



**TRABAJO FIN DE GRADO EN
TRABAJO SOCIAL**

**“EL TRABAJO SOCIAL EN EL
ÁMBITO SANITARIO “**

Autor/a:

D^a. Laura Plaza Redondo

Tutor/a:

D. José Javier Castrodeza Sanz

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020 – 2021

FECHA DE ENTREGA: 24 de junio de 2021

INDICE GENERAL

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
PALABRAS CLAVE	3
KEY WORDS.....	3
1.- Introducción	4
1.1 Justificación	5
1.2 Vinculación del tema elegido con las competencias del grado	5
1.3 Estructura.....	6
1.4 Metodología	7
2. Objetivos.....	7
2.1 Objetivo general	7
2.2 Objetivos específicos	7
3. Origen y evolución histórica del Trabajo Social sanitario	8
4. Aspectos sociales y sanitarios que afectan al bienestar	9
4.1 Aspectos sociales.....	9
4.2 Aspectos sanitarios.....	11
5. Coordinación sociosanitaria	12
5.1 Recursos sociales y sanitarios	13
6. Funciones y competencias de los trabajadores sociales sanitarios.....	16
6.1 Áreas de intervención del trabajador social sanitario	17
6.2. Técnicas y herramientas de intervención.....	19
7. Calidad de vida y planificación del alta hospitalaria	21
8. Marco normativo.....	24
8.1 Estatal	24
8.2 Autonómica	25
9. Conclusiones	26
10. Bibliografía.....	30

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de atención sociosanitaria	12
Figura 2. Recursos sanitarios y sociales	16
Figura 3. Áreas de intervención del trabajador social sanitario	19

RESUMEN

El proceso de salud enfermedad genera una serie de dificultades en la persona enferma y su entorno más cercano, apareciendo situaciones complicadas de inquietud y malestar. La persona que sufre la enfermedad tiene que enfrentarse a un ingreso hospitalario con su posterior periodo de convalecencia en el domicilio habitual.

Es imprescindible que ante estas situaciones de enfermedad se definan los factores sociales que afectan a las personas, los responsables de identificarlos son los trabajadores sociales del ámbito sanitario, que realizan las diferentes acciones y actuaciones que forman la intervención social para poder ofrecer a los pacientes los recursos, servicios y prestaciones necesarias con la finalidad de satisfacer las necesidades sociales y eliminar las carencias.

Además de lo anterior trataremos las funciones que realizan los trabajadores sociales sanitarios en el ámbito de la salud y las técnicas documentales que utilizan mayoritariamente para trabajar en coordinación con el resto de los profesionales sanitarios que están implicados en el caso de cada paciente. También hablaremos de una de las funciones más importantes que tienen los profesionales del trabajo social en el ámbito de la salud como es la planificación del alta hospitalaria, labor imprescindible para lograr la máxima calidad de vida de la ciudadanía.

ABSTRACT

The mental health process generates a series of difficulties in the sick person and their closest environment, appearing difficult situations of worry and malaise. The person that suffers the illness has to face to an admission with the subsequent period of convalescence in their residence.

It is essential that in the face of these illness situations, the social factors that affect people are defined, and those responsible for identifying them are the health care social workers, who carry out the different actions and conducts that make up the social intervention in order to offer patients the resources, services and benefits necessary to satisfy social needs and eliminate deficiencies.

In addition to the above, we will deal with the functions performed by health social workers in the field of health and the documentary techniques that they mostly use to work in coordination with the rest of the health professionals who are involved in the case of each patient. We will also talk about one of the most important functions that social work professionals have in the planning of hospital discharge, an essential task to achieve the highest quality of life for citizens.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social sanitario, necesidades sociales, salud, atención sociosanitaria, recursos sociosanitarios.

KEY WORDS

Health social workers, social necessities, health, socio-sanitary attention, socio-sanitary resources.

1.- Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “El estado completo de bienestar físico, mental y social de una persona y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948).

