

Cartera de servicios y catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud

Dolors Colom Masfret

PID_00206231

Índice

Introducción.....	5
1. Evolución de la normativa referida a la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud a lo largo de los últimos años.....	9
2. El Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud: la inserción del trabajo social sanitario.....	12
3. Las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas.	15
4. Aportaciones del trabajo social sanitario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.....	16
4.1. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de salud pública	16
4.2. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de atención primaria	18
4.2.1. La intervención social sanitaria en atención primaria de salud	18
4.2.2. Líneas a desarrollar desde la atención primaria sanitaria. La documentación y los sistemas de información	19
4.2.3. Sistemática de relación-coordinación entre ámbitos asistenciales	19
4.2.4. Gestión directa de plazas y recursos de apoyo	20
4.2.5. El trabajo social sanitario preventivo en el área de salud	20
4.2.6. El trabajo social sanitario en las enfermedades raras	21
4.2.7. El trabajo social sanitario en la atención a personas con dependencia	21
4.2.8. Plan de coordinación sistemática entre la atención primaria y la atención especializada	22
4.3. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de atención especializada	23
4.3.1. Trabajo social sanitario en la atención especializada: definición	23
4.3.2. ¿Qué se puede esperar del trabajador social sanitario en la atención especializada?	24
4.3.3. Unidad de trabajo social sanitario frente a unidad de atención al cliente	27

4.3.4.	Intervención social sanitaria en atención especializada	27
4.3.5.	Organización del servicio de trabajo social sanitario en la atención especializada	30
4.3.6.	Áreas de la atención especializada y el trabajo social sanitario	31
4.3.7.	La estancia hospitalaria y la intervención social en sus fases	33
4.3.8.	La atención especializada está cambiando dentro de una sociedad cambiante	35
4.4.	Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencias	37
4.5.	Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica	39
4.6.	Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de ortoprótesis	41
4.7.	Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de los productos dietéticos	41
4.8.	Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de transporte sanitario	42
Resumen		43
Bibliografía		45

Introducción

En este módulo vamos a adentrarnos en el gran esquema asistencial del sistema sanitario en el cual se definen los servicios, y los procedimientos y técnicas terapéuticas mediante las cuales se prestan. Así como los criterios de actualización. Parte del texto se basa en el capítulo publicado en el libro de la autora, desde hace años agotado, *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. La teoría y la práctica*.

Son tres las leyes que pautan ese nuevo escenario surgido a partir del año 2002:

- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En ella se encuentran definidos “El catálogo de prestaciones” y la “Cartera de servicios”. Con posterioridad al 2003 se han desarrollado las siguientes directivas, las cuales aparecen desarrolladas en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - 1) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
 - 2) Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
 - 3) Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
 - 4) Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, que actualiza el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
 - 5) Orden SPI/573/2011, de 11 de marzo, por la que se modifican los anexos III y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
 - 6) Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio, por la que se modifica el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y los anexos I y III del Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la

prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación.

- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Cinco años más tarde, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, determinaba y clasificaba las especialidades en ciencias de la salud, desarrollando aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Es importante darse cuenta de la cronología de dichas leyes porque hasta la promulgación de la última, que es la que cambia radicalmente la realidad del trabajo social sanitario, las anteriores simplemente señalaban los nuevos condicionantes y requisitos del ejercicio profesional.

El trabajo social sanitario en el Sistema Nacional de Salud

Las referencias al trabajo social sanitario son escasas pero este está sujeto a la organización superior que marca el Sistema Nacional de Salud. Previo a ello vamos a considerar dos planos.

1) El primer plano se refiere a la organización y normativa, cuya naturaleza es de carácter temporal porque ambas están sujetas a las dinámicas sociales. Las normativas cambian, las organizaciones se transforman, como señala el profesor Corbella:

“La Administración sanitaria va desarrollando poco a poco la estructura del Sistema Nacional de Salud rediseñada por la Ley 16/03, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad, y mediante el RD 1030/06, define su cartera de servicios y hace efectivo el derecho de los ciudadanos a la igualdad de prestaciones sanitarias, independientemente de su lugar de residencia...”.

Ciertamente el Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, se van modificando pero para ello se deben dar unos condicionantes que lejos de ser caprichosos, como se verá, se apoyan en el método científico y los resultados terapéuticos.

Bibliografía

Para saber más sobre el Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y sus modificaciones, podéis ver:

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. 16/2003, de 28 de Mayo (BOE núm. 128, de 29 mayo 2003 [RCL 2003, 1412]).

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (BOE núm. 222, de 16 septiembre 2006, [pág. 32650]).

2) El segundo plano se refiere a las teorías y conocimientos del trabajo social sanitario que le dan entidad como profesión. La evolución, el estudio, la investigación, generan nuevos conocimientos a la vez que perfilan y matizan los genuinos. La esencia del conocimiento es estable, el conocimiento no cambia, evoluciona, por ello es a través del tiempo como los profesionales se dedican a su estudio. Las disciplinas que integran el trabajo social sanitario, sus proce-

Bibliografía

J. Corbella Duch (2012).
Manual de Derecho Sanitario
(págs. 113-118). Barcelona.
Atelier.

dimientos y protocolos, sus métodos, sus funciones y estructuras, dentro de su evolución, ofrecen una estabilidad y unas garantías para las personas atendidas y sus familias. Cosa distinta es cómo estos conocimientos se inscriben en una organización sanitaria que está sujeta a las normativas vigentes.

Las normativas afectan a la organización, no a los conocimientos que componen la disciplina y que corresponden a los profesionales. El método de trabajo social sanitario de caso, el *casework*, no varía se aplique en una u otra organización. La organización, la normativa, convive con la teoría aplicada. La evaluación anual del servicio irá marcando ajustes organizativos pero los conocimientos no pueden verse afectados.

Establecer esta diferencia entre la organización, la normativa y los conocimientos es básica. La primera se verá delimitada por los componentes administrativos y normativos de cada época, pero los segundos se mantendrán fieles a sí mismos y a los conocimientos emergentes. El método de trabajo social de caso, el *casework*, ha permanecido inalterable durante el último siglo, como el mismo método científico. La evolución del conocimiento, de los métodos, de las técnicas se da a partir de nuevos estudios pero nunca por el mero cambio de leyes políticas o normas administrativas.

La eventualidad de las instituciones y la estabilidad de las disciplinas es pues una realidad que es preciso considerar. El marco legal, las directivas posteriores a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud así lo ponen de relieve. La evolución de la sociedad, del sistema sanitario, su organización y jurisdicción son variables ocasionales. Así vamos a establecer la diferencia entre lo político, las ordenanzas, la organización administrativa y la columna vertebral del conocimiento, de las disciplinas.

1. Evolución de la normativa referida a la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud a lo largo de los últimos años

Para ilustrar dicha eventualidad, vamos a considerar los momentos clave, dentro de la democracia, referidos indirecta y directamente a la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

El primer momento clave sin discusión fue el señalado: la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. Un hito que marcó un antes y un después por la universalización de la asistencia y su consideración de prestación de carácter integral. La Ley General de Sanidad inicia el despliegue con las primeras transferencias a comunidades autónomas, transferencias que terminaron en el año 2000.

El segundo momento importante fue la aprobación del Real Decreto 63/1995, de 20 enero, publicado en el BOE el 10 de febrero de 1995, núm. 35 (pág. 4538). En él se desplegaba la Ordenación de prestaciones¹ sanitarias del Sistema Nacional de Salud a las que entonces se denominó “Modalidades”. Según refleja el texto, eran las siguientes:

- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Prestaciones farmacéuticas.
- Prestaciones complementarias.
- Servicios de información y documentación sanitaria.

El tercer momento clave para las prestaciones y para los profesionales en general del Sistema Nacional de Salud fue la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad, en cuyo artículo 7.1 introduce por primera vez el término de Catálogo de prestaciones, definido en los siguientes términos:

“El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos”. En el catálogo se recogen las siguientes prestaciones:

- Salud pública.
- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Atención sociosanitaria.
- Atención de urgencias.
- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica.
- Productos dietéticos.
- Transporte sanitario”.

⁽¹⁾Las prestaciones son las que en el 2003 conformarían el Catálogo de prestaciones.

Observación

El cambio experimentado con respecto a la anterior es importante. Observemos que ha desaparecido la modalidad denominada “Servicios de información y documentación sanitaria” que se recoge en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (RCL 2002, 2650), Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

“Las personas que reciban estas prestaciones tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial”.

En este nuevo catálogo se añadían ya las prestaciones de:

- Salud pública.
- Atención sociosanitaria.
- Atención de urgencias.
- Prestación ortoprotésica.
- Productos dietéticos.
- Transporte sanitario.

Nota

Las tres últimas están recogidas en el anterior Real Decreto 63/1995, de la Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el apartado denominado “Prestaciones complementarias”.

La Ley de Cohesión y Calidad, aparte del Catálogo de prestaciones citado, en el art. 8 introduce la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud como sigue:

“Las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la Cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, conforme con lo dispuesto en la sección 2.ª de este capítulo”.

El punto importante es la definición de La Cartera de servicios en los siguientes términos:

“La Cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias [...] En la elaboración de las carteras de servicios se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales y su impacto económico y organizativo”.

¿En qué debemos poner la atención para no confundir el Catálogo con la Cartera?

El Catálogo recoge las prestaciones. Pero estas ¿cómo se prestan? La respuesta es mediante procedimientos y técnicas, todos ellos validados y con beneficios terapéuticos probados y validados. Estos procedimientos y técnicas son los que se anotarán en la Cartera de servicios. Insistimos en la importancia de ver la diferencia entre el Catálogo y la Cartera para poder elaborar correctamente el Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios del servicio de trabajo social sanitario.

Dice la Ley de Cohesión respecto a la inclusión de nuevos procedimientos y técnicas en su art. 20:

“En cualquier caso, no se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento, no esté suficientemente probada”.

En esta última frase, *“No esté suficientemente probada”* apoyamos la siguiente hipótesis:

“La falta de investigaciones sobre los beneficios terapéuticos de las intervenciones realizadas desde el trabajo social son el primer inconveniente para su desarrollo y reconocimiento dentro del Sistema Nacional de Salud”.

La escasez de investigaciones sobre los beneficios directos (resolución inteligente de conflictos inmediatos) e indirectos (cuando se evita un problema hoy se evitan muchos más en un futuro) sobre la persona, su familia, su entorno, es el primer gran límite de la profesión y el primer gran salto a dar. La falta de estudios relacionando la intervención de los trabajadores sociales sanitarios con la optimización de sistema sanitario ha permitido ignorar su presencia y no valorarlos como agentes clave en el principio de coste-eficacia.

