



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“El Trabajo Social Sanitario en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid”

Autor/a: D. Pablo Blanco Matellan

Tutor/a: D. Rogelio Gómez García

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2017 - 2018

FECHA DE ENTREGA: 11 de Julio de 2018

INDICE

1. Resumen.....	Pag 5
2. Siglas empleadas.....	Pag 6
3. Palabras Clave.....	Pag 7
4. Introducción.....	Pag 8
5. El sistema de sanitario en España:	
5.1. Contexto.....	Pag 11
5.2. Estructura.....	Pag 12
5.2.1 El Estado.....	Pag 12
5.2.2 Las Comunidades Autónomas.....	Pag 12
5.2.3 Las Corporaciones Locales.....	Pag 13
5.2.4 El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.....	Pag 14
5.3. Recursos.....	Pag 15
5.3.1 Profesionales médicos y de enfermería.....	Pag 15
5.3.2 Trabajadores sociales.....	Pag 15
5.3.3 Farmacéuticos.....	Pag 16
5.3.4 Centros de salud y hospitales.....	Pag 16
5.3.5 Tecnologías médicas.....	Pag 17
5.3.6 Oficinas de farmacia	Pag 17
5.3.7 Centros de servicios y unidades de referencia.....	Pag 17
5.3.8 Centros de transfusión sanguínea.....	Pag 17
6. La salud mental:	
6.1. Contexto de la salud mental en Castilla y León.....	Pag 18
6.2. Órganos de Coordinación.....	Pag 20
6.2.1 Estructuras de Coordinación Sanitaria.....	Pag 20

6.2.2 Equipos de Coordinación de Base.....	Pag 20
6.2.3 Comisiones de Coordinación Sociosanitaria.....	Pag 21
6.3. Salud Mental de CyL.....	Pag 22
6.3.1 Equipo de salud mental.....	Pag 23
6.3.2 Equipo y programa de psiquiatría infanto- juvenil.....	Pag 23
6.3.3 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.....	Pag 24
6.3.4 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica infanto- juvenil.....	Pag 24
6.3.5 Hospital de Día Psiquiátrico y Programa de Hospitalización Parcial.....	Pag 24
6.3.6 Unidad Regional de Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	Pag 24
6.3.7 Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica.....	Pag 25
6.3.8 Centro de Rehabilitación Psicosocial.....	Pag 25
6.3.9 Unidad de Convalecencia Psiquiátrica.....	Pag 25
6.3.10 Unidad de Patología Dual.....	Pag 25
6.3.11 Unidad de Patología Dual.....	Pag 26
6.3.12 Unidad de Rehabilitación de Referencia Regional.....	Pag 26
6.3.13 Unidad de Cuidados Continuados de Referencia Regional.....	Pag 26
6.3.14 Programa de Tratamiento Comunitario.....	Pag 27
6.3.15 Unidad Residencial de Rehabilitación Psiquiátrica.....	Pag 27
6.3.16 Centro Especial de Empleo.....	Pag 27
6.3.17 Red de Asistencia a Drogodependencias.....	Pag 27
6.3.18 Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.....	Pag 28
6.3.19 Otros recursos.....	Pag 28
7. El Trabajador Social Sanitario:	
7.1. Contexto.....	Pag 29
7.2. Atención sanitaria.....	Pag 31
7.3. Modelo organizativo.....	Pag 33
7.4. Funciones.....	Pag 34
7.5. Áreas de intervención.....	Pag 35
7.5.1 Área de Atención Directa.....	Pag 35
7.5.2 Área de Coordinación y Participación.....	Pag 36
7.5.3 Área de Gestión.....	Pag 37
7.6. Herramientas.....	Pag 38
8. El Hospital Clínico de Valladolid:	
8.1. Contexto.....	Pag 39
8.2. Área de Influencia.	Pag 41
8.3. Organigrama.	Pag 42

8.4. Datos de Contacto	Pag 44
8.5. Tipología de servicios prestados.....	Pag 45
8.5.1 Atención Primaria.....	Pag 45
8.5.2 Atención Especializada.....	Pag 46
8.5.3. Servicios de Emergencias Sanitarias.....	Pag 47
8.6. Papel del trabajador social sanitario en el HCUV.....	Pag 48
8.6.1 Servicios Generales.....	Pag 50
8.6.1.1 Valoración, Información, Orientación y Asesoramiento.....	Pag 50
8.6.1.2 Estudio de la situación Sociofamiliar	Pag 50
8.6.1.3 Diagnóstico Sociosanitario y Tratamiento Social.....	Pag 50
8.6.1.4 Soporte Psicosocial.....	Pag 51
8.6.1.5 Gestión y trámite de recursos.....	Pag 51
8.6.2 Cartera de Servicios.....	Pag 52
8.6.2.1 Trabajador Social en Urgencias.....	Pag 52
8.6.2.2 Reclamaciones de pacientes indocumentados, sin recursos o familia...	Pag 52
8.6.2.3 Trabajo Social en Casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	Pag 53
8.6.2.4 El Trabajo Social en Neurología.....	Pag 53
8.6.2.5 Préstamo de material ortoprotésico.....	Pag 54
8.6.2.6 El Trabajo Social en Atención Pediátrica.....	Pag 55
8.6.2.7 El Trabajo Social en la Atención con Paciente Crónico.....	Pag 55
8.6.2.8 El Trabajo Social en la Atención con Paciente Coclear.....	Pag 56
8.6.2.9 Planificación al Alta Hospitalaria.....	Pag 57
8.6.2.10 Paliativos.....	Pag 58
9. Conclusiones.....	Pag 59
10. Bibliografía.....	Pag 61

1. Resumen

En el siguiente trabajo pretendo abordar el Sistema Sanitario de España y su estructura, al igual que la estructura del sistema de Castilla y León. También se hará mención de los recursos con los que cuentan para satisfacer las necesidades de la población.

Se muestran las características del Trabajador Social Sanitario y sus principales funciones, y se concretan más aún, hablando del papel de Trabajo Social en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

De la institución se citarán aspectos relevantes como su origen, los servicios que oferta o su área de influencia.

2. Siglas empleadas

- CC. AA= Comunidad Autónoma.
- CyL= Castilla y León.
- C. E= Constitución Española
- HCUV= Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- IVE = Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- TS= Trabajo Social.
- TSS= Trabajo Social Sanitario.
- SIAP= Sistema de Información de Atención Primaria.
- SNS= Sistema Nacional de Salud.
- CISNS= El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- ECB= Equipos de Coordinación de Base.
- CCSS= Comisiones de Coordinación Sociosanitaria.
- SACYL= Sanidad de Castilla y León.

3. Palabras Clave

Trabajo Social Sanitario, Funciones del Trabajo Social Sanitario en el Hospital Clínico Universitario, Instrumentos del Trabajo Social, Sociosanitario, Sociofamiliar, Recursos.

4. Introducción

La principal motivación para realizar mi trabajo de fin de grado han sido mis prácticas. Durante el segundo cuatrimestre de tercero y el primer cuatrimestre de cuarto, realicé mis prácticas en la asociación para personas con enfermedad mental de Valladolid “El Puente”. Durante ese periodo de tiempo además de aprender sobre las labores del trabajador social en su puesto de trabajo, también estuve en contacto con los usuarios de la asociación. Los usuarios eran todos de Valladolid, algunos eran de la ciudad y otros de los pueblos de la zona, todos eran personas con enfermedad mental, ya que es requisito para ser usuario de la asociación.

Ese contacto con los usuarios y con los profesionales fue una gran experiencia de aprendizaje tanto a nivel educativo como a nivel personal. Ya que varias herramientas que había estudiado a lo largo de la carrera de manera teórica, las utilizaba y ponía en práctica mis conocimientos para las tareas que me encomendaban.

Por lo tanto, quería realizar mi trabajo de fin de grado sobre un tema relacionado con la enfermedad mental. Durante las prácticas, mi tutor nos aconsejaba que para el trabajo de fin de grado escogiéramos una institución distinta de la que íbamos a trabajar en el proyecto de prácticas. Para poder conocer otro tipo de instituciones y tener una visión más amplia del profesional del trabajo social.

La metodología que he utilizado es cualitativa, me he centrado en la búsqueda de información para llevar a cabo mi trabajo. A través de esta revisión bibliográfica, me he encontrado con todo tipo de información, y esto es el mayor problema que he tenido a la hora de realizar el TFG. He tenido muchas dificultades a la hora de saber escoger la mejor información, y ello me ha llevado a tener que rehacer y corregir el TFG en múltiples ocasiones.

Sobre todo, me he centrado en planes estratégicos, normativa, prestaciones de servicios, artículos relacionados con el trabajo social u otras profesiones que tengan algún tipo de relación con el trabajo social, además de diversas webs sobre entidades y organizaciones de nuestro país.

En relación con mi trabajo creo que las asignaturas que más relación tienen son:

1. Derecho Público, Civil y Penal: En estas asignaturas fue donde tuve mi primer contacto con el derecho, todo el funcionamiento del hospital estará regulado por múltiples normas y leyes.
2. Trabajo Social y Salud: En esta asignatura vimos como la salud mental forma parte del concepto de salud o estado saludable. Y también el trabajo que realizan los trabajadores sociales que forman parte del sistema sanitario.

3. Trabajo Social y Sectores de Intervención: Aprendí lo que es la intervención centrada en la persona, que cada persona es única e irrepetible y que también es la que mejor conoce su proyecto de vida.

4. Sistema de Servicios Sociales y Marco Referencial y Conceptual del Trabajo Social: Con estas asignaturas tuvimos el primer contacto con las prestaciones y recursos que ofrece el Sistema de Servicios Sociales, y también con la Ley de Dependencia.

La estructura de mi TFG puede decirse que tiene cuatro apartados, abordando primero el sistema sanitario, como comenzó el sistema que conocemos ahora, los recursos con los que cuenta. También la estructura descentralizada que presenta, esta fue toda una revolución debido a la descentralización de la salud por parte de las Comunidades Autónomas y el Estado.

Continuo con la salud mental en Castilla y León, en este apartado muestro un contexto en que podemos comprobar como hace años, la salud mental ya suponía un problema a nivel estatal que afectaba mucha gente en el país. Además, también hago mención de los recursos con los que cuenta la comunidad para atender las necesidades que se demanden a causa de las enfermedades y trastornos mentales.

En el tercer apartado, presento el papel del trabajador social sanitario, como en otros apartados hago una breve reseña de cómo se incorporó el trabajo social al ámbito sanitario. Continúo centrándome sobre todo en las funciones que desempeña, las áreas de intervención y las herramientas que tiene a su disposición. Al formar parte del ámbito sanitario, va a formar parte de equipos multidisciplinares compuestos por diferentes profesionales.

Por último, me centro en el Hospital Clínico de Valladolid, una institución que atiende a gran parte de la población de la ciudad y los pueblos de los alrededores que entran en sus delimitaciones territoriales. Pretendo explicar los orígenes del edificio, así como datos relevantes, como su organización, datos de contacto, los servicios que presta y el papel del trabajador social sanitario. Hablaré sobre el trabajo del trabajador social sanitario de la entidad anteriormente citada, cuales serán las funciones que desempeñe como profesionalidad de la sanidad y cuales serán los usuarios que se puedan beneficiar de su intervención.

Con este trabajo pretendo abordar los siguientes objetivos:

- Revelar el papel del trabajador social en el ámbito de la Salud.
- Presentar las funciones del trabajador social sanitario en el Hospital Clínico de Valladolid.
- Mencionar la estructura del Sistema Sanitario de Castilla y León.
- Explicar los recursos y órganos existentes para trabajar con la salud mental.

El objetivo de esta estructura es comenzar desde lo más general que pueda abarcar mi tema, y después ir concretando información a medida que voy avanzando en los apartados, pasando de lo general a lo específico.

5. El Sistema Sanitario Español.

5.1 Contexto.

El modelo sanitario que conocemos hoy en día surgió con la Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad, Boletín Oficial del Estado, 102, 29 de abril de 1986 se proporciona una respuesta a una necesidad considerada constitucional. Pues con ella, queda reconocido el derecho de obtener las prestaciones del sistema de sanidad a todos los ciudadanos y a las personas extranjeras que residen en España. No generaliza el derecho de poder obtenerlas gratuitamente, en su lugar organiza la aplicación de las prestaciones paulatinamente.

