
El trabajo social sanitario en la atención especializada y hospitalaria

PID_00272716

Dolors Colom Masfret

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 4 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 socio-sanitarios, y también de establecimientos residenciales y programas de atención a domicilio. Escritora y editora.

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. La enfermedad en el ámbito hospitalario y la rotura de la dinámica personal y social.....	9
2. Presentación del hospital como organización sanitaria: definiciones y función social.....	11
2.1. ¿Cómo definimos el trabajo social sanitario hospitalario?	15
2.2. ¿Por qué es preciso el calificativo <i>hospitalario</i> ?	15
2.3. La unidad de trabajo social sanitario hospitalario y la unidad de atención al cliente	15
2.4. El concepto de hospital y su evolución	17
2.5. Características generales del hospital: aspectos diferenciadores de otros ámbitos que afectan a la organización de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario	20
3. La concepción subjetiva del hospital y de la enfermedad: el rol de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario...	24
4. Responsabilidades de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario.....	26
5. El organigrama del hospital y el organigrama de la unidad de trabajo social sanitario.....	31
6. Pilares de la actividad desde la unidad de trabajo social sanitario hospitalario: organización.....	33
7. Áreas del hospital y la presencia de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario.....	37
8. Metodología para el cálculo de los recursos profesionales de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario.....	39
8.1. Recursos profesionales en el modelo de intervención a demanda	39
8.2. Recursos profesionales en el modelo de intervención por programas	39
9. Variables para tener en cuenta en la fijación de los objetivos.....	42

10. Descripción de los puestos de trabajo.....	44
10.1. Principales actividades de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario	44
10.2. Tareas	44
10.3. Sistema de información	47
11. Grupos de indicadores.....	49
Bibliografía.....	51

Introducción

El ámbito hospitalario es la cuna del trabajo social sanitario. Recordemos que fue el 3 de octubre de 1905 cuando en el Massachusetts General Hospital de Boston, USA, se abrió la primera consulta para las personas enfermas atendidas en el hospital, y también para sus familias, con el encargo de estudiar y conocer las condiciones de vida y los entornos sociales en los que habitaban. La primera plaza creada y financiada por el Dr. Richard C. Cabot la ocupó Garnet I. Pelton; sin embargo, a los pocos meses enfermó y fue sustituida por Ida M. Cannon, la gran desarrolladora del trabajo social sanitario para áreas específicas. Se trataba de una consulta de trabajo social hospitalario, así se denominó inicialmente, tal como documentos de la época ponen de relieve. Lo hemos estudiado en la asignatura de contexto histórico y por ello no vamos a extendernos más, pero conviene señalar este hecho histórico que marca el hospital como la primera organización sanitaria moderna que asumió la figura del trabajo social sanitario y creó los primeros departamentos para el ejercicio de la profesión.

Para introducir este módulo vamos a considerar y diferenciar dos dimensiones dentro de las cuales la profesión se desarrolla, y que en el caso del hospital ello se da con más fuerza:

- 1) Dimensión de los conocimientos, las teorías, el corpus teórico del trabajo social sanitario centrado en el hospital y la atención especializada. La experiencia y las competencias profesionales. El ejercicio profesional requiere unos saberes y unas pericias de la persona experta.
- 2) Dimensión de la organización y estructura, en este caso hospitalaria, bajo la cual este corpus teórico se estructura y organiza para que llegue a las personas atendidas, hoy en día, en forma de procedimientos, protocolos y servicios (incluida la definición de los procesos) de trabajo social sanitario.

La atención especializada, toda organización hospitalaria, sea pública o privada, asume las funciones recogidas en la legislación sanitaria vigente pero cada una –en virtud de su libertad de gestión– contará con una estructura orgánica y funcional propia en relación con su tipología y complejidad, áreas médicas, población de referencia, epidemiología, etcétera.

Bibliografía

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Art. 4 [en línea]. <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Dice la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su motivo III que «En atención especializada, se potencia la actividad en consultas y hospitales de día, médicos y quirúrgicos, incluyéndose, además, la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales y la salud mental».

La organización del trabajo social sanitario como una unidad funcional dentro de cada hospital se planteará en virtud de la organización superior del mismo hospital y de acuerdo con la legislación. Por ejemplo, un hospital con una finalidad asistencial¹ maternoinfantil requerirá una organización diferente a la de un hospital cuya finalidad asistencial sea geriátrica. Tipologías de hospitales diferentes requieren modelos de organización diferentes. Según la finalidad asistencial, los hospitales se clasifican en:

- «1. General
2. Quirúrgico
3. Maternal
4. Infantil
5. Maternoinfantil
6. Psiquiátrico
7. Enfermedades del tórax
8. Oncológico
9. Oftálmico u ORL
10. Traumatológico y/o rehabilitación
11. Rehabilitación psicofísica
12. Médico-quirúrgico
13. Geriátrica y/o larga estancia
14. Otros monográficos
15. Leprológico o dermatológico
16. Otra finalidad»

Todo ello se encuentra debidamente explicado en el documento adjunto «Catálogo nacional de hospitales 2016». Desde la unidad de trabajo social sanitario hospitalario cuando se trate de organizar o reorganizar el funcionamiento dentro de cada uno de los tipos de hospital, lo primero que debemos conocer es la tipología de población y los diagnósticos médicos más frecuentes. Debemos adentrarnos en el conocimiento de la enfermedad, sus consecuencias sociales y sus secuelas para luego poderla contextualizar en las vidas de las personas afectadas. Este conocimiento nos permitirá desarrollar primero los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario, el primer paso para el ejercicio profesional dentro de una organización funcional adecuada a las

Bibliografía

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [en línea]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

⁽¹⁾En el «Catálogo nacional de hospitales 2016» la finalidad asistencial se explica como «aquella actividad asistencial a la que dedica la mayor parte de sus recursos, tanto profesionales como de equipamiento». Se puede consultar en: <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2017.pdf>

Lectura recomendada

<http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2017.pdf>

exigencias actuales. Debemos conocer cuáles son las principales diferencias entre los tipos de hospitales, cuáles son sus indicadores y su plan estratégico cuatrienal si lo tuviera.

En este módulo estudiaremos el trabajo social sanitario en la atención especializada-hospitalaria en un hospital tipo general, lo cual permitirá extrapolar las competencias a las otras tipologías de hospitales.

También estudiaremos las responsabilidades básicas dentro de las funciones profesionales de acuerdo con la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias², que describe las funciones de los profesionales sanitarios en las siguientes áreas: «...asistencial, investigación, docencia, gestión clínica, prevención, información y educación sanitarias».

De ello, y por el legado de Richard C. Cabot, inferimos que nuestras funciones son: «...la asistencia, la investigación, la docencia, la gestión clínica, la prevención, la información y educación sanitarias». Efectivamente, algunas de estas funciones –en concreto, «la asistencia, la investigación, la docencia y la preventiva»– nos las asignó el Dr. Cabot. Así pues, son funciones fundamentales de la profesión. Para satisfacer la legislación actual, añadiremos las funciones de «gestión clínica» y de «información y educación sanitarias». Tanto por el legado del Dr. Cabot como por la aprobación de la LOPS se trata de funciones de los colectivos profesionales en ejercicio dentro del sistema sanitario y, por tanto, del trabajo social sanitario en todos los ámbitos sin distinción. La pregunta es ¿qué competencia y responsabilidades, qué tareas desarrollamos dentro de cada función?

Otro aspecto importante de este texto preliminar tiene que ver con la denominación del conjunto integrado por los equipos profesionales del trabajo social sanitario, ellos y ellas, dentro del hospital. Nos referiremos al conjunto como la *unidad de trabajo social sanitario hospitalario* y así la diferenciaremos de la unidad de trabajo social sanitario de atención primaria y de la unidad de trabajo social sanitario de atención sociosanitaria. Dejaremos atrás denominaciones como, por ejemplo: *servicio de atención social*, *unidad de asistencia social*, *servicio social hospitalario* o incluso *servicio de trabajo social sanitario*. Todo son denominaciones utilizadas indiscriminadamente, pero si queremos identificar a la profesión con unos contenidos y con una denominación sin generar dudas, esta debe mantenerse inalterable. Desde hace años en este máster utilizamos la denominación de *unidad de trabajo social sanitario hospitalario* y también la recomendamos en vez de *servicio de trabajo social sanitario hospitalario* porque este, como se verá, se confunde con los servicios que prestamos dentro de la unidad, servicios recogidos en el catálogo de prestaciones.

Para que una profesión sea fuerte, se la identifique dentro de las organizaciones de una institución, en este caso los hospitales de agudos y atención especializada, sus profesionales deben asumir unos criterios comunes sobre los cuales proyectar tanto su imagen como su ejercicio. Pocas realidades debilitan

⁽²⁾Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [en línea]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Bibliografía

R. C. Cabot. «Discussion» acerca de Hospital social service: Principles and implications, de S. E. Goldstein. *National Conference on Social Welfare 1910* (pág. 349).

más una estructura profesional que los cambios constantes de los elementos que la identifican. Cuando hablamos de «atención social» nos retrotraemos a tiempos marcados por un paternalismo caritativo, a tiempos en los que el diagnóstico social sanitario era una entelequia y los problemas se resolvían al margen de las personas afectadas, convertidas en personas pasivas. Lo hemos estudiado en el módulo de «Contexto histórico»; la caridad, si bien cubre necesidades básicas en momentos determinados, no ayuda a la persona ni a su familia a salir de la situación que les genera conflictos, lo cual es el objetivo y finalidad del trabajo social sanitario.

La denominación de trabajo social sanitario, profesión que tiene su origen en un hospital, implicó un cambio de paradigma en el que el diagnóstico social sanitario se sumó al diagnóstico médico y ambos definían la realidad biopsicosocial de la persona en su contexto. Recordemos que el diagnóstico social sanitario incluye además los servicios que se prestarán a la persona afectada y a cada integrante del núcleo de intervención; en todos los casos los servicios motivan a las personas a ser protagonistas de su propio cambio, motores de sus logros. Para ello, se pueden necesitar recursos que se considerarán dentro del servicio, parte de él. El recurso que se utilice es parte del servicio, nunca el servicio.

Desde el año 2013, cuando se aprobó el máster universitario de Trabajo social sanitario, la profesión se apoya en una estructura formativa que da contenido académico a sus competencias y responsabilidades dentro del sistema sanitario. Esta formación está cambiando la presencia del trabajo social sanitario en los establecimientos sanitarios: hospitales, atención primaria y atención sociosanitaria donde la haya, pues cuentan en su *know-how* con las competencias y habilidades profesionales que los convierten en un pilar fundamental de la atención integral y del modelo biopsicosocial. Además, dentro de las nuevas líneas de desarrollo virtual del sistema sanitario que refuerzan la clínica en línea, también estamos liderando un programa innovador de prácticum clínico online en un hospital virtual. Todo ello para desarrollar competencias en este ámbito que está sustanciando el futuro inmediato.

Bibliografía recomendada

D. Colom; F. X. Medina; A. Aguilar (2020). *Prácticum clínico online en trabajo social sanitario (MUTSS-UOC): formando para el ejercicio profesional en la sociedad digital desde los másteres universitarios* (págs. 261-290). Valencia: Tirant lo Blanch.

1. La enfermedad en el ámbito hospitalario y la rotura de la dinámica personal y social

Hemos visto a lo largo de este máster que la enfermedad siempre rompe la dinámica personal y social de las personas atendidas y, por extensión, en grado diferente, la de sus familias. Esta rotura, no obstante, se hace más evidente y mayor cuando la atención requiere la estructura hospitalaria, un hábitat diferente, aislado, a veces nuevo y desconocido, otras temido, por ejemplo, por la cada vez más desarrollada robotización de los actos clínicos. La hospitalización obliga a las personas a abandonar su casa y a permanecer en un medio altamente tecnificado. A la rotura con el mundo exterior se le suma la rotura con el mundo interior, que se ve deslavazado por la propia dinámica del establecimiento marcado por la eficiencia y la eficacia, por la programación de los actos clínicos de todos los equipos. La rotura de la persona afectada, de su familia, será temporal o indefinida, según el tipo de patología y las secuelas que de ella se deriven, según los recursos psíquicos propios y el soporte social, según la capacidad para recuperarse o afrontar los eventos vitales de cada uno.