Avanzando en los momentos clave, el cuarto se dio el 16 de septiembre del 2006, con la publicación en el BOE 16212 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Cuando hablamos de Cartera de servicios, debemos recordar que estamos hablando de procedimientos y técnicas, y que no lo podemos confundir con el Catálogo de prestaciones. Prestemos atención a una nueva evidencia de esta eventualidad de las normativas pues en este Real Decreto ya no se hace mención a la atención sociosanitaria de la Cartera de servicios tal y como aparecía en la anterior, si bien se mantiene como prestación del Catálogo. Ello indica que estamos hablando de servicios pero ¿entendemos entonces que la atención sociosanitaria carece de procedimientos y técnicas? ¿Acaso sus procedimientos y técnicas se han sanitarizado y ya no merecen diferenciación “sociosanitaria”? ¿Tiene en ello alguna influencia la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia?

2. El Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud: la inserción del trabajo social sanitario

El Catálogo y la Cartera de servicios actual del Sistema Nacional de Salud marcan las bases de las intervenciones profesionales. Sobre ambos textos vamos a desarrollar la intervención del trabajo social sanitario. Es común presentar la disciplina desconectada del establecimiento u organización sanitaria. Por ello, vamos a abordar la intervención partiendo del sistema sanitario tal como está conformado hoy de acuerdo al Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios. Esta perspectiva va a permitir proponer la presencia efectiva del trabajo social sanitario en los diferentes establecimientos, considerando la estructura que sostiene las prestaciones sanitarias, todas ellas abogando por la atención integral.

Cuando a finales de los setenta se empezaron a generalizar los servicios de trabajo social sanitario, las funciones asumidas por cada uno de ellos, casi nunca asignadas desde la gerencia, eran ambiguas. Ello condujo a lo inevitable: se crearon los servicios de trabajo social sanitario al uso y sin un encargo específico.

Los resultados fueron variados.

- Unos se orientaron a desempeñar tareas burocráticas y administrativas: tramitaban ayudas económicas, pensiones de viudedad, gestionaban traslados en ambulancia de un centro a otro, se ocupaban de avisar a los enfermos para ingresar, tramitaban los papeles de los enfermos en diálisis para su traslado en taxi, tramitaciones de ortopedia, etcétera.
- Otros apostaron por una práctica de atención interdisciplinar, estableciendo acuerdos mínimos con los profesionales sanitarios de determinados servicios, casi siempre con los que mantenían mayor relación. Con ello, a pesar de acercarse más a las funciones del trabajo social sanitario, de nuevo se daba un sesgo en la intervención que carecía de una justificación y planificación previa.
- Los hubo que esperaron la llamada a la puerta del resto de personal. Aquí, cada sanitario, según su idea, les pedía intervenir o les enviaba enfermos y familias que les preocupaban o habían acabado con su paciencia. Determinados casos, con problema social o no, llegaban al servicio de trabajo social conformando así un servicio comodín.

- También se dio la idealización del trabajo social comunitario como el único camino viable dejando de lado la intervención individual. El principio y el fin era la comunidad desdibujando al individuo.
- Otros se integraron a un servicio médico (salud mental, oncología, rehabilitación) pudiendo en este caso trabajar muy estrechamente con el personal sanitario de estos servicios pero desatendiendo el resto de las áreas.
- Etcétera.

Son solo ejemplos de cómo se fueron conformando los servicios de trabajo social sanitario cuando no había ninguna directriz.

Sobre este papel en blanco inicial a la hora de determinar funciones y jerarquías, se justifica, en parte, la heterogeneidad actual. El posgrado de Trabajo social sanitario ha permitido iniciar una línea de trabajo, a la que este dará seguimiento y sobre todo amplitud. Pero aún hoy se puede decir que no existen dos servicios de trabajo social sanitario idénticos en su organización. ¿Por qué no hubo encargo funcional por parte de las gerencias? Porque lo desconocían. La arbitrariedad fue la base común en todas las direcciones. Y todavía hoy, sigue. En la práctica, cada trabajador social puede modificar cuanto le plazca su organización interna, nadie le pedirá explicaciones. Ello es impensable en las otras divisiones sanitarias cada vez más ceñidas a unos procedimientos y protocolos y exigencia de resultados vinculados a la calidad.

Los establecimientos sanitarios, en diferente grado, se han convertido en centros de alta cualificación y competencia profesional, pero también, en especial los hospitales, son merecedores del calificativo “recursos muy caros”. Funcionan las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año y sus instalaciones, siempre de alta tecnología, están disponibles a cualquier hora para cualquier emergencia. Ello introduce la necesidad de garantizar la máxima optimización, su uso debe ceñirse a lo estricto y necesario. La tecnología médica al servicio del cliente le evita someterse a pruebas dolorosas, le permite permanecer menos tiempo ingresado y como consecuencia, le previene de los riesgos secundarios (infecciones hospitalarias) derivados de toda hospitalización. La atención primaria es a su vez más resolutive evitando igualmente a las personas las incomodidades de la hospitalización. Es un hecho que el hospital soluciona procesos clínicos cada vez con menos tiempo. El sistema sanitario en general, sus establecimientos, son sobre todo grandes centros de saber, de regeneración del conocimiento, tanto en el ámbito de la investigación como en el de la docencia y cada vez más se introduce otra disciplina: la gestión. Son organizaciones que enseñan y aprenden, característica compartida a la par, entre la atención especializada y la atención primaria.

Ante ello ¿cómo se dibuja el servicio de trabajo social sanitario en este nuevo orden? De momento lo social parece formar parte de una anilla que rodea al acto sanitario sin llegar a tocarlo. Ese fraccionamiento con lo social, ese aná-

Bibliografía

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

lisis parcial, ese troceado, no solo de la intervención clínica, sino del global de las intervenciones, impide conocer de verdad la eficacia del sistema sanitario en términos de salud y no tanto en términos sanitarios. Los resultados, en términos de salud, son parciales. ¿Cuántos reingresos se dan por rupturas en la asistencia o por altas mal planificadas? ¿Cuántas personas no siguen el tratamiento prescrito? ¿Cuántas personas van recorriendo los servicios, uno tras otro, más por problemas de afecto que por problemas sanitarios? ¿Cuántos errores se cometen en los domicilios por falta de información sobre tratamientos y dietas?

3. Las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas

A fecha de hoy, todas las autonomías del Estado tienen transferidas sus competencias en sanidad. También lo están otras áreas de actividades públicas, como los servicios sociales, la educación y la justicia, los tres ámbitos con los cuales, debido a los problemas de las personas enfermas, los trabajadores sociales sanitarios mantienen más relación. Pero recordemos, el conocimiento no cambia de un lugar a otro. La descentralización no es inventar los procedimientos ni los métodos, se trata solo de un sistema administrativo que reduce las distancias entre administradores y administrados. A modo de recordatorio, a continuación se detallan las transferencias de sanidad recogidas en orden cronológico por los siguientes reales decretos:

- Cataluña: Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.
- Andalucía: Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero.
- País Vasco: Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre.
- Valencia: Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre.
- Navarra: Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre.
- Galicia: Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre.
- Canarias: Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo.
- Asturias: Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre.
- Cantabria: Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre.
- La Rioja: Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre.
- Murcia: Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre.
- Aragón: Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla-La Mancha: Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre.
- Extremadura: Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre.
- Baleares: Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre.
- Madrid: Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla y León: Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre.

4. Aportaciones del trabajo social sanitario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud

Los problemas sociales de las personas enfermas van asociados a un compendio de acontecimientos de todo tipo, sedimentando con cautela las bases del nuevo territorio. Pero existe un lugar común: la presencia de la enfermedad. La confusión aludida entre el trabajo social sanitario y la prescripción de servicios sociales, para los cuales la capacidad económica es una condición, puede contribuir a asociar la intervención del trabajador social profesional a situaciones de insolvencia económica. Sin embargo, como se ha ido argumentando a lo largo de las páginas precedentes, ello no es así. El trabajador social sanitario ayuda en la gestión de los problemas sociales, circunstancias dificultosas del enfermo, su familia y su entorno, ante la enfermedad y lo que atañe a su esfera, en definitiva, elabora un diagnóstico social sanitario. Parte del trabajo social sanitario se orienta a encontrar la medida justa de la realidad percibida por la persona.

El trabajo social sanitario se relaciona con establecimientos e instancias administrativas de tres ámbitos: los servicios sanitarios, los servicios sociales municipales o autonómicos y los servicios sociosanitarios y establece líneas de coordinación ente ellos.

4.1. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de salud pública

“Conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.”

La salud pública reúne numerosos especialistas de diferentes disciplinas: medicina preventiva, epidemiología, demografía, estadística, ingeniería, biología, veterinaria, economía, farmacia, antropología, etcétera. El trabajo social sanitario en salud pública se especializará en el estudio y la implementación de programas preventivos. Como se puede comprobar en el texto ministerial, la salud pública está ligada tanto a la atención especializada como a la atención primaria. Así, el trabajo social sanitario en salud pública se expresará como sigue:

- Planificación de acciones preventivas en el ámbito educativo sobre realidades mórbidas.

Por ejemplo: creación de espacios para la educación a la familia y los infantes para evitar la obesidad infantil, la atención a grandes dependientes, la formación de cuidadores para movilizar enfermos de gran peso, la promoción de actividades conjuntas de apoyo psicosocial para el seguimiento de determinadas conductas, etcétera.

Bibliografía

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 31-34). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Página web

Para ampliar esta información podéis consultar la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

- Diseño de estrategias para difundir los programas de salud pública existentes al máximo número de personas, mediante: la gestión de la colaboración con los medios de comunicación clásicos, la publicación de artículos científicos presentando investigaciones, participando en debates técnicos, organizando semanas monográficas en las escuelas y centros de formación, colaborando con guionistas de series televisivas de éxito para difundir actitudes sanas, gestionando acciones intergeneracionales de transmisión de saberes, etcétera.
- Inclusión de la mirada social en los contenidos de los documentos oficiales estratégicos reforzando lo social en los programas generales de salud pública.
- Identificación de nuevas realidades sobre las cuales caben intervenciones. Realidades deducidas a partir de los descriptivos del presente y fruto de investigaciones específicas dentro del trabajo social, en este caso no solo el sanitario.
- Otras que indique la propia evolución de la sociedad.