Según lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, apoyado por la citada ley, establece los principios y criterios que dotarán al sistema sanitario de unas determinadas características. Se introduce a las Comunidades Autónomas en la organización sanitaria. La finalidad de esto es poder atender a las necesidades sanitarias de la población en las respectivas jurisdicciones, reducir los problemas organizativos y la creación de un Sistema Nacional de Salud.

Este Sistema Nacional de Salud, es una agrupación de servicios de salud de las CC. AA coordinados de la manera adecuada. Por lo que podríamos decir que las CC. AA son el eje de este modelo. Esta integración en los servicios sanitarios se inspira en el artículo 50 de la ley:

” En cada CC. AA se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualquier otra Administración territorial intracomunitaria, que estará gestionando como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva CC. AA.”
Art 50 de la Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad.

Con esto se produce la descentralización del Sistema Sanitario del Estado, depositando en las CC. AA las competencias y responsabilidades relacionadas en materia de salud.

La integración de este nuevo modelo organizativo de manera efectiva para los servicios sanitarios es básica, para garantizar la efectividad del derecho a la salud que es reconocido para todos los ciudadanos por la Constitución y una igualdad de condiciones de vida entre la población. También busca imponer una coordinación y un mantenimiento del funcionamiento de los servicios públicos. Con esto se busca conseguir una planificación efectiva sanitaria que mejore los servicios y prestaciones.

Las CC. AA tienen la responsabilidad en cuanto a lo que servicios sanitarios se refiere, pero bajo la dirección y coordinación del Estado.

Las Áreas de Salud son los pilares principales de los Servicios de Salud de las CC. AA, están organizadas para que puedan ofrecer todas las prestaciones del sistema sanitario. Se distribuyen en sectores territoriales delimitados, para dar respuesta de forma próxima a los usuarios, con una gestión descentralizada y participativa.

5.2 Estructura.

5.2.1 El Estado

Tiene unas competencias exclusivas en lo que al ámbito de salud se refiere, el resto de las competencias pasan a las CC. AA, por lo establecido según la Constitución Española en el artículo 148.21.

Según el artículo 149.16 de la C.E el Estado tiene las siguientes competencias: Sanidad Exterior, Bases y coordinación general de la sanidad y Legislación sobre productos farmacéuticos.

- Sanidad Exterior: En esta materia existe una colaboración necesaria entre la Administración del Estado y las Administraciones Autonómicas, esto está previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Legislación sobre Productos Farmacéuticos: Está regida por la Ley del Medicamento, aunque esta competencia se recoge como “exclusiva del Estado”, pero la competencia de la ejecución de la legislación corresponde a las CC.AA.
- Bases de la Sanidad: La competencia crear normas que fijen las condiciones, requisitos y criterios mínimos que persigan la igualdad de condiciones, en lo que al funcionamiento de servicios públicos.
- Coordinación en Sanidad: Consiste en un conjunto de medios y estructuras de relación que puedan hacer posible la circulación de información de forma recíproca. Pretende la lograr homogeneidad técnica y la actuación conjunta de las autoridades sanitarias tanto estatales como comunitarias en el ejercicio de sus propias competencias. De forma que se logre la integración de los actos parciales en la totalidad del sistema sanitario. Además, los criterios de Coordinación General Sanitaria, aprobados por el CISNS, deberán ser tenidos en cuenta en la elaboración del Plan Integrado de Salud, documento que deberá recoger los planes de salud estatales, autonómicos y conjuntos y sus fuentes de financiación.

5.2.2 Las Comunidades Autónomas

Tienen las competencias tanto de salud como de la asistencia social según los artículos 148.20 y 148.21. Las CC. AA, aunque respetando las directrices que dicte el Estado, son los encargados de crear y organizar un sistema capaz de dar respuesta a las necesidades de la población en estos ámbitos. Para ello podrán promulgar sus propias leyes, pero sin que vayan en contra de las del Estado.

En Castilla y León se promulgaron normas como las siguientes:

El Decreto 32/1988, de 18 de febrero, BOCyL, 41 de 1 de marzo de 1988, hace efectiva la delimitación territorial de las Zonas básicas de salud, y las clasifica en: urbanas, semiurbanas y rurales.

El Decreto 108/1991, de 9 de mayo, BOCyL. 92, de 16 de mayo de 1991, por el que se aprueba la Ordenación Sanitaria, establece 11 Áreas de Salud.

La Ley 1/1993, de 6 de abril, BOCyL. 77, de 27 de abril 1993, de Ordenación del Sistema Sanitario, estructura el mismo en torno a las Áreas de Salud y sus demarcaciones inferiores son las Zonas básicas de salud, donde se produce la Atención Primaria, auténtica puerta de entrada al sistema sanitario.

La estructura denominada Área de Salud, es la que se utiliza para agrupar las zonas básicas en el Catálogo de Centros de Atención Primaria y para la desagregación de los datos estadísticos de recursos, población y actividad del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Las áreas de salud son estructuras fundamentales del sistema sanitario, son las responsables de la gestión de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan”.

En el Decreto 6/2002, de 10 de enero, BOCyL. 11, de 16 de enero 2002) establece las Demarcaciones Asistenciales en Zonas Básicas de Salud, entendidas como el ámbito territorial, donde los profesionales sanitarios desempeñan las funciones asistenciales ordinarias y está delimitada por un núcleo o conjunto de núcleos de población para cada profesión sanitaria.

La Ley 8/2010, de 30 de agosto, BOCyL. 173, de 7 de septiembre 2010, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, (deroga la Ley 1/1993, de 6 de abril), dispone la ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Castilla y León en Áreas de Salud, Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones Sanitarias y en aquellas otras divisiones territoriales que se puedan crear por razones geográficas o de racionalización y eficiencia de los servicios. El conjunto de estas organizaciones territoriales se denomina mapa sanitario de Castilla y León y es el instrumento esencial para la ordenación, planificación y gestión del Sistema Público de Salud de la Comunidad.

5.2.3 Las Corporaciones Locales

Aunque no tienen ninguna competencia exclusiva como los mencionados anteriormente, sí que tienen derecho a participar en la prestación de servicios y la organización de estos. Aunque la responsabilidad es exclusiva de las CC. AA, las CC. AA organiza servicios en centros que antes eran gestionados de forma independiente por las propias Corporaciones Locales. Esto se compensa con el derecho de estas

Corporaciones a participar en el control y la gestión de las Áreas de Salud, incorporando representantes de estas en los órganos colegiados del Área.

5.2.4 El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)

Es un órgano intermedio de coordinación. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE, 128, 29 de mayo de 2003, contempla el Consejo como órgano de coordinación, atribuyéndole una estructura y ocupaciones. El CISNS, según el artículo 69 la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, es “el órgano permanente de coordinación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en el territorio del Estado.” Art 69 de la Ley de Cohesión y Calidad de SNS.

A partir de la publicación de la Ley de cohesión y calidad, está constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, y por los consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas.

Preside el Consejo Interterritorial el Ministro de Sanidad y Consumo. La Vicepresidencia es desempeñada por uno de los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, elegido por y entre los consejeros que lo integran. El secretario, desde julio de 1996, es nombrado por el presidente. Producto de la importancia que se concede al Consejo es el nombramiento del Secretario General de Sanidad para desempeñar este cargo.

La LGS prevé la constitución entre el Estado y las CC.AA. de Comisiones y Comités Técnicos, la celebración de Convenios y la elaboración de Programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los Servicios Sanitarios.

5.3 Recursos.

Según los datos recogidos por el Informe Anual de Recursos Asistenciales (2017) presentare los recursos con los que cuenta el Sistema Nacional de Salud.

Recursos Asistenciales: Humanos y Físicos:

5.3.1 Profesionales médicos y de enfermería:

- La tasa de médicos por cada 1.000 habitantes que trabajan en labores asistenciales, tanto en el sector público como en el privado, es de 3,8. Más de la mitad de los médicos en ejercicio son mujeres (51,5%). El grupo más feminizado es el de menores de 35 años y el de 65 y más años el que menos. El grupo de mayores de 44 años supone el 54,7% del total de médicos en ejercicio.
- La red asistencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 116.711 médicos y 169.601 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/ médico de 1,5. La atención primaria cuenta con 34.888 médicos y 29.441 enfermeras. Los hospitales emplean a un mayor número de profesionales: 78.285 médicos y 136.699 enfermeras. En los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 trabajaban 3.538 médicos y 3.093 enfermeras
- La densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene en cifras de 0,8 médicos en atención primaria y de 1,7 médicos en atención especializada.
- La enfermería se sitúa, por cada 1.000 habitantes, en 0,6 profesionales en atención primaria y en 2,9 en atención especializada.

5.3.2 Trabajadores sociales

- La ratio habitante/trabajador social ideal sería de 5875 habitantes por trabajador social de UTS. La ratio media que soportan los trabajadores sociales participantes es de 10843 habitantes y el valor medio que desearían tener es de 5939, un 48% menos.
- El rasgo más significativo es la feminización del sector. Algo más de cuatro de cada cinco personas que han respondido a esta encuesta son mujeres (83%), siendo hombres sólo el 17%.
- Estas diferencias por sexo en los profesionales del trabajo social son esperables ya que el trabajo social es una profesión especialmente demandada por mujeres, como reflejan las matriculaciones en la universidad y sus egresados. Las razones deben buscarse a nivel general, en los sesgos por género de las distintas profesiones, reflejado en la feminización de las ciencias sociales y del funcionariado; aunque a nivel particular, una posible hipótesis podría ser el mayor compromiso social de las mujeres respecto a los hombres o una mayor sensibilización hacia el cuidado y la ayuda a los demás. Los cruces por comunidad autónoma, al igual que en el año anterior, son estadísticamente significativos, aunque en ninguna se supera el 25% de hombres trabajando como trabajadores sociales en su Comunidad.

- En la encuesta sólo se preguntó a profesionales activos con una edad comprendida entre los 18 y los 64 años.
- La mayoría de la población se concentra en un tramo intermedio entre los 35 y los 44 años, dos de cada cinco trabajadores sociales consultados tienen esta edad (39%), seguidos del grupo de 45 a 54 años (32%). En general, ocho de cada diez encuestados tienen más de 35 años. El grupo más minoritario se corresponde con jóvenes de entre 18 y 24 años (3%), lógicamente con 18 años aún no han terminado el grado de trabajo social, luego en este grupo los encuestados se concentran a partir de los 22 años. La edad media de los colegiados asciende a 41,7 años, siendo en general bastante joven en relación con otras profesiones, aunque algo mayor que el año anterior (41,2).
- El análisis de la edad según el sexo de los encuestados cumple las mismas pautas señaladas para la población general, no existiendo grandes diferencias de edad según se sea hombre o mujer; no obstante, se detecta una mayor concentración masculina en el grupo más joven (30 hombres entre 18 y 24 años frente a 8 mujeres). Estos datos deben interpretarse con cautela al ser este el grupo donde menos respuestas hay.

5.3.3 Farmacéuticos

- La tasa de farmacéuticos que están trabajando, tanto en el sector privado como en el sector público, es de 1,2 por cada 1.000 habitantes. La localización preferente son las oficinas de farmacia donde trabajan más de 48.000. En los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 1.753 farmacéuticos lo que supone contar con 0,04 por cada 1.000 habitantes.

5.3.4 Centros de salud y hospitales

- El SNS dispone de 3.039 centros de salud y 10.055 consultorios de atención primaria. La proporción media de 3,3 consultorios locales por cada centro de salud muestra un amplio rango (de 14,8 a 0,0), reflejo de las variaciones de la dispersión geográfica en España. Si bien la variabilidad geográfica es grande, por cada 100.000 habitantes asignados existe una media de 28,2 centros de atención primaria.
- Igualmente se dispone de una red de 451 hospitales, de los cuales 324 son de dependencia pública. Los hospitales de la red del SNS ofrecen el 79,4% de las camas hospitalarias en funcionamiento, cuya tasa total en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes, la correspondiente al SNS es de 2,4.
- En la red de hospitales públicos se dispone, asimismo, de 16.820 plazas de hospital de día (36,2 plazas por cada 100.000 habitantes).