El término que resume este fenómeno es *resilience*. No se trata de privar a las personas de las emociones que surgen, al contrario, estas son necesarias para la continuación y asimilación de su experiencia. Lo que se evita desde el trabajo social sanitario es que se queden atrapadas en ellas, que dichas emociones paralicen la evolución de esos duelos. La rotura ocasionada por la enfermedad puede resolverse con medios propios la mayoría de las veces, o puede que se precisen apoyos y orientaciones, soportes profesionales externos; y aquí es donde entra la unidad de trabajo social sanitario hospitalario.

Las personas, es cierto, no acuden al hospital para solucionar sus problemas psicosociales, aunque los padezcan. Van porque están enfermas y su enfermedad no puede atenderse en otro ámbito. Este es un requisito y un principio. Pero no podemos dejar de lado los problemas sociales que la enfermedad reaviva o que la enfermedad genera *a posteriori*. En un modelo sistémico, todo se influye para mejorar o para empeorar la convalecencia, la recuperación y la reinserción de la persona afectada.

La enfermedad no es el estado natural de ningún ser humano. Por ello, cuando llega un día en que la persona se enferma y se encuentra ante una realidad que la obliga a cuidarse o a que la cuiden, fuera de su medio, ingresada en un hospital, debe recibir el apoyo necesario para asumir las derivadas. Ello no significa que debemos ver problemas donde no los hay, pero sí que la investigación nos pone de relieve actitudes y reacciones habituales que debemos prevenir. El conocimiento nos permite adelantarnos.

Las personas viven básicamente en comunidad y es dentro de su comunidad donde se desarrollan como tales y encuentran los apoyos más allá de los suyos. El peso del hospital en la vida de la persona afectada, por grande que sea, es siempre un acontecimiento transitorio, mientras que el peso de lo social en la comunidad es permanente. Hemos de procurar la reinserción en la comunidad. La transformación de disruptivos en promotores ocurre lentamente y para que resulte efectiva se debe apoyar en un diagnóstico social sanitario en el cual se determinen los servicios que vayamos a prestar. Nuestra acción clínica requiere procedimientos o protocolos de trabajo social sanitario hospitalario que vinculen la unidad de trabajo social sanitario hospitalario con la unidad de trabajo social sanitario de atención primaria y, si procediera, con la unidad de trabajo social sanitario de la red de atención sociosanitaria.

Estos cambios internos en la vivencia de la persona requieren identificar patrones de conflicto relacionados con la enfermedad, dificultades tangibles para el autocuidado y para cuidar (cuando se trata de la familia) de acuerdo con el plan terapéutico, lo que requiere sobre todo otros tiempos y se mide por otros indicadores diferentes a los de la medicina y la enfermería.

El modelo biopsicosocial señala que la atención a la persona no puede reducirse a la intervención sobre una dolencia o pluripatología, si bien en los primeros días estas centrarán la acción médica y de enfermería; la experiencia psicosocial de la persona, su vivencia y la de su familia, siempre late alrededor de la enfermedad. Así, en paralelo a la acción de los equipos médicos y de enfermería, la unidad de trabajo social sanitario hospitalario debe diseñar procedimientos y protocolos que permitan, ante determinados diagnósticos médicos con gran penetración en lo psicosocial, lograr intervenir desde los primeros días del ingreso. Por ejemplo, en este máster dedicamos especial atención a los trastornos mentales, enfermedades coronarias y respiratorias, daño cerebral adquirido, Alzheimer, etc., para que podamos prestar nuestra atención con la máxima precisión y enfoque.

La unidad de trabajo social sanitario hospitalario en sus procedimientos básicos –lo hemos visto en la asignatura *Herramientas para la intervención*– estudia a la persona, a su familia, a su red social, elabora un diagnóstico social sanitario y sobre este planifica un plan de intervención que muchas veces compartirá con la unidad de trabajo social sanitario de atención primaria. Este plan de intervención, además, deberá estar diseñado libre de prejuicios y roles sociales preestablecidos. Por ejemplo: señalar a la mujer como la cuidadora, o al hombre como el que sostiene la economía familiar.

2. Presentación del hospital como organización sanitaria: definiciones y función social

La unidad de trabajo social sanitario en el hospital no es finalista, lo que significa que las personas no acuden al hospital por sus problemas sociales aunque los tengan. La atención hospitalaria obedece a razones médicas y problemas de salud. Una vez que la persona es atendida en el hospital, en potencia, es cliente de todas las unidades del centro hospitalario. La unidad de trabajo social sanitario siempre inicia su intervención con un procedimiento o un protocolo según convenga, y una vez que la persona está siendo atendida por los equipos médicos. Cuando la persona empieza a recibir tratamiento hospitalario, de acuerdo con el modelo de intervención puede atenderse dentro del procedimiento o protocolo indicado.

Como hemos señalado, en este módulo nos centraremos en la unidad de trabajo social sanitario hospitalario de un hospital general, el cual, en el Catálogo nacional de hospitales, se explica como:

«Se considera como HOSPITAL GENERAL, aquel destinado a la atención de pacientes afectos de patología variada y que atiende las áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría. También se considera general cuando, aun faltando o estando escasamente desarrollada alguna de estas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada».

Los establecimientos hospitalarios se inscriben dentro de la atención especializada, descrita por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el artículo 13 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud como:

«La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

La atención sanitaria especializada comprenderá:

- La asistencia especializada en consultas.
- La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- La hospitalización en régimen de internamiento.
- El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día».

De la cita anterior deducimos que nuestros procedimientos básicos los denominaremos como:

- Procedimiento de trabajo social sanitario en la asistencia especializada en consultas.
- Procedimiento de trabajo social sanitario en la asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- Procedimiento de trabajo social sanitario en la hospitalización en régimen de internamiento.
- Procedimiento de trabajo social sanitario en la atención paliativa a enfermos terminales.
- Procedimiento de trabajo social sanitario en la atención a la salud mental.
- Procedimiento de trabajo social sanitario en la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Dentro de cada procedimiento podemos identificar situaciones que permitan desarrollar protocolos de trabajo social sanitario específicos. Estas dos competencias señaladas en la cita, «el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio» y «la indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos», estarán presentes en todos los procedimientos.

Al margen de la definición y normativa, el concepto de hospital cuenta con un concepto social: es un establecimiento al que acuden las personas cuando su problema de salud no puede tratarse ni en la atención primaria, ni en el domicilio. Muchas veces, ello supone la institucionalización y nos conduce a una primera realidad: la persona se ve apartada de su hogar, de su familia, lo que provoca una rotura más o menos profunda de su dinámica familiar y social. Por lo general, sucede cuando padecen una enfermedad aguda grave, sufren algún tipo de accidente, se descompensa su enfermedad crónica, deben someterse a alguna prueba compleja para diagnóstico, necesitan alguna intervención quirúrgica, etc.

La atención puede dispensarse en:

1) Régimen ambulatorio:

a) consultas

b) hospital de día

c) urgencias

d) cirugía ambulatoria

2) Régimen de ingreso:

a) hospitalización

b) hospitalización a domicilio

Otra organización posible es tomar esta clasificación y desarrollar procedimientos de trabajo social sanitario en cada área. En todas las áreas médicas los aspectos psicosociales individuales adquieren relevancia. La atención hospitalaria, sea ambulatoria o de ingreso, supone para la persona una alteración de sus esferas vitales: la psíquica, la física, la social, la laboral, la familiar, la económica, la formativa, la autoestima, etc. Y viceversa, a veces las esferas vitales se encuentran en el origen de determinadas patologías, algunas de ellas conocidas como patologías psicosomáticas. La unidad de trabajo social sanitario hospitalario se centrará en investigar dichas interrupciones y en diagnosticar el grado de afectación y tipología de necesidad requerida para devolver a la persona su máxima autonomía.

Se recomiendan los textos de Juan Rof Carballo (1905-1994), uno de los exponentes de la medicina psicosomática del siglo xx. La enfermedad influye en lo psíquico y en lo social, transforma el entorno de cada persona afectada y su familia y, a la vez, es influida por ello. Dicha teoría viene apoyada por el modelo biopsicosocial postulado por George Engel en 1977.

Lecturas recomendadas

J. J. Muñoz García; J. A. García Cuadrado (2017). «Claves antropológicas del personalismo de Rof Carballo». *Revista de Hispanismo Filosófico* (n.º 22, págs. 133-156).

G. Engel (1977). «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science* (vol. 196, n.º 4286, págs. 129-136).

Ante la enfermedad aguda cada persona se siente de una manera particular, aunque pueda parecer una redundancia, la suya propia. Así pues, las características, los atributos objetivos de las personas, sus datos sociales, en sí mismos son solo datos; desde el trabajo social sanitario hospitalario contextualizamos y analizamos los atributos dentro del entorno de la persona afectada y con ella a la familia directa, que, también, siempre queda afectada. Por ejemplo, el alcoholismo es una enfermedad que margina, pero en cada persona que la padece el alcoholismo presenta efectos diferentes y la persona la afronta en circunstancias diferentes, las suyas. Otro ejemplo es la soledad: se trata de una vivencia más que un estado y también cada persona con una enfermedad aguda la matiza de acuerdo con su representación de la soledad. Seguimos con otro ejemplo, una enfermedad crónica descompensada y en fase aguda supone unas limitaciones vitales y unas necesidades asistenciales y de cuidados, pero cada persona las sufre y las cubre según sus propios recursos y, si un diagnóstico social sanitario lo avala, con ayudas formales.

La necesidad experimentada de ayuda tiene que ver con la capacidad de adaptación (resiliencia) de cada uno a la nueva realidad marcada por la presencia de una enfermedad. Pero también hay una definición objetiva de la necesidad sin que sea la persona la que deba expresarla. Si dejamos que las personas reciban atención desde la unidad de trabajo social sanitario del hospital bajo su propia demanda, estamos marginando a todas aquellas personas afectadas que con las mismas características o similares no la expresan.

La unidad de trabajo social sanitario hospitalario debe garantizar la identificación de todas aquellas personas enfermas susceptibles de padecer problemas psicosociales durante la hospitalización y/o una vez abandonado el establecimiento. La intervención por procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario garantiza en gran medida esta identificación de población de riesgo psicosocial y sanitario en relación con su convalecencia, cumplimiento terapéutico y continuidad de su desarrollo vital. La elaboración del diagnóstico social sanitario, fase central en todo procedimiento y protocolo de trabajo social sanitario, permite definir todas las fuerzas que interactúan en el caso social sanitario y que condicionan su evolución dentro de sus propios parámetros. En trabajo social sanitario en general, y en el hospitalario en particular, las realidades se magnifican y desde el inicio uno de los objetivos profesionales es el de rebajar la ansiedad y el desconcierto que la nueva realidad conlleva en el presente y, en especial, en el futuro.

2.1. ¿Cómo definimos el trabajo social sanitario hospitalario?