El trabajador social sanitario identifica grupos de población cuyos hábitos, conductas, entornos ambientales, realidades circunstanciales, los sitúan muy próximos al riesgo. La proyección de intervenciones preventivas evita el deterioro iniciado y restaura los tejidos sociales rotos. Por ello dentro del ámbito de la salud pública trasladará a las autoridades competentes las observaciones que resulten de sus intervenciones. Si cabe propondrá investigaciones más amplias multicéntricas y profundas para confirmar las hipótesis suscitadas, o atribuirles la justa medida. En salud pública, el trabajo desde un solo prisma no es eficaz, si bien muchas veces la entrada al problema se da desde una puerta particular. Las nuevas realidades sociales de riesgo abren nuevas dimensiones a la intervención de los trabajadores sociales sanitarios en el ámbito específico de la prevención y la educación en salud pública. En determinadas prestaciones, estos ya están presentes, como es el caso de la salud laboral pero se deberían ampliar sus aportaciones. La intervención desde el trabajo social sanitario en salud pública se apoya en la demografía y actúa, nunca en solitario, sobre grupos o áreas de riesgo detectadas por los profesionales de medicina preventiva y de la epidemiología. Los trabajadores sociales sanitarios de otros ámbitos sin una gran fuente de información debiendo advertir a los titulares en salud pública de nuevos riesgos detectados a partir del análisis periódico de su actividad. Pueden promover los correspondientes estudios. El trabajador social sanitario en el ámbito de la salud pública hará extensible a otros trabajadores sociales sanitarios y de otros ámbitos, los convenios de colaboración nacionales o internacionales.

Programas

Algunos de estos programas actuales son: el Programa ambiental de las Naciones Unidas, el Convenio de Estocolmo, el sistema REACH, etcétera.

Si bien algunos de los ejemplos que siguen son asuntos con gran peso sanitario, no se puede negar el gran peso social en salud pública. Algunos ejemplos son los siguientes:

- La claudicación familiar.
- La píldora del día siguiente o tratamiento de emergencia.
- La transmisión de enfermedades venéreas.
- El incremento del consumo de tóxicos y alcohol entre los jóvenes.
- El incremento del consumo de sustancias estupefacientes como la cocaína.
- El aislamiento de las personas que cuidan a personas dependientes.
- Otros.

Estos son solo algunos ejemplos de la aportación del trabajo social sanitario a la salud pública, aceptando que esta se desarrolla en un ámbito superior que el de los centros y establecimientos. Su intervención siempre sería de carácter preventivo, general. Muchas de sus acciones se deberán desarrollar acorde con la atención primaria o la atención especializada pero por una cuestión de visión, los contenidos podrán ajustarse más a la realidad.

4.2. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de atención primaria

“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.”

En el texto referido a la atención primaria se menciona el trabajo social sanitario como algo adyacente y no como una parte integrada a todo el proceso asistencial. La atención primaria es el área en donde el trabajo social sanitario puede expresarse con mayor impacto. El Dr. Cabot ya contempló el trabajo social sanitario en los dispensarios del Massachusetts General Hospital. Su aplicación gira alrededor de dos ejes principales: La prevención y la asistencia. Ambas vinculadas a su vez a tres grandes áreas prácticas: la investigación, la formación y la docencia.

4.2.1. La intervención social sanitaria en atención primaria de salud

El trabajador social sanitario en la atención primaria de salud interviene sobre la base de dos modelos:

- **Por demanda** de la persona u otros:
 - A demanda no programada de la persona, la familia o de los otros profesionales.
 - A demanda programada, con cita previa.

Bibliografía

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 35-46). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Página web

Para ampliar la información sobre atención primaria podéis consultar la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- **Por programas.** La intervención por programas es el objetivo organizativo. Algunos ya se aplican, otros se recomiendan:
 - Acogida al inmigrante.
 - Atención al anciano frágil.
 - Atención a las personas dependientes.
 - Atención a la salud mental.
 - Atención a las personas con alcoholismo y otras toxicomanías.
 - Atención al paciente terminal y paliativos.
 - Atención domiciliaria.
 - Cuidar y cuidarse.
 - *Mobing* y *bulling*.
 - Niño sano.
 - Programas de voluntariado.
 - Salud bucodental.
 - Salud en casa.
 - Violencia de género.
 - Otros que la realidad demográfica, social y sanitaria justifique.

4.2.2. Líneas a desarrollar desde la atención primaria sanitaria. La documentación y los sistemas de información

La historia clínica de la persona debe contar con el apartado de información social y este debe completarlo el trabajador social sanitario recabando en los aspectos sociales cuantitativos y cualitativos de las personas atendidas y sus familias, dictaminando el diagnóstico social sanitario. No basta con saber con quién convive. Cabe saber más: cuál es la calidad de la relación. Cómo se da la convivencia, los apoyos formales e informales posibles. Cómo se limitan las posibilidades de atención en la vivienda y su espacio. Cuál es el grado de salubridad. Cuál es la utilización de servicios sociales. Cuál es su cultura originaria, sus costumbres y creencias, el idioma, etc. Resulta difícil concebir una adecuada intervención social sanitaria sin tener en cuenta las características de la vida cotidiana de los enfermos y sus familias. Sin ese conocimiento es imposible el respeto a la individualidad.

4.2.3. Sistemática de relación-coordinación entre ámbitos asistenciales

Cada vez resulta más evidente la necesidad de prolongar la atención sanitaria y social de la persona hospitalizada a través de la atención primaria de salud. Ambos servicios de trabajo social sanitario han devenido interlocutores naturales cuyo potencial beneficia sobre todo a la persona y a su entorno. Se deben garantizar unos circuitos de colaboración y coordinación entre ellos, tanto para la detección de las personas de riesgo como para la misma atención y seguimiento. Determinadas situaciones de riesgo social y sanitario deben valorarse con periodicidad y en conjunto.

Desde la atención primaria sanitaria se establecerán, además, circuitos estables de relación con los servicios sociales de la zona para garantizar apoyos y seguimientos.

4.2.4. Gestión directa de plazas y recursos de apoyo

Algunas necesidades de las personas se cubren con apoyos de programas externos. Las fórmulas actuales de acceso a los servicios públicos se gestionan desde los servicios sociales. Este circuito concebido a principios de los años ochenta, a día de hoy y pensando en términos de eficacia, es obsoleto. Las colas y listas de espera están ahí y la creciente burocracia desde los servicios sociales no es una señal que indique que ello vaya a cambiar. La insatisfacción de los clientes y de los mismos profesionales es patente. Las organizaciones se han aplanado pero la burocracia sigue en su máxima verticalidad.

Pensando en la aplicación de modelos proactivos de *management*, basados en las personas (intervención por programas) frente a los reactivos interviniendo solo a partir de los problemas, cabe repensar formulas diferentes. Una de ellas, aun siendo hoy una utopía, es la de permitir a los trabajadores sociales sanitarios de la atención primaria la gestión directa de plazas y recursos de carácter sociosanitario y social, asignadas estratificadamente y según las necesidades de la población atendida en su centro y en los hospitales de la zona. Sin duda ello cambiaría radicalmente la organización del servicio de trabajo social sanitario de la atención primaria sanitaria, que vería cómo debe introducir sistemas de valoración e indicadores de necesidad.

Si el gestor del caso social sanitario es el trabajador social sanitario de la atención primaria, en pro de la eficacia debe pivotar la atención social y debe disponer y gestionar directamente una red con plazas de diferentes tipologías de apoyo. Pensando en la sostenibilidad del sistema, pero también en la equidad de acceso, cabe acortar el camino entre la aparición de la necesidad de ayuda y el logro del recurso cuando la persona está en el sistema sanitario, pero necesita ayudas sociosanitarias. La actualidad no permite seguir manteniendo estructuras de servicios y fórmulas de intervención y asistencia pensadas para otras realidades, otras estructuras sociales y otras instituciones sanitarias y sociales. La burocracia sin duda es enemiga del bienestar social.

4.2.5. El trabajo social sanitario preventivo en el área de salud

Los trabajadores sociales sanitarios de atención primaria no intervienen solo sobre la población enferma. También intervienen en el ámbito de la prevención y el fomento de la salud a través de programas específicos, aplicando las estrategias de riesgo, identificando a las personas tributarias de atención y diseñando planes sobre todo de educación.

Por ejemplo, niños hijos de feriantes para el programa de vacunas, ancianos que viven solos para el programa de atención al anciano, programas educativos en las escuelas (obesidad, anorexia), programas de atención a la dependencia, elaboración de mapas socio-sanitarios de riesgo, trabajo con voluntariado, programas para prevenir la claudicación familiar, etcétera.

4.2.6. El trabajo social sanitario en las enfermedades raras

Las enfermedades raras, como su adjetivo indica, presentan una baja prevalencia. Representan una situación social sanitaria compleja, con graves consecuencias tanto para los afectados como para sus familiares. Su prevalencia se sitúa a 5 por 10.000 habitantes y sus diagnósticos son complejos y múltiples. De estas enfermedades se sabe poco acerca de cómo afectan a las personas que las padecen y sus familias. Conviene conocer el máximo de realidades para poder someterlas a estudio y establecer unos protocolos comunes.

4.2.7. El trabajo social sanitario en la atención a personas con dependencia

La dependencia es una realidad transversal en la que la atención primaria sanitaria resulta fundamental. También la atención especializada. Todas las personas dependientes están en contacto con el centro de salud a través de su médico de cabecera y su enfermera responsable. Y muchas de ellas realizan varios episodios de ingreso hospitalario al año. Son muchos los ámbitos asistenciales donde se atiende a personas dependientes, pero es en la casa, centros de día y residencias donde se da su cuidado básico. La atención primaria sanitaria como un espacio holístico es la dimensión óptima para atenderlas a ellas y a su red familiar. Cabe ofrecer estabilidad y acompañamiento a la persona y sus cuidadores en los momentos de máxima vulnerabilidad. Los grupos de población a los cuales se dirige el trabajador social de atención primaria sanitaria en el campo de la dependencia son:

a) Personas con dependencia o riesgo de padecerla:

- Anciano frágil.
- Persona semidependiente.
- Persona con alta dependencia.

b) Personas cuidadoras:

- Cuidadores de ancianos.
- Cuidadores de personas con semidependencias.
- Cuidadores de personas con alta dependencia.
- Cuidadores de enfermos terminales.

Bibliografía

M. Sánchez (2006). "Trabajo Social y enfermedades raras". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 6, núm. 1, pág. 32-40).