La Ley general de sanidad no solo regula y hace referencia al derecho de la protección de la salud física, sino que también tiene en cuenta los aspectos sociales que influyen en el proceso de enfermedad. El sistema sanitario actual atiende los problemas o situaciones sociales, que suceden en una situación de enfermedad, garantizando la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios. Es necesario que exista esa coordinación entre los servicios sociales y sanitarios para poder asegurar a todos los pacientes y a sus familias una atención integral y sentimientos de apoyo durante el proceso de la enfermedad.

El Trabajo Social Sanitario es la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. (Colom, 2010).

El trabajo social sanitario trata los aspectos psicosociales de los individuos y/o grupos mediante al análisis del diagnóstico y tratamiento de los aspectos sociales que suceden durante el proceso de salud-enfermedad

Los profesionales del Trabajo Social Sanitario son los responsables de atender las necesidades sociales que pueden ocurrir, iniciándose así un proceso de intervención social. Los /as trabajadores/as sociales deben tener en cuenta que su labor profesional se caracteriza por ofrecer funciones de apoyo y ayuda a las personas o familias que se encuentran ante un problema de salud o dificultad sanitaria, es por eso por lo que la intervención se debe centrar en la autonomía y recuperación de las personas.

Muchos de los problemas de salud que aparecen en la vida de las personas están relacionados con situaciones personales, familiares, laborales o ambientales, por eso es importante poner énfasis en la asistencia social ya que si la dejamos de lado y el sistema se centra únicamente en la asistencia clínica los problemas de salud no se solucionan por completo.

Los/as trabajadores/as sociales sanitarios desarrollan su labor profesional en coordinación con el resto de los profesionales sanitarios, formando un equipo multidisciplinar con el personal médico y de enfermería que persiguen los mismos objetivos para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con las que trabajan.

Las funciones del trabajador social sanitario se basan en la investigación de los factores psicosociales que influyen en el proceso de salud-enfermedad y el tratamiento de los problemas o situaciones sociales que aparecen afectando negativamente al bienestar de la persona usuaria. El objetivo principal del trabajo social en el ámbito de la salud es identificar e intervenir aquellos factores sociales que afectan a las condiciones de salud.

El/la trabajador/a social sanitario desarrolla acciones y actividades en las cuales las personas usuarias son participes para poder mejorar su autonomía, empoderamiento y condiciones de salud. Los/as profesionales tienen que conocer la enfermedad y los efectos psicosociales de cada paciente para realizar una intervención eficaz.

El/la trabajador/a social en salud es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, en el que promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de funciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas

a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones de salud. (Colegios Oficiales de Trabajo Social de Valencia, 2012)

Los/las profesionales del trabajo social sanitario desarrollan su actividad laboral en diferentes áreas de intervención, la atención directa que responde a las necesidades de grupos o individuos en consecuencia de las necesidades de salud, coordinación y participación que recogen las actividades que relacionan a diferentes sectores o entidades y por último el área docente y de investigación. Durante el desarrollo del trabajo detallare tanto las áreas de intervención como las funciones y competencias que tiene el trabajo social en el ámbito de la salud.

Las ratios profesionales se deben formar como una garantía de calidad en la atención a las personas, por ello el Consejo General de Trabajo Social ha elaborado varias propuestas en el ámbito de la salud. Debe existir una figura de trabajo social sanitario mínimo por equipo de salud, un trabajador social sanitario en servicio hospitalario por cada 40 camas y 70 en consultas residenciales o de rehabilitación y por último un mínimo de un profesional de trabajo social por cada unidad de apoyo de los centros de salud mental en los servicios de atención y seguimiento a las drogodependencias y en los centros de salud sexual y reproductiva. (Consejo General de Trabajo Social).

1.1 Justificación

Este Trabajo de Fin de Grado tiene como interés esencial mostrar y visibilizar la importancia y el papel de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario. Desde el punto de vista más general, el ámbito sanitario se encuentra presente en nuestro día a día y tiene mucha relación con el bienestar de las personas, por lo que formaría parte de la intervención social relacionada con la práctica del Trabajo Social.

Los aspectos sociales tienen un gran impacto en la salud de las personas que a su vez influyen en el bienestar y la calidad de vida, por ello hay que tener en cuenta que algunos de los pacientes con problemas sanitarios se enfrentan a dificultades sociales. Es por esto por lo que existe la función del trabajador social sanitario, dando la importancia necesaria a las dificultades que aparecen en el bienestar social y físico de las personas.