5.3.5 Tecnologías médicas

- La dotación en el Sistema Nacional de Salud para la realización de Tomografía Axial Computarizada (TAC) es de 538 equipos (71,8% del total de equipos en funcionamiento en España) y una tasa de 11,6 por cada millón de población. En cuanto a la Resonancia Magnética (RM) en el SNS se cuenta con 308 aparatos (53,4% del total de equipos en funcionamiento) con una tasa de 6,6 por millón de población. La dotación de mamógrafos en el SNS es de 418 equipos (65,8% del total registrados), con una tasa de 9,0 por cada millón de habitantes. La red de hospitales del SNS dispone de 184 equipos de aparatos de radioterapia (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) (79,0% del total existente), lo que supone una tasa de 4,0 aparatos por cada millón de habitantes.
- La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias tiene como objetivo evaluar las técnicas y procedimientos médicos de cara a su inclusión, exclusión y modificación de las condiciones de uso en la cartera común de servicios del SNS.

5.3.6 Oficinas de farmacia

- Una red de 21.919 oficinas de farmacia colabora en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS mediante conciertos suscritos entre las Administraciones Sanitarias de las comunidades autónomas y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La tasa es de 47 oficinas de farmacia por cada 1.000 habitantes.

5.3.7 Centros de servicios y unidades de referencia

- El SNS cuenta con 227 Centros, servicios y unidades de referencia concentrados en 46 centros sanitarios para la atención de 52 patologías y/o la realización de procedimientos de especial complejidad.
- En la primera convocatoria para participar en las Redes Europeas de Referencia (ERN) la Comisión Europea ha admitido en el proceso de selección 42 Servicios o Unidades del SNS.
- 44 hospitales disponen de un programa de trasplante autorizado, en los que participan 186 equipos de coordinación integrados por 267 médicos y 173 profesionales de enfermería.

5.3.8 Centros de transfusión sanguínea

- La red de Centros de Transfusión Sanguínea está constituida por 20 centros públicos que facilitan la terapia transfusional a través de 400 Servicios de Transfusión ubicados en la red hospitalaria pública y privada.

6. La Salud Mental

6.1 Contexto Salud Mental en Castilla y León

En España se realizaron varios estudios para evaluar los trastornos mentales de la población, según la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013) y el Acuerdo 58/2001, de 24 de abril, BOCyL nº 81, de 30-4-2003, página 6393, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León.

Se encuentran diferencias significativas entre Comunidades Autónomas respecto a la prevalencia de mala salud mental y que podrían estar relacionadas con características tales como el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, las tasas de desempleo e inmigración y también con el desarrollo desigual de la reforma psiquiátrica en las diferentes CC.AA. Cabe destacar que no se hallaron diferencias en función de vivir en áreas urbanas o rurales.

Se prevé un envejecimiento de la población en los próximos años; en los mayores de 64 años se produciría el mayor incremento poblacional. La prevalencia de mala salud mental es mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y en hombres y mujeres con menores niveles de estudios.

Se ha sugerido que en una situación de depresión económica prolongada es probable observar tasas más altas de alcoholismo y drogadicción, depresión, suicidio y otros problemas de salud mental, asimismo la clase social influye de forma importante en el riesgo de padecer trastornos mentales.

En Castilla y León se estima que, uno de cada seis varones y una de cada cinco mujeres pueden padecer algún problema relacionado con la salud mental cada año, lo que supone una afectación de casi 450.000 personas. Los trastornos mentales graves afectan aproximadamente al 1-2% de la población general. También, constituyen una de las primeras causas de discapacidad y la séptima causa de muerte en la Comunidad Autónoma. La especial relevancia que vienen adquiriendo los problemas de salud mental en todas las sociedades desarrolladas, y la necesidad de establecer medidas preventivas, así como prestaciones y servicios adecuados justifican la existencia de una planificación regional específica en esta materia.

En el Estatuto de Autonomía de Castilla y León queda reconocido el derecho a la salud, el cual es encomendado a los poderes públicos.

Con la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, Boletín Oficial de Castilla y León, 173, 7 de septiembre de 2010, se crea el Sistema Sanitario de Castilla y León. La Comunidad de Castilla y León ostenta competencias exclusivas en las materias de organización, régimen y funcionamiento de sus instituciones de autogobierno; en estructura y organización de la Comunidad; en investigación científico y técnica; en fomento y desarrollo de la investigación

Es un sistema comprendido por recursos tanto públicos como privados, cuyo objetivo es la promoción, prevención y protección de la salud, desde una perspectiva integral y universal.

Para los residentes de la CC. AA, la administración proporcionará tarjetas sanitarias individuales para garantizar el acceso a las prestaciones de los propietarios. Los que no sean residentes podrán acceder presentando la tarjeta sanitaria de otra CC. AA o bien aportando la documentación requerida por legislación.

La ordenación territorial se conforma por Áreas de Salud, Zonas Básicas de Salud y otras demarcaciones que forman el mapa sanitario de Castilla y León. Se ordenan en varios niveles, atención primaria y especializada, y salud pública y atención sociosanitaria.

Los diversos planes y estrategias son instrumentos del Sistema de Salud que sirven para la planificación y dirección de este. La Gerencia Regional de Salud, es el organismo autónomo creado para la administración y gestión de los centros, prestaciones y servicios.

Posee una Cartera de Servicios, la cual hace efectivas las prestaciones de atención sanitaria. Incluirá, por lo menos, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud según se recoge en el artículo 12 de la Ley 8/2010, 30 de Agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

Las prestaciones sanitarias se ordenan funcionalmente de forma integral y coordinada en:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Salud Pública.
- d) Atención de urgencia.
- e) Atención sociosanitaria correspondiente al Sistema Público de Salud.

6.2. Órganos de Coordinación

En función de la información obtenida en el apartado de estructuras de coordinación de la página web de Salud Castilla y León, muestro los siguientes órganos de coordinación:

6.2.1 Estructuras de Coordinación Sociosanitaria

Son los órganos que se encargan de la coordinación entre el Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales, además de actuar como referentes territoriales de las comisiones y órganos existentes y los que puedan surgir en el futuro. Su principal función consiste en asegurarse de que la población recibe la mejor respuesta asistencial, de forma global y la más adecuada para la situación.

6.2.2 Equipos de Coordinación de Base (ECB)

Son estructuras encargadas de la coordinación sociosanitaria de primer nivel o básicas, que realizan la atención directa a la ciudadanía. También se realizan labores de gestión de los casos sociosanitarios y buscan necesidades de mejora de los procesos, los servicios y los recursos.

Los casos sociosanitarios presentan las problemáticas sociales y sanitarias de las personas, que necesitan una intervención conjunta de los profesionales pertenecientes tanto del sistema de salud como del de servicios sociales, para resolver o mejorar su situación o sus necesidades. La metodología utilizada por estos equipos es la gestión por procesos.

La guía para la gestión compartida de casos es la herramienta utilizada, un documento para los profesionales que certifica que la prestación de servicios de calidad. Se creó para responder a casos individuales complejos con problemas sociales y de salud, que produjeran alarma social o sanitaria, gran dependencia, maltrato, un trastorno mental grave etc...

Tiene varios apartados:

1. Detección del caso.
2. Valoración multidisciplinar por el personal médico, enfermero y trabajador social.
3. Plan de intervención conjunto.
4. Seguimiento y cierre del caso.

6.2.3 Comisiones de Coordinación Sociosanitaria (CCSS)

Son las estructuras de coordinación sociosanitaria en el ámbito del área de salud. Las conforman profesionales técnicos y de gestión, que asesoran y realizan propuestas de mejora a niveles superiores, a la vez que apoyan y supervisan a los ECB.

Para poder llevar a cabo sus fines, tiende a realizar las siguientes funciones

1. Conocer los recursos, los servicios sanitarios y sociales y los procedimientos asistenciales de su demarcación geográfica.
2. Resolver los problemas de atención social y/o sanitaria que surjan en la atención sociosanitaria en el Área de Salud.
3. Constituir los Equipos de Coordinación de Base, analizar su organización, y proponer modificaciones tanto en su número como en su composición si se considerase necesario.
4. Supervisar periódicamente los ECB: seguimiento de su actividad, apoyo y asesoramiento, difusión de la información, etc.
5. Establecer los protocolos y procedimientos necesarios para una adecuada coordinación, y la mejora de la atención sociosanitaria.
6. Proponer líneas de investigación en relación con la atención sociosanitaria.
7. Analizar y evaluar la actividad sociosanitaria y elaborar una memoria.

6.3. Salud mental en Castilla y León:

La CC. AA de CyL se dota de una serie de servicios para para poder dar respuesta a las necesidades que demanda su población. Todos los servicios ofertados son una combinación de atención de profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Auxiliares de Enfermería y Terapia Ocupacional, según el Instituto de Información Sanitaria en atención a la Salud Mental (2010).

A continuación, presentaré los recursos para poder hacerlos efectivos y las funciones de cada uno:



6.3.1 Equipo de Salud Mental

- Atención ambulatoria
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales.
- Asesoría a los Equipos de Atención Primaria.
- Atención a los pacientes que les son remitidos desde otros niveles sanitarios.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización.
- Desarrollo de programas de reinserción de los pacientes psiquiátricos crónicos pertenecientes al distrito correspondiente.
- Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieren.
- Atender a las consultas preferentes, así como a los pacientes o grupos de crisis durante el período que se determine.
- Derivación de los pacientes que precisan tratamiento en régimen de ingreso a las unidades de hospitalización parcial o total del Área.

6.3.2 Equipo y Programa de Psiquiatría Infanto - Juvenil

- Atención ambulatoria a menores de 18 años
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales a menores de 18 años.
- Asesoría a los Equipos de Atención Primaria.
- Atención a los pacientes que les son remitidos desde otros niveles sanitarios.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en la Unidades de Hospitalización de Referencia Regional.
- Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieren.
- Apoyar y asesorar a los Equipos de Atención Primaria y otros profesionales sanitarios de su Distrito.
- Atender a las consultas preferentes, así como a los pacientes o grupos de crisis durante el período que se determine.

6.3.3 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

- Diagnóstico, Tratamiento y cuidados asistenciales en régimen de hospitalización para pacientes con crisis.
- Interconsulta a otras especialidades.
- Apoyo a las urgencias hospitalarias.
- Funciones de docencia e investigación.

6.3.4 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto Juvenil

- Observación, diagnóstico y tratamiento en menores de 18 años con patología psiquiátrica que requieren tratamiento en régimen de hospitalización o un periodo de observación para valoración diagnóstica o ajuste de tratamiento.
- Consultoría a Equipos de Salud Mental Infanto Juveniles, Pediatría y Atención Primaria.

6.3.5 Hospital de Día Psiquiátrico y Programa de Hospitalización Parcial

- Pacientes derivados desde los Equipos de Salud Mental o las Unidades de Hospitalización, cuyas características clínicas exijan una atención en régimen de media estancia.
- Proporcionar una alternativa a la hospitalización total evitando, en la medida de lo posible, la separación de la persona en tratamiento de su medio familiar y social.
- Facilitar las altas de las Unidades de Hospitalización de Crisis.
- Proporcionar soporte, supervisión y monitorización en la transición de casos del hospital al domicilio, con una adaptación progresiva a la vida comunitaria.
- Aplicar tratamientos de mayor carga asistencial que no pueden ser realizados por los Equipos de Salud Mental.

6.3.6 Unidad Regional de Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Atención en régimen de hospitalización, que cuenta con 8 camas.
- Valoración médico-biológica, psiquiátrica y psicológica.
- Planificación del tratamiento a largo plazo para estos pacientes.

6.3.7 Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

- Servicios hospitalarios con acceso desde los Equipos de Salud Mental y desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial y, desde las Unidades de Hospitalización y las Unidades de Convalecencia.
- Rehabilitación de déficits psicosociales recuperables dirigidos a pacientes con enfermedad mental grave y prolongada que requieren contención externa.
- Programas de mejora de la autonomía de estos pacientes.
- Preparación para la reinserción social y laboral.

6.3.8 Centro de Rehabilitación Psicosocial

- Régimen ambulatorio, remitidas desde los Equipos de Salud Mental o excepcionalmente desde las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.
- Rehabilitación de déficits psicosociales recuperables dirigidos a pacientes con enfermedad mental grave y prolongada que tienen dificultades de integración familiar, social o laboral. - Programas de mejora de la autonomía de estos pacientes.
- Preparación para la reinserción social y laboral.