El trabajo social sanitario hospitalario es la disciplina a través de la cual los trabajadores sociales sanitarios del hospital, ellos y ellas, realizan el estudio, el diagnóstico y el tratamiento social sanitario de las personas atendidas en alguna de las áreas clínicas del establecimiento, ya sea en régimen de ingreso o ambulatorio, que sufren dificultades sobrevenidas a raíz de la enfermedad o que, estando presentes con anterioridad, la enfermedad amplifica, y que no pueden resolver, total o parcialmente, por sus propios medios. Los equipos de trabajo social sanitario hospitalario consideran las redes sociales más próximas a las personas que atienden para que la enfermedad no sea motivo de pérdida de la calidad de vida, de discriminación o de marginación social. El trabajo social sanitario hospitalario, en su función investigadora y promotora de recursos, aporta, a través de los órganos directivos del hospital, indicadores útiles para la toma de decisiones a los responsables locales de planificación.

2.2. ¿Por qué es preciso el calificativo *hospitalario*?

Porque es el trabajo social sanitario que se desarrolla dentro de un hospital de agudos, contexto que lo diferencia del trabajo social que se desarrolla en cualquier otro ámbito, por ejemplo, en la atención primaria, en la salud mental, en la atención sociosanitaria, etcétera; en definitiva, los que estamos estudiando en esta asignatura. Cada ámbito asistencial adquiere un carácter propio que obliga a la especialización y contextualización porque se rige por una organización determinada y genera unos indicadores determinados. Igual que otras actividades hospitalarias, el trabajo social sanitario hospitalario también se enmarca y desarrolla en un contexto físico o virtual específico que atiende a población definida y no otra, y son los límites naturales del hospital los suyos propios.

2.3. La unidad de trabajo social sanitario hospitalario y la unidad de atención al cliente

Se abre aquí un paréntesis para poner de relieve otra importante unidad funcional que durante años erróneamente se trató como si fuera la de trabajo social sanitario hospitalario por el hecho de que quien estaba en la dirección o jefatura tenía formación en trabajo social. Se trata de la unidad de atención al cliente³, centrada en la dimensión del confort y la calidad percibida, las sugerencias y reclamaciones. Sus competencias vienen marcadas por mejorar la relación entre la persona enferma, su familia o acompañante con la organización y el funcionamiento hospitalario.

⁽³⁾ Son muchas las denominaciones que ha recibido esta unidad, también de atención al usuario, de quejas y reclamaciones, etc.

Por ejemplo: la persona ingresada puede sentir la falta de confort al escuchar los ruidos habituales, conversaciones en planta; puede pensar que los equipos profesionales le prestan poca atención, que no le aclaran sus dudas; puede sentir ansiedad porque la comida le llega siempre fría, sin sabor, escasa, etc. O lo contrario, sentirse extraordinariamente bien atendida, que perciba la aten-

ción de los equipos profesionales como un buen trato. Ello viene marcado por la subjetividad y se vincula a cómo percibe lo que ocurre, no a cómo ocurre. Así, dentro del hospital, el abordaje de lo psicosocial se proyecta y lidera desde dos unidades diferentes, que pueden integrarse en una estructura superior, pero responden a competencias y objetivos diferentes.

Así, diferenciamos:

- **La unidad de trabajo social sanitario hospitalaria** que atiende a la persona en sus vivencias, también a la familia, respecto a la enfermedad y sus secuelas, que estudia y elabora el diagnóstico social sanitario de las necesidades de apoyo psicosocial durante la estancia hospitalaria y las necesidades totales para después del alta. Los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario son además sistemas de información que permiten identificar las dificultades que favorecen el deterioro o la pérdida de los beneficios ganados en el hospital. La unidad de trabajo social sanitario investiga la información generada en el ejercicio diario y, a partir de ello, propone programas asistenciales y preventivos. Dicha unidad actúa sobre la persona como ser social y su entorno, le facilita herramientas para la autogestión y apoyos con el objetivo de que sea ella misma, junto con los suyos, la que decida sus nuevas realidades. Cuando se requieren apoyos externos se acude a los equipos sanitarios de otros ámbitos y/o a los equipos de los servicios sociales, públicos o privados, correspondientes. La diferencia entre la ayuda que se presta desde el trabajo social sanitario y la que se presta desde otras esferas y disciplinas es que el trabajador social sanitario, él o ella, elabora un diagnóstico social sanitario o un prediagnóstico social sanitario que avala sus intervenciones (breves o extensas). Los otros tipos de ayuda suelen ser reactivos y, por supuesto, no elaboran ningún diagnóstico social sanitario, sino que responden a una demanda sin valorarla ni estudiarla. Todo ello tanto en persona como por medios digitales y en línea.
- **La unidad de atención al cliente** aborda la relación de la persona con la organización. Promueve el confort, en su sentido más amplio, de la persona enferma y de su familia. Esto es la relación del enfermo y de su familia con la propia estructura y organización hospitalaria tanto en su parte hotelera (como los circuitos de acceso, sistemas de organización, horarios), como en lo referido a las actitudes de los equipos profesionales que la atienden. Incluye la gestión de las quejas, las reclamaciones y los agradecimientos; la realización de estudios de satisfacción y opinión, u otros que la gerencia considere de interés para mejorar la visita, la estancia de las personas enfermas y de las personas usuarias del hospital; y también investiga la información de la que dispone y genera otra nueva para optimizar determinadas logísticas del establecimiento, siempre con el objetivo de mejorar la calidad percibida y objetiva, evitar pasos innecesarios a las personas enfermas y a su familia, agilizar los procesos y los servicios de los equipos profesionales del establecimiento. De igual forma, analiza la ima-

Reflexión

Cuando únicamente se recogen datos para verificar que la persona cumple con los criterios que le permiten solicitar tal o cual recurso no se ejerce el trabajo social sanitario. Se tramita una demanda de ayuda pero con ausencia de diagnóstico social sanitario, que implica toda una metodología de análisis racional.

gen pública del hospital a partir de noticias y otros elementos de proyección pública. Aunque la unidad de atención al cliente esté bajo la jefatura o funcionamiento de profesionales del trabajo social sanitario, desde esta unidad no se presta trabajo social sanitario.

En este módulo estudiamos la unidad de trabajo social sanitario hospitalario y dejamos aparte la unidad de atención al cliente, si bien debemos saber diferencias, sus cometidos y sus funciones para evitar que se mezclen con los propios.

2.4. El concepto de hospital y su evolución

Primero vamos a detenernos en la idea, el concepto, de hospital como establecimiento sanitario y cómo ha evolucionado con el paso de los años hasta nuestros días.

Tanto en su concepto básico (hospitalidad) como en la forma en la que se satisface su función, el concepto de hospital (atención especializada) está experimentando grandes transformaciones amparadas en gran parte por el desarrollo de las ciencias médicas y de la salud, el mundo digital y las TIC.

Así, el «hospital» ha pasado de ser una: «Casa que sirve para recoger pobres y peregrinos por tiempo limitado», función propia del Hospital de San Basilio en el siglo IV, a un: «Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza». Ambas definiciones son las que aparecen en el *Diccionario de la lengua española* de la RAE.

El concepto de hospital también ha cambiado en el imaginario de los individuos que componen una comunidad o grupo social. Una representación modelada por las experiencias personales, la aparición de noticias en los medios, las declaraciones políticas y las promesas electorales, etc. Ello puede generar grandes expectativas en la población que en su realidad estén muy por encima de las posibilidades.

Una de las primeras definiciones de *hospital* sobre la que se apoyan las más actuales es la de la OMS de 1957:

«Una parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación». Fuente: OMS (1957).

Lecturas complementarias

E. González; A. Navarro; M. A. Sánchez (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte* (pág. 21). Barcelona: Ars Medica.

RAE. *Diccionario de la lengua española* [en línea]. www.rae.es

Lectura complementaria

Organización Mundial de la Salud (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Ginebra: OMS. (Serie de informes técnicos, 122).

Veamos una segunda definición de *hospital* desarrollada dentro de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2018:

«Un establecimiento de salud con varias decenas o centenas de camas, compuesto de una serie de departamentos médicos, quirúrgicos y de especialidades, que cuenta con un servicio⁴ de urgencias, consultas externas de especialidades y servicios de internación y que tiene como parte de su responsabilidad satisfacer las necesidades de una población de entre 50.000 y varios cientos de miles de personas».

⁽⁴⁾Con relación al término servicio, por ejemplo *servicio de urgencias* o *servicios de internación*, recomendamos la denominación de unidad o área de..., para evitar confundirlo con el servicio prestado propiamente dicho por los diferentes colectivos.

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

Lectura complementaria

OPS (2018). «Hospitales en redes integradas de servicios de salud» [en línea]. Washington. [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2019]. <http://iris.paho.org>

Para las gerencias y direcciones, así como para los equipos profesionales que integran su plantilla, el hospital es una organización de gran complejidad, una de las más difíciles de gestionar y dirigir en la sociedad actual, en donde se combinan y deben organizarse los diversos equipos profesionales para atender a las personas que necesitan ayuda clínica desde diferentes conocimientos y disciplinas. Ello, además, con el consecuente uso de recursos materiales, tecnológicos y digitales (con un creciente desarrollo de los medios en línea). El hospital es el recurso social más caro: funciona las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año y la mayoría de sus equipos profesionales están altamente cualificados para ejercer en un medio altamente tecnificado que constantemente se actualiza. Así, en el día a día, cuando una persona entra en un hospital se encuentra con toda una organización en la que interactúan un entramado de áreas asistenciales y normas de todo tipo y calado: las burocráticas, las económicas, las administrativas, las financieras, las políticas, las profesionales y científicas, las éticas, las legales, las tecnológicas, las organizativas, etc. Un conglomerado que los equipos profesionales asumen en sus competencias y proceder, y de cuyo uso óptimo se saben responsables. En el hospital se reúnen colectivos profesionales diversos que deben actuar en equipo; son personas que atienden a personas enfermas y a sus familias. El factor humano es un elemento importante en la recuperación y en el mantenimiento de la salud de las personas.

Lectura complementaria

Ley general de sanidad (1986). Capítulo I, artículo 16, punto 2.

La evolución de los sistemas sanitarios en general, y de los hospitalarios en particular, va ligada a la evolución de la propia sociedad: cambian las dinámicas familiares, se modifican los usos y los medios asistenciales, se transforman las logísticas, las técnicas diagnósticas, etc. Va ligada también a la evolución científica y tecnológica, ambas imparables; sin embargo, estas no pueden suprimir ni aliviar la vivencia ni la experiencia de la enfermedad.

Cada colectivo profesional con sus conocimientos y pericias necesita una organización que le permita transformar este *know-how* en servicios que lleguen de manera clara y efectiva a las personas enfermas, a sus familias, beneficiándolas objetiva y subjetivamente de las diferentes intervenciones. En la atención hospitalaria, marcada por la necesidad de rapidez y alta precisión, tan importante es lo que se hace como que la persona lo perciba como lo óptimo para beneficiarla y mejorar su salud.

El hospital es el establecimiento de referencia para el diagnóstico y la atención de los episodios más graves y complejos de la enfermedad. El hospital convoca muchas realidades y circunstancias personales; por ello, algunas de las preguntas que debemos respondernos desde la unidad de trabajo social sanitario son las siguientes:

- ¿Cuál es la mejor organización de la unidad de trabajo social sanitario para contribuir a la salud individual y comunitaria?
- ¿Cuál es la responsabilidad social del hospital? ¿Contribuye a dicha responsabilidad la organización actual de la unidad de trabajo social sanitario?
- ¿Cuáles son los resultados, en salud y bienestar, que procura la unidad de trabajo social sanitario?
- ¿Qué piensan las personas atendidas por la unidad de trabajo social sanitario de los servicios recibidos?
- Si nos regimos por el modelo biopsicosocial, ¿permite la organización del hospital que la unidad de trabajo social sanitario sea parte de este modelo?
- Desde la unidad de trabajo social sanitario, ¿realizamos una adecuada devolución de los datos a la dirección para innovar dentro del propio hospital?
- ¿Actualizamos los procedimientos y protocolos de la unidad de trabajo social sanitario de acuerdo con las nuevas prestaciones que el hospital va desarrollando?
- ¿La unidad de trabajo social sanitario cuenta con el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios propios?
- La unidad de trabajo social sanitario contribuye efectivamente al logro de los objetivos estratégicos del hospital.