Bibliografía

J. Rodríguez; M.ª A. Rocabayena (2005) "Intervención social en las dependencias: Experiencia de Trabajo Social en el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 72, pág. 37-63). Monográfico: La Protección Social a la Dependencia. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

4.2.8. Plan de coordinación sistemática entre la atención primaria y la atención especializada

A lo largo del texto se ha ido señalando la alianza natural entre los dos ámbitos. Pero la organización de la práctica todavía no la apoya. Siguen siendo dos medios impermeables el uno con el otro. La coordinación, o al menos la derivación, bastante obvia, en el plano teórico, es en extremo complicada en el plano de la asistencia, allí donde se producen los movimientos reales de los profesionales y de las personas. El primer paso es unificar los sistemas de información entre ambos ámbitos y compartir la documentación generada en cada uno y en cada caso. La centralización de la información y el fácil acceso desde uno u otro ámbito favorecería a la persona por la vía de reducir la complejidad de la gestión del caso social sanitario en la parte personal y de los procesos sociales (las tipologías de apoyo).

Los programas antes citados se inscriben en la prevención, la promoción de la salud, la atención familiar y la atención comunitaria, todos atendidos en la atención primaria sanitaria, aunque no en exclusiva. Pero el trabajador social sanitario, sobre la base del estudio de sus historias sociales, con análisis sociodemográficos y socioeconómicos, propondrá nuevos programas específicos. Su observación es inagotable pues se relaciona con la dinámica social. La coordinación requiere medios. Toman vida las palabras de Mary E. Richmond referidas a la falta de medios para realizar el trabajo diario y la consecuente pérdida de competencia. Resulta inexplicable en algunas autonomías la inexistencia de la historia social informatizada e integrada a la historia clínica. La atención primaria sanitaria vertebrará los diferentes servicios de un área geográfica. Acuerda los objetivos y las pautas de atención comunes con cada uno de los equipos, tanto propios como de la atención especializada. La coordinación entre trabajadores sociales sanitarios de la primaria y la especializada sería una tarea exigible ante:

- Las personas con reingresos hospitalarios injustificados o de frecuencia que induce a sospechar la falta de apoyo social.
- Las personas con el riesgo psicosocial inherente a los tratamientos largos y continuados: desmotivación, incumplimiento o error en la administración de los medicamentos. Determinados casos sociales requieren un seguimiento y supervisión de los hábitos domésticos.
- Las personas sometidas a rehabilitación de larga duración o indefinida gestionando la aceptación de la pérdida por su parte y, a la vez, apoyando a su red social para facilitar, si es posible, la permanencia en el domicilio y, si cabe, gestionando apoyos.
- Ayuda en la elaboración de duelos.

Bibliografía

L. Salvador; M. Melgarejo (2002). *Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI*. Barcelona: Ars Médica.

- El *burnout* de la cuidadora (se sabe que preferentemente son mujeres) es otro desajuste sobre el cual intervenir de manera coordinada, entendiendo que la persona enferma, cuya cuidadora requiere apoyo, va de la atención primaria a la especializada y viceversa.
- La evaluación conjunta de la eficacia y eficiencia de los programas que comparten y los procesos sociales (tipologías de apoyo) que también integran los dos servicios.

El debate sobre la coordinación debería trasladarse al estudio de lo que está ocurriendo y qué cabe cambiar para hacerla posible.

4.3. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de atención especializada

“La atención especializada comprende las 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 especializada comparte muchos procedimientos y procesos sociales (tipologías de apoyo) con la atención primaria. Su alianza debería ser natural puesto que ambas se retroalimentan. A la atención especializada se acude cuando se produce una agudización de un proceso clínico no tratable en la atención primaria, o una emergencia o accidente. También para realizar pruebas que requieren una preparación especial. Como se pone de relieve en la tabla adjunta, el esquema de la Cartera de servicios de la atención especializada coincide en gran parte con el de la atención primaria. La secuencia y continuidad asistencial entre los dos ámbitos queda patente justificando el hecho de compartir instrumentos y compatibilizarlos para desarrollar los programas, de tal manera que ambos subsistemas se complementen en la acción y la evaluación.

4.3.1. Trabajo social sanitario en la atención especializada: definición

Conjunto de técnicas y disciplinas² aplicadas por el trabajador social sanitario del hospital a través de las cuales: recaba información, estudia, interpreta, construye el diagnóstico social sanitario, pauta el plan de trabajo, trata y gestiona los problemas sociales de las personas atendidas en cualquiera de sus áreas. El trabajo social sanitario en el hospital viene encarnado en exclusiva por el trabajador social sanitario, quien para su intervención, se apoya en multitud de variables de la persona y su entorno:

- **Cualitativas:** actitud de la persona, apoyo real de la familia, síntomas de ansiedad, grado de nerviosismo, muestras de agresividad, actitud pasiva de la persona y/o familia, maneras de expresar el problema, negación de

Bibliografía

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 47-59). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Página web

Para ampliar la información sobre atención especializada podéis consultar la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

⁽²⁾Según la RAE, la disciplina es la instrucción del profesional.

las evidencias, disponibilidad real del entorno, predisposición a la nueva realidad, etcétera.

- **Cuantitativas-descriptivas, indicadores:** reingresos anteriores, periodicidad, enfermedades crónicas, personas con las que convive, diagnóstico médico, pronóstico médico, necesidades de ayuda posterior, etcétera.

El trabajador social sanitario en el hospital detecta y analiza, considera las variables que inciden en el bienestar de la persona y su familia durante el tiempo de atención en el establecimiento y después ya en el domicilio. Interviene, en especial, sobre las dificultades sociales sobrevenidas, o crecidas, a raíz de una enfermedad aguda imposible de atender en la atención primaria, si bien esta pasa a ser una pieza clave para asegurar la continuidad asistencial. Además, considera la gravedad de la enfermedad y el soporte social necesario en el domicilio, el cual compara con las posibilidades disponibles dentro del núcleo familiar. La posibilidad de recibirlo. La necesidad de intervenciones de otros profesionales. Estudia las redes sociales más próximas a la persona y trabaja sobre ellas para evitar su ruptura por claudicación. Ello implica prevenir y establecer un plan de trabajo orientado a evitar la pérdida de la calidad de vida, de discriminación o marginación social por causa de la enfermedad. Uno de los objetivos del trabajador social sanitario es la despresurización de la perspectiva y mantener la medida.

El trabajador social sanitario en su función de investigación y promoción de recursos, a través de los órganos directivos del hospital, aporta a los responsables locales de planificación, información útil para establecer prioridades y cubrir las necesidades surgidas dentro del ingreso, identificando aquellos servicios más necesarios dentro del área sanitaria. Cada servicio de trabajo social sanitario en el hospital debe disponer de la información de los casos sociales que siguen tratamiento en el centro de salud después de producirse el alta y establecer vías comunes de trabajo.

4.3.2. ¿Qué se puede esperar del trabajador social sanitario en la atención especializada?

En su labor diaria dentro de la atención especializada, el trabajador social sanitario, como se ha mencionado, aplica pautas del *management*, entendiendo que la suya es una gestión superior y refinada que combina conocimientos, estructuras, servicios y vivencias. En la enfermedad, el ingreso en la atención especializada suele afectar a otras áreas no sanitarias pero que inciden sobre ellas. El trabajador social sanitario del hospital gestiona conocimientos y prácticas profesionales cuyo centro de gravedad pivota tanto dentro del hospital, en especial durante el ingreso, como en el acompañamiento del regreso a casa y derivación a la atención primaria sanitaria.

Por la naturaleza multidimensional de su intervención, es el gestor de casos sociales sanitarios por excelencia. Por lo dicho, la vida de las personas se desarrolla también más allá del sistema sanitario. Dentro de su entorno social y cotidiano, lo estrictamente sanitario es solo una parte. La atención sanitaria para desarrollarse dentro de unas calidades óptimas y útiles siempre necesita de una red social estable de la persona, ya sea propia como la familia o, externa a ella, de los servicios sociales (públicos o privados) o entidades de carácter voluntario. El trabajador social sanitario en la atención especializada se encuentra muchas veces con las redes sociales rotas o a punto de romperse. La enfermedad aguda, el ingreso, produce desgarros en lo social siendo necesario trenzar de nuevo esa malla de apoyo y contención imprescindible para secuenciar la intervención sanitaria ya en el domicilio. Para mantener los éxitos logrados por los profesionales sanitarios, se requiere de una red de apoyo social solvente y segura en el domicilio. Los problemas social sanitarios que surgen mientras la persona está ingresada (cambio de dinámicas familiares, reorganización de horarios, ajuste de tareas diarias, los encuentros con el médico responsable, absentismo laboral, etcétera) son distintos cuando la persona está en la casa (tiempos de compañía, control de dieta, higiene diaria, movilización, conversación, etcétera). Así, al reunir la atención recibida en el hospital con la atención a prestar por otros profesionales, o la misma familia en el domicilio, el trabajador social sanitario se convierte en la columna vertebral del proceso asistencial social y sanitario.

La centralización de la asistencia en dicho profesional obedece a su conocimiento holístico del caso social sanitario, excediendo este de la atención sanitaria. En el *case management* el trabajador social sanitario del hospital integra los aspectos organizativos de las prestaciones sanitarias a la esfera social.

Se subraya los aspectos organizativos de la prestación sanitaria diferenciándolos de la prestación en sí misma, la cual corresponde en su totalidad a los profesionales sanitarios.

A modo de ejemplo, el trabajador social del hospital, si cabe, asegura la asistencia de la persona al centro de salud después del alta; le busca compañía para cuando el personal sanitario acuda al domicilio; previene el absentismo en la primera cita médica después del alta, garantiza la presencia de los parientes o una trabajadora familiar para asegurar el cumplimiento terapéutico, busca el apoyo necesario para no romper la cadena asistencial sanitaria, organiza los apoyos para mantener el hogar en las mejores condiciones higiénicas, facilita el mantenimiento de los vínculos relacionales entre los miembros de su red social, gestiona actividades como la compra, la limpieza, el orden de la despensa, etcétera.

Sin todo este anudado de los diferentes núcleos de apoyo, podrían llamarse **unidades de cuidado**, el sistema sanitario pierde a la persona, no puede acceder a ella. ¿Por qué? Porque no se ha trabajado la red social. Los posibles escenarios son numerosos, los más habituales son los siguientes:

Nadie abre la puerta de la casa. La persona sola no acude a las citas, no sigue el tratamiento prescrito, no acepta el seguimiento del tratamiento, no sigue la dieta, etcétera.