6.3.9 Unidad de Convalecencia Psiquiátrica

- Servicios hospitalarios de media estancia (1 a 3 meses), remitidos desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas o desde los Equipos de Salud Mental.
- Tratamiento de procesos subagudos con la finalidad de reestructurar y reorganizar la personalidad tras una crisis o recaída.
- Atienden la fase de convalecencia de pacientes agudos y las reagudizaciones de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada.
- Estabilización clínica del sujeto mediante un tratamiento psiquiátrico y psicológico especializado en régimen de Hospitalización de media estancia.

6.3.10 Unidad de Patología Dual (Drogodependencias – Enfermedad Mental)

- En régimen de hospitalización, pacientes que proceden de los Centros de Salud Mental de la Comunidad, de las Unidades de Hospitalización psiquiátricas, de los Centros de Atención a los Drogodependientes y de las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación.

- Desintoxicación y tratamiento orientado a la abstinencia del consumo de drogas. - Tratamiento y control sintomatológico de la patología de pacientes psiquiátricos que dependen de sustancias.

6.3.11 Unidad de Patología Dual (Enfermedad Mental- Retraso Mental)

- Tratamiento en régimen de hospitalización de pacientes con Enfermedad Mental Retraso Mental que proceden de los Centros de Salud Mental de la Comunidad y de las Unidades de Hospitalización psiquiátricas.
- Tratar y controlar la sintomatología de la patología comórbida, logrando un mayor nivel de adaptación del paciente a su entorno para potenciar su autonomía.
- Lograr el mayor grado de reinserción social y ocupacional del paciente.

6.3.12 Unidad de Rehabilitación de Referencia Regional para personas con Enfermedad Mental Grave y Prolongada

- Tratamiento en régimen de hospitalización de pacientes que proceden de los Centros de Salud Mental de la Comunidad y de las Unidades de Hospitalización psiquiátricas.
- Proporcionar un servicio de asistencia sanitaria rehabilitadora a personas con enfermedad mental grave y prolongada, para las cuales no existan plazas disponibles en un momento dado, en los centros sanitarios de asistencia psiquiátrica de SaCyL.
- Promover la adquisición y/ o recuperación de habilidades y competencias necesarias para asegurar el funcionamiento del paciente en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida.

6.3.13 Unidad de Cuidados Continuados de Referencia Regional

- Tratamiento en régimen de hospitalización de pacientes que proceden de los Centros de Salud Mental de la Comunidad y de las Unidades de Hospitalización psiquiátricas.
- Garantizar la prestación de asistencia sanitaria mediante la provisión de cuidados continuados en régimen de hospitalización de larga estancia a personas con enfermedad mental grave y prolongada que se encuentren en situación de permanente desestabilización clínica y de un fuerte impacto conductual que impida la convivencia familiar, el desempeño social o la participación en programas de rehabilitación.
- Controlar y apoyar el desbordamiento del sistema familiar o de los soportes sociales existentes para regular el compromiso conductual del sujeto.

6.3.14 Programa de Tratamiento Comunitario

El Programa de Tratamiento Comunitario cumple la función de entrenar para la vida autónoma en un ámbito comunitario normalizado a pacientes con enfermedades mentales graves y prolongadas que para ello se utilizan viviendas normalizadas. Permiten constituir un entorno ecológico y próximo a los requerimientos de la vida social y familiar de la persona.

Pretenden mejorar la autonomía de los pacientes con enfermedades mentales graves y prolongadas en curso de rehabilitación, facilitar la transición entre las Unidades de Rehabilitación y el domicilio del paciente y posibilitar el acceso de la población rural a los Centros de Rehabilitación psicosocial y complementar el proceso rehabilitador.

6.3.15 Unidad Residencial de Rehabilitación Psiquiátrica

- Dependientes de la Gerencia Regional de Salud, con acceso desde los Equipos de Salud Mental o las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.

- Prestación de asistencia sanitaria mediante la provisión de cuidados sanitarios continuados en régimen de hospitalización de larga estancia para personas con enfermedad mental grave y prolongada que requieren supervisión conductual

6.3.16 Centro Especial de Empleo

Los Centros Especiales de Empleo son dispositivos destinados a proporcionar empleo protegido a personas con discapacidad, específicamente dirigidos a personas con enfermedad mental.

6.3.17 Red de Asistencia a Drogodependencias

En este Sistema se integran de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social, estructurados en tres niveles y complementados con recursos privados.

Los recursos del Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente dependen de la Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

El primer nivel de intervención está constituido por los Equipos de Atención Primaria, los Centros de Acción Social y por Programas desarrollados por Asociaciones de Ayuda y Auto ayuda y otras Entidades.

El segundo nivel está constituido por Centros específicos de atención ambulatoria a drogodependientes, Equipos de Salud Mental de Distrito, Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales, Programas de rehabilitación, Hospitales Generales y Centros y programas acreditados de tratamiento con sustitutivos opiáceos.

Y el tercer nivel está constituido por centros y servicios, con ámbito de actuación regional: Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Comunidades Terapéuticas Acreditadas.

6.3.18 Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

Desintoxicación y tratamiento orientado a la abstención del consumo de drogas en régimen de hospitalización

6.3.19 Otros recursos

Otros recursos que deben ser mencionados incluyen las 11 Asociaciones de Enfermos Mentales FEAFES Ávila, FESMA, ASAYEME y PROSAME en la provincia de Burgos, ALFAEM en León, AFES en Palencia, AEMC en Salamanca, AMANECER en Segovia, ASOVICA en Soria, EL PUENTE en Valladolid y FEAFES Zamora, federadas en FEAFES Castilla y León (anteriormente FECLM). Todas ellas realizan importantes funciones de apoyo tanto a las personas afectadas como a sus familias.

Sus actividades se refieren a la realización de actuaciones de información, formación y sensibilización, organización de grupos de autoayuda y escuelas de padres, actuaciones de respiro familiar y actividades ocupacionales, de desarrollo de habilidades adaptativas, laborales, sociales, de ocio y tiempo libre, etc. Se configuran, así como instrumento extraordinariamente relevante para la defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental, el apoyo a los enfermos y a sus familias y la sensibilización de toda la sociedad.

7. El Trabajador Social Sanitario

7.1 Contexto

El desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico se consideró como una tecnificación de la profesión, según la información del artículo de Garcés (2010)

En el siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos para poder ofrecer una respuesta a la cronicidad de los trastornos mentales y desborde de los manicomios, desde una perspectiva social.

Los trabajadores sociales se integraron gracias a una iniciativa de Adolph Meyer, quien consideraba importante para el tratamiento de los pacientes contar con información sobre las intervenciones sociales. Con el paso del tiempo, profesionales de la psiquiatría empezaron a valorar los datos sociales y como consecuencia los trabajadores sociales van siendo incorporados a los Equipos de Salud Mental.

En Barcelona, el Dr. Sarró creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico. Es la primera vez en nuestro entorno, que en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, acortan la distancia entre las líneas básicas de formación con respecto a los demás países occidentales.

Esta influencia que llega a España importada de los EE. UU. viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales.

El desarrollo de la atención psiquiátrica en España ha tenido un desarrollo similar al que se ha producido en la mayoría de los países desarrollados. A mediados de la década de los 70, se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, con la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los enfermos ingresados y su inserción y tratamiento en la comunidad.

Por lo que podemos decir que el Trabajo Social en Salud Mental se ha visto influenciado por la asistencia psiquiátrica. En los 70 los recursos sociales eran precarios, y la red de beneficencia-asistencia social era confusa, estaba en manos de ayuntamientos, diputaciones, dependencias del ministerio y congregaciones religiosas.

La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la asistencia dependía de los servicios sanitarios de las diputaciones provinciales. El sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial. La figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica.

En los 80, cambia la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que requiere de una intervención técnica, psicológica y social. La Ley General de Sanidad de 1986 y el concepto de salud que la Organización

Mundial de la Salud definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad configuran el marco normativo que propició el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad, se estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

En la década de los 90, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento...), sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que supone para sus familias.

Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales, de forma que no sólo es necesario atender su problemática psiquiátrica si no también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

7.2 Atención Sociosanitaria

Para responder a la asistencia que la normativa recoge, se necesita dar otro enfoque a la organización con el fin, de asegurar la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención sanitaria e incluso con otros sistemas asistenciales, reconociendo el papel protagonista de los profesionales en la gestión integrada de esta atención, y también, para que el nivel de cuidados se adapte a las características de cada persona, según el Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario (2013).

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, aprobada por Acuerdo de la Junta del 10 de enero de 2013, desarrolla un modelo de atención que contempla como objetivo principal mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Este modelo da mucha importancia a la atención centrada en la persona, está basado en la participación de equipos multidisciplinares, con un sistema de coordinación, para compartir información y se gestionan conjuntamente recursos. Esto plantea la necesidad de desarrollar estrategias de integración entre los recursos disponibles para adaptar los actuales dispositivos sociales y sanitarios a este nuevo contexto.

En este escenario surge la necesidad de visibilizar el papel del Profesional de TSS en nuestro Sistema de Salud, como elemento clave en este modelo, favorecedor del trabajo entre niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) y como agente directo de la coordinación con el sistema de servicios sociales. De esta manera los objetivos del Profesional de TSS se insertan en los objetivos de la institución sanitaria de la que forman parte, aportando la dimensión social y comunitaria de la salud y aplicando métodos propios de Trabajo Social.

Se hace imprescindible su reorganización pensando en la nueva orientación del sistema sanitario y en las necesidades específicas de las personas enfermas y de sus familias. En muchas ocasiones las personas, cuando son atendidos por profesionales de Trabajo Social Sanitario, también pueden estar recibiendo atención simultánea por estos mismos profesionales de otros ámbitos. Esto implica tener que desarrollar procedimientos de coordinación, para facilitar la continuidad asistencial al paciente.

Una adecuada gestión de los aspectos psicosociales, al tiempo del proceso y evolución del tratamiento clínico, se traduce en una mayor eficiencia en el uso de los recursos sanitarios y en una mejor situación de bienestar para las personas atendidas.

Se ha coordinado desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud, un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de trabajo social sanitario, personal médico y de enfermería, con el objetivo de elaborar un documento que recoja las funciones y actividades que deberán desarrollar en el Sistema de Salud de Castilla y León, en consonancia con los objetivos institucionales y que permitan:

- Unificar el modelo organizativo para profesionales de Trabajo Social Sanitario.
- Homogeneizar la actividad desarrollada.
- Mejorar la calidad asistencial bajo los principios de equidad, efectividad y eficiencia.

7.3 Modelo Organizativo

El Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario (2013) expresa la necesidad de la existencia de un Trabajador Social Sanitario que coordine a los profesionales de su categoría, y que tiene las siguientes funciones:

- Participar en la elaboración, desarrollo e implantación de los procesos asistenciales que se definen para el Área de Salud.
- Disminuir la variabilidad en el sistema de trabajo y los registros en su Área de Salud.
- Participar en la definición de los objetivos asistenciales e indicadores de la actividad que desarrollan los trabajadores sociales sanitarios, que permita una evaluación de esta, así como proponer medidas de mejora.
- Organizar y planificar las actividades de los trabajadores sociales sanitarios.
- Promover actividades de formación continuada e investigación social en salud.
- Coordinar la formación de pregrado y postgrado.
- Promover la participación de los trabajadores sociales sanitarios en las sesiones clínicas.
- Supervisar y seguir las actividades realizadas por profesionales de trabajo social sanitario de su área de salud.
- Desarrollar todas estas funciones haciéndolas compatibles con la atención directa que implique su puesto de trabajo.

7.4 Funciones

Los modelos de intervención en trabajo social sanitario toman como punto de inicio el estudio social de los riesgos y, sobre todo, diagnostican la existencia de problemas si los hubiera, estableciendo un plan de trabajo en función de estos, que persiga su resolución y que debe estar perfectamente integrado en el plan de intervención global realizado por el equipo multidisciplinar.

Son funciones generales del Trabajo Social Sanitario:

1. Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
2. Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
3. Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
4. Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.
5. Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.
6. Promover la utilización adecuada de los recursos tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, para garantizar la continuidad de cuidados y la sostenibilidad de los recursos públicos.
7. Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía a crear entornos más saludables.
8. Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral, evitando la prestación de servicios inconexos.
9. Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos.
10. Participar en planes de formación continuada, de formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.
11. Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social.

7.5 Áreas de Intervención

Según el Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario (2013), se establecen una serie de áreas de intervención con una serie de funciones cada una:

7.5.1 ÁREA DE ATENCIÓN DIRECTA

Corresponde a la atención de individuos o grupos como consecuencia de sus necesidades de salud.