Estas preguntas se las debe realizar cualquier unidad funcional del hospital, lo cual permitirá aunar acciones precisas desde cada disciplina. Las respuestas relativas al trabajo social sanitario hospitalario solo las podrá satisfacer el conjunto de profesionales de la unidad en cuestión, y en este sentido la jefatura de la unidad deberá tomar la iniciativa.

Existe una voluntad implícita entre los equipos profesionales y las direcciones de que en el ejercicio de cada profesional se debe incluir el objetivo de concienciar a las personas atendidas y a sus familias de la parte de responsabilidad que tienen en relación con su bienestar y con su salud. La persona es la principal protagonista de sus cuidados. Cuando la persona y su familia no pueden asumir esta responsabilidad, desde la unidad de trabajo social sanitario –después del diagnóstico social sanitario– se prestarán los servicios necesarios para el tratamiento requerido. La persona, y su familia, en la medida de sus capacidades, debe ser el motor de sí misma hacia la mejora.

La estancia en el hospital siempre es temporal. Es un hecho que la persona enferma pasa la mayor parte del tiempo bajo su propia autonomía o la de su familia, y no bajo la supervisión profesional del hospital. Por ello, es imprescindible conocer las condiciones de vida de la persona enferma en su entorno y dentro de los servicios de educación sanitaria deberemos facilitarle instrumentos y recursos para que gane habilidades que la ayuden a mantener su salud y, a ser posible, mejorarla. La participación de la persona afectada en los servicios que se le prestan desde trabajo social sanitario hospitalario la implica en la solución y la motiva para lograrla. Una participación que es una necesidad que a veces cabe encauzar y promover. La red social, la familia, se considera parte implicada y afectada por la enfermedad y por el enfermo, tanto en la fase diagnóstica como en la fase del tratamiento y convalecencia.

Todo ello debe garantizarse a partir de una organización proactiva y de acuerdo con procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario diseñados específicamente para las coordenadas y características que presenta el medio hospitalario y la atención especializada.

2.5. Características generales del hospital: aspectos diferenciadores de otros ámbitos que afectan a la organización de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario

El hospital, como evidencia su organización, es un recurso singular y se debe comprender como tal. Para todo colectivo profesional, la comprensión del funcionamiento del hospital, su evolución año tras año, es esencial para contribuir a su desarrollo y, aunque parezca pretencioso, optimización y sostenibilidad. Los servicios prestados por los equipos profesionales, no importa la disciplina dentro de la que ejerzan, son extremadamente complejos al converger, precisamente, profesionales de diferentes disciplinas y con una alta cualificación. Todo ello deriva en estructuras organizativas de procedimientos y

Lectura complementaria

F. Esparza Moreno (2011). «La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales». *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo y Acción Social* (n.º 49, págs. 262-269).

protocolos con finalidad clínica, de gestión, de formación y de administración. Cada colectivo, desde su disciplina, sigue procedimientos y protocolos con el fin de estudiar, diagnosticar y tratar los problemas graves de salud de las personas que acuden a sus instalaciones de urgencias o ingresan de manera programada.

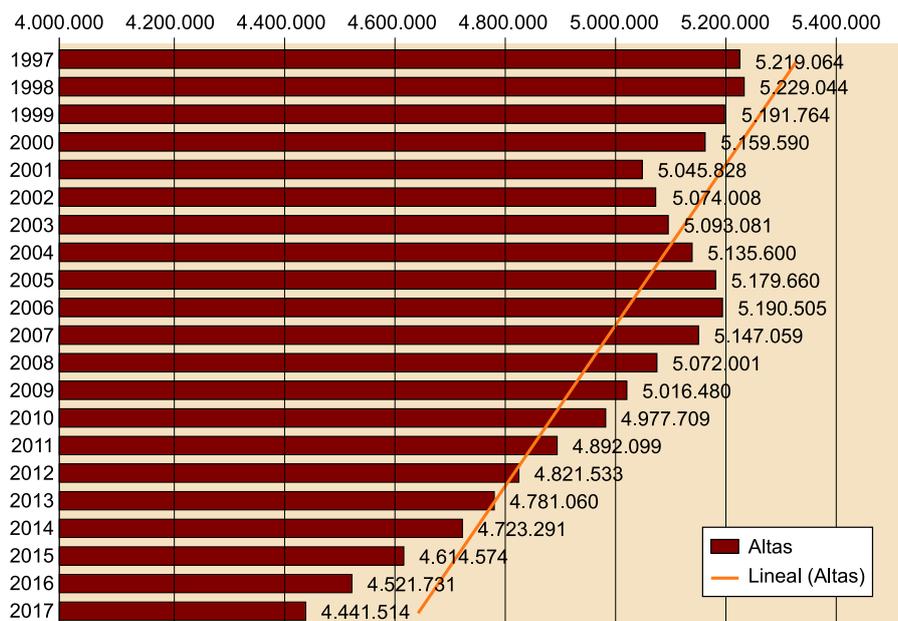
En el hospital se desarrollan actividades específicas de educación y prevención secundaria, pero el hospital también es un centro de investigación, docencia y promoción de la salud.

La actividad diaria de la mayoría de los hospitales viene marcada por la alta complejidad de sus procesos clínicos (servicios prestados por los equipos profesionales) y por la necesidad de responder de manera rápida para cubrir el aumento de la demanda, satisfacer la exigencia de las personas atendidas y rebajar la presión de las siempre crecientes listas de espera. Todo ello encuadrado en un contexto de recortes presupuestarios, difícil financiación y creciente competitividad entre hospitales.

Todo lo descrito en los párrafos anteriores se da en un contexto específico que nuevamente debemos señalar que marca a la unidad de trabajo social sanitario hospitalario. Las características esenciales se resumen en los siguientes puntos:

- En los hospitales de agudos la atención es total y completa, pero siempre por un periodo muy corto de tiempo, periodo que en un futuro tenderá a reducirse. No tener en cuenta el entorno social de la persona afectada conduce a que se pierdan beneficios por rotura asistencial en el momento de atención postalta. La figura 1 muestra el incremento de las altas de los últimos veinte años. Por una parte, se reducen las camas en funcionamiento, pero se incrementan las altas. Ello significa que la utilización del recurso hospital va en aumento.

Figura 1. Evolución de las camas hospitalarias en España



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

- El ingreso hospitalario puede hacer surgir problemas sociales que, aunque ya existían con anterioridad, la enfermedad recrudece con más fuerza. O puede ocurrir que la enfermedad genere alguna dificultad postalta a la persona y a su entorno al modificar su *modus vivendi*.
- El hospital atiende a personas que acuden voluntariamente a urgencias o que vienen derivadas por su médico de cabecera. Pero también puede atender a personas víctimas de algún tipo de accidente que llegan inconscientes a urgencias. Estas circunstancias delimitan la población a la que atiende.
- Por último, recordemos que los hospitales concentran gran cantidad de personal, de aparataje sofisticado y que funcionan las 24 horas cada día del año. La mala utilización de este recurso implica una importante pérdida económica. Esto los convierte en el recurso social más caro y ello los obliga a maximizar su eficiencia.

Se dice que el hospital está vivo y, como todo organismo vivo, cada hospital de agudos tiene una personalidad propia y una cultura institucional determinada que, dentro del sistema sanitario, le confiere un carácter también único. El cómo se resuelvan las dificultades, el cómo se desarrollan los actos clínicos de los diferentes equipos médicos, de enfermería, de trabajo social sanitario, etc., para prestar la mejor asistencia y atención, dependerá de los factores que determinen su plan estratégico. De los muchos problemas a los que puede enfrentarse un hospital, público o privado, uno de los principales es su uso inadecuado.

Algunas de las causas de este uso inadecuado se encontrarían en:

- El índice elevado de estancias innecesarias por motivos no médicos.
- El poco control de los equipos profesionales en el consumo de bienes, materiales y estructuras.
- El alto grado de descoordinación entre áreas clínicas, internas y externas.
- El conservadurismo de algunos equipos médicos en dar el alta.
- El paternalismo de los equipos de profesionales vinculados al proceso de mejora o curación.
- La falta de visión de los equipos profesionales (internos y externos) de lo que es un hospital de agudos y la mala comunicación con las personas afectadas y sus familias.
- La poca capacidad de respuesta de la atención primaria y de la atención sociosanitaria, como continuadores de la asistencia.
- El colapso permanente del sistema de servicios sociales cuando se necesitan apoyos comunitarios.
- El uso insuficiente de las tecnologías clínicas en línea para facilitar el seguimiento y evitar la desconexión de las personas afectadas y el propio hospital cuando se trata de personas con patologías crónicas.

Desde la unidad de trabajo social sanitario hospitalario se siguen procedimientos y protocolos que dan origen a la asistencia de la persona, incluyendo los aspectos psicosociales generados por la enfermedad. Sea por procedimiento o por protocolo se estudiarán, diagnosticarán y tratarán los problemas sociales de las personas que son tratadas en el hospital y los de sus familias o red social (entorno).

3. La concepción subjetiva del hospital y de la enfermedad: el rol de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario

Trabajamos con personas enfermas, con sus representaciones, con sus temores y miedos. Desde la unidad de trabajo social sanitario hospitalario debemos conocer cómo es la población de referencia, cuál es su representación de las prestaciones del hospital, cómo los habitantes de la zona ven el recurso hospital y cómo lo explican. Qué se espera de él. Debemos crear espacios de grupos para conocer estas expectativas individuales y colectivas que la ciudadanía proyecta sobre sus unidades clínicas del hospital, incluida la nuestra. Una buena técnica para ello es la de grupos focales.

Debemos considerar la vivencia de la enfermedad como la máxima expresión de subjetividad. La persona afectada actuará de acuerdo con esta subjetividad. Lo subjetivo imprime su huella en lo objetivo y muchas veces, en el plano de la vivencia, lo domina. La subjetividad de la persona enferma, y sobre todo la de quienes la rodean, es un conjunto de acontecimientos que los equipos profesionales en general, y los de trabajo social sanitario en particular, deben considerar y estudiar para incluir en el diagnóstico social sanitario. Las dos dimensiones básicas para considerar la subjetividad son:

- La vivencia de la persona respecto a su enfermedad y respecto a su futuro: cómo se siente, cómo ve su futuro, a qué cree que deberá renunciar, o qué deberá cambiar en su vida, esos cambios cómo los asume, qué circunstancias son temporales y qué circunstancias son indefinidas.
- La vivencia de la familia respecto a la enfermedad del pariente y cómo se ven con relación a las necesidades de cuidado que puede requerir.

Encontramos una tercera área que nos condicionará desde el primer momento todo nuestro plan de servicios que vamos a prestar cuando estos requieran, además, el uso de recursos y apoyos formales comunitarios:

- Debemos conocer qué programas y apoyos formales existen en la comunidad de referencia de la persona y si intervenimos, siempre informaremos o implicaremos desde el principio a la unidad de trabajo social sanitario de la atención primaria.
- Debemos conocer cómo la persona y su familia asumen la necesidad de recibir apoyos externos de otros ámbitos.Cuál es su predisposición y la necesidad real de recibir apoyos profesionales.

Será en gran parte sobre esta base donde los miembros de la familia de la persona y ella misma generarán sus expectativas y, por tanto, la consonancia o disonancia con la realidad influirá, en parte, en su posterior grado de satisfacción con relación a la atención que le hemos brindado. Cada persona enferma, en singular, cuenta con una imagen propia de lo que es un hospital y, cuando enferma y acude a él, lo que piensa e imagina afloran a lo largo del procedimiento asistencial.