Todo ello puede favorecer su reingreso por urgencias en un estado deplorable. Entonces sí, ya dentro del hospital, toda la maquinaria sanitaria activa de nuevo la atención. Es probable que los aspectos sociales subyacentes en la base de reingresos de este tipo sigan sin tratarse o solo de manera inmediata, no en el medio plazo.

La enfermería es la mejor gestora de los cuidados sanitarios pero antes se deben haber resuelto los aspectos sociales mencionados. El caso social sanitario abarca mucho más que el caso sanitario. Y no vale jugar con las palabras para encontrar argumentos, más políticos que técnicos, a favor o en contra. Los argumentos son los hechos, las atenciones resultantes, el bienestar de cada persona atendida. Sin una red social, lo sanitario se pierde en el camino. Lo social abraza lo sanitario y no al revés. Por ello sería deseable que el verdadero gestor de casos, quien en la práctica integrase lo sanitario a lo social, fuera el trabajador social sanitario de la atención especializada primero y luego el de la atención primaria, por su capacidad de ver cómo ambas dimensiones se influyen. La parcialidad de lo sanitario es evidente. Como puede serlo lo social si no se trabaja siguiendo las pautas de la teoría clásica, ello es centrando el esfuerzo en implicar a la persona y su núcleo en su propia gestión. Una gran parte de los trabajadores sociales sanitarios integra de forma habitual ambas dimensiones, su intervención en ese ámbito es la más completa y también la más compleja. Cuando la gestión del caso social sanitario no esté en manos del trabajador social sanitario, como parece apuntar un futuro dudoso en algunas autonomías, será por razones o intereses de índole diferente a la búsqueda de la eficacia.

Para toda persona ingresada en la atención especializada, el alta es un paso inevitable. Parece pues obvio el inicio, cuanto antes, del estudio social sanitario para prevenir, en el domicilio, los posibles déficits de atención y cuidado, así como la claudicación familiar. Por ello se trabaja sobre los aspectos positivos de la persona enferma y de su familia. A pesar de lo difícil de la realidad, siempre surgen aspectos alentadores sobre los cuales apoyarse. El trabajador social sanitario debe encontrarlos, promueve y estimula la relación de ayuda entre los miembros del núcleo de convivencia, escucha, apoya, aconseja, ayuda a reorganizar, orienta al cliente sobre cómo superar los temores de un futuro cargado de inconvenientes pero a la vez lo guía. Su principal acción es la de guiar y ofrecer una perspectiva esperanzadora pero realista a lo inmediato, basándose en las máximas certezas y no en elucubraciones apoyadas en deseos. En esta arena no es posible entrar a medias, se requiere formación y pericia en el campo social sanitario. El sufrimiento, el desconsuelo, centrarán la atención pero la vida familiar, su rutina, debe continuar.

4.3.3. Unidad de trabajo social sanitario frente a unidad de atención al cliente

El debate interminable, en parte apoyado en el desconocimiento de la función de cada ámbito. Hoy, casi todos los hospitales cuentan en su catálogo de servicios con la Unidad de Atención al Cliente y en cambio, es posible encontrar algunos sin Unidad de Trabajo Social Sanitario. Para comprender la diferencia entre ambas unidades:

- La **Unidad o Servicio de Atención al cliente**³ se ocupa de las relaciones de los enfermos y de sus familias con el establecimiento, su funcionamiento: información en general, el silencio, la confortabilidad, la limpieza, el trato de los profesionales, comodidad, circuitos administrativos, tráfico interno, etcétera.
- La **Unidad o Servicio de Trabajo Social Sanitario** del Hospital se ocupa de los aspectos psicosociales del enfermo, de su familia respecto a la vivencia de la enfermedad y a las necesidades bio-psico-socioculturales surgidas a raíz de ella. Construye puentes de apoyo entre el hospital y el domicilio habitual articulando apoyos, profesionales y servicios.

⁽³⁾Dichas unidades, desde su creación, han tomado diferentes nombres: Servicio de Atención al Usuario (SAU), Unidad de Atención al Usuario (UAU), Servicio de Atención al Cliente (SAC).

4.3.4. Intervención social sanitaria en atención especializada

Al igual que en la atención primaria, el trabajador social sanitario de la atención especializada intervendrá sobre la base de dos modelos:

1) **Por demanda** de la persona u otros:

- A demanda no programada de la persona, la familia u otros profesionales del hospital.
- A demanda programada, con cita previa.

2) **Por programas**. Se establecen unos parámetros que indican un estudio social sistemático. Se clasifican en:

a) **Programas sociales de atención sistemática**. Son la asistencia integral por excelencia. Es la gestión de lo social mientras la persona esté en tratamiento dentro del establecimiento y se garantiza la continuidad de apoyos cuando ya esté en su casa. La gestión social es sistemática y paralela a la atención médico-sanitaria. No se fragmenta a la persona. Se estudian sus circunstancias a partir del procedimiento aplicado, profundizando sobre los efectos psicosociales que la enfermedad genera sobre ella y su familia en cualquier grado. En los casos sociales diagnosticados, la visita del trabajador social es diaria, de la

misma manera que a diario se produce la visita médica y de enfermería. Los programas sociales de atención pueden darse en cualquiera de las siguientes áreas:

- Consultas externas.
- Hospital de día, médico y quirúrgico.
- Área de ingreso.
- Área de curas paliativas.
- Área de salud mental.
- Área de rehabilitación.
- Otras.

En dichos programas el trabajador social sanitario forma parte de un equipo médico-sanitario estable. Ello se traduce en la desaparición de la demanda como puerta de entrada a la atención social sanitaria, pues el contacto con la persona y su familia es diario desde el primer día. Se da dentro de la observación que permite la proximidad y el seguimiento del equilibrio de sus dinámicas particulares.

Este tipo de intervención responde por definición a la filosofía del trabajo social sanitario en toda su amplitud. En España son muchas las limitaciones que impiden su implementación, la primera los recursos humanos.

Sin embargo, en determinadas especialidades médicas ello es más posible, por ejemplo, rehabilitación, servicios de diálisis, lesionados medulares, estimulación precoz, oncología, salud mental, etcétera.

b) Programas sociales de detección. Aplican criterios de riesgo social sanitario validados. Identifican los problemas y dificultades de las personas atendidas para adelantarse a probables déficits sociales debidos a la enfermedad. Cada probabilidad se apoya en estudios previos dentro del establecimiento que indican su peso real. Entonces, cuando confluyen diversas circunstancias, se realiza el estudio sistemático. Los programas de apoyo psicosocial e intervención se basan en las circunstancias presentes y sin necesidad de una demanda específica. Lo que indica el estudio social es la presencia de alguna característica. El trabajador social sanitario guía a la persona y a su familia, les facilita su propia continuidad vital cuando regresen a casa o pasen a la atención primaria. Ello se inscribe en el apartado descrito por el ministerio como: “El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio”. La atención sistemática ante la presencia de determinados criterios amortigua las dificultades de la realidad porque se adelanta a ellas. El trabajador social sanitario definirá los parámetros indicativos para proceder al estudio social preliminar y descartar o corroborar la existencia de adversidades a gestionar. Ello no excluye la demanda.

Estados Unidos

Un ejemplo fue el de los hospitales de USA: el George Washington University (Washington) y el Mount Sinai Medical Center (New York).

Un matiz: en los programas sociales de atención, el trabajador social sanitario, aun trabajando en equipo, no está integrado a uno en particular únicamente sino a varios y, por tanto, su intervención está, o puede estar sujeta a varios grupos de indicadores de riesgo.

c) **Programas sociales preventivos.** Apoyados en la investigación de los dos tipos de programas anteriores y sobre los resultados obtenidos, se identifican los problemas derivados de las diferentes enfermedades y de la hospitalización en general. Se diseña un programa de acciones preventivas de desajustes de la persona y de su entorno.

El trabajador social sanitario en atención especializada basa su intervención en un hecho: el paso temporal de la persona por el hospital. Un paso que, en manera mayor o menor, siempre rompe dinámicas individuales que cabe volver a suturar o restablecer. Por ello el programa requerido es la atención sistemática de todas las personas enfermas, puesto que el paso por el hospital es temporal y cada vez más reducido. Después cabrá establecer diferentes estratos de atención ya que cada persona cuenta con sus propios recursos psíquicos y sociales. Su acción se apoya en la necesidad de identificar cuanto antes el riesgo para prevenir el problema, iniciando enseguida las gestiones para solventarlo. Con toda seguridad, la mayoría de los servicios de trabajo social sanitario deberán revisar el número de recursos humanos con los que cuentan, y también con su formación. La aptitud y la buena actitud son cruciales. El déficit formativo establece límites que se ven subsanados en parte a partir de formación profesional promovida muchas veces desde el propio establecimiento.

Algunos de los programas del servicio de trabajo social sanitario, dentro del **método de trabajo social de caso**, el *casework*, son:

- Programa de la planificación del alta a partir de características sociales de riesgo social.
- Programas de planificación del alta a partir de la presencia de un diagnóstico clínico.
- Programas de apoyo a la familia de los enfermos atendidos en alguno de los programas basados en diagnósticos clínicos específicos y graves.
- Otros.

Algunos de los programas del servicio de trabajo social sanitario, dentro del **método de trabajo social de grupo**, *groupwork*, son:

- Programas de soporte a grupos definidos (personas dependientes, personas con enfermedades degenerativas, personas intervenidas de trasplante, personas en espera de ser intervenidas, etcétera) y sus familias.
- Promoción de asociaciones de enfermos y familiares en el área de atención geriátrica y atención a la salud mental, etcétera.

Observación

La formación académica universitaria en España no instruye, o lo hace bajo mínimos, a los futuros trabajadores sociales sobre modelos de intervención sistemática desde trabajo social, en este caso no solo el sanitario. Esta observación se basa en la experiencia de muchos seminarios impartidos en donde al plantear la intervención sistemática, esta se contempla como una novedad.

Bibliografía

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

Bibliografía

G. Rosenberg; S. Pinsky (1982). *Social work with groups in health settings*. Nueva York: Prodist.

- Organización de voluntariado especializado en colectivos afectados de determinados procesos clínicos que conllevan una gran carga emocional: diálisis, tuberculosis, toxicomanías, alcoholismo, lesiones medulares, etcétera.
- Otros que la realidad sanitaria y social suscite.