1.- Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales a usuarios.

Son actividades de acogida, información, orientación y asesoramiento sobre:

- Derechos y deberes relacionados con la asistencia sanitaria, con relevancia por su repercusión en la salud en colectivos vulnerables como Menores, Mujeres, Personas con Discapacidad, y otros.
- Prestaciones, acceso y utilización de los recursos sanitarios y sociales disponibles.
- Acceso a otros recursos educativos, laborales o económicos, así como otros servicios de protección social, públicos y privados.

2.- Intervención individual y familiar.

Engloba actividades relacionadas con la atención a individuos y familias y suele constar de las siguientes fases:

- Captación del caso: detección precoz de necesidades sociosanitarias y de riesgo social para la salud.
- Valoración y estudio individual, familiar y social en el entorno social próximo: identifica las dificultades y circunstancias sociales y cómo afectan a su estado de salud y evolución.
- Diagnóstico social sanitario: permite identificar las situaciones problema o de riesgo social que afectan a la persona y a su entorno familiar, y que inciden en su salud. Se debe integrar en el diagnóstico global.
- Elaboración del plan individual/familiar de atención, derivado del diagnóstico social, que se incorpora al plan de intervención global como parte del equipo multidisciplinar para proporcionar los apoyos que precisan para mejorar o mantener su salud.

3.- Trabajo con Grupos.

Son aquellas actividades que se realizan con grupos que tienen intereses o necesidades comunes:

- Detección precoz y captación de grupos o colectivos de personas en riesgo de pérdida de la salud por presentar factores de vulnerabilidad sanitaria (enfermedad mental, discapacidad...) o social (exclusión, etnia...)
- Fomento, creación y participación en grupos de autoayuda, con personas afectadas por una problemática común.
- Intervención grupal, con contenidos de educación para la salud, para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, para de mejorar la salud y la calidad de vida.

5.- Intervención comunitaria en el ámbito de la salud.

Actividades realizadas en el ámbito de la comunidad orientadas a potenciar la participación y capacitación individual de la comunidad para la autorresponsabilidad y el autocuidado, y que persiguen el objetivo de mejorar la salud, el bienestar social y la calidad de vida de las personas.

- Conocer los recursos asociativos de la zona/áreas y sus actividades.
- Captar y atender las demandas surgidas en los grupos, instituciones u organizaciones de la comunidad.
- Promover la organización de la comunidad para lograr su participación activa, en actividades del centro/institución.
- Diseñar, desarrollar y evaluar actividades de educación para la salud con el resto de los profesionales sanitarios, mostrando la relación entre los determinantes sociales y el estado de salud, así como las formas de prevenir e identificar los conflictos sociales.
- Mantener contactos periódicos con colectivos de interés y asociaciones.
- Mantener contactos y coordinarse con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales, asociaciones en relación con la educación sanitaria.

7.5.2 ÁREA DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Comprenden aquellas actividades de interrelación entre sectores o instituciones.

1.- Coordinación:

a. Coordinación entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud, Atención Primaria y Atención Especializada para el seguimiento de la continuidad de cuidados en aspectos sociales.

b. Coordinación sociosanitaria:

-El profesional de trabajo social sanitario es la referencia entre el equipo sanitario y los servicios sociales, pues conoce los recursos y los procedimientos de ambas redes, a la vez que participa en el desarrollo de los procesos y los protocolos de actuación conjunta.

-Forma parte de los órganos de la estructura sociosanitaria.

c. Coordinación con otros recursos de la comunidad:

-Es el profesional de enlace entre el equipo asistencial y la comunidad, frente a situaciones o problemáticas sociosanitarias o que precisan la intervención intersectorial: educativa, laboral, jurídica, etc.

-Lidera la coordinación del centro sanitario con las organizaciones y asociaciones de la comunidad.

2.- Participación.

a. Participa tanto en las sesiones clínicas como en las reuniones del Equipo de Atención Primaria, Servicio Clínico o Unidad Asistencial correspondiente.

b. Es miembro del Consejo de Salud de Zona y de Área de Salud.

c. Forma parte de las comisiones existentes de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

7.5.3 ÁREA DE GESTIÓN

Son aquellas actividades de planificación, organización y evaluación orientadas a la consecución de objetivos de mejora en la calidad de la asistencia:

1.Colabora en el diseño e implementación de procesos asistenciales, programas, protocolos y guías clínicas, aportando la visión social.

2.Define junto a otros profesionales, programas y protocolos de actuación para el desarrollo de buenas prácticas y la correcta utilización de los recursos sanitarios; la reutilización de material ortoprotésico, los sistemas de dispensación de material a centros, etc. a la vez que registra su desarrollo.

3.Identifica los recursos y las necesidades detectadas para hacer propuestas de mejora.

4.Elabora y mantiene actualizados los catálogos, carteras de servicios y otros documentos donde se describen los recursos y dispositivos disponibles tanto sanitarios como sociales, así como los procedimientos para su utilización.

7.6 Herramientas

Para desarrollar sus funciones, los profesionales del trabajo social cuentan con unos instrumentos específicos del trabajo social, según el Código Deontológico (2012):

- **Historia social.** Documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación sociofamiliar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.
- **Ficha Social.** Soporte documental de trabajo social, en el que se registra la información sistematizable de la historia social.
- **Informe Social.** Dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
- **Escalas de valoración social.** Instrumento científico que sirve para identificar situaciones sociales en un momento dado. Permite elaborar un diagnóstico social.
- **Proyecto de intervención social.** Diseño de intervención social que comprende una evaluación-diagnóstico de la situación y personas con quienes actuar, una determinación de objetivos operativos, actividades y tareas, utilización de recursos, temporalización y criterios de evaluación.

8. El Hospital Clínico Universitario

8.1 Contexto del Hospital

La provincia de Valladolid es la única de Castilla y León que cuenta con dos áreas de salud: El Área Oeste, en la que se encuentra el Hospital Río Hortega y el Área Este, que cuenta con dos Hospitales: Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Hospital Medina del Campo.

Conforme a la información encontrada en la reseña de la web oficial del Hospital Clínico Universitario, puedo afirmar que se construyó sobre el Hospital Provincial de la Resurrección, se abrió el 3 de enero de 1978. Tanto Valladolid como su Universidad necesitaban un nuevo centro, con otra estructura y organización, con el que pudiera hacer frente las necesidades asistenciales y a las labores docentes e investigadoras.

El objetivo era dotar a la población de Valladolid de nuevas instalaciones para dar respuesta a todas sus necesidades y las que puedan surgir. Para ello, el Rector Universitario inició las primeras gestiones con el Ministerio de Educación, con las que se obtuvo la financiación del edificio, y se inicia su construcción en 1971.

El 22 de marzo de 1976, con el edificio casi terminado, se firma el Concierto entre el Delegado General del Instituto Nacional de Previsión, entidad gestora de la Seguridad Social y el Rector de la Universidad de Valladolid. En dicho documento, la Junta de Patronato, figuraba como órgano superior de gobierno del Hospital, de composición paritaria, y la Junta Administrativa, encargada de coordinar actividades de la Universidad y del I.N.P, que le correspondía dirección, financiación y administración.

A finales de 1977, se nombra una comisión integrada por 60 personas, representantes de los colectivos profesionales que iban a desempeñar su labor en el Centro. Se nombra, a los primeros directores, administradores y enfermera/os jefes, que junto con los miembros de la comisión se encargan de su organización y puesta en funcionamiento.

A consecuencia de la Orden del 13 de septiembre de 1985, el Hospital se adhiere en la red sanitaria de la Seguridad Social, concediéndose una concesión demanial a favor de la Tesorería General de la Seguridad Social y vinculándose al Instituto Nacional de la Salud. El personal del hospital pasó a formar parte del estatuario de la Seguridad Social, mediante el ejercicio del derecho de opción en la Orden de 19 de junio de 1986

El plan no se desarrolló del todo, ya que inicialmente incluía un segundo edificio destinado a servicios materno-infantiles, que ha sido utilizado como Residencia Universitaria. Por lo que esos servicios pasaron al edificio general.

En su comienzo, la actividad clínica del Hospital se disponía en torno a las cátedras propias de la Facultad de Medicina que establecían un agrupamiento en grandes asignaturas troncales. Esto se modificó con la creación de Servicios especializados, generando una situación más acorde con el desarrollo clínico y científico, y con la necesidad de acomodarse a las nuevas fórmulas del quehacer asistencial.

Por lo que se produce un gran desarrollo de especialidades, se crean unidades altamente especializadas, algunas referentes en el ámbito comunitario.

Se crean servicios como Medicina Nuclear, Radioterapia y Oncología Médica, Cirugía Cardíaca, C. Torácica, C. Vascular, Neurocirugía, unidades de Coronarias, Hemodinámica, Corta Estancia, Infecciosas...etc., que componen la actual Cartera de Servicios del Centro y que contempla, la práctica totalidad de las especialidades reconocidas en España.

Se adaptaron a los nuevos sistemas de gestión, unificando archivos, creando una unidad de Admisión única centralizada, agrupar laboratorios, desarrollando un Plan Informático o instaurando un Sistema de Contabilidad Analítica. El día 1 de enero de 2002, fue transferido, a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, integrándose en su red sanitaria y formando parte de SACYL.

8.2 Área de Influencia

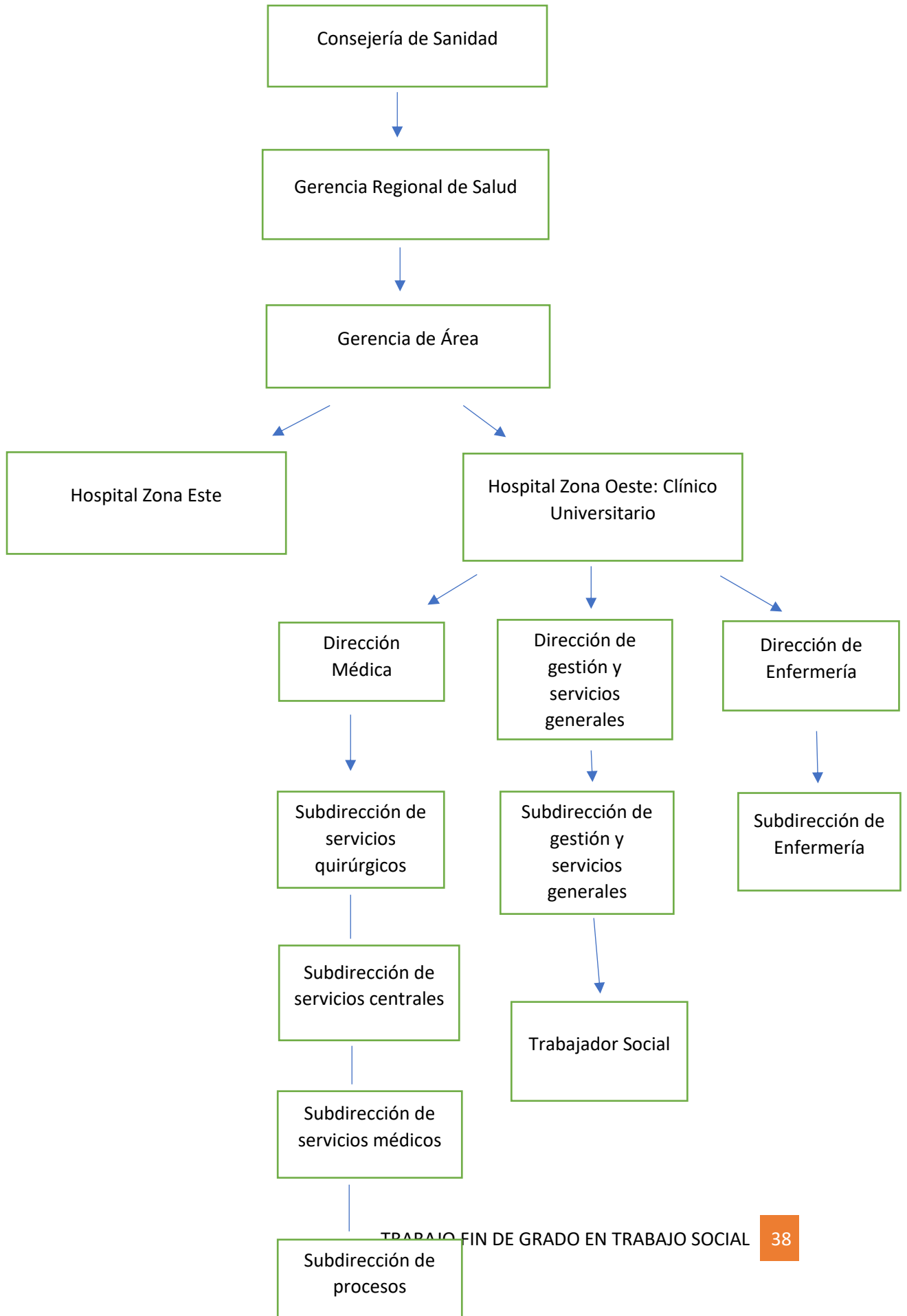
El Hospital Clínico Universitario de Valladolid tiene un área de población asignada de aproximadamente 235.000 habitantes.