En paralelo, debemos investigar cómo la persona concibe su enfermedad, la suya, en sus circunstancias, y si cree que necesita ayuda externa a la de los suyos, debe decirnos en qué consiste. Desde el primer contacto debemos implicar a la persona en nuestras investigaciones sobre ella, debemos dejar que se exprese, debemos escuchar más que hablar, sobre todo durante las primeras visitas para realizar entrevistas. Todo ello es información que recabamos para el estudio del caso y que nos ayuda a elaborar el diagnóstico social sanitario.

4. Responsabilidades de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario

Los cambios drásticos que están teniendo lugar en todo el sistema de gestión hospitalaria, así como la adopción de instrumentos y tecnologías que simplifican la función asistencial, la directiva y de planificación, establecen nuevos retos a las unidades de trabajo social sanitario hospitalario.

Las responsabilidades de la unidad son:

- Elaborar la cartera de servicios y el catálogo de prestaciones de la unidad de acuerdo con la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y conforme a la demografía y epidemiología del hospital. Recordemos que la cartera incluye los procedimientos, los protocolos y las técnicas. Y que el catálogo incluye los servicios y las prestaciones. Las actividades y las gestiones forman parte de ambos contenidos (se recomienda revisar los módulos que tratan estos conceptos).
- Diferenciar la función asistencial como gestora de casos y ejecución de procedimientos y protocolos, prestación de servicios, de la función gestora de la unidad como analista de toda la información generada y con capacidad operativa para organizar promover nuevos programas y protocolos de trabajo social sanitario.
- Desarrollar en los miembros del equipo de trabajo social sanitario hospitalario habilidades y competencias de cálculo combinando información cualitativa e información cuantitativa con información económica.
- Asumir la función de investigación psicosocial dentro del hospital como una competencia habitual y convertir el trabajo de campo diario en la fuente de datos sobre la que promover nuevos programas y recursos.
- Evitar la confusión entre las opiniones e hipótesis, fruto de las sospechas o anécdotas, de los diagnósticos institucionales y/o comunitarios obtenidos de acuerdo con el método científico.
- Evaluar anualmente los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario existentes para adecuarlos a la propia realidad de la organización.
- Incluir la variable complejidad en los casos sociales y en la gestión de la unidad.

- Desarrollar protocolos de trabajo social sanitario hospitalario en paralelo a los protocolos de los equipos médicos para asegurar la atención integral profesional.
- Concienciar a los equipos de otros colectivos profesionales de la importancia de considerar los aspectos psicosociales de las personas atendidas.
- Actualizar las estrategias de promoción de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario mediante la creación de literatura científica para divulgar los resultados soportados siempre por el método científico.
- Participar activamente en medios de comunicación.
- Incorporar la prudencia como un valor de la unidad. Debemos evitar precipitarnos en la toma de determinadas decisiones sin antes haber valorado las consecuencias directas para las personas implicadas. Debemos evitar apoyarnos en información carente de relevancia y de representatividad, lo que aboca a errores que facilitan la pérdida de credibilidad en la unidad.
- Evitar los grandes y elocuentes discursos que se sostienen en la retórica y la especulación intelectual, sin resultados reales. Cuando proponemos algún cambio en algún programa psicosocial, este debe apoyarse en datos que lo avalen. Por ello, la función de investigación es tan importante porque a través de ella nos convertimos en auténticos agentes y motores de cambio.
- Apostar por generar la credibilidad de la unidad de trabajo social sanitario hospitalaria, un valor apreciable y un pilar importante de la imagen profesional que se proyecta. La credibilidad se gana cuando se mantiene un discurso teórico coherente y compatible con la actividad diaria. La realidad de hoy demanda claridad, propuestas concretas propias y no importadas. Es importante resaltar que cada comunidad, cada área sanitaria, cuenta con su propia condición, y por ello un programa que funcione muy bien en Sevilla puede no funcionar en Bilbao. Culturas diferentes, personas diferentes, requieren servicios y recursos diferentes. Y esta es una circunstancia contemplada y de obligada atención en los principios básicos del trabajo social.

Por ejemplo, los hospitales de día y los centros de día, *a priori*, parece obvio que en Galicia tendrán menos concurrencia, pues el clima no invita a las personas enfermas a salir a la calle para ir al recurso diurno. Seguramente van, pero cuando hace frío y viento uno prefiere permanecer en casa. ¿Preferirían otro recurso? ¿Alguien les preguntó? Este mismo recurso en Andalucía, también *a priori*, parece más conveniente, pues la climatología invita a salir a la calle y pasear.

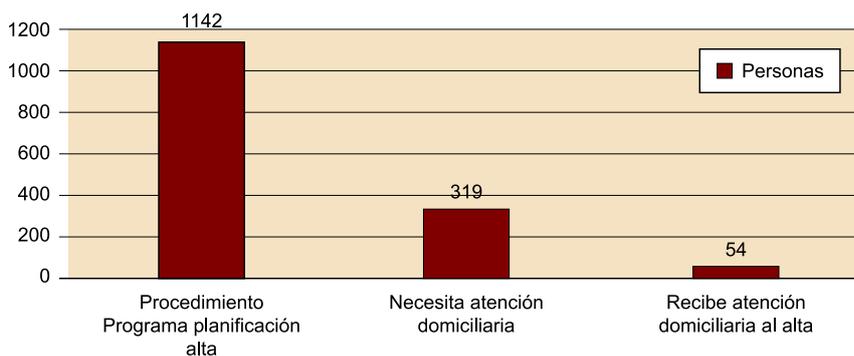
Si se piensa en el recurso, esta observación no importa; si se piensa en la persona, en su entorno, sí. ¿Cómo promovemos la participación ciudadana?

- Nuestras propuestas deben basarse siempre en análisis de información verdadera obtenida por profesionales del trabajo social sanitario. Es inadmisibles investigar y proponer proyectos a partir de información obtenida por

no profesionales. Cuando las decisiones dependen de la información obtenida, muchas veces el punto débil del proyecto son datos poco fiables o no representativos. Así, numerosos trabajos de campo los asumen estudiantes en prácticas, personas voluntarias sin formación que actúan como operadores que se limitan a lanzar preguntas y no como profesionales que interactúan con la persona para obtener los máximos matices. Es preciso asegurarnos de que la información sobre la que se va a basar el proyecto es veraz.

El conocimiento del «Programa de atención temporal a domicilio» aplicado en el Hospital Mount Sinai Medical Center of New York propició que dicha información se utilizara en 1987 en la unidad de trabajo social sanitario hospitalario del entonces Hospital de Sant Andreu de Manresa para saber cuántas personas ingresadas necesitaban este recurso y cuántas lo recibían de parte de los servicios sociales municipales. Dentro del procedimiento de trabajo social sanitario del programa de la planificación del alta se estudió la totalidad de población atendida y de ella cuánta era tributaria del «recurso de atención temporal a domicilio», con independencia de los servicios de trabajo social sanitario prestados. Así, se estudiaron 1.142 pacientes, todos atendidos dentro del procedimiento de trabajo social sanitario señalado. De estos, 319 necesitaban el recurso, pero lo habían recibido 54, el 17 %. Para el resto (319, el 73 %) hubo varias opciones, pero no el recurso necesario. La figura 2 muestra estos resultados iniciales:

Figura 2. Necesidad de atención a domicilio de personas hospitalizadas y utilización el recurso



Esta información fue la base para proponer a los servicios sociales la financiación de un programa piloto de atención temporal a domicilio dependiente jerárquica y funcionalmente de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario. La negociación duró tres años y fue en agosto de 1990 cuando en España se ponía en marcha el primer programa de atención temporal a domicilio del propio hospital. Fue la unidad de trabajo social sanitario hospitalario la que lideró todas las acciones y propuestas de acuerdo con la gerencia.

Lectura complementaria

P. J. Schwartz; S. Blumenfield; E. P. Simon (1990). «The interim homecare program: an innovative discharge planning alternative». *Health and Social Work* (vol. 15, n.º 2, págs. 152-160).

- Desarrollar competencias que nos permitan vincular nuestros resultados a beneficios comunitarios e individuales.

Por ejemplo, si desarrollamos un protocolo de trabajo social sanitario para personas reingresadas, cuando evaluemos el protocolo debemos poder relacionar nuestros servicios con la reducción de los reingresos y con ello las roturas propias de la dinámica social de las familias y las personas cuando deben ingresar en el hospital.

- Nos apoyamos en resultados y beneficios sociales demostrados y demostrables. Y todo ello no lo consideramos en un sentido micro de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario, sino dentro de la globalidad del

hospital. Nuestros resultados deben reflejarse en la totalidad del funcionamiento del hospital.

Por ejemplo, dentro de un procedimiento de trabajo social sanitario del programa de planificación del alta podemos reducir las estancias no médicas y ello, a su vez, permitirá a otras personas en lista de espera reducir su tiempo de espera y adelantar su ingreso programado. El hospital debemos verlo como un recurso finito, que tiene una capacidad concreta y, por tanto, si lo utilizan unas personas, no lo pueden utilizar otras.

- Debemos poner la alerta en la medicalización y progresiva institucionalización de la asistencia en las más variadas versiones, lo cual genera una visión reduccionista sobre «el cómo» resolver los problemas de salud, en el sentido más amplio, de una población. Los equipos de trabajo social sanitario, en todos los ámbitos, no resuelven problemas, ayudan a las personas en su hábitat a resolver sus problemas, siempre apoyados en el diagnóstico social sanitario.
- Evitaremos la minimización de variables psicosociales que, aunque en el hospital y frente a la enfermedad aguda ocupan un segundo plano, en el domicilio se amplifican y resultan tanto o más importantes que las propiamente médicas. Y este es el otro importante reto de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario: lograr que los equipos sanitarios consideren el diagnóstico social sanitario como parte de su plan terapéutico.
- Tomaremos conciencia de que en todos los procesos (no confundir con procedimientos ni protocolos) cada decisión profesional supone infinidad de consecuencias, tanto sociales y familiares como económicas, sobre el núcleo familiar y sobre las arcas del estado del bienestar. La toma de conciencia de las consecuencias de cada decisión profesional nos ayudará a mejorar la gestión del caso. Los actuales modelos de gestión, pensando en la competencia como motor de las mejoras, introducen dos elementos: el esfuerzo por estar entre los mejores hospitales y buscar la fidelización de las personas que se atienden. La unidad de trabajo social sanitario hospitalario adquiere un papel esencial en esta visualización de la excelencia asistencial y la asistencia centrada en la persona proponiendo programas y servicios de soporte imaginativos para que también la unidad de trabajo social sanitario hospitalario marque la diferencia con el resto.
- Integramos los sistemas de información de trabajo social sanitario en los sistemas de información general preservando el argot y los conceptos propios de la profesión, por ejemplo, introducir el diagnóstico social sanitario como tal, no como una evaluación o una lista de problemas.
- Introduciremos las tecnologías digitales y consultas virtuales o en línea de tal manera que la prestación de servicios de trabajo social sanitario no quede sujeta a barreras de espacio y de tiempo, que limitan, a veces, la propia prestación.

- Crearemos bases de datos con fórmulas que permitan visualizar información e indicadores en tiempo real.
- Iniciaremos la coordinación con la unidad de trabajo social sanitario de la atención primaria desde el primer momento con el fin de establecer planes conjuntos para garantizar la continuidad de los servicios prestados de trabajo social sanitario hospitalario. Recordemos que Gordon Hamilton nos enseñó que, cuando los equipos no trabajan juntos desde el principio, no se puede hablar de coordinación sino de derivación.