4.3.5. Organización del servicio de trabajo social sanitario en la atención especializada

Lo previo es la conciencia de pertenencia a una organización superior y plural, el hospital, cuya función principal y responsabilidad social viene recogida en sus memorias y plan estratégico. El primer punto es saberse parte de un establecimiento con una cultura propia. Como escribe Peter Drucker:

“Cada institución pluralista desarrolla una función específica y limitada. Esta limitación de su foco de actividad es su gran fortaleza. Cuando una organización intenta ir más allá de su objeto específico, inmediatamente pierde eficacia.”

Organizar significa establecer un orden y asignar unas responsabilidades individuales para la consecución de uno o varios fines del servicio. Exige una evaluación interactiva de los métodos y los medios para la mejora constante de los resultados. Toda organización cuenta con profesionales formados en determinados conocimientos y técnicas, con compromisos y responsabilidades. Un servicio es un sistema abierto, insertado en otro sistema, estructurado sobre un conjunto de subsistemas o suborganizaciones interrelacionadas, constituyendo su esquema básico de funcionamiento y a la vez su base evolutiva. La organización del servicio de trabajo social sanitario en la atención especializada integra factores internos y externos, pero por la naturaleza de su función se debe considerar lo siguiente:

- La persona acude a la atención especializada porque está enferma y la atención primaria sanitaria no puede cubrir su necesidad asistencial.
- La estancia hospitalaria solo se justifica por razones médicas pero está condicionada por la red social propia de la persona y de servicios de su zona.
- Siempre habrá personas enfermas esperando recibir la atención médica especializada, por tanto, facilitar la rotación, evitando estancias por razones no médicas es un valor.
- La atención especializada está limitada por su contrato programa cada vez más estricto. Por ello, debe mejorar, día a día, la gestión de los procesos.

Bibliografía

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

La organización del servicio de trabajo social sanitario en la atención especializada partirá de los cuatro puntos anteriores. Se apoyará en los objetivos generales y específicos del establecimiento recogidos en el plan estratégico.

Todo ello lo secunda la **estructura matricial**: los trabajadores sociales sanitarios se encuentran bajo la jerarquía del servicio de trabajo social, pero su función viene condicionada por los servicios médicos en los cuales ejercen. La organización matricial combina la jerarquía con la función. El trabajador social sanitario en la atención especializada desarrollará su acción condicionado por los diagnósticos y pronósticos clínicos.

Sin embargo, aplicará los procedimientos propios del trabajo social sanitario: el método de trabajo social de caso, el *casework*, y el programa de planificación del alta son los clásicos. Los procesos sociales sanitarios se definirán desde el servicio de trabajo social sanitario de la atención especializada siendo imprescindible la definición conjunta con la atención primaria de la zona puesto que en su mayoría serán los mismos.

4.3.6. Áreas de la atención especializada y el trabajo social sanitario

Hoy nadie duda de la importancia de la arquitectura y de la distribución de los espacios como facilitadores de itinerarios internos del hospital. La atención especializada no siempre ha tenido la misma estructura arquitectónica. Con el avance de las prácticas médicas, los espacios para satisfacer las nuevas necesidades diagnósticas y clínicas se han remodelado. Así, en el siglo XIX los hospitales eran pabellones construidos sobre grandes áreas de terreno ajardinadas. A mediados del siglo XX aparecen los grandes hospitales verticales, con muchas plantas y grandes dimensiones. Y en el siglo XXI los hospitales de nueva construcción suelen disponer de dimensiones más humanas, tanto para los enfermos como para el propio personal.

Cuando uno llega al establecimiento se encuentra con paneles informativos indicando la ubicación de las diferentes áreas; urgencias, hospitalización, consultas, áreas de cirugías ambulatorias. En el caso de hospitalización se muestra la localización de los diferentes servicios médicos según las plantas ocupadas. Aparte, se encuentran los denominados servicios centrales. La estructura de los espacios está organizada por zonas de actividad médica. Los enfermos cuando traspasan sus muros asumen las normas de dicha organización. Así, un enfermo de traumatología será atendido en dicho servicio y no en otro. En todo caso ello no dependerá del enfermo sino del facultativo. Toda la actividad responde a unos criterios de organización basados en la eficacia y la optimización de los recursos materiales por una parte y conocimientos profesionales por la otra. El establecimiento se convierte en un microcosmos. Los ser-

vicios centrales satisfacen demandas de todas las áreas y servicios médicos por igual. Están regidos por una función basada en el conocimiento general del cual precisan o pueden precisar todos los diferentes especialistas. Se consideran servicios centrales: admisiones, laboratorio de análisis clínicos, anatomía patológica, radiología, anestesia y reanimación, banco de sangre, diagnóstico por imagen, farmacia, etcétera, y el servicio de trabajo social sanitario. El calificativo de servicio central no impide la especialización interna de los trabajadores sociales según las dimensiones del hospital en los servicios médicos: oncología, obstetricia y ginecología, diálisis, salud mental, toxicomanías, etcétera. Sin embargo, se mantendrá la jerarquía y los procedimientos del servicio de trabajo social. Los procesos sociales sanitarios (tipologías de apoyo) podrán adecuarse a cada servicio médico, si bien la mayoría serán comunes a todos.

La estructura física y organizativa de la atención especializada tal como se la conoce en la actualidad está cambiando, y todo indica que en los próximos años los espacios tradicionales, como hoy se les conoce, se dispondrán de diferente manera y se orientarán a un único fin: evitar a la persona los inconvenientes de la movilidad interna.

A la pregunta, ¿Cómo serán los hospitales del futuro?

“La respuesta puede entrecerse 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, 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 servicio de trabajo social sanitario también pasará, necesariamente, por una gran transformación de los espacios y áreas de atención. Inevitable y obligatoria. Aun con la vista puesta en este futuro inmediato, el hospital se distribuye en tres grandes áreas asistenciales:

- Urgencias.
- Consultas externas.
- Hospitalización.

En esta última se integran diferentes tipologías de asistencias, las clásicas de internamiento y las de cuidados intensivos, junto a otras más novedosas, como son las unidades de cirugías ambulatorias, la hospitalización a domicilio, los hospitales de día por especialidades, etcétera. Cada área presenta sus propias características organizativas. Su carácter particular.

Bibliografía

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

Tabla 1. Áreas del hospital, definición y procedencia

Área	Definición	Procedencia de los enfermos
Urgencias	Es el área del hospital en la cual se atiende a las personas que por su situación requieren una atención inmediata.	Externa, de la calle. Externa, ambulatorio o centro de salud. Interna, del propio centro.
Consultas externas	Es el área de diagnóstico y tratamiento de los enfermos que no requieren ingreso.	Médico de cabecera. Médico de familia. Post urgencia. Post alta hospitalaria.
Hospitalización	Es el área de ingreso, internamiento de los enfermos cuando la atención requerida no se puede prestar en régimen ambulatorio.	Médico de cabecera. Médico de familia. Urgencias. Consultas.
Cirugías ambulatorias	Es el área quirúrgica ambulatoria. La persona intervenida no queda hospitalizada y regresa a su casa.	El propio hospital. Médico de cabecera.

El servicio de trabajo social hospitalario es un servicio central que despliega su actividad por todo el centro. De cada área conocerá y considerará las características propias, las que la diferencian de las demás y dentro de ellas, de las intervenciones más comunes, detallará los protocolos a seguir. Un protocolo es una guía de actuación que siguen todos los miembros del servicio ante determinadas circunstancias: abandono, malos tratos, síndromes de abstinencia, incumplimiento terapéutico, etcétera.

4.3.7. La estancia hospitalaria y la intervención social en sus fases

La financiación de la atención especializada ha modificado costumbres y estereotipos muy arraigados en la población. El ejemplo más clásico se refiere a la estancia, incluso después de los años sigue latiendo la idea de una estancia ilimitada. Eso ya no es así. Se abre un nuevo reto para el sistema sanitario: diseñar programas educativos dirigidos a informar a la población (ciudadanos y otros profesionales) sobre la organización de los nuevos establecimientos y la necesidad de optimizar los espacios. El paternalismo respecto a la estancia propicia un uso inadecuado del recurso hospital. Por ello cabe enfatizar sobre la necesidad de tratar los aspectos orgánicos y los psicosociales con simultaneidad a lo largo de la estancia hospitalaria. El énfasis de los sanitarios sobre lo orgánico y la casi desatención de lo psíquico y emocional de la enfermedad generan obstáculos de orden psicosocial, que irrumpen en la vida de las personas y requieren tratamiento social de mayor o menor intensidad. La hospitalización condensa los siguientes puntos críticos:

- **Ingreso anterior:** Puede que la persona haya ingresado con anterioridad. ¿Cómo fue? ¿Dónde se dio? ¿Intervino el servicio de trabajo social sanitario? ¿Se requirió apoyo de los servicios sociales municipales? ¿Siguió el

tratamiento social en la atención primaria de salud? ¿Existe un diagnóstico social anterior? Etcétera.

- **El preingreso:** En muchos casos el ingreso está programado. Los programas sociosanitarios del hospital son extensibles al tiempo previo al ingreso. Ello permite una intervención proactiva (adelantarse a las dificultades) frente a la reactiva (esperar a que surjan).
- **El ingreso en el hospital:** Las expectativas respecto al tiempo de hospitalización suelen jugar malas pasadas. Son un malentendido común. Es en el momento del ingreso cuando se requiere la máxima información al respecto. No se trata de asustar a la persona, al contrario, se trata de que sienta que tiene todo el apoyo profesional para organizar el alta, el regreso a casa.
- **La estancia:** Es el momento para iniciar el estudio social y la previsión de cambios en la vida de la persona y de la familia conviviente. En caso de vivir sola, el regreso a casa puede requerir nuevos planteamientos definitivos o transitorios.
- **El alta médica:** Depende en exclusiva del facultativo. Indica el regreso a casa. Es en el momento de comunicar el alta cuando se materializa el punto final del ingreso. Pero la persona, ¿puede ser alta desde el punto de vista social? ¿Dispone de una red de apoyo social que asegure su convalecencia? ¿Tiene garantizada la continuidad asistencial sanitaria? ¿Cuenta con familia para ayudarla en la toma de medicación, seguimiento de dieta? Todas las atenciones recibidas en el hospital, ¿tendrán respaldo en la casa?
- **La derivación a la atención primaria:** Siempre después del alta hospitalaria, la persona recibirá la indicación de acudir a su médico de cabecera. En algunos casos, además, desde el servicio de trabajo social sanitario del hospital se la derivará al servicio de trabajo social sanitario de atención primaria. Una relación hoy todavía difícil por escasa o inexistente.
- **El regreso a casa:** Puede coincidir con el alta médica o puede retrasarse unos días por falta de apoyo social. El regreso a casa no es algo genérico. Es la precisión en estado puro. Su retraso es una mala opción pensando en las personas en lista de espera. El regreso a casa implica haber asegurado la continuidad asistencial por una parte y el bienestar emocional por la otra. En paralelo se cerrarán todos los formularios con la información final y se dispondrán para su registro informático. Una alta mal planificada deja tras de sí una estela de despropósitos, sinsabores y riesgos para la persona y su familia, la mayoría de ellos evitables. El concepto de servicio bastaría para prever cualquier posible dificultad de la persona. Los profesionales son quienes pueden y deben adelantarse a lo probable.