En la sociedad existe un gran desconocimiento sobre la figura del trabajador social sanitario y sus funciones y competencias, ya que se cree que desde los centros sanitarios solo se atienden aquellas dificultades relacionadas con problemas de salud y que las necesidades sociales se han de intervenir desde otro ámbito. Aunque las necesidades y carencias sociales también influyen en la salud de las personas.

Para que la atención de los pacientes sea integral, la coordinación entre los profesionales sanitarios y los profesionales de trabajo social sanitario debe ser ejemplar, utilizando todos los recursos necesarios para paliar la situación y mejorar la calidad de vida.

Existe una falta de información, asesoramiento u orientación sobre la figura del trabajador social sanitario y sus funciones lo que hace que el estado físico y psíquico del paciente pueda empeorar. Las políticas de salud de nuestro país siguen dando más importancia a curar o eliminar la enfermedad, en lugar de realizar una intervención social en las causas.

1.2 Vinculación del tema elegido con las competencias del grado

Durante los cuatro años de formación académica he tenido varias asignaturas relacionadas con la salud y el bienestar de las personas, por ello considero importante hablar sobre el trabajo social en el ámbito sanitario y visibilizar su función ya que es necesario dar voz a las necesidades y problemas sociales que se desarrollan durante el proceso de salud-enfermedad.

Durante los años académicos del grado es muy difícil abarcar todo aquello que es importante para entender el trabajo social en general y más aun en trabajo social sanitario, pero me parece esencial su labor. En las intervenciones sanitarias se da mucha importancia a curar la enfermedad, pero no se da tanta a las carencias o necesidades sociales porque se cree que esto se debe intervenir desde otro ámbito, esto sucede por el gran desconocimiento sobre la figura y las funciones de los trabajadores sociales sanitarios.

A lo largo de los cuatro años de grado he podido aprender que los aspectos sociales son muy importantes y que influyen en el estado de salud de las personas. Hay enfermedades que se originan por una carencia social o por problemas sociales y personas que durante el proceso de enfermedad desarrollan carencias. Todo esto influyen en el bienestar y la calidad de vida de la población, algo que desde el ámbito social se tiene muy en cuenta y que te enseñan en el grado desde el momento en que entras.

Las asignaturas que mas se pueden relacionar a este trabajo de fin de grado pienso que son salud publica y Trabajo social y sistemas de bienestar social y trabajo social, ambas asignaturas son impartidas durante el segundo curso del grado, la optativa del tercer curso llamada Trabajo social y salud y del último curso la asignatura de trabajo social y atención social primaria. Además, también podemos destacar otras asignaturas donde hemos aprendido algunos de los recursos sociales como sistemas de servicios sociales o asignaturas donde hemos tratado a la mayoría de los colectivos con los que se puede realizar una intervención social como puede ser trabajo social y sectores de intervención.

1.3 Estructura

Este Trabajo de Fin de Grado se estructura en varios capítulos diferenciados pero relacionados entre sí.

En primer lugar, trataré de contextualizar el trabajo social sanitario haciendo un recorrido a lo largo de la historia conociendo su evolución hasta la actualidad. Considero importante conocer los orígenes del trabajo social en general y del trabajo social sanitario y conocer también como ha ido evolucionando y como ha llegado a lo que conocemos y entendemos ahora por trabajo social sanitario.

A continuación, haré referencia a los aspectos sociales y sanitarios que afectan a cada paciente y a cada enfermedad, influyendo en el bienestar de la población ya que considero que es importante tenerlo en cuenta para conseguir una completa mejora de los pacientes y su bienestar social, físico y mental.

Posteriormente hablare sobre la coordinación de los profesionales sociosanitarios y la importancia de que exista el trabajo en equipo entre todos los profesionales para garantizar una atención integral, además de los recursos existentes en ambos sistemas para atender las necesidades de las personas.