Estamos en un nuevo contexto sanitario que cambia constantemente y enseguida lo nuevo en tecnología se queda obsoleto, pero lo humano, lo vivencial, sigue necesitando tiempos y atenciones humanas. Debemos desarrollar una nueva área de conocimiento en donde se estudien los aspectos psicosociales y comunitarios de las personas enfermas y sus familias. Los sistemas de información son parte de nuestro día a día y su explotación periódica es una responsabilidad que no podemos dejar únicamente en manos de otros equipos. Los resultados obtenidos por los miembros de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario debemos medirlos en términos de eficacia/eficiencia social e interpretarlos desde el trabajo social sanitario, no desde otras disciplinas. Con nuestros resultados justificamos nuestra continuidad y también nuestro crecimiento como unidad de trabajo social sanitario hospitalario. Debemos reflejar los beneficios sociales y la optimización de las estructuras y organizaciones en las cuales se cuenta con el trabajo social sanitario hospitalario riguroso frente a hospitales que minimizan sus competencias y las reducen a movilizar y gestionar recursos.

El valor añadido que el trabajo social aporta a la organización hospitalaria también debemos presentarlo en forma de resultados apreciables para las personas atendidas y no únicamente en los cuadros de mandos del centro. Si los hospitales que tienen unidades de trabajo social sanitario hospitalario estructuradas y organizadas de acuerdo con las competencias propias obtienen los mismos resultados cualitativos y cuantitativos que los que únicamente responden a demandas y replican más modelos caritativos que el modelo biopsicosocial, es que el funcionamiento esencial de la unidad está fallando. Los primeros deben marcar su diferencia respecto a los segundos.

5. El organigrama del hospital y el organigrama de la unidad de trabajo social sanitario

La RAE define *organigrama* como: «Sinopsis o esquema de la organización de una entidad, de una empresa o de una tarea»⁵.

⁽⁵⁾<http://dle.rae.es/?w=organigrama>

Un organigrama hospitalario incluye la estructura organizativa y de dependencia funcional. Los organigramas cada vez son más complejos, y van sumando niveles. La dependencia jerárquica de la unidad de trabajo social sanitario debe ser de la gerencia por cuanto los contenidos de la unidad son los propios, y la naturaleza de la información y decisiones que se toman implican a la gerencia. Dependencias por ejemplo de la división de enfermería, la división médica o la división administrativa, incluso la división asistencial, son un error estratégico.

La unidad de trabajo social sanitario hospitalario por su naturaleza, por cómo materializa sus funciones y sus competencias, por la información que genera, debe depender directamente de la gerencia y si ello no es así, este será uno de los objetivos. La principal razón que apoya esta afirmación es que la generación de datos sanitarios, sociales y comunitarios de la unidad presenta escenarios sobre los que actuar y ello corresponde a la gerencia⁶.

⁽⁶⁾http://directivos.publicacionmedica.com/IMG/pdf/dolors_colom_articulo.pdf

La dependencia de gerencia, no obstante, implica mucha responsabilidad por parte de la jefatura de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario, pues a la gerencia la información se le debe facilitar de manera clara, sintetizada, concreta y concisa. A ser posible en gráficas, con las soluciones a los problemas que reflejen las gráficas y las posibles soluciones.

La unidad de trabajo social sanitario también es una unidad de gestión, pues combina conocimientos profesionales con realidades humanas y la prestación de servicios, algunos de los cuales, además, implican utilización de recursos. Sea cual sea el organigrama que se establezca, la unidad de trabajo social sanitario hospitalario debe quedar adscrita a la gerencia o a la máxima jerarquía.

Tabla 1

Organigrama de la unidad de trabajo social sanitario
Gerencia – dirección – patronato
Jefatura unidad de trabajo social sanitario hospitalario: con diploma o grado en Trabajo Social y formación en técnicas de gestión y trabajo social sanitario
Equipo unidad de trabajo social sanitario: con diploma o grado de Trabajo Social y preferentemente con un máster universitario de Trabajo social sanitario

Organigrama de la unidad de trabajo social sanitario

Personal de administración

Otros

La dependencia de la gerencia se ha venido justificando a lo largo de todos los años, si bien en muchos casos debemos asumir que se depende de otras divisiones.

El número de profesionales de la unidad dependerá de los objetivos y las responsabilidades. La puesta en marcha de programas específicos requiere recursos profesionales específicos que los desarrollen. Cada programa se gestionará estableciendo la relación coste-eficacia y beneficios sociales de los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario que pongan en marcha. A veces, se necesitarán asesores consultores externos de otras disciplinas, abogacía, rehabilitación, enfermería, medicina, arquitectura, etc., ello para mejorar la intervención, el plan de trabajo, en los casos sociales atendidos. La colaboración con estos equipos puede ser anual o durante el análisis e interpretación de los datos generados.

La responsabilidad asistencial, por su envergadura, es incompatible con la responsabilidad gestora. El deseo de compatibilizar ambas actividades es abocar a la unidad de trabajo social sanitario hospitalario a su pérdida de identidad frente al resto de las unidades. Por su razón de ser, es como un área gerencial. Su trabajo con datos de toda índole, asistenciales, clínicos, demográficos, de gestión y planificación, referidos al área sanitaria, le da un carácter amplio.

6. Pilares de la actividad desde la unidad de trabajo social sanitario hospitalario: organización

El acto de organizar significa establecer un orden y asignar unas responsabilidades individuales para la consecución de uno o varios fines. Cuando organizamos estamos interactuando para mejorar los resultados y beneficios de las personas atendidas y de la propia estructura funcional. Una organización está formada por un conjunto de profesionales, con conocimientos y técnicas, compromisos y responsabilidades, que comparten unos recursos comunes para alcanzar unos objetivos en el plano.

La organización de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario integra factores internos y externos, pero por la naturaleza de su función debe tener en cuenta que:

- La persona viene al hospital porque tiene un problema de salud que no puede resolver en la atención primaria de salud.
- Su estancia en el hospital debe ser la necesaria para orientar la resolución del problema de salud.
- Hay otras personas con problemas de salud esperando ser atendidas en el hospital.
- El hospital está limitado por su contrato programa; por ello, debe mejorar su gestión.

Para la organización consideraremos cuatro puntos y, además, nos apoyaremos en los objetivos generales del hospital recogidos en su plan estratégico. Ello viene secundado por la estructura matricial de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario, entendida como una dependencia jerárquica de la unidad y funcional de acuerdo con las áreas médicas. Una organización matricial combina la jerarquía que le viene dada por la jefatura de la unidad con la función que le viene dada por el área médica en la que actúa. Cada profesional de la unidad de trabajo social sanitario desarrollará su acción de acuerdo con los diagnósticos y pronósticos clínicos, pero ello no significa que sus procedimientos de trabajo social sanitario hospitalario los defina el área médica.

La organización de nuestra unidad de trabajo social sanitario hospitalario se pensará para prestar servicios y debe definir con claridad:

- 1) La metodología:
 - a) procedimientos
 - b) protocolos

c) sistema de evaluación

2) Los instrumentos:

- a) sistemas de información
- b) clasificaciones
- c) escalas
- d) plataformas virtuales

3) Las técnicas:

- a) entrevistas personales
- b) entrevistas telefónicas
- c) observación de hechos, directos e indirectos
- d) análisis cualitativo
- e) historia de vida
- f) grupos focales
- g) grupos de apoyo
- h) grupos terapéuticos
- i) documentación y registro

4) Las plazas:

- a) públicas
- b) privadas
- c) mixtas

La unidad de trabajo social sanitario del hospital está integrada por diplomados y graduados en Trabajo Social y preferentemente con formación en el máster universitario de Trabajo social sanitario. Para el buen funcionamiento, se requerirá apoyo en tareas administrativas y en ocasiones, según el caso social sanitario, se precisarán apoyos de otros equipos consultores.

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

- **Modelo reactivo.** La intervención es a demanda, y esta puede venir de la mano de la persona enferma, de la familia, del personal sanitario, de otro personal, de profesionales externos al hospital, de la atención primaria, etc. La demanda puede surgir en cualquier ámbito y se dirige a la unidad de trabajo social sanitario hospitalario, desde donde se iniciará el procedimiento o protocolo más indicado. La intervención a demanda, aunque sigue siendo la habitual, es un modelo obsoleto y discriminatorio porque está en manos de la persona, de su familia, la decisión final de pedir ayuda. Esta se basa en un autodiagnóstico y se apoya en su conciencia de problema o de necesidad de apoyo. Este tipo de intervención es marginal y marginal porque podemos encontrar a personas que con necesidades similares no reciben ningún tipo de atención porque no la han solicitado. Se ha vis-

to y comprobado, cuando se aplican programas de intervención proactiva, que el hecho de no pedir ayuda no significa que no exista la necesidad de ayuda. Lo que buscamos no es la demanda sino la necesidad. Este modelo de asistencia se inscribe en la intervención reactiva, que se inicia cuando se manifiesta el problema. La intervención a demanda queda justificada solo cuando los recursos profesionales de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario son tan escasos que no permiten la aplicación del modelo proactivo.

- **Modelo proactivo.** La intervención se desarrolla por programas, lo que significa que se produce una intervención sistemática cuando en la persona está presente alguno de los requisitos definidos previamente, basados en una validación o en la propia evidencia. Los procedimientos de trabajo social sanitario pueden tomar como punto de partida determinados diagnósticos clínicos, la presencia de indicadores sociales que se han definido y probado como de riesgo, o el estar ingresado en un área que aplica la atención integral dentro del modelo biopsicosocial. Este es el modelo de intervención al que se tiende, por ser equitativo y preventivo. Se clasifica dentro de la intervención proactiva, la que se basa en las personas y en sus circunstancias. La que se da a partir de la presencia de unas realidades y sin necesidad de que se realice ninguna demanda en concreto. En este caso, se debe saber que la presencia de dichas variables no implica necesariamente la existencia de problemas, solo un riesgo que cabe validar o descartar. La presencia de determinadas características que se encuentran presentes en los casos sociales atendidos con anterioridad activa y justifica el inicio de programas específicos. El objetivo de la intervención por programas es adelantarse a las dificultades que pueden entorpecer el proceso de curación o mejora y a la vez prevenir la incapacidad para pedir ayuda o consejo.

Las circunstancias del sistema hospitalario han cambiado. El contexto de la atención especializada de los últimos años ha presentado una progresiva e incesante transformación y, como consecuencia, la unidad de trabajo social sanitario hospitalario debiera cambiar y reorganizar su actividad de acuerdo con esas nuevas realidades y a la vez seguir pendiente de los cambios.

La reconceptualización de las unidades de trabajo social sanitario hospitalario es ineludible. Por una parte, resaltan las funciones gerenciales, como la gestión clínica y la gestión por procesos clínicos, la contabilidad analítica, los avances tecnológicos en todas las especialidades, etc. Por la otra y en paralelo, vivimos grandes cambios en las estructuras familiares y/o redes sociales de apoyo, la progresiva institucionalización de lo social cuando se manifiesta en forma de problema y, como se ha mencionado, la progresiva desconexión entre lo sanitario, en su parte biológica y molecular, de lo social. Todo ello provoca nuevas situaciones de conflicto que requieren atención del trabajo social sanitario.

Una primera dificultad es la hasta hoy imposible integración longitudinal de los diferentes apoyos, esto es, hacer coincidir el alta hospitalaria de la persona con el ingreso en el programa sanitario social requerido.

La organización de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario pasa siempre por adecuar los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario de acuerdo con los resultados de la evaluación. Debemos mantener identificados aquellos grupos de población de mayor riesgo psicosocial y ello pasa por elaborar la cartera de servicios y el catálogo de prestaciones de la unidad.

Aun cuando son muchas las quejas sobre la falta de medios y recursos para completar el tratamiento social después del alta hospitalaria, a día de hoy las unidades de trabajo social sanitario hospitalario siguen sin establecer empíricamente las plazas necesarias para poder responder eficientemente y cubrir las necesidades de las personas atendidas, de acuerdo con su tipología de apoyo y los servicios prestados. Este ejercicio se debería llevar a cabo anualmente y sus resultados interesan sobre todo a la gerencia.

Por ejemplo, a modo de escenario debemos poder formular las siguientes afirmaciones: En el hospital «A» la población atendida presenta necesidades para las que se requieren cinco plazas de larga estancia, cinco plazas temporales de espera, quince plazas de atención a domicilio, veinte de residencia asistida, etc.

Esta información obtenida mediante el método científico permite a la gerencia proyectar nuevos programas para responder a las necesidades reales de la población a la que atiende y no sobre la ambigüedad de la retórica. Con ello se enfatiza la respuesta local a problemas locales sin que ello impida globalizar y analizar comportamientos de población según estratos.

La unidad de trabajo social sanitario hospitalario permanecerá atenta a los efectos que su intervención supone para la persona y para el hospital.

7. Áreas del hospital y la presencia de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario

Los hospitales no siempre han tenido la misma estructura. A medida que las prácticas médicas avanzaban, cambiaban y se remodelaban los espacios para satisfacer las nuevas necesidades.

Estructuralmente, los espacios del hospital están organizados por zonas y en cada una de ellas se desarrolla una especialidad propia, y aunque sea obvio, recordemos que las personas enfermas cuando traspasan sus muros, según la patología que presenten, se integran a las pautas de dicha organización. Un enfermo con traumas será atendido en la unidad de traumatología y no en otra. Ello responde a unas pautas de eficiencia y optimización de recursos materiales y profesionales. Nada excluye que se puedan pedir interconsultas a otros equipos médicos con el fin de completar el diagnóstico principal.

Los servicios centrales satisfacen demandas de todas las áreas. Por ejemplo: admisiones, laboratorio de análisis clínicos, anatomía patológica, radiología, anestesia y reanimación, banco de sangre, diagnóstico por imagen, farmacia, y por supuesto la unidad de trabajo social.

La unidad de trabajo social sanitario hospitalario –aun con profesionales con formación en determinados diagnósticos médicos y quizá con profesionales integrados en las diferentes áreas– mantiene su carácter de servicio central. Es importante recordar esta doble salida de actividad: por una parte, la propia de la profesión y, por la otra, la condicionada por el proceso clínico.

El hospital como estructura física, tal y como se la conoce en la actualidad, cambia. Su evolución es evidente y todo parece indicar que en los próximos años los espacios tradicionales, como los conocemos hoy, se dispondrán de diferente manera y se orientarán a un único fin: la resolución de procesos clínicos. A la pregunta ¿cómo serán los hospitales del futuro? Albino Navarro escribía hace años, aunque sus palabras siguen vigentes, que:

«La respuesta puede entreverse al analizar la evolución de los últimos tiempos. Probablemente, a lo largo de este siglo los hospitales tendrán cada vez menos camas, serán más resolutivos, seguirán incorporando conocimientos de los profesionales, nuevas tecnologías y medicamentos innovadores, desaparecerán los papeles, la información de datos e imágenes viajará fluidamente por los sistemas sanitarios con garantías de proteger su confidencialidad, se buscará la calidad como objeto primordial y la eficiencia estará en los idearios de todos los profesionales».

El hospital se organiza en cuatro grandes áreas asistenciales: urgencias, consultas externas, hospitalización y cirugía ambulatoria. Cada área presenta sus propias características organizativas, que las diferencian de las otras.

Lectura complementaria

A. Navarro (2004). «Hospitales: concepto, alcance y dimensión». En: *Los hospitales a través de la historia y el arte* (págs. 3-5). Barcelona: Ars Médica.

Tabla 2. Áreas del hospital, su definición y procedencia

Área	Definición	Procedencia predominante de las personas
Urgencias	Es el área del hospital en la cual se atiende a las personas que por su situación requieren una atención inmediata.	<ul style="list-style-type: none"> • Externa, del espacio urbano • Externa, ambulatorio o centro de salud • Interna del hospital
Consultas externas	Es el área de diagnóstico y tratamiento de los enfermos que no requieren ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina de familia • Posturgencia • Postalta
Hospitalización	Es el área de ingreso, internamiento de los enfermos cuando la atención que requieren no puede ser prestada en consultas.	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina de familia • Urgencias • Consultas
Cirugía ambulatoria	Es el área que realiza intervenciones ambulatorias programadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de cirugía centro de salud u hospitalarios

La unidad de trabajo social sanitario hospitalario es una unidad de servicios centrales que despliega su actividad por todo el centro. Debe definir los procedimientos generales y los protocolos específicos.

8. Metodología para el cálculo de los recursos profesionales de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario

Un error frecuente en nuestros días, tanto por parte de gerencias como de los propios miembros de los equipos profesionales, es relacionar los resultados, la calidad, etc., con el volumen de los recursos profesionales. A veces, suponemos a más profesionales mejores resultados, pero ello no siempre es así. Equipos numerosos pero sin directriz no obtendrán mejores resultados que otros con menores recursos, pero con los objetivos y los encargos claros. Seguramente los segundos superen a los primeros. La cantidad es solo eso: una cantidad y posibilidades potenciales, pero no una garantía. A más cantidad de recursos profesionales, más posibilidades, pero estas se consolidan sobre líneas claras.

Un primer punto que cabe considerar cuando se incrementan los recursos profesionales es que estos deben tener definido su encargo, su responsabilidad, cuyos protocolos son propietarios, así como si lo son de algún proceso clínico. Por ejemplo, en trabajo social sanitario, si no se tiene clara la función educativa, este incremento de recursos para un procedimiento de la planificación del alta puede representar un aumento desproporcionado de la demanda. Pero ocurre lo contrario cuando cada profesional asume su función educativa y promotora de los recursos propios de las personas. Recordad lo que señalábamos en páginas anteriores sobre la toma de conciencia de las personas atendidas con relación a sus responsabilidades sobre su salud.

8.1. Recursos profesionales en el modelo de intervención a demanda

Para la atención a demanda no es posible aplicar ninguna fórmula aparte de contabilizar las demandas y el tiempo de la primera visita y de las visitas sucesivas. Se trata de controlar el volumen y analizar cómo se reparten los tiempos de los casos sociales sanitarios. Se trata también de recabar información que pueda ser útil en otro escenario. Por ejemplo: analizar la lista de espera de cada trabajador social sanitario, él o ella, y el tiempo que tarda en atender a las personas afectadas. La atención a demanda es imprevisible.

8.2. Recursos profesionales en el modelo de intervención por programas

Muy distinto es el caso de la gerencia que opta por una intervención por programas. Para ello, se propone el siguiente método de cálculo de los recursos profesionales de la unidad de trabajo social sanitario. El que sigue es un escenario teórico basado en el procedimiento clásico de la planificación del alta:

Tabla 3. Metodología para el cálculo de los recursos personales de la unidad de trabajo social sanitario

Preguntas	Valores	Cálculo
¿Qué tipo de instrumento de recogida de información se va a aplicar? La pregunta clave: ¿Cuánto tiempo en minutos (MN) lleva completarlo en la primera entrevista / <i>screening</i> ?	Minutos MN	MN
¿Cuántos ingresos-consultas anuales (X) responden a las características de los criterios de cada programa?	X	X
Horas/año necesarias para desarrollar el programa. Se multiplican los minutos (MN) que lleva de media completar el instrumento aplicado por el número de ingresos (X) [una persona puede realizar varios ingresos, por ello se habla de ingresos y no de personas] anuales con las características definidas dentro del programa. El resultado se divide por 60 (los minutos que tiene una hora). El producto señalará las horas de trabajo social sanitario necesarias al año dentro del programa.		$MN \times X / 60 = \text{Horas año}$
¿Cuántas horas al año existen de trabajo social sanitario (HTSS)?	HTSS	$\text{Horas año} - \text{HTSS} = \text{Horas que faltan o que sobran}$
El cálculo se requiere también por días a fin de saber cómo se distribuyen los ingresos hospitalarios. Media diaria de casos que responden a las características del programa (Y). Pueden calcularse las medias según el periodo estacional y por mes.	Y	$MN \times Y = \text{Media de horas diarias}$
¿Cuál es la distribución de la población después de la primera entrevista / <i>screening</i> en este programa? Casos de alta después de esta primera visita (CA). Casos de seguimiento sin tener la seguridad de que surja el problema (CS). Casos de problema social (CPS).	N (CA) N (CS) N (CPS)	$MN \times CA =$ $MN \times CS =$ $MN \times CPS =$
Porcentaje		$N (CA) = CA \times 100 / \text{total población primera entrevista}$ $N (CS) = CS \times 100 / \text{total población primera entrevista}$ $N (CPS) = CPS \times 100 / \text{total población primera entrevista}$
Determinación de la media en tiempo estimado de las visitas sucesivas, por lo general 20', pero cada unidad establecerá la suya. Este es un cálculo, no una intuición. Cabe realizar un trabajo de campo de recogida de tiempos de las visitas sucesivas. Los 20' propuestos son el resultado del cálculo realizado en el Hospital de Sant Andreu de Manresa en 1985 al implementar el programa de planificación del alta.	Minutos MS	

Preguntas	Valores	Cálculo
Determinación de la media de visitas sucesivas (VS).	VS	
Tiempo actual disponible en la unidad de trabajo social sanitario, minutos reales (MR).	Minutos MR	
Comparación del tiempo actual real disponible (TR) y el tiempo necesario (TN). El tiempo pendiente (TP), que vendrá en minutos dividido por 60 minutos que tiene una hora, indicará las horas que quedan descubiertas.		$TR - TN = TP/60 = \text{horas de déficit}$
Priorización áreas de intervención.		

La fórmula básica en todos los casos consiste en asignar tiempos medios a las actividades y acciones dentro de los procesos clínicos.

9. Variables para tener en cuenta en la fijación de los objetivos

Sobre la actividad del hospital

1) De las áreas médicas:

- a) camas por área médica y camas mixtas
- b) índice de rotación
- c) estancia media mensual por área
- d) número diario de ingresos por unidad clínica
- e) otras

2) De la unidad de trabajo social sanitario hospitalario:

- a) número de personas atendidas según las áreas médicas
- b) estancia media de las personas atendidas por área médica
- c) número de altas de trabajo social dadas en cada área médica por mes
- d) tipologías de las personas que han acudido a la unidad
- e) cómo han llegado a la unidad y quién las ha enviado
- f) tipos de demanda que han motivado la intervención de la unidad
- g) tiempo medio de la unidad de trabajo social en resolver los casos
- h) tiempo medio transcurrido desde el ingreso de los enfermos hasta que interviene el trabajador social
- i) qué áreas médicas realizan más interconsultas
- j) actividades de soporte y promoción de recursos comunitarios para la salud
- k) otras

3) Sobre los recursos profesionales de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario:

- a) número de profesionales que componen la unidad
- b) actitud frente al cumplimiento de los procedimientos y protocolos propios
- c) cómo se vive la implementación de nuevos programas en la unidad
- d) ¿Los profesionales, ellos y ellas, se sienten parte de la unidad?
- e) otros conocimientos sobre salud aparte de los propiamente exigidos
- f) predisposición a los cambios
- g) aceptación de las críticas
- h) capacidad de integración
- i) manejo de medios informáticos
- j) otras

4) Sobre las personas atendidas por el hospital:

- a) municipios de procedencia y su correspondiente área sanitaria
- b) grupos de edades de las personas ingresadas
- c) diagnósticos médicos (GRD) más frecuentes según sexo

- d)** canales más habituales de ingreso en el hospital: médico de cabecera, voluntad propia, por urgencias, etc.
- e)** grado de instrucción y económico
- f)** reingresos y frecuencia por municipios
- g)** demografía y proyecciones
- h)** epidemiología
- i)** servicios de trabajo social sanitario prestados con más frecuencia
- j)** recursos utilizados en la prestación de los servicios
- k)** zona rural, urbana o mixta
- l)** fuentes de riqueza
- m)** otras

5) Sobre el territorio de procedencia de los clientes:

- a)** ¿El hospital atiende a una población definida y localizada territorialmente?
- b)** zonas en las que la atención primaria de salud y los servicios sociales están mejor o peor dotados de infraestructuras
- c)** actitud de los recursos profesionales de la atención primaria de salud y de servicios sociales de la comunidad
- d)** ¿Cuáles son los servicios de trabajo social sanitario más frecuentes?
- e)** ¿Qué recursos son los más demandados?
- f)** ¿Qué recursos son los más utilizados?
- g)** ¿Qué recursos son los más necesitados?
- h)** predisposición de los equipos de atención primaria de servicios sociales a coordinarse con la unidad
- i)** ¿Qué recursos y programas inexistentes, de haber existido, hubieran cubierto determinadas necesidades?
- j)** políticas sanitarias de la zona
- k)** otras

10. Descripción de los puestos de trabajo

10.1. Principales actividades de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario

Estas actividades se pueden desarrollar dentro de todas las funciones profesionales señaladas con anterioridad:

- 1) Identificar a las personas ingresadas con criterios de riesgo social postalta.
- 2) Visitar a los enfermos que cumplen alguno de los criterios de riesgo y a sus familias para el primer *screening* de trabajo social sanitario hospitalario.
- 3) Coordinarse con la unidad de trabajo social sanitario de la atención primaria de salud, programas de bienestar social, públicos o privados.
- 4) Entrevistar a las personas ingresadas y sus familias.
- 5) Registro de los datos de la actividad diaria del trabajo de campo.
- 6) Compartir con el resto de los equipos profesionales la información obtenida.
- 7) Garantizar la continuidad de la asistencia postalta.
- 8) Estudio y epidemiología de los datos obtenidos.
- 9) Aportar al equipo directivo la información elaborada y trabajada con propuestas concretas y su presupuesto.
- 10) Intercambiar con las diferentes administraciones, locales, comarcales, autonómicas y centrales, información sobre la población atendida.
- 11) Fijar objetivos anuales de la unidad de trabajo social basados en una realidad existente y no en supuestos abstractos.

10.2. Tareas

Tareas específicas de los equipos asistenciales de trabajo social sanitario hospitalario:

- 1) Primera entrevista, estudio sociofamiliar y análisis de dependencia funcional según autodiagnóstico.
- 2) Informar al personal médico y de enfermería de la planta donde se encuentra la persona afectada del resultado de esta primera entrevista, dejando constancia de ello en la historia clínica.
- 3) Registrar la actividad asistencial en el sistema de información.
- 4) Identificar a las personas que tienen la situación social cubierta (no se abre historia de trabajo social sanitario).
- 5) Estudiar los casos que se tratan en visitas sucesivas de soporte y los que precisan la gestión de recursos extrahospitalarios (se abre historia de trabajo social sanitario).
- 6) Segundas visitas y seguimiento.
- 7) Elaboración de diagnóstico social sanitario.
- 8) Derivaciones informadas a otros equipos de atención primaria.
- 9) Coordinación intrahospitalaria con el personal sanitario implicándolo en el plan de trabajo.
- 10) Documentar los casos.
- 11) Diseñar un plan terapéutico individualizado de cada cliente.
- 12) Coordinación extrahospitalaria con otros profesionales.
- 13) Información, orientación, soporte a los clientes que no necesitan recursos comunitarios.
- 14) Control de las personas que sobrepasan la estancia media establecida y descartar que sea por causa social.
- 15) Informar a la dirección médica de las personas que siguen en el hospital en espera de ingresar en algún recurso intermedio sin poder volver a su casa.
- 16) Informar a la dirección médica de aquellas personas en las que, a pesar de tener una estancia larga, no existe una causa social y, por tanto, pueden ser alta cuando lo considere el equipo médico.
- 17) Llamada de supervisión postalta para comprobar el estado de la persona afectada y de su familia.

18) Estudios e investigaciones periódicas de la evolución de la demanda y de las necesidades de los clientes.

19) Evaluación cualitativa y cuantitativa de sus resultados.

20) Porcentaje de logro de los objetivos.

21) Transmisión de los resultados más significativos a los medios de comunicación del área.

22) Etc.

Tareas específicas que deben realizar los equipos administrativos de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario:

1) Identificación diaria de todas las personas ingresadas.

2) Control de los cambios ocurridos dentro del hospital, traslados, etc.

3) Archivar los documentos personales dentro de la correspondiente historia social.

4) Registro informático de las demandas de ayuda.

5) Control de las altas de las personas enfermas atendidas en la unidad.

6) Transcripción de los informes.

7) Concertar horas de visita.

8) Atender la comunicación vía correo electrónico, teléfono, etc.

9) Etc.

Tareas específicas que debe realizar la jefatura de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario:

1) La responsabilidad de la jefatura se encamina a crear una organización favorable a las políticas del hospital e integrarlas con las del área de influencia. En este sentido, debe contar con recursos profesionales capacitados para ello.

2) Promover programas de intervención basados en la documentación generada en el trabajo de campo diario.

3) Aportar a las otras divisiones la información correspondiente a los aspectos sociales de la población atendida por el hospital.

- 4) Crear sistemas de información y de recogida de datos para que la actividad de intervención realizada desde la unidad se integre en el resto de la actividad del hospital.
- 5) Analizar y evaluar con las otras áreas del hospital y programas de la comunidad los beneficios y déficits que las personas usuarias del hospital están teniendo. Para ello, precisará soporte informático.
- 6) Distribuir las tareas y asignar la responsabilidad de los nuevos programas que se implementen a los miembros del equipo que respondan al perfil profesional requerido.
- 7) Retroalimentar los recursos profesionales tanto para lo bueno, como para lo malo.
- 8) Establecer canales de comunicación estables con las otras divisiones del hospital y de la comunidad, utilizando, además de los circuitos estables, canales informales.
- 9) Fijar los objetivos anuales de la unidad a corto y largo plazo sobre la base de la visión de globalidad de esta junto con la experiencia individual de cada miembro profesional responsable de cada programa.
- 10) Identificar necesidades de la población atendida e iniciar contactos con las administraciones para prever los cambios adecuados.
- 11) Controlar el presupuesto que la unidad tiene asignado.
- 12) Evaluar las actividades realizadas, etc. Todo ello, vincularlo al resto de la información de las otras áreas médicas.

10.3. Sistema de información

Los principales aspectos que se deben tener en cuenta son:

- 1) ¿Cómo se estructura la documentación?
- 2) ¿Cuándo interesa obtener los datos?
- 3) ¿Con qué periodicidad?
- 4) ¿Qué datos interesan?
- 5) ¿Para qué interesan?
- 6) ¿Quién puede utilizarlos?

- 7) ¿Qué se quiere conocer?
- 8) ¿Con qué finalidad?
- 9) ¿Quién tendrá acceso a la información?
- 10) ¿A quién más puede interesar la información obtenida?
- 11) ¿Se quiere dar respuesta a problemas de las personas atendidas y de sus familias o a necesidades?
- 12) ¿Qué soporte se puede esperar por parte de la Administración en resolver conflictos detectados?
- 13) ¿Qué soportes se necesitan para la explotación y análisis de los datos?
- 14) ¿Son los datos políticamente interesantes?
- 15) ¿Son los datos socialmente interesantes?
- 16) ¿Cómo contribuyen a la mejora del estado de bienestar?
- 17) Etc.

Características de los instrumentos de la unidad:

- 1) Deben ser ágiles y sencillos de manejar.
- 2) Deben facilitar la recogida sistemática de información referida a la situación social y sanitaria de las personas afectadas y atendidas en la unidad.
- 3) Deben aportar un prediagnóstico social sanitario en relación con la vivienda, la situación familiar antes y después del ingreso hospitalario, la capacidad económica, el nivel de instrucción, etc.
- 4) Deben identificar desde el primer momento a las personas afectadas que requerirán intervenciones sucesivas de la unidad de trabajo social sanitario hospitalario.

11. Grupos de indicadores

Los indicadores ofrecen información diversa obtenida a lo largo de periodos de tiempo y son una buena base para medir y comparar resultados actuales con resultados anteriores. Por ejemplo, se puede medir:

- 1) La evolución de los reingresos de determinadas unidades clínicas.
- 2) El uso de soportes externos a la red familiar.
- 3) Las institucionalizaciones frente a las reinserciones.
- 4) Otros.

Existen diversos tipos de indicadores, pero teniendo en cuenta la organización del hospital, la unidad de trabajo social sanitario hospitalario utilizará los siguientes:

- 1) de actividad
- 2) de utilización
- 3) de rendimiento
- 4) de población
- 5) de integración y reinserción

1) Indicadores de actividad: el registro y la cuantificación de la actividad realizada en la unidad de trabajo social de un hospital es indispensable para evaluarlo y, una vez analizada, planificar la actividad futura. El objetivo principal de los indicadores de actividad es obtener cifras cuantitativas de la actividad de la unidad de trabajo social dentro de la actividad del hospital.

2) Indicadores de utilización: informan del grado de utilización de la unidad de trabajo social tanto por parte de las personas atendidas en el hospital y de sus familias como por parte de los otros equipos profesionales y/o demás equipos externos.

3) Indicadores de rendimiento: informan del volumen de trabajo de cada miembro de la unidad de trabajo social sanitario y de las actividades realizadas en la unidad de tiempo. Sirven para comparar la productividad de los diferentes profesionales de una unidad o entre unidades.

4) Indicadores de población: informan de la tipología de la población atendida en la unidad de trabajo social del hospital, según demografía, situación socioeconómica, independencia funcional, etc. Asimismo, informan de las áreas clínicas con mayor presencia, etc.

5) Indicadores de integración y reinserción: informan del rendimiento social de la unidad respondiendo a uno de los principios del trabajo social sanitario, que contempla a la persona afectada como el primer recurso. Alcanzan también uno de los objetivos del trabajo social sanitario: «promover los recursos propios» antes de utilizar servicios comunitarios.

6) Otros.

Bibliografía

Cabot, R. C. (1910). «Discussion» acerca de *Hospital social service: Principles and implications*, de S. E. Goldstein. *National Conference on Social Welfare* (pág. 349).

Colom, D.; Medina, F. X.; Aguilar, A. (2020). *Prácticum clínico online en trabajo social sanitario (MUTSS-UOC): formando para el ejercicio profesional en la sociedad digital desde los másteres universitarios* (págs. 261-290). Valencia: Tirant lo Blanch.

Engel, G. (1977). «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science* (vol. 196, n.º 4286, págs. 129-136).

España Moreno, F. (2011). «La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales». *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo y Acción Social* (n.º 49, págs. 262-269).

González, E.; Navarro, A.; Sánchez, M. A. (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte* (pág. 21). Barcelona: Ars Medica.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [en línea]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Art. 4 [en línea]. <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [en línea]. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Ley general de sanidad (1986). Capítulo I, artículo 16, punto 2.

Muñoz García, J. J.; García Cuadrado, J. A. (2017). «Claves antropológicas del personalismo de Rof Carballo». *Revista de Hispanismo Filosófico* (n.º 22, págs. 133-156).

Navarro, A. (2004). «Hospitales: concepto, alcance y dimensión». En: *Los hospitales a través de la historia y el arte* (págs. 3-5). Barcelona: Ars Médica.

OPS (2018). «Hospitales en redes integradas de servicios de salud» [en línea]. Washington. [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2019]. <http://iris.paho.org>

Organización Mundial de la Salud (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Ginebra: OMS. (Serie de informes técnicos, 122).

RAE. *Diccionario de la lengua española* [en línea]. www.rae.es

Schwartz, P. J.; Blumenfield, S.; Simon, E. P. (1990). «The interim homecare program: an innovative discharge planning alternative». *Health and Social Work* (vol. 15, n.º 2, págs. 152-160).