4.3.8. La atención especializada está cambiando dentro de una sociedad cambiante

La atención especializada vive una progresiva e incesante transformación porque sigue en gran parte los dictados de la sociedad (acumulación de tendencias y nuevas costumbres) y de la ciencia que simplifica los procesos clínicos. Como consecuencia de ello, los servicios de trabajo social sanitario deben reorganizar su actividad de acuerdo a esas nuevas circunstancias. La reconceptualización del servicio parece un paso ineludible.

Por una parte, como se ha mencionado, resaltan los nuevos modelos gerenciales basados en la gestión clínica y la gestión por procesos sanitarios, la contabilidad analítica, los planes directores, la protocolización de actuaciones, los constantes avances tecnológicos en todas las especialidades, la incorporación de la medicina biológica y molecular a la medicina clínica, las intervenciones por laparoscopia, la cirugía ambulatoria, etcétera.

Por la otra, los cambios de las estructuras familiares y/o redes sociales de apoyo, la progresiva institucionalización de los problemas sociales, la creciente desconexión entre lo sanitario y lo social en el ámbito de la administración y equipos, el papel cada vez más pasivo de la familia muchas veces por sus dificultades de atender al familiar enfermo, etcétera.

Todo ello genera nuevas situaciones en las cuales cabe gestionar la realidad sanitaria y social. Una dificultad creciente y mensurable es la imposibilidad de integrar los diferentes apoyos formales e informales de manera longitudinal. Con excepciones, el alta del hospital coincide con el ingreso en el programa requerido. Todo se da con intermitencias burócratas. Ello produce desequilibrios de todo tipo siendo la familia inmediata la principal afectada. A pesar del crecimiento de la oferta privada de apoyos, muchas veces su precio sigue siendo una barrera de acceso. Son muchas las situaciones difíciles de resolver que no encuentran solución por las vías planificadas. De ahí la necesidad de medir, por áreas, dicho desequilibrio entre las necesidades y los recursos. Las realidades se transforman y, por tanto, las organizaciones deben adecuarse. Cabe definir *a priori* cómo se realiza la identificación de las necesidades, la canalización de las respuestas, los sistemas de información a utilizar, los instrumentos primarios (de obligado uso en todo el servicio) y los complementarios (de uso particular en determinadas especialidades), la coordinación entre ámbitos, las fórmulas e indicadores de evaluación cualitativa y cuantitativa, el plan de comunicación de resultados, etcétera.

Urge modernizar la organización propia del servicio de trabajo social sanitario de la atención especializada. Se debe diferenciar también la práctica del método de trabajo social de caso, el *casework*, u otros procedimientos, de la práctica de la atención personal individualizada. El primero con un horizonte amplio y el cambio de realidades como base, la segunda a modo de apoyo único para resolver el presente inmediato, evitar desastres sociales. Cabe adecuar los ins-

trumentos para facilitar la tarea de evaluación, identificando aquellos grupos de población de mayor riesgo sociosanitario. Es básico planificar un sistema de intervención (identificación y asistencia) eficaz.

Siendo muchas las quejas de los trabajadores sociales sanitarios de la atención especializada acerca de la falta de medios y recursos para completar el tratamiento social después del alta hospitalaria, a día de hoy casi ninguno puede detallar las plazas necesarias, ni la tipología de apoyo para satisfacer, desde su establecimiento particular, las necesidades de ayuda profesional. Si bien el trabajo social sanitario incluye mucho más que la gestión de prestaciones, esta es una parte cada vez más notable de la cual cabe disponer de información: el déficit cuantitativo (número) y cualitativo (cualidad y tipología) de los recursos, de los servicios sociales, requeridos en su área para cumplir con ese requisito básico, casi convertido en tópico, la continuidad asistencial. El diagnóstico social institucional anual es una función de mejora. A modo de ejemplo, se debería conocer:

En el hospital "A" se ha atendido a "X" personas, de las cuales, por su dependencia, se requieren cinco plazas de larga estancia, cinco plazas temporales de espera, veinte plazas de atención a domicilio, quince de residencia asistida, etcétera.

Son déficits concretos a evaluar cada año para verificar la cobertura real. Y ello, como se ha visto, era algo común a primeros de siglo. Con los medios técnicos existentes no vale hablar de dificultades y falta de recursos en términos generales. Se debe precisar la magnitud y la tipología. Paradójicamente, esta información se encuentra dis, solo debe ordenarse y analizarse adecuadamente. La falta de tradición en el uso de formularios codificables elimina posibilidades posteriores de estudio, impide la investigación perdiéndose el capital de la información disponible. Apenas se escucha ya la vieja fras no del uso que se haga de ella.

La intervención a demanda es una limitación a la expansión del servicio por su limitación al presente y sin proyección. La intervención por programas siguiendo el método científico y asegurando su representatividad permite, primero al servicio de trabajo social sanitario y luego a la dirección del hospital, proyectar nuevos servicios sociosanitarios sobre necesidades reales de la población atendida y no sobre la ambigüedad de la retórica adecuando los recursos humanos. Con ello se enfatiza sobre la respuesta local a los problemas locales primando la proximidad al ciudadano por excelencia. Cuando faltan apoyos profesionales y se rompe la continuidad asistencial, después del alta crece el malestar y sufrimiento personal. Pero ¿cuánto? Difícil medida.

¿Y las personas en lista de espera? Suele hablarse de ellas como un número o como un tiempo medio. Ni gobernantes, ni gerentes, ni directivos, ni otros profesionales parecen interesados en conocer los desequilibrios familiares y psicosociales originados por ese diferido entre la necesidad de atención sanitaria y la prestación. Se desconoce la envergadura real del malestar originado por este problema de momento creciente, pero de magnitud desconocida. La

generación de expectativas no ayuda a la ciudadanía a comprender esa falta de respuesta, o respuesta a medias. El servicio de trabajo social sanitario del hospital permanecerá atento a los efectos de su intervención tanto sobre la persona como para la organización y el área sanitaria.

¿Cuál es el factor diferencial entre un hospital con servicio de trabajo social sanitario y otro que no lo tiene? No se trata de un servicio ornamental. Su presencia dentro de la organización obedece a intervenciones y supone mejores resultados en términos de bienestar. El trabajador social sanitario no puede desatender ni dejar de observar su propia evolución dentro del servicio incluyendo los medios diagnósticos empleados y los tratamientos sociales aplicados. Todo ello implica la modernización de la organización.

4.4. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencias

“La atención de urgencias es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención *insitu*, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.”

El campo de la atención de urgencias es amplio pero con unas variables seguras: el dolor y el sufrimiento se manifiestan en diferentes grados de intensidad, gravedad y cantidad. El desconcierto y la confusión acompañan a numerosos casos atendidos en urgencias, a veces, la desesperación y el descontrol dominan sobre todo a los acompañantes. Aparte de la obvia importancia de la atención sanitaria de la persona afectada, en urgencias el apoyo en lo social y emocional de la familia o acompañantes es crucial. El sentimiento de abandono suele acompañar a quien espera, que a su vez ha interrumpido su dinámica bruscamente: le han avisado en el trabajo, estaba en el colegio, etcétera. La incertidumbre del acompañante que espera al otro lado de la sala de atención requiere, muchas veces, una canalización profesional de la ansiedad. En urgencias todas las vivencias se viven en exceso.

El trabajador social sanitario en urgencias mantiene la conexión entre la familia que espera y el enfermo que está siendo atendido, ello cuando sus constantes lo permiten. Además, gestiona lo social externo, por ejemplo, busca apoyos si algún familiar está solo en la casa y requiere atención, cabe recoger a las criaturas en la escuela, etcétera. Solventa circunstancias de la vida diaria. En este caso el procedimiento habitual es el de la atención profesional individualizada.

Un paréntesis para introducir una variedad de la urgencia: los desastres que afectan a colectividades.

Bibliografía

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 61-62). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Página web

Para ampliar la información sobre la atención de urgencia, podéis consultar la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por una parte, los originados por la naturaleza: huracanes, incendios, terremotos, inundaciones, derrumbes de edificios, accidentes aéreos, de tren, autobús, hundimiento de espacios urbanos, movimientos del terreno, etcétera. Por la otra los desastres llegados de la mano del hombre: el terrorismo, la brutalidad humana en busca del dolor, del sufrimiento civil.

Existen dificultades intrínsecas que dominan las emergencias e impiden muchas veces ir más allá de una respuesta reactiva que solo se atenúa con la experiencia profesional. Los trabajadores sociales sanitarios en emergencias, como los otros profesionales, intervienen en un momento preciso, cuando la catástrofe se ha producido o la emergencia se ha declarado. Su actividad se integra a la atención de la emergencia en la dimensión psicosocial y ambiental y debe encauzarse dentro del plan establecido por protección civil. La atención de urgencias se puede dar en cualquier espacio. Por lo general suele pensarse en los hospitales de agudos. Si bien es donde se atiende a la mayoría, o esta acaba llegando, no es el único.

Salvo en algunos grandes hospitales, en cuyas urgencias suele haber trabajadores sociales sanitarios, a veces las veinticuatro horas del día, el resto no cuenta con dicho servicio. Así se interviene a demanda y, muchas veces, esta tiene poco que ver con el trabajo social sanitario. Las urgencias son espacios en donde se presta una atención profesional individualizada o familiar porque la dinámica de la urgencia no permite más. Sin embargo, nada impide una detección y una derivación a otros profesionales que sí que pueden iniciar un tratamiento social de caso, de *casework*. La intervención del trabajo social sanitario en urgencias es siempre reactiva porque el servicio de urgencias lo requiere. Pero el trabajador social sanitario puede seguir protocolos sociales predefinidos *a priori*. En urgencias la capacidad para gestionar la improvisación, evitar la parálisis de los actores, es un gran valor añadido a la actitud profesional. Ahí la intervención presenta unas características particulares cuya metodología está sujeta a la dinámica particular de la urgencia. Se trata de localizar, a veces, a la familia, en especial cuando las lesiones del accidente son graves, de atenderla a su llegada evitando establecer contactos burocráticos y puramente informativos. Comunicar una mala noticia requiere seguir unas pautas. Cuando la familia está enterada, se la ayudará a organizarse dentro de la máxima rapidez: afrontando sus realidades más cotidianas y que la urgencia rompe o interrumpe. Urgencias es un espacio de gran presión para la familia que, por razones obvias, se la aparta de la persona. Ello, sin embargo, incrementa la ansiedad de todos exponencialmente. La persona, por su parte, al participar de las diligencias de la propia atención, si está consciente, vive la presión en otros términos.