El siguiente capítulo detallará las funciones y competencias que tienen los profesionales del trabajo social sanitario, me parece imprescindible desarrollar este apartado para conocer el papel de los profesionales y saber cuáles son sus funciones y en qué áreas de intervención pueden desarrollar su labor profesional. Además, haré referencia a los diferentes documentos, técnicas y herramientas más frecuentes que los trabajadores sociales utilizan en su día a día.

Desarrollaré un capítulo en el que hablaré sobre la mejora de la calidad de vida y la planificación del alta hospitalaria ya que es una labor muy importante de los trabajadores sociales sanitarios para impedir que en el regreso al domicilio habitual se presenten dificultades que retrasen o impidan la mejoría del paciente.

Y por último incluiré un capítulo sobre marco normativo para saber que referencias legales tiene la profesión de trabajo social en el ámbito sanitario tanto a nivel estatal como a nivel autonómico en la comunidad de Castilla y León.

1.4 Metodología

Para realizar este Trabajo de Fin de Grado he realizado una revisión bibliográfica de fuentes documentales existentes como libros, artículos académicos, legislación o revistas sobre el trabajo social sanitario. Esta metodología nos permite realizar una aproximación a los aspectos que se tratarán y el análisis del trabajo social como herramienta para lograr la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren un proceso de salud – enfermedad.

Las herramientas que he utilizado para recoger y analizar la información son buscadores como Dialnet, Google scholar y scielo que son sistemas abiertos de recogida de información, además también he utilizado la biblioteca de la universidad para hacer uso de varios libros, al mismo tiempo que buscaba información en los apuntes de algunas de las asignaturas impartidas en el grado.

He recogido las ideas más relevantes sobre el trabajo social en el ámbito sanitario, las funciones de los profesionales en relación con los pacientes durante el proceso de enfermedad y la importancia de saber identificar las necesidades sociales de las personas para mejorar su calidad de vida y bienestar. Una vez recogida toda la información, he ido seleccionando aquella que tenía mayor relación con el tema a desarrollar durante el trabajo de fin de grado.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

El objeto de este trabajo es analizar el papel de los trabajadores/as social en el ámbito de la salud ya que considero que existe un gran desconocimiento de la figura del trabajo social sanitario y es necesario para realizar una intervención efectiva en el proceso de salud-enfermedad.

2.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, los siguientes:

- Definir las funciones y competencias de los/las trabajadores/as sociales en el ámbito sanitario.
- Determinar la importancia de la asistencia social en el proceso de salud-enfermedad.
- Conocer los aspectos sociales que influyen en la salud de las personas, así como la relación entre los colectivos atendidos y la enfermedad.
- Explorar los recursos existentes tanto los recursos sociales como los recursos sanitarios y la técnicas y herramientas principales que utilizan los/las trabajadores/as sociales sanitarios.
- Analizar la coordinación de los profesionales sociosanitarios ya que es necesario para una buena intervención y mejora de la calidad de vida de los pacientes que se trabaje en red con todos los profesionales

3. Origen y evolución histórica del Trabajo Social sanitario

En este capítulo desarrollaré conceptos básicos del Trabajo social con la finalidad de descubrir su conexión con el ámbito de la salud. Y también mostraré los aspectos más importantes sobre la evolución a lo largo de los años tanto del trabajo social como del trabajo social sanitario.

El Trabajo social ha evolucionado mucho a lo largo de los años. Tuvo su origen a finales del siglo XIX con las antiguas formas de caridad y beneficencia en un concepto bastante problemático y con grandes desigualdades. En 1932 aparece en Barcelona la primera escuela de trabajo social en España, hasta los años 60 el perfil profesional de las trabajadoras sociales consistía en una acción asistencial y labores de acompañamiento, todo estaba muy vinculado a la iglesia y era muy feminizado.

En la década de los 60 se mejoran los planes de estudios de trabajo social y se crea la federación española de asistentes sociales (FEDAS). En la transición de la dictadura a la democracia y con la constitución de 1978 aparecen los servicios sociales y con ellos el trabajo en equipo con un perfil profesional más formado. A partir de la década de los 80 se consolida el estado de bienestar y se desarrolla más el sistema de servicios sociales, además en 1981 el trabajo social tiene reconocimiento universitario. Los profesionales del trabajo social tienen más funciones y se consolida el trabajo social como disciplina.

Pero, ¿Cómo llega el trabajo social al ámbito sanitario?

Es necesario conocer todos los aspectos sociales que afectan y están relacionados con la enfermedad y también todos aquellos que puedan ayudar a la recuperación de los pacientes, relacionando la enfermedad con los aspectos psicosociales que afectan a las personas. “trata la enfermedad, pero no olvides tratar al hombre” (Pelton, 1910).

El primer servicio de trabajo social hospitalario se fundó en el Massachussets general hospital de Boston. Garnet Isabel Pelton junto con el doctor Cabot fue quien ocupó la plaza pionera de trabajo social en la atención hospitalaria. En el Johns Hopkins hospital de Baltimore se llevó a cabo un programa de visitas a domicilio que realizaban los estudiantes de medicina para conocer las condiciones sociales de los pacientes que ya habían sido atendidos. Garnet I. Pelton realizaba una función preventiva-asistencial investigando las condiciones en las que vivían los pacientes que estaban siendo atendidos para poder garantizar la continuidad del tratamiento en el domicilio.

Ida M. Cannon fue la sustituta de Garnet Isabel Pelton, que murió de tuberculosis, y se convirtió en la jefa de servicio, fue una de las referentes más importantes en la historia del trabajo social sanitario. A partir de 1906 se empezaron a crear más plazas de trabajo social en la atención hospitalaria, vinculadas a los servicios médicos. Las áreas iniciales del trabajo social sanitario fueron la tuberculosis, higiene, alimentación infantil, cuidado de niños delicados y jóvenes solteras, mujeres embarazadas, personas con enfermedad mental, ayuda para aquellos pacientes que necesitaban un empleo, pacientes que no podían costear los tratamientos y los que necesitaban asistencia después del alta hospitalaria.

Una fecha importante en el trabajo social sanitario de EE. UU fue 1980 cuando se pone en marcha una técnica llamada “screening” que consiste en identificar a las personas con determinadas características psicosociales que tienen riesgo. Esta técnica se utiliza antes de dar el alta hospitalaria para saber si existe algún riesgo o pueden aparecer problemas al regresar los pacientes al domicilio.

El trabajo social sanitario comenzó en los hospitales de EE. UU, pero se fue extendiendo por todo el mundo. En España en los años 50 aparecen los Servicios de Asistencia Social en los hospitales y a continuación se empiezan a crear las primeras asociaciones profesionales de

asistentes sociales que más tarde darán lugar a los actualmente conocidos como los colegios profesionales.

El trabajo social sanitario remunerado y reconocido en España aparece en el año 1960 en el hospital de Asturias, es importante señalar la palabra remunerado porque antes de esta fecha existía la asistencia social en los hospitales, pero era voluntaria. En España también se utilizó la técnica screening siendo por primera vez en el año 1985 en el hospital de Sant Andreu de Manresa en Barcelona, se llevó a cabo dentro del primer programa de planificación del alta hospitalaria en la unidad de trabajo social sanitario y fue un gran referente para las siguientes intervenciones en España.

Existen fechas importantes para el desarrollo del trabajo social sanitario en España como 1978 cuando la Organización mundial de la salud (OMS) durante la conferencia internacional de atención primaria de Alma Ata, afirma la definición adoptada en 1948 en la que dice que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. La otra fecha importante es 1984 con la reforma psiquiátrica que incluyó a los trabajadores sociales en los equipos multidisciplinares sanitarios realizando tratamientos sociales en los enfermos y en las familias.

A raíz de esto se empezaron a desarrollar nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, dando importancia al carácter social de las disciplinas sanitarias y el carácter interdisciplinar de las intervenciones que se llevan a cabo en salud, lo que incluyó al trabajo social como profesión de referencia en la parte social de la nueva concepción de salud.

4. Aspectos sociales y sanitarios que afectan al bienestar

4.1 Aspectos sociales

La profesión de trabajo social tiene como finalidad principal desarrollar las capacidades para poder atender las necesidades o carencias sociales individuales o colectivas de la población, es por eso por lo que, en este capítulo desarrollaré aquellos aspectos sociales que tienen relación con el ámbito sanitario y pueden afectar a la salud de las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes sociales de la salud son aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que son el resultado de la distribución del dinero, poder y recursos. Estos factores pueden influir en la salud de la población y, por lo tanto, en su bienestar y calidad de vida.