Tabla Nº 1: Área de influencia

Zona	Centro de Espec	Hospitalización	Urgencias Extrahospitalarias	Urgencias Hospitalarias		
Canterac	C.E. Delicias	Hospital clínico Universitario	P.A.C. Pilarica	Hospital Clínico Universitario		
Peñafiel						
Portillo						
Tudela de Duero						
Pilarica	C.E. Pilarica		Hospital Clínico Universitario		P.A.C. Rondilla	Hospital Clínico Universitario
Pilarica Circular						
Circunvalación						
Tórtola						
Magdalena						
Barrio España						
San Pablo						
Rondilla 1						
Rondilla 2						
Esguevillas de Esgueva						
Gamazo						
La Victoria						
Cigales						
Renedo						
Medina del Campo	Hospital Comarcal de Medina del Campo	Hospital Comarcal de Medina del Campo		Hospital Comarcal Medina del Campo		
Medina del Campo Rural						
Alaejos						
Iscar						
Olmedo						
Serrada						

Recuperado en 2018 de la página web oficial del Hospital de Valladolid: <https://www.saludcastillayleon.es/HCUValladolid/es/area-influencia>

8.3 Organigrama



Para realizar este esquema me he basado en un organigrama recuperado de la página web oficial del HCUV y en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, Boletín Oficial de Castilla y León, 173, 7 de septiembre de 2010

Con este esquema pretendo presentar la estructura de la que forma parte el HCUV, tanto los órganos que están por encima de él como los que lo conforman. En la citada ley la Consejería de Sanidad es el máximo órgano de carácter consultivo, asesoramiento y de participación en el Sistema de Salud de Castilla y León, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad. La Gerencia Regional de Salud queda designado por ley como órgano gestor de los centros, prestaciones y recursos, y por debajo de esta se encuentra la Gerencia de Área, la cual gestiona dentro del territorio que entra dentro de sus limitaciones.

A través de esta organización, el HCUV puede dar cobertura a las necesidades asistenciales que le presenta la comunidad, manteniendo un nivel de excelencia y eficiencia en el desempeño de sus funciones, integrando una perspectiva asistencial, docente e investigadora. Además, pretende consolidarse como Hospital de Referencia de CYL.

8.4 Datos de contacto

Tabla Nº 2: Datos de contacto

Hospital Clínico Universitario
Dirección: C/ Avda. Ramón y Cajal s/n
Tfno. 983 420 000
Fax: 983 257 511
Policlínicas-Consultas: 983 420 003
Atención al Paciente: 983 420 008
Lista de espera: 983 420 009
Jefe de Admisión: 983 420 015
Laboratorio Central: 983 420 017

C. De Especialidades "Pilarica"
Dirección: C/ 12 de Octubre
Tfno. 983 390 286
C. de Especialidades "Delicias"
Dirección. C/ Trabajo
Tfno. 983 29 78 93

Consultorios Centros de Salud
Gamazo: 983 39 76 55
Magdalena: 983 26 62 62
Rondilla: 983 31 04 04
San Pablo: 983 33 30 44
Sargento Provisional: 983 27 31 04
Tórtola: 983 39 70 00

Recuperado en 2018 de la página web oficial del Hospital de Valladolid:
<https://www.saludcastillayleon.es/HCUValladolid/es/centros-asistenciales/hospital-clinico-universitario/direcciones-telefonos>

8.5 Tipología de servicios prestados

Según la página web oficial del SACYL todos los hospitales de Castilla y León ofrecen común una serie de servicios determinados:

8.5.1 Los servicios de atención primaria que le ofrece el sistema sanitario en los centros de salud:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y envío a especialistas cuando esté indicado
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria:
 - Orientación sobre estilos de vida saludables.
 - Seguimiento del embarazo, preparación al parto.
 - Seguimiento del desarrollo de los niños.
 - Vacunación según calendario vacunal.
 - Revisiones bucodentales
 - Prevención de riesgo cardiovascular
 - Detección precoz de Cáncer de cuello uterino: Citología cada 3 años de 20 a 35 años y Citología y VPH cada 5 años de 35 a 65 años.
 - Detección precoz de Cáncer de mama: Mamografía cada 2 años a todas las mujeres entre 45 y 70 años.
 - Detección precoz de otros tumores en personas con riesgo.

Los profesionales que le atenderán en los centros de salud son:

- El médico de Familia. Médico de referencia en todo lo que concierne a su salud
- La enfermera. Para dar apoyo y orientarle en los cuidados de salud que precise
- El pediatra. En los menores de 14 años
- La matrona. Para el embarazo, menopausia, prevención de cánceres ginecológicos y aspectos de la salud específicos de la mujer.
- El técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería: se implica en el proceso de curación, prevención y promoción de salud.
- El trabajador social: Para apoyarle y orientarle en los recursos sociales.

- El fisioterapeuta para aplicarle rehabilitación y fisioterapia.
- El odontólogo en la unidad de área correspondiente
- El personal de apoyo administrativo. Celadores y auxiliares administrativos le orientan sobre los servicios que puede recibir y en las tramitaciones administrativas.

8.5.2 La cartera de servicios de atención especializada

Incluye todas las prestaciones asistenciales que el sistema sanitario público garantiza para los ciudadanos en el marco de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006).

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y de 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 asistencial. Garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse a ese nivel asistencial.

Esta asistencia se presta a través de diferentes modalidades y recursos:

- Asistencia ambulatoria especializada (consultas en hospital, centros de especialidades médicas y desplazamiento de especialistas a centros de salud).
- Hospitalización en régimen de ingreso.
- Atención hospitalaria de urgencia.
- Hospital de día.
- Hospitalización a domicilio.

La cartera de servicios de atención especializada es amplia, capaz de atender la mayor parte de las necesidades asistenciales de la población, y distribuida de forma racional entre centros para garantizar la equidad, accesibilidad y eficiencia.

Procedimiento de acceso al servicio.

- El acceso a la atención ambulatoria especializada se efectúa por indicación del médico de atención primaria.
- El acceso a la asistencia en régimen de hospitalización se realiza por indicación del médico especialista.
- El acceso a la atención de urgencias se debe realizar preferentemente por indicación del médico de atención primaria, pero también por iniciativa propia, si la situación lo requiere.

8.5.3 El servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León:

Es un servicio asistencial de la Gerencia Regional de Salud que tiene un ámbito autonómico.

El objetivo es proporcionar asistencia sanitaria a las urgencias y emergencias extrahospitalarias y coordinar los diferentes niveles asistenciales sanitarios que intervienen en la asistencia urgente.

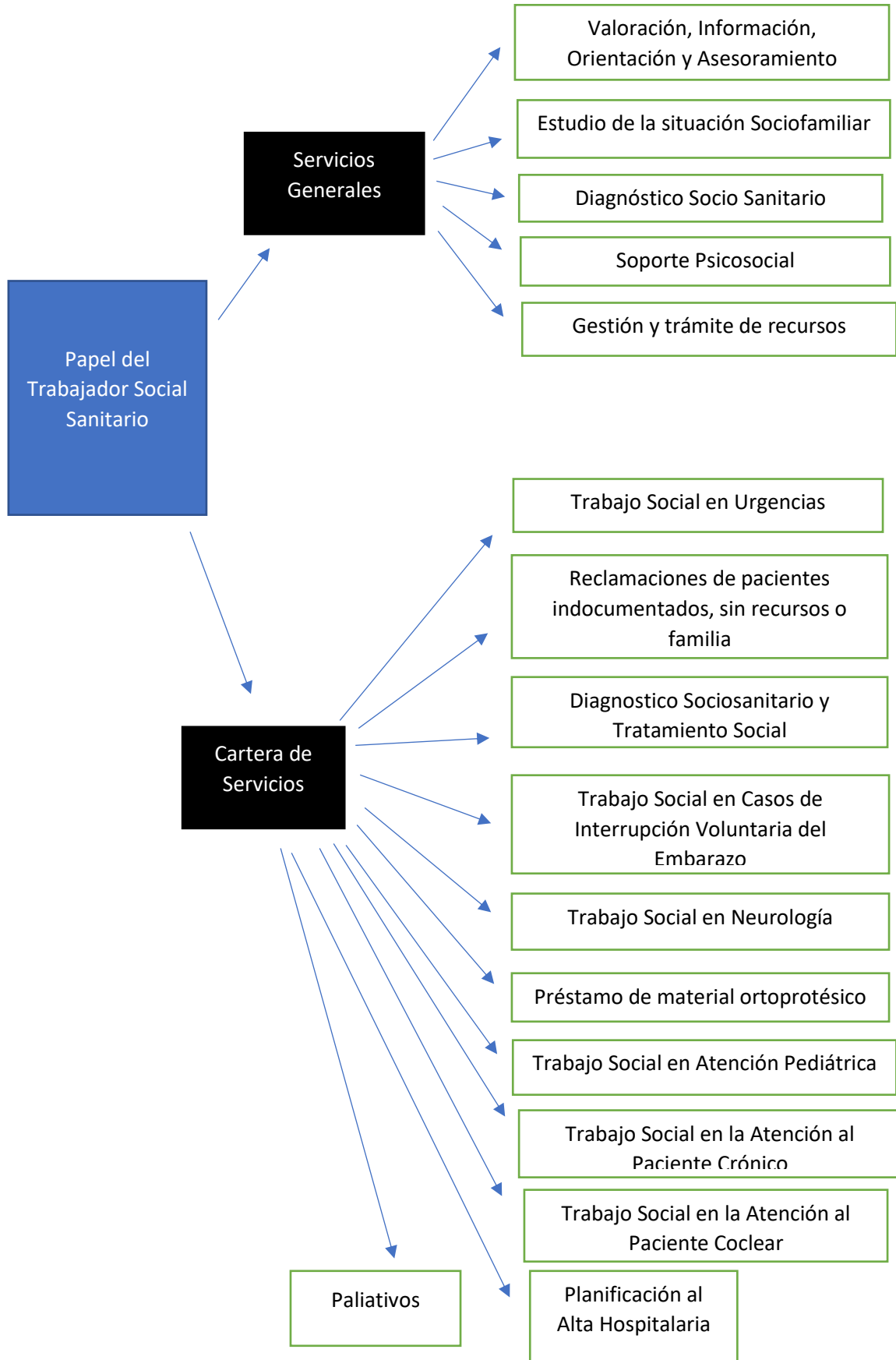
Funciona las 24 horas al día durante todo el año.

La forma de acceso es a través del número de teléfono 1-1-2.

8.6 Papel del TSS en el HCUV

La unidad de trabajadores sociales consta de cuatro miembros, puede haber 5 por alguna razón extraordinaria, como reforzar la plantilla en épocas que se sabe que habrá más pacientes que de costumbre. Están redistribuyéndose entre las plantas del hospital de forma continua, así como las especialidades (medicina interna, urgencias,) salvo la profesional que consulte, María Victoria, que esta fija en salud mental infanto juvenil por lo que esta desvinculada de la unidad de trabajo social. Todos los trabajadores sociales se reparten entre las camas de hospital, exceptuando la salud mental, en la que hay un jefe que organiza a los profesionales.

Según E. Becerril. (2017) y su Manual de funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Sanitario en el HCVU, el papel del trabajo social se desempeña de la siguiente manera:



8.6.1 Servicios Generales:

8.6.1.1 Valoración, Información, Orientación y Asesoramiento:

Se lleva a cabo una asistencia integral y un conjunto de actuaciones para que el paciente conozca y acceda los recursos de los que dispone la comunidad.

El objetivo de estos servicios es garantizar acceso a la información, orientación y el asesoramiento sobre recursos, que tiene por derecho.

Comprende una serie de funciones como:

- Localización de familiares y personas de referencia.
- Visita en planta y entrevista al paciente y/o a los familiares.
- Información sobre los derechos, deberes y recursos sociosanitarios existentes.
- Movilización y promoción de los recursos humanos y materiales.

8.6.1.2 Estudio de la Situación Sociofamiliar:

Es un análisis y estudio de la situación sociofamiliar, económica del paciente ingresado en el hospital. Se realiza un estudio individualizado de la situación para el diagnóstico social sanitario.

El objetivo es identificar las áreas de necesidad y obtener datos para el diagnóstico social sanitario y al plan de intervención.

Comprende una serie de funciones:

Explora y aborda el conocimiento de la situación sociofamiliar: composición familiar, dinámica familiar, nivel de comunicación, si está incapacitado o no, figura legal de referencia, con qué apoyos cuenta, situación laboral, y qué factores psicosociales inciden en su enfermedad.

Reúne información de otras fuentes que en cada caso se considere oportuno: Atención Primaria, Servicios Sociales, Juzgado, lugar de trabajo...

8.6.1.3 Diagnóstico Social Sanitario y Tratamiento Social:

Definir la situación y personalidad de la persona con alguna necesidad social, la influencia de los factores psicosociales que inciden en su proceso de salud-enfermedad.

El objetivo es concretar los factores que inciden en la situación de necesidad psicosocial del paciente y su entorno y que orientan el Plan de Intervención.

Comprende una serie de funciones:

- Visitas, interconsultas a profesionales que participan en el tratamiento que puedan completar el diagnóstico y/o el tratamiento social.

- Entrevistas dirigidas a las familias, a los pacientes/usuarios y a las redes sociales para llevar a cabo la exploración social.
- Correlación de la información obtenida para el diagnóstico.
- Llevar a cabo una observación directa del paciente y el análisis de los documentos aportados.
- Valorar las áreas de necesidad e identificar el sistema de apoyo social.
- Genograma.
- Aplicación de las escalas de trabajador social sanitario.

8.6.1.4 Soporte Psicosocial:

El paciente puede percibir como situaciones estresantes la pérdida de la salud, la atención hospitalaria y el ingreso, pero esta situación también puede provocarse en los familiares, que en ocasiones necesitarán soporte y apoyo profesional.

El objetivo es disminuir el estrés generado debido a la atención hospitalaria y equilibrar las relaciones del núcleo de intervención, facilitando la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo asistencial.

Las funciones que comprende son:

- Realizar las visitas y entrevistas sucesivas.
- Determinar la posibilidad de intervención o derivación.
- Demandar la interconsulta a otros profesionales cuando proceda.
- Trabajar con el equipo asistencial la situación y el estado psicosocial del paciente.
- Coordinar con otros niveles asistenciales.

8.6.1.5 Gestión y trámite de recursos:

Cuando se establece el tratamiento, se movilizan recursos sanitarios, sociosanitarios y comunitarios que garanticen la atención requerida por el paciente al alta hospitalaria.

El objetivo es garantizar la rehabilitación integral y apoyo asistencial que precisa el paciente.

Comprende las siguientes funciones:

- Llevar a cabo entrevistas.
- Informar y asesorar al paciente y a la familia de los recursos disponibles.
- Obtener la documentación necesaria para la tramitación del recurso.
- Gestión activa para actualizarla información.
- Mantener actualizada la información de la red de recursos.

- Trámite de documentación para el acceso al recurso que se ha valorado.

8.6.2. Cartera de Servicios

8.6.2.1 Trabajador Social en Urgencias:

Los trabajadores sociales atienden las demandas que se reciben desde el Servicio de Urgencias. La respuesta a un Servicio de Urgencias debe ser ágil y eficaz, dadas las características de la situación, por ello el TS del HCUV cuenta con un sistema de localización a través de un busca.

El objetivo del trabajador social será facilitar el apoyo al alta del Servicio de Urgencias en aquellos casos en los que éste se requiera.

Las funciones que tienen son todas aquellas gestiones que tienen que llevar a cabo los trabajadores sociales sanitarios para que se garanticen los cuidados y se resuelvan los problemas sociales que del paciente.

Se proporciona la información necesaria al paciente que ha acudido al Servicio de Urgencia y se realizan los trámites pertinentes para la cobertura de la necesidad que presenta el paciente y el acceso a recurso.

- Recepción de la demanda:
Servicio médico.
Enfermería.
Paciente y/o familia, u otros.
- Comprobar la identidad del paciente.
- Visitar al paciente y/o familia en el Servicio de Urgencias.
- Realizar la entrevista, escuchando la demanda que solicita.
- Exploración y análisis de la demanda.
- Verificar la información con todos aquellos profesionales que proceda.
- Coordinarse con los Servicios Sociales y los trabajadores sociales de Atención Primaria.
- Determinar el recurso acorde a su situación clínica-social.
- Trámite del apoyo y recurso que precisa el paciente.
- Emisión documento de derivación.
- Establecer un seguimiento, cuando se considere oportuno.

8.6.2.2 Reclamación de pacientes indocumentados, sin recursos o familia:

Realizan una llamada a la planta o al Servicio de Celadores, avisando de un cuerpo que no es reclamado, se inicia en ese momento los trámites oportunos para localización de datos del paciente y familia, hay que comprobar si existe algún familiar o persona allegada o amistades que puedan hacerse cargo del cuerpo.

Para obtener datos, se podrá contactar con servicios sociales de emergencia, (albergues, comedores o casas de acogida).

Si se localiza a familiares, se les orienta y asesora sobre servicios funerarios, si no se localizan familiares, se inician una serie de actuaciones para poder posibilitar un enterramiento digno o en su caso la donación del cuerpo para la investigación a la Facultad de Medicina.

Al terminar el proceso, se elabora un informe de las gestiones realizadas si procede o informar telefónicamente de las gestiones realizadas a los servicios jurídicos del hospital. Por último, se registrará todo en la aplicación informática designada para ello.

El objetivo es informar a familiares o personas de referencia y garantizar un enterramiento o la donación del cuerpo a la ciencia.

8.6.2.3 Trabajo Social en Casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo:

El trabajador social se encargará de ofrecer la información pertinente a la usuaria y el trámite de la interrupción voluntaria del embarazo, en coordinación con la Gerencia de Salud de Área del SACYL.

La trabajadora social de hospital actúa hasta las 22 semanas de gestación. Entre sus funciones se encuentran:

- Entrevista inicial a la paciente sobre abordaje psicosocial de interrupción del embarazo.
- Informar, orientar y asesorar de apoyos que la paciente solicite.
- Iniciar trámite de interrupción del embarazo: Solicitud código historia anónima, petición ecografía, solicitud de interrupción.

El servicio está dirigido a aquellas mujeres gestantes que manifiestan interrumpir sus embarazos.

8.6.2.4 El Trabajo Social en Neurología:

El trabajo social sanitario del servicio de Neurología, que forma parte del equipo que atiende en el HCUV a los pacientes que ingresan por una patología neurológica que comprende el conjunto de enfermedades que afectan al sistema nervioso central, periférico y autónomo.

El objetivo es garantizar la atención social que precisa el paciente y la familia durante el ingreso hospitalario y la post hospitalización acorde a las necesidades sanitarias. Además de proporcionar el recurso que precisa dada su situación al alta hospitalaria, que garantice la atención sociosanitaria adecuada, evite el empeoramiento de su salud y continuos reingresos hospitalarios.

Las funciones que debe llevar a cabo el trabajador social son:

- Proporciona apoyo y tratamiento social a las familias desde el ingreso hospitalario, durante todo el proceso, hasta dos años o más después del alta hospitalaria.
- Aporta información útil para la prestación de ayuda, apoyo y cuidado a los pacientes, y sobre todo crea una red de apoyo para fomentar la autonomía y bienes tanto de las familias como de los mismos.
- Acompañamiento social, a la solución de las dificultades o problemas sociales surgidos por la enfermedad y durante el ingreso en el hospital.
- Atención a las familias, orientándoles y asesorándoles en el afrontamiento de la nueva situación social.

8.6.2.5 Préstamo de material ortoprotésico

La demanda puede realizarse por parte del médico o del paciente o familiar.

Préstamo:

Conlleva:

- Información y orientación.
- Entrevista inicial al paciente que permita conocer las necesidades, para comprobar si cumple los criterios para acceso al préstamo de silla con ruedas

Con este servicio:

1. Se facilita silla de ruedas a préstamo con el correspondiente compromiso de devolución.
2. Si no hay disponibilidad de silla de ruedas se realizará la derivación a la Trabajadora Social de Atención Primaria para préstamo de silla de ruedas.

Compra:

Conlleva:

- Información y orientación.
- Se les facilita la solicitud.
- Se les recuerda la documentación que deben acompañar a la solicitud y entregar en la Gerencia de Salud de Área:
- Fotocopia de DNI
- Fotocopia Tarjeta Sanitario
- Factura de la Ortopedia (con fecha posterior a la solicitud) Fotocopia de la primera hoja de la Cartilla bancaria.

Situaciones especiales del paciente:

1. El paciente no puede trasladarse a la ortopedia o ausencia o imposibilidad de familiares: Se contacta con la ortopedia que elige el paciente o la familia para que acerquen al hospital el material requerido.
2. Dificultad económica para pago de material ortoprotésico: Se inicia trámite de solicitud financiación junto con Informe Social que acredita la imposibilidad de pago del material ortoprotésico.

8.6.2.6 El Trabajo Social en la Atención Pediátrica:

Las dificultades de los pacientes pediátricos pueden darse a causa de la pérdida de salud, y que esto haga que comiencen a aparecer dificultades con relación a la adaptación familiar, a conflictos familiares por la atención y cuidado, a la necesidad de la escolarización a domicilio, a la pérdida de ámbitos de relación o a la necesidad de otros recursos para la atención del menor.

El objetivo del trabajador social es llevar a cabo una atención correcta en el ámbito pediátrico atendiendo la demanda en el ámbito de la salud. Y también prestar una atención relacionada con todos los ámbitos de los pacientes (escuela, grupo de iguales, vecindario, familia).

El trabajador social en este ámbito deberá procurar que se logre una atención preventiva de las necesidades que queden relacionadas con la salud, mejorando así los procesos y las conexiones entre el sistema de salud y otros contextos.

Los usuarios destinatarios de este servicio son menores de 14 años

8.6.2.7 El Trabajo Social en la Atención con Paciente Crónico:

Con pacientes crónicos se trabaja en llevar a cabo una atención integrada, en proporcionar una participación la paciente y a su familia en relación con los cuidados, llevar a cabo un seguimiento proactivo del paciente para detectar la aparición de descompensaciones, orientar en el uso adecuado de la medicación...

El trabajador social realizará una valoración social completa, utilizando como instrumento la "Escala Gijón", identificará la situación sociofamiliar, económica y ambiental que son condicionantes para la evolución clínica del paciente y que afectarán a su calidad de vida.

El trabajador social actuará junto con el enfermero para determinar la valoración del cuidador familiar, para el desarrollo de esta utilizarán "La Escala de Zarit reducida".

Las funciones que desempeñará el trabajador social serán:

- Trabajar desde la proximidad con los usuarios, atendiendo al cuidado del entorno familiar y el comunitario.

- Intervención que ayude a prevenir las dificultades que se presenten en la vida de las personas, dificultando su recuperación y promoviendo sus relaciones con el entorno social.
- El trabajador social deberá coordinarse con otros profesionales, para realizar una valoración integral del paciente.
- Realización, seguimiento y valoración del Plan de Intervención.

Este servicio está dirigido a los pacientes pluripatológicos identificados como G3, se pueden incluir en el proceso a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos, que no identificados como G3, pero que sí que reúnan los criterios clínicos de paciente pluripatológico.

8.6.2.8 El Trabajo Social en la Atención con Paciente Coclear:

El proceso de atención a este tipo de pacientes requiere atención multidisciplinar de profesionales de la logopedia, audiolología, ornitología, pediatría... de una forma coordinada.

La finalidad del profesional es actual cuando el implante genere riesgo social, el cual será valorado por el trabajador social. Los indicadores para determinar un posible riesgo social son los siguientes:

- Falta de apoyo familiar o social para los cuidados que se derivan del implante.
- Precariedad económica.
- Problemas relacionados con la inserción o la integración social derivada de la discapacidad.

Entonces, los objetivos que se persiguen desde el TS es elaborar una valoración social donde se recojan las necesidades y las demandas planteadas por el paciente. El trabajador social podrá comunicar tanto al paciente como a sus familiares la existencia de las Asociaciones de pacientes existentes.

Los objetivos que se persiguen para los pacientes pediátricos son diferentes, pues en este caso, cuando se deriva al trabajador social:

- Se les ofrecerá orientación e información sobre los Centros Base de Valladolid, el programa de Atención Temprana y los recursos sociales comunitarios. Y los beneficios sociales derivados de la discapacidad.
- Detección e intervención de los posibles problemas sociales que puedan desarrollarse a consecuencia del proceso clínico.
- Coordinación, si es necesario, con el Centro Base.
- Información del trámite de solicitud de Atención Temprana y sobre la valoración de la situación de dependencia. (Menores de 0 1 3 años, o no escolarizados de 0 a 6 años, y prestaciones sociales para menores de 0 a 35 meses).
- Si el menor, tiene tres años o más, se realizará la solicitud de valoración de dependencia.

El trabajador social actúa cuando el paciente se encuentre en una situación de riesgo social, ya sea por falta de apoyo familiar o social a la hora de prestar los cuidados derivados del implante, que exista una precariedad económica o cualquier problemática en relación con la inserción o la integración social que derive de su discapacidad. Siendo valorado por el trabajador social hospitalario, la consulta se realizará el mismo día que es visto por el Otorrinolaringólogo.

Tanto niños, generalmente con sorderas congénitas, como adultos, habiéndose quedado sordos después de haber aprendido a hablar, serán destinatarios de estas intervenciones.

8.6.2.9 Planificación al Alta Hospitalaria:

Recoge el conjunto de gestiones que realizará el trabajador social para favorecer la continuidad de los cuidados que necesitará el paciente una vez fuera del medio hospitalario, contando con la coordinación del resto de profesionales que sean necesarios para la satisfacción de las necesidades de la persona.

El objetivo es realizar la intervención adecuada y obtener la información necesaria que precisen tanto el paciente como sus familiares, sobre los recursos existentes y gestiones a realizar, para que la incorporación de éste a su domicilio o al centro residencial (si lo precisa), se realice con la garantía de la continuidad de cuidados, la autonomía y el bienestar que necesita.

Las actividades que se desempeñarán:

- Recepción de la demanda por parte del trabajador social, servicio médico, enfermería, familia, otros trabajadores sociales, otros.
- Verificar la identidad del paciente o del representante legal.
- Identificar al cuidador principal si lo tuviese.
- Visita al paciente en planta y/o entrevista con familiares y/o cuidadores.
- Inicio de gestiones por parte del trabajador social que recibe la demanda, (recogida de datos, llamada de acceso a recursos, coordinación con personal sanitario, gestiones con otros trabajadores sociales, contacto con otros organismos, identificación de necesidades de modo que permita confirmar o descartar el posible riesgo social, consensuar con el paciente y la familia la resolución final).
- Informar a los familiares de los trámites a seguir.
- Facilitar a los usuarios los impresos, las guías y cualquier forma de contacto con los organismos públicos y privados, sobre los Servicios Sociales.
- Entrega al alta hospitalaria del paciente, el Informe del trabajador social, que recoge la intervención social realizada durante el ingreso hospitalario, valoración situación sociofamiliar, planificación y recurso al alta hospitalaria.

8.6.2.10 Paliativos:

Los cuidados paliativos están dirigidos al estudio y la atención de pacientes con enfermedades incurables, progresivas y avanzadas.

Los objetivos del trabajador social serán:

- Identificar los problemas bio-psico-sociales y necesidades para poder establecer un abordaje integral de las necesidades en los pacientes paliativos.
- Realizar una detección de necesidades y demandas del paciente, la familia y el cuidador, para establecer un plan de intervención.
- Garantizar el apoyo psicoemocional a la familia.
- Establecer un plan de intervención específico del cuidador y familiares, fomentando la participación de toda la red familiar y social más próxima.
- Orientar el recurso específico hacia esas necesidades, favoreciendo la coordinación y garantizando la continuidad en el proceso incluyendo la atención, determinado el nivel de complejidad de la situación.
- Valorar la necesidad de implicación en la atención al paciente de otros recursos asistenciales específicos de soporte en cuidados paliativos, así como el desarrollo de las intervenciones previstas.
- Definir e iniciar las diferentes intervenciones a seguir en el cuidado del paciente mediante un plan de actuación multidimensional que recoja todas las necesidades del paciente y familia y que garantice el bienestar y la calidad de vida.
- Favorecer la coordinación y garantizar la continuidad asistencial.
- Revisar de forma sistemática y periódica el plan de intervención establecido para tener actualizados los objetivos.
- Detectar de forma previsoramente los problemas que pueden producir una descompensación y/o empeoramiento.
- Establecer objetivos terapéuticos realistas con el paciente y su familia.

Desde el Trabajo Social se realizará en coordinación con el equipo multidisciplinar, la valoración integral de la unidad paciente-familia, donde se realizará una valoración física, psicoemocional y sociofamiliar.

El trabajador social, conjuntamente con el enfermero y el médico realizarán la valoración y el plan de intervención del cuidador familiar principal, haciendo uso del instrumento IDC-Pal (definición del nivel de complejidad del paciente-familia) tendrán que definir el nivel de complejidad de la unidad paciente-familia. Se elabora un plan de caso, y para finalizar tendrán que llevar a cabo el seguimiento de todo el proceso, teniendo en cuenta el control de síntomas y factores de riesgo, la reevaluación del nivel de complejidad y revisión del plan de intervención y por último una intervención psicológica específica.

Los destinatarios son cualquier persona que padezca una enfermedad irreversible y progresiva, también a los familiares y cuidadores.

9. Conclusiones

La estructura sanitaria mostrada cuenta con una enorme ventaja que es la descentralización de los servicios públicos, se basa en el traspaso de competencias del Estado a las Comunidades. Esto se traduce en un acercamiento de servicios a los ciudadanos y una mejora en la prestación de servicios. Pero para poder llevar a cabo estos servicios se requiere una coordinación y comunicación y órganos pertinentes para llevar a cabo estas actividades. Esta función será llevada a cabo por órganos ajenos a estas dos entidades.

Son necesarios por que la descentralización, aunque supone un acercamiento de servicios a los usuarios, pero también conlleva que se necesite más tiempos para tomar las decisiones, crear y ejecutar planes, estrategias y etc...

La preocupación de las instituciones y organismos públicos por la salud mental de la población española es algo que lleva preocupando desde hace varios años. Varios estudios revelan la preocupación por cual era el estado de la salud mental. Para ello se establecen planes y estrategias de actuación, con las que poder dar respuesta a las necesidades. Con estos planes se determinan los recursos con los que se va a hacer frente. Es muy importante establecer estrategias de intervención dado de somos un país demográficamente envejecido, Los profesionales que participan en estos proyectos son de profesiones muy variadas, relacionadas con el ámbito sanitario y de los servicios sociales. Por lo que formaran equipos multidisciplinares para poder abarcar los problemas desde la perspectiva y el conocimiento de varios profesionales diferentes.

Todas estas actuaciones e intervenciones van a estar reglamentadas y delimitadas para orientar las actuaciones de los profesionales, y a la vez ofrecer unos mínimos de eficacia y eficiencia. Para ello se establecerán una serie de principios que puedan garantizar esos mínimos de calidad en los servicios.

El Hospital Clínico de Valladolid pertenece al área de salud este, tiene una gran cantidad de población asignada en sus delimitaciones. Ya que no solo acuden a él los habitantes de la ciudad. Como cualquier organización tiene una estructura delimitada, en la que todos sus integrantes.

Hay parte del personal que se dedica a prestar la atención y los servicios ofertados por el hospital, otros que se encargan de labores de mantenimiento de las instalaciones, otros que se encargan la administración y gestión, y los que se encargan de la coordinación de funciones y del personal.

El trabajador social sanitario del HCUV desempeña numerosas actividades en función del paciente con el que trabajan. Queda reflejado que trabajan con diferentes usuarios pertenecientes a diferentes colectivos, como las mujeres embarazadas, los menores de edad, personas con dificultades físicas o con enfermedades crónicas. Pero con todas

ellas realiza labores comunes como son el acompañamiento, la gestión de recursos u obtención de información importante para el caso.

Al formar parte de la Comunidad de Castilla y León, por normativa tiene que prestar una serie de servicios comunes a toda la comunidad autónoma. Estos servicios se dividen en atención primaria, especializada, de urgencias y de prestaciones a desplazo en el extranjero. Toda esta tipificación de servicios tiene como objetivo atender a las personas con la máxima calidad y con una atención específica en función de los problemas o necesidades que presenten.

El trabajo social es una disciplina basada en la técnica y la práctica que tiene como objetivo conseguir el cambio y transformación social, y bienestar de las personas que son beneficiarias de su intervención. Una de las principales herramientas de la profesión son las entrevistas para la obtención y manejo de información del propio usuario.

Este tipo de información que manejan los profesionales del trabajo social se creyó que podía ser muy necesaria para los médicos a la hora de realizar los diagnósticos a sus pacientes, por lo que se decide incorporar al trabajo social como parte de las profesiones que formarían parte del sistema sanitario español, como ya se había hecho en otros países anteriormente.

El trabajo social sanitario realiza las funciones del trabajador social en el ámbito de la salud en un hospital. Por lo que desempeñara sus funciones coordinándose con el resto de las profesionales de la organización y trabajando con equipos de profesionales multidisciplinares con los que se prestará una atención especializada teniendo en cuenta la perspectiva de los diferentes profesionales que los conformen.

Estructura sus funciones en tres áreas, la atención directa a individuos que acuden al hospital por problemas relacionados con la salud, el área de gestión en la que se planifica, organiza y evalúa para mejorar la calidad y la de coordinación con otros sectores e instituciones.

10. Bibliografía:

Andradas, E., Alfaro, M., Esteban, S., Abad, Á., López, A., Campos, E., Lozano, J.A. (2017) *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de:

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/3Rec_asist.pdf

Área de influencia. (2018). *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*. {On line}. Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/HCUValladolid/es/area-influencia>

Becerril, E. (20170). *Manual de funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Sanitario en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid*. Universidad de Trabajo Social de Valladolid. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/26691>

Castillo, J.L., Diez, T.J., Escaja, M.ª. A., García, J.L., González, E., González, R., Guzmán, M.ª. A., Mercado, T., Rodríguez, M., Torres, T. y Velasco, M.C. (2013). *Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional del Trabajo Social*. [s.n.]

Catálogo de prestaciones. (2018). *Portal de Salud Castilla y León*. {On line}. Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones>

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico*. [s.n.]. Recuperado de:

http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf

Estructuras de Coordinación. (2018). *Portal de Salud Castilla y León*. {On line}. Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/estructuras-coordinacion-sociosanitaria>

Estructura y órganos de dirección. (2018). *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*. {On line}. Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/HCUValladolid/es/estructura-organos-direccion>

Garcés, E. M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23(145), 333-352. Recuperado de:

<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A/7489>

Gómez, L. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*. Cuadernos de Trabajo Social. Recuperado de: http://www.margen.org/suscri/margen86/parada_86.pdf

Herrera, M., Lima, A., Herrera-Viedma, E., Ayuso, Luis., Martínez., M.A., Urueña, R., Díaz Herrera, M., Moreno, J.A. (2014). *II Informe sobre los Servicios Sociales en España*. Madrid: Anzos. Recuperado de:

https://www.cqtrabajosocial.es/files/5a9ea2319617d/II_ISSE_DIGITAL_2016.pdf

Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Atención a la salud mental. Organización en las comunidades autónomas*. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; [On line] Recuperado de: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. (2013). Catálogo de Referencia de Servicios Sociales. *Informes, Estudios e Investigación*, 52. Recuperado de:

http://www.msssi.gob.es//ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/Catalogo_Servicios_Sociales/docs/CatalogoSociales.pdf

Morro, L. (2017). *Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos*. Alternativas. Cuadernos de trabajo social. Recuperado de:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72617/1/Alternativas_24_08.pdf

Reseña histórica. (2018). *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*. [On line].
Disponible en:

<http://www.saludcastillayleon.es/HCUValladolid/es/resena-historica>

Sanidad, M. D. E. (2013). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. {On Line}. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>