El trabajo social sanitario en urgencias se organiza a demanda pero es importante definir programas de intervención sistemática en determinados colectivos de población coincidentes con los programas establecidos por el servicio de trabajo social sanitario central, tanto de la atención especializada como de la atención primaria. Las urgencias son una de las puertas de entrada al sistema sanitario, por ello la intervención social en ellas por una parte resuelve conflictos de carácter inmediato, por la otra, ante determinados colectivos, se convierte en un agente de detección. El trabajador social sanitario en urgencias derivará el caso detectado a otros ámbitos para conformar el diagnóstico social y articular el plan de trabajo correspondiente. Las diferentes situaciones de urgencia (accidente, violación, agresión, incendio, atentado, derrumbamiento, inundación, etcétera) resultan ser para los diferentes implicados, acontecimientos vitales estresantes, casi siempre traumáticos, comprometiendo su salud, autonomía, incluso su vida. En estas circunstancias la vertiente físico-somática, social y psicológica de la persona se altera. Junto a los problemas físicos acaecidos (traumatismos, heridas, accidente vascular-cerebral, quemaduras, infarto, etcétera) atendidos por los profesionales sanitarios, es frecuente la existencia de dificultades o problemas de orden social (ausencia y/o pérdida de familiares, dificultades de alojamiento cuando estos acuden de otros lugares, necesidades de aseo-higiene, falta de alimento, necesidad de información, pérdida de la ropa, etcétera). Realidades sociales en general acompañadas de reacciones psicológicas tales como: miedo, angustia, bloqueo, impotencia, negación, indefensión, amnesia, lagunas de memoria, lipotimias, etcétera, las cuales, por lo menos en los primeros estadios de la emergencia, son respuestas del contexto. Las reacciones contextualizadas necesitan ayudas contextualizadas.

4.5. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica

“La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios y Demás Disposiciones Aplicables.”

La prestación farmacéutica va asociada al uso de los medicamentos. Una de las principales funciones desarrolladas por las trabajadoras sociales sanitarias de primeros de siglo era el seguimiento social para garantizar la posibilidad de realizar el tratamiento médico. Para el trabajo social sanitario, la prestación farmacéutica está relacionada con el cumplimiento terapéutico. Las características de determinados grupos de población (personas que viven solas, personas mayores con simultaneidad de tratamientos, personas muy afectadas psicológicamente por la enfermedad, etcétera) son indicativas de un claro riesgo de incumplimiento terapéutico. Las razones son variadas, pero la mayoría están

Bibliografía

- A. L. Arricivita; P. Pérez Sales (2005). “La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores”. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 5, núm. 3, pág. 44-46). Barcelona.
- A. L. Arricivita (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Huesca: Psicosocial & Emergencias.

Bibliografía

- Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 63-65). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Página web

- Para ampliar la información sobre la prestación farmacéutica, podéis consultar la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

relacionadas con la escasa capacidad de la red social para seguir las indicaciones tal como lo ha indicado el facultativo. El incumplimiento terapéutico es una realidad preocupante y nefasta por sus consecuencias sobre la recuperación o mantenimiento. Las razones son varias:

- Incapacidad personal para seguir las indicaciones de las recetas.
- No saber leer y avergonzarse de ello, evitando comentarlo al profesional.
- Dificultades para acudir a la farmacia en busca de la medicación.
- Imposibilidad de acudir al centro de salud en busca de las recetas.
- Tendencia a la automedicación.
- Las señales de mejoría, entendidas como curación, provocan el abandono del tratamiento.
- La inseguridad, la confusión en la administración.
- Las interacciones percibidas por la persona y no contempladas por el facultativo. La asociación de un determinado malestar a la medicación invita a su abandono.
- El comentario con amistades de confianza sobre los beneficios o efectos secundarios de un medicamento tomando la experiencia del otro como referente.
- Etcétera.

Por ello, dentro de la actividad habitual y descrita en puntos anteriores, el trabajador social sanitario velará, además, para que la prestación farmacéutica se dé dentro de las máximas calidades. El incumplimiento terapéutico, la mala administración de los fármacos, las dificultades sociales asociadas a ello, pueden ser el indicio de otros problemas coadyuvantes que cabe resolver. En casos en los que la persona o la familia son en extremo desconfiados, la ayuda para organizar la medicación es una excelente puerta de entrada para estudiar el caso social sanitario. Las reticencias iniciales suelen salvarse. Es frecuente encontrar a personas desconfiadas apoyadas en leyendas urbanas acerca de los servicios públicos. El apoyo y ayuda a través del pretexto de organizar la medicación, actividad que realizaría una trabajadora familiar en el domicilio o una enfermera abre una vía para el seguimiento indirecto por parte del trabajador social sanitario que gana tiempo para generar la empatía e iniciar cuanto antes el tratamiento social indicado.

4.6. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de ortoprótesis

“La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.”

La prestación ortoprotésica es una de las más antiguas en las que interviene el trabajo social sanitario si bien se ha ido ampliando, y por lo general dicha prestación va asociada a otras. El trabajador social sanitario en esta área debería asumir dos papeles, por una parte el de ayudar a adquirir el material cuando el enfermo o su familia muestren signos de incapacidad para realizar la gestión. También puede gestionar ayudas económicas en entidades fundadas para este fin. Por la otra, menos común, menos aceptada, pero necesaria pensando en la sostenibilidad, se encuentra la implementación de programas de reciclaje y recuperación de material cuando el beneficiario ya no lo precisa.

La recuperación y reutilización de material de ortoprótesis son programas que no acaban de cristalizar entre la población, ni tampoco entre las organizaciones sanitarias. El valor de dichos programas de reciclaje y recuperación de material es patente. Sin embargo, no tienen un seguimiento general.

4.7. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de los productos dietéticos

“La prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan.”

Como en el caso de las prestaciones farmacéuticas y las ortoprotésicas, la prestación de los productos dietéticos, tal y como vienen descritos en la cartera de servicios dentro de la atención especializada, se facilita dentro de la misma atención sanitaria.

Es cuando la persona deja el ámbito del establecimiento que ello puede suponer dificultades en el domicilio, tanto en lo referido a la adquisición como al uso.

El trabajador social sanitario estudiará el impacto de la dependencia de la persona de dicha prestación y valorará sus capacidades o las de su entorno para el cumplimiento. Cabrá asegurarse de las condiciones de la casa y las posibilidades de los cuidadores para garantizar las medidas higiénicas, tiempos horarios, la correcta conservación, etcétera.

Bibliografía

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 67-93). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Página web

Para ampliar la información sobre la prestación ortoprotésica podéis consultar la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Bibliografía

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 95-106). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

También en casos extremos puede ser una vía de contacto con las personas que muestran otros déficits sociales que por igual cabe atender.

4.8. Aportaciones del trabajo social sanitario a la Cartera de servicios comunes de prestación de transporte sanitario

“El transporte sanitario, que deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las administraciones sanitarias competentes.”

Las personas beneficiarias del transporte sanitario presentan una serie de condiciones físicas y sociales que en paralelo deben estudiarse si suponen algún otro riesgo para sí mismas o para su familia en el desarrollo de su vida diaria. Cabe conocer los factores que acompañan al caso social sanitario. Desde el trabajo social sanitario, el transporte es una prestación más asociada a otras circunstancias, y casi siempre se estudia dentro del ingreso o asistencia en el centro de salud. Es una prestación a través de la cual pueden detectarse casos de riesgo sobre los cuales incidir con un plan de trabajo completo.

Página web

Para ampliar la información sobre productos dietéticos, podéis consultar la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Bibliografía

Sistema Nacional de Salud (2009). *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización* (págs. 107-109). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Resumen

Hemos visto cómo el trabajo social sanitario se integra al Servicio Nacional de Salud y lo hace de acuerdo a la normativa vigente, ajustando las teorías a la organización de cada momento. Los profesionales deben ser capaces de adaptarse a las nuevas realidades dentro de entornos de incertidumbre, pero también deben de ser capaces de aplicar sus conocimientos sin que la esencia de su profesión se vea desvirtuada o falsificada. El siguiente paso será la elaboración del catálogo de prestaciones y la cartera de servicios del servicio de trabajo social sanitario.

Bibliografía

Arricivita, A. L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Huesca: Psicosocial & Emergencias.

Arricivita, A. L.; Pérez Sales, P. (2005). "La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 5, núm. 3, pág. 44-46). Barcelona:

Corbella Duch, J. (2012). *Manual de Derecho Sanitario* (págs. 113-118). Barcelona: Atelier.

Drucker, P. F. (1989). *Las nuevas realidades* (pág. 121). Barcelona: Edhasa.

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

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

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

Rodríguez, J.; Rocabayena, M.^a A. (2005). "Intervención social en las dependencias: Experiencia de Trabajo Social en el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 72, pág. 37-63). Monográfico: La Protección Social a la Dependencia. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

Rosenberg, G.; Pinsky, S. (1982). *Social work with groups in health settings*. Nueva York: Prodist.

Salvador, L.; Melgarejo, M. (2002). *Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI*. Barcelona: Ars Médica.

Sánchez, M. (2006). "Trabajo Social y enfermedades raras". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 6, núm. 1, pág. 32-40).

Páginas web

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/1PrestacionSaludPublica/home.htm> [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm> [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm> [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/AU-AtencionUrgencia.htm> [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/5PrestacionFarmaceutica/PF-PrestacionFarmaceutica.htm> [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/6PrestacionOrtoprotetica/home.htm> [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/7PrestacionProductosDieteticos/home.htm> [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/8PrestacionProductosDieteticos/home.htm>

cios/ContenidoCS/8PrestacionTransporteSanitario/home.htm [consulta 15 de mayo del 2013]

<http://www.msps.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf>