términos que incluso éticamente resultan inaceptables.

4.6. Resultados esperados del Programa de la Planificación del Alta

Siempre centrados en la población de riesgo y atendida dentro del Programa de la Planificación del Alta, los resultados generales esperados son los siguientes:

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

4.7. Algunos resultados reveladores de las posibilidades del programa de la planificación del alta

Para reforzar este argumento, vamos a dos resultados obtenidos en los primeros años de la puesta en marcha del programa de la planificación del alta en España. Los resultados pueden parecer viejos, pero siguen siendo los únicos

existentes que reflejan evidencias de los beneficios del programa cuando su liderazgo recae en la unidad de trabajo social sanitario. Vamos a presentar dos ejemplos, todos ellos reales, para que podamos reflexionar sobre nuestro rol.

Influencia de las unidades de trabajo social sanitario en el uso adecuado de los recursos

La información se sitúa en los años 1993-1994 y se ha presentado muchas veces, pero este es un espacio idóneo para verla de nuevo y reflexionar sobre ello. Refleja las solicitudes de ingreso en un centro sociosanitario desde la unidad de trabajo social sanitario. Se trataba de personas enfermas con gran dependencia pero que podían ser dadas de alta del hospital. Básicamente, se trataba de personas mayores, con secuelas de su dolencia aguda o agravamiento de procesos crónicos, lo que les impedía tener independencia, y cuya familia no tenía posibilidades de prestarles atención. Esta puntualización es necesaria, dado que hoy la definición de centro sociosanitario incluye nuevas tipologías de personas afectadas y nuevas fórmulas más objetivas de programar el ingreso.

Tabla 4. Comparación de las demandas de ingreso en un centro sociosanitario entre trabajadoras sociales sanitarias de una misma unidad

Programas	Solicitud de ingreso en centro sociosanitario
Programa de la planificación del alta y atención a domicilio: Trabajadora social sanitaria A	32
Programa de la planificación del alta: Trabajadora social sanitaria B	69

La tabla 4 muestra las demandas de ingreso en el centro sociosanitario realizadas por dos trabajadoras sociales sanitarias de la misma unidad de trabajo social sanitario hospitalario en un hospital general de agudos. Ambas, miembros de la misma unidad, aplicaban el programa de planificación del alta interviniendo sistemáticamente de acuerdo con el procedimiento de trabajo social sanitario de la planificación del alta. Los resultados obedecen a personas atendidas en las mismas áreas médicas: medicina interna, cirugía general y cirugía ortopédica, dentro del mismo periodo de tiempo. La única diferencia entre ambos era que:

- La trabajadora social sanitaria A, aparte de aplicar el programa de alta, tenía capacidad operativa para gestionar directamente un programa social de atención a domicilio temporal postalta que depende funcionalmente del hospital. Además, atendía a población procedente de un área urbana. El programa social de atención a domicilio estaba coordinado por A y la distancia entre el problema y el soporte necesario para cubrirlo era prácticamente de cero días.

- La trabajadora social sanitaria B atendía a población procedente del mundo rural y de diferentes municipios. Aunque seguía el procedimiento de trabajo social sanitario del programa de alta, para solicitar la atención a domicilio debía seguir los pasos habituales establecidos, a través de la atención primaria de salud o de servicios sociales comunitarios, dependiendo de la zona geográfica de procedencia de la persona afectada.

Como puede observarse, en el mismo periodo, A realizó la mitad de las solicitudes de ingreso en el centro sociosanitario con relación a B.

¿Qué explicación tienen estos resultados?

Como puede observarse, en el mismo periodo, A realizó la mitad de las solicitudes de ingreso en el centro sociosanitario con relación a B.

¿Qué explicación tienen estos resultados?

El disponer de un programa alternativo y temporal de ayuda a domicilio, como era el caso de A, permitía una mejor gestión del alta y una mayor precisión del diagnóstico social sanitario, lo que le permitía analizar las posibilidades de regreso a casa con la atención a domicilio garantizada. Dado que A disponía de un programa que ella misma gestionaba, a la familia se le transmitía únicamente credibilidad, seguridad, confianza y, por supuesto, soporte real en el domicilio. La educación era una de las funciones del programa para enseñarles a atender a su familiar con la garantía de soporte externo si se necesitaba.

En este caso, B trabajaba con los circuitos de coordinación habituales desde la década de los ochenta del siglo pasado. Se encontraba con el colapso de los servicios sociales comunitarios para dar respuestas adecuadas y rápidas a las personas dadas de alta del hospital. Por ello, frente a la necesidad de soporte, optaba por iniciar la solicitud de ingreso en centro sociosanitario de manera «preventiva», es decir, por si la situación se agravaba tener dispuesta esta parte.

El ejemplo real pone de manifiesto cómo desde las unidades de trabajo social sanitario se influye en el uso y la solicitud de recursos de ingreso, en este caso centro sociosanitario.

Cómo un programa de la planificación del alta puede reducir las solicitudes de atención a domicilio de los servicios sociales comunitarios

Desde hace años –esta experiencia piloto está fechada en 1994–, la atención primaria social, los servicios sociales, está colapsada. En su momento nos preguntamos si se paliaba de alguna manera y si contribuíamos en algo a gestionar este colapso. La pregunta clave fue: ¿Somos demasiado tolerantes con los circuitos y organizaciones que no funcionan?

Referencia bibliográfica

D. Colom; I. Moreno; C. Gómez (1991). «Un problema: las altas hospitalarias, una solución: programas de atención a domicilio hospitalarios, ¿por qué no?». *Revista Trabajo Social y Salud* (núm. 9). Zaragoza.

Se abre un paréntesis para señalar que, aunque los resultados de la experiencia demostraron lo mucho que desde las unidades de trabajo social sanitario se podía contribuir a mejorar la sostenibilidad del sistema de servicios sociales, a reducir el colapso permanente de los servicios sociales, en concreto de sus programas de atención a domicilio, la experiencia piloto quedó como eso, una experiencia piloto. No se suprimió el programa que hoy, cerca del 2020, aún sigue funcionando. Sin embargo, no se consideró que la experiencia se extrapolara a todo el sistema hospitalario. Lo que revela que los problemas y el uso inadecuado de los recursos no siempre se quieren arreglar. Se cierra el paréntesis.

Pero vamos a ver la experiencia: en la misma organización que la del ejemplo anterior, más allá de los beneficios que suponía para las personas dadas de alta del hospital disponer de un programa temporal de atención a domicilio social, se quiso justificar los beneficios que este programa suponía para la propia atención primaria de servicios sociales. Cuando un programa beneficia a una organización, indirectamente también beneficia a otras.

Una vez demostrados los beneficios que para las personas dadas de alta del hospital suponía disponer de este programa de atención temporal a domicilio postalta, se estudiaron los beneficios en ahorro de actividad que implicaba para la propia atención primaria de servicios sociales. No nos cerremos en banda bajo el relato de que «el hospital es un recurso sanitario y los servicios sociales son recursos de otro sistema». Es cierto, pero no se puede obviar el hecho de que muchas de las personas dadas de alta del hospital precisan recursos que se encuentran en la atención primaria social. Que la atención primaria social no responda afecta al hospital independientemente de que este sea del sistema sanitario.

Así, se estudió la demanda real de atención a domicilio a los servicios sociales de base por parte de las otras organizaciones hospitalarias de la zona y de los propios servicios comunitarios. La tabla 5 muestra las demandas realizadas a la primaria social de atención a domicilio.

Como punto de inicio, veamos las personas dadas de alta del hospital A objeto de estudio, las dadas de alta del hospital B, el otro centro sanitario de la misma ciudad con características de población y técnicas entre ambos iguales, y las diferentes unidades básicas de atención primaria social.

Tabla 5. Demandas de atención a domicilio a la atención primaria social

Organización	Demandas de atención a domicilio
Hospital A (aplicando el programa de alta y el programa social propio de ayuda temporal a domicilio)	6
Hospital B de la misma ciudad sin ninguno de los programas del hospital A	28

Organización	Demandas de atención a domicilio
Servicios sociales de base, generadores de sus propias solicitudes de atención a domicilio	27

Fuente: Memoria de 1994 del Ayuntamiento de Manresa.

Destaca que el hospital A, con el programa de atención a domicilio dependiente de su estructura, realizó 22 demandas menos que el hospital B y 21 menos que la atención primaria.

Estos resultados ponen de manifiesto que cuando la unidad de trabajo social sanitario hospitalario dispone de programas temporales de soporte y alternativos que cubren la necesidad postalta en el momento en el que se presenta o lo más próximo a este momento, se reduce considerablemente la demanda de intervención de la atención primaria porque muchos de los problemas se resuelven en los primeros días después de haberse producido el alta. En la misma línea, las personas que continúan en la atención primaria social tienen un perfil que justifica su derivación.

Esta es una fórmula que rompe con la concepción clásica y la organización actual, pero la evolución de las unidades de trabajo social sanitario implica precisamente investigar nuevas maneras para ser más eficientes y eficaces. Se necesitan responsables de políticas con una mentalidad abierta que contemplen los recursos existentes como estructuras flexibles y que sean capaces de arriesgarse a mejorar. Pero también, y sobre todo, se necesitan profesionales, en este caso profesionales del trabajo social sanitario, con ganas de querer mejorar las realidades a partir de las evidencias y los argumentos basados en resultados tangibles avalados por el método científico.

4.8. Círculo vicioso de algunas altas hospitalarias

Centrados en el momento del alta sin que el establecimiento cuente con un programa específico, resalta la existencia de unos puntos críticos que se van repitiendo a través de los años sin que se subsanen. Algunos de estos puntos son los siguientes:

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

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

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

El hecho de que las personas sepan que van a regresar a su casa tarde o temprano, si causas luctuosas no lo impiden, justifica la preparación de ese regreso a casa desde los primeros días del ingreso. La mayor parte de las técnicas empleadas por los equipos de trabajo social sanitario ayudan a la persona, a

su familia, a valorar subjetiva y objetivamente lo que va a suponer el alta y posterior regreso a casa. Y también desde el principio del ingreso se tratarán, además, los aspectos de soporte social previendo el tipo de ayuda, formal o informal requerida. Se enfatiza en el soporte social porque es el que permite, cuando la persona está fuera del hospital, que se lleve a cabo el soporte sanitario y es el que condiciona la tipología de ayuda final, ya sea en el domicilio, en un establecimiento diurno, o en un establecimiento de ingreso.

Dada la trascendencia que en los últimos años este particular momento de regreso a casa adquiere para la persona, los profesionales del hospital deben asegurarse de que:

- Esta tiene capacidades propias para seguir las indicaciones terapéuticas.
- Cuenta con un entorno estable y favorable que le apoya y le cuida.
- La realidad de la persona enferma no pone en riesgo el equilibrio de su entorno.
- La persona afectada tiene asegurada la continuidad de la asistencia por parte de los otros centros de atención sanitaria y si cabe, atención social y/o sociosanitaria.
- El alta no entraña riesgos para la persona ni para su entorno.

La capacidad de respuesta de los recursos externos influye en la organización interna del hospital, realidad que hay que medir y evaluar periódicamente.

5. Algunas consideraciones generales sobre la implementación del programa de alta

Una vez se ha aprobado la implementación de un programa de la planificación del alta, seguiremos unos pasos que nos ayudarán a la puesta en marcha.

- Definiremos los indicadores de riesgo sanitario y social que activarán el circuito de planificación de alta o verificaremos los clásicos aceptados internacionalmente y que se han señalado en páginas anteriores.
- Sistematizaremos la metodología de intervención proactiva, basada en las personas y nos adelantaremos a las dificultades en vez de esperar a que los problemas surjan y las personas enfermas asuman la conciencia de ello.
- Identificaremos objetivamente (mediante criterios) las personas afectadas tributarias de ser atendidas dentro del programa de alta y programaremos el *screening* entre las 24-72 horas dependiendo ello de las áreas médicas. Por ejemplo, las cirugías requieren más tiempo para este *screening* porque la persona simplemente a las 24 horas está en el preoperatorio y a las 48 horas está en quirófano o en el postoperatorio. El *screening* facilita la primera selección. Ello no significa que las personas afectadas que no cumplan con ningún indicador no puedan ser atendidos dentro del programa de alta, aunque en este caso, normalmente por razones de recursos humanos disponibles, será siguiendo el método clásico de «intervención a demanda».
- Adecuaremos el sistema de información al nuevo método, incluyendo los campos sociales necesarios para permitir la posterior investigación de variables.
- Estableceremos los canales de coordinación (asumiendo la teoría de la coordinación señalada por Halmilton, por la que indica que para hablar de coordinación debemos garantizar que desde el principio todos los profesionales implicados están presentes en las diferentes fases de procedimiento o protocolo). Podemos señalar la coordinación:
 - Intrahospitalaria: La resolución del problema o conjunto de problemas requiere la participación de todos los profesionales desde el principio. Por ello es imprescindible establecer mecanismos de coordinación y comunicación interna incluyendo en este grupo a la persona afectada y su familia. Nada salvo incapacidad puede ser hecho a espaldas de la persona afectada o sin su participación
 - Extrahospitalaria: La coordinación profesional interna no es suficiente dado que las necesidades de atención de la persona ingresada van a ir más allá de las puramente hospitalarias y de los profesionales direc-

tamente responsables de su atención mientras está ingresada. Por ello también cabe establecer mecanismos de comunicación con la atención primaria y/o la sociosanitaria de la zona dado que se encargarán de realizar el correspondiente seguimiento.

- Estableceremos canales de derivación con los otros ámbitos.
- Mantendremos actualizado el archivo electrónico. La información y su análisis en tiempo real, en el siglo XXI, supone para los equipos de trabajo social sanitario un potente instrumento de mejora de la organización.
- Aseguraremos la devolución de la información tratada y analizada a los recursos de la comunidad puesto que ellos también son parte activa en todos los servicios. El objetivo de obtener información no es almacenarla sino explotarla e interpretarla para la futura toma de decisiones.
- Evaluaremos periódicamente (a determinar) las tendencias de las diferentes dimensiones.
- Facilitaremos la formación continuada a los profesionales responsables de aplicar el programa en primera línea, a fin de que vayan perfeccionando sus intervenciones y ganen experiencia en el trato y la identificación de las realidades emergentes.
- Seremos una organización que aprende y enseña.

5.1. Primer diagnóstico institucional para la implementación del programa de la planificación del alta

La implementación del programa de la planificación del alta debe sostenerse en información propia del establecimiento que lo implementa y de la demografía de la zona. La necesidad de establecer un primer diagnóstico institucional se basa en la necesidad de favorecer la toma de decisiones y, a la vez, priorizar sobre la cronología de la puesta en marcha.

Información recomendada para establecer ese primer diagnóstico institucional y de situación del problema que se desea resolver:

Tabla 6

Información estadística y demográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Altas por áreas médicas. • Altas por grupos de edad. • Índice de reingresos por grupos de edad. • Estancia media por áreas, por grupos de edad, por sexo, etc. • Estancia media de los casos sociales sanitarios atendidos en la unidad de trabajo social sanitario hospitalario. • Etc.
---------------------------------------	---

Información sobre el procedimiento hospitalario actual de las altas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se dan las altas? • ¿Cuál es el procedimiento que se sigue? • ¿Con cuánto tiempo de anterioridad se comunica el alta a la persona? • ¿Cuándo interviene la unidad de trabajo social sanitario hospitalario? • ¿Cuáles son los resultados de su intervención? • Etc.
Información sobre la subjetividad de las personas dadas de alta	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo han vivido dicho momento? • ¿Cuál ha sido su experiencia? • ¿Qué le ha supuesto a la persona la llegada a casa desde el hospital? • ¿Qué cambios han tenido que introducir en su vida? • ¿Quién las ha ayudado? • Etc.
Percepción de los equipos profesionales asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos clínicos, médicos y de enfermería que, por sus implicaciones en el domicilio, requieren incluirse en el procedimiento de la planificación del alta. • Circunstancias sociales que requieren atención especial. • Atributos diagnósticos sociales sanitarios más frecuentes. • Confirmar y evaluar los reingresos y sus causas. • Estudio de las frecuencias de los criterios de riesgo preliminares para confirmar si cabe incluirlos o no. • Etc.

La investigación previa de estas dimensiones centradas en información del hospital interesado en implementar un programa de la planificación del alta establece el punto de partida de la realidad del hospital en cuestión y no de supuestos indicadores importados que suelen resultar bastante comunes a todas las sociedades, pero de los que deben conocerse los pesos específicos que pertenecen a dicha área. Esta investigación previa permitirá, además, proyectar escenarios de actuación según los recursos humanos disponibles y los necesarios, partiendo siempre de los objetivos previamente marcados.

En esta primera foto se dispondrá de la información general considerada el posterior referente y el punto de comparación. Así, algunos de los aspectos sobre los que reflexionar son los siguientes:

- ¿Cuáles han sido los motivos que han promovido la implementación de un programa de planificación del alta?
- ¿Por qué esta decisión no se ha tomado antes?
- ¿Por qué es ahora el mejor momento?
- ¿Quién percibe realmente la necesidad de cambiar la metodología antigua por la nueva, los equipos profesionales, la dirección, ambos?
- ¿Cuál es y dónde está el factor determinante del cambio?

- ¿La necesidad de cambio la perciben los equipos profesionales y no la dirección? ¿La percibe la dirección y no los equipos profesionales? ¿La percibe la Administración local, autonómica o central?
- La implementación del programa, ¿es un acto reactivo a un problema que se plantea en un momento dado, aunque se repita cada x tiempo? ¿O por el contrario es un acto proactivo que surge de la necesidad sentida por parte de los técnicos de mejorar el proceso asistencial?
- Otras.

5.2. Puesta en marcha

Para la puesta en marcha, cabe contar con la implicación de los profesionales. La efectividad del programa depende de la implicación de los equipos profesionales y del apoyo de la dirección que estos reciban para poder seguir las diferentes fases del procedimiento. Por ello resulta imprescindible adquirir su compromiso. El programa de la planificación del alta se ha demostrado como muy efectivo en cuanto a la optimización de los recursos del sistema sanitario y social. No obstante, son los recursos humanos los que tienen en su mano la clave, y es básico señalar lo que se quiere lograr desde el inicio, sabiendo si realmente se puede lograr.

Por ejemplo, unos objetivos que parten de la teoría, que no se sostienen en los recursos humanos e institucionales disponibles difícilmente se alcanzarán.

Principalmente, se necesitan dos variables:

- La información del establecimiento citada anteriormente.
- Los recursos humanos disponibles y su dedicación al programa de la planificación del alta. Así como los recursos humanos necesarios para los objetivos marcados. Es básico saber con qué límites se cuenta.

Por ser un programa empírico en el que la acción y la gestión son la base, resulta necesario establecer un sistema de monitorización para ir viendo la evolución y los logros, así como las dificultades en la aplicación, sobre todo durante los primeros meses.

5.3. Criterios de riesgo social y sanitario

Dentro de cada grupo se pueden establecer subgrupos a partir de otros criterios que ayudarán a concretar y a precisar las personas de mayor riesgo. Este trabajo, no obstante, será posible al cabo de un tiempo y, como se ha dicho con anterioridad, después de disponer de información propia. Cabe resaltar que los indicadores cambian y el programa debe ajustarse.

5.4. El programa de la planificación del alta más allá de los problemas social-sanitarios de alta

El programa de la planificación del alta ofrece un conjunto de apoyos, se adelanta para identificar los problemas sociales y sanitarios que la persona puede tener en el momento de regresar a su casa y que le impedirán seguir adecuadamente las indicaciones terapéuticas. Sin embargo, una de sus funciones cada vez más importante también trata de gestionar la continuidad asistencial para que los beneficios obtenidos con la estancia hospitalaria no se pierdan por falta de apoyo o de iniciativa.

La implementación del programa de alta debe partir de un diagnóstico previo, pues la mayoría de los hospitales siguen algún tipo de procedimiento que debemos evaluar. Dicho diagnóstico institucional previo debe contar también con la percepción de las personas dadas de alta, apoyarse en su vivencia y en sus expectativas para que el procedimiento de trabajo social sanitario satisfaga el principio de facilitar una atención centrada en la persona.

Si bien la planificación del alta es un programa interdisciplinario, la gestión del caso social-sanitario (cabe señalar que el caso social traspasa los límites de las necesidades sanitarias) se recomienda que se dé desde la unidad de trabajo social sanitario.

5.5. Qué no es un programa de planificación del alta

Hasta ahora estamos estudiando lo que es el programa de la planificación del alta, pero también debemos saber qué no lo es, pues siempre nos encontramos con intentos de pervertir la filosofía sobre la que se sustenta el programa.

Un programa de la planificación del alta no es:

- Una base de datos «pecera».
- Una marginación interna de la persona con indicadores de riesgo.
- Dar el alta antes de lo necesario.
- Ejercer presión sobre el enfermo o la familia para que regresen a su casa.
- Dejar el problema sanitario en un segundo plano y enfocarse en el problema social.
- Evitar el ingreso de personas que, es de esperar, tendrán problemas de alta.
- Visitar o entrevistar a las personas con criterios de riesgo con el único fin de rellenar formularios o escalas.
- Encontrar o crear problemas sociales inexistentes.

Resumen

El crédito presenta el marco teórico del trabajo social sanitario dentro de los establecimientos sanitarios. Justifica su presencia tomando como punto de partida los desajustes psicosociales que la enfermedad provoca en las personas enfermas y sus familias aceptando lo beneficios que aporta a la persona el apoyo psicosocial cuando se encuentra sometida a dicha presión.

También muestra la aplicación práctica del trabajo social sanitario dentro de los establecimientos del sistema nacional de salud partiendo de las prestaciones recogidas en el catálogo de prestaciones.

El trabajo social sanitario como disciplina se ajusta en su práctica a los cánones que rigen en el método científico, por ello también hemos presentado la teoría de los procedimientos y procesos desde la perspectiva del trabajo social.

Finalmente, por ser uno de los procedimientos más importantes en la práctica, nos hemos adentrado en los aspectos teóricos del Programa de la Planificación del Alta Sanitaria, antes centrado en el alta hospitalaria, pero los cambios en la organización del sistema invitan a pensar más en términos de alta sanitaria y no hospitalaria.

Bibliografía

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

Butcher's (1984). *Directora del Departamento de Servicios Sociales del George Washington University Medical Center* Washington.

Field, G. (1978). «The anatomy of discharge planning». *Social Work in Health Care* (vol. IV). *GWU Medical Center* (vol. VI, núm. 6).

Kulys, R. (1970). «Discharge planning». *Journal of the American Hospital Association*.

Thomson, H. (1973). «Discharge planning: assisting patients with post hospitalization plans». *Journal of the American Hospital Association*.

U.S. Department of Health Education and Welfare. *Professional Standards Review Office*. PSRO Manual.

William, F.; Jessee, B.; Doyle, J. (1984). «Discharge planning: using audit to identify areas that need improvement». *Quality Review Bulletin*.