El estado de salud de una persona viene determinado por las condiciones de vida fuera de lo que puede suceder en un hospital o centro de salud. Los determinantes sociales de la salud pueden llegar a obstaculizar el cumplimiento del derecho a la salud y tener un efecto negativo en la calidad de vida y bienestar social de las personas.

Algunos de los determinantes sociales que afectan al estado de salud de la población son:

- **Edad:** El envejecimiento es un proceso en el cual empiezan a aparecer limitaciones y discapacidades, hay que tener en cuenta que el factor de la edad va a determinar un estado de salud u otro. La edad genera cambios en la vida de las personas uno de los más importantes es el periodo de jubilación y aparecen enfermedades y limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- **Género:** Existen diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud, a nivel social se analizan los factores culturales, económicos y políticos que afectan al estado de salud y que están relacionados con los mecanismos de conducta y la distribución de los recursos de poder (Walsh, Sorensen y Leonar, 1995). En el concepto de salud relacionado con el género femenino se incluyen las desigualdades socioeconómicas, la

carga de las tareas del hogar, la reproducción y la violencia que sufren por parte del género masculino. Las desigualdades de género originan peores condiciones en los empleos con salarios más bajos y carga de trabajo dentro y fuera del hogar lo que afecta directamente a la calidad de vida y el bienestar.

- **Clase social:** La posición socioeconómica y la clase social que tenga una persona va a afectar a su estado de salud, afectando a toda la población, pero principalmente a las personas que pertenecen a una clase social más baja. Los indicadores que influyen en la clase social son entre otros, el nivel de ingresos y la educación. Tanto el estado de salud, como la atención percibida en las personas o familias que tienen un nivel socioeconómico más bajo es peor que aquellos que tienen una posición socioeconómica elevada.
- **Etnia:** Las características culturales de algunos lugares dan lugar a discriminación y riesgo de exclusión social como es el caso de la etnia gitana en España. Las personas pertenecientes a la etnia gitana en España tienen más riesgo de sufrir situaciones de exclusión social, y de discriminación tanto personal como institucional, el conjunto de todos estos factores genera un impacto negativo en la salud de las personas y a su vez en su calidad de vida.
- **Territorio urbano:** Existen factores del área geográfica que afectan al estado de salud como el medio ambiente, espacios de ocio, provisión de servicios y recursos. Es necesario tener conocimientos sobre los aspectos sociales, económicos, culturales e históricos de los barrios para poder saber cómo afecta al estado de salud. En el territorio urbano es donde se concentran los principales núcleos de pobreza que se asocian a su vez con un peor estado de salud.

“Colom afirma que el trabajo social sanitario se encarga de la dimensión sanitaria, centrada en el diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y cuidados de la persona, y la dimensión social, identificando las necesidades sociales de la persona enferma y/o su familia, realizando un diagnóstico social oportuno y cubriéndolas mediante un plan de trabajo planificado.” (Colom. D, 2008)

Es importante identificar las necesidades sociales de los pacientes en el ámbito sanitario ya que muchas de ellas pueden venir derivadas por un problema de salud o como consecuencia de su estado, cada paciente tiene unas características y es único e irrepetible por eso no existe ninguna necesidad similar y es muy importante identificarlas también en las circunstancias de cada paciente.

Las necesidades sociales se basan en la integridad, inclusión, autonomía e identidad de los seres humanos por ello es esencial identificar y comprender las situaciones y condiciones de cada persona. Las necesidades sociales básicas están relacionadas directamente con la integridad de cada persona (Bunge,1999).

El trabajador social en el ámbito sanitario es el profesional del equipo sociosanitario que identifica y conoce las necesidades, carencias sociales y efectos psicosociales que afectan al estado de salud de los pacientes. Utiliza los recursos y servicios necesarios orientados a la recuperación del estado de salud de las personas.

Los aspectos psicosociales de las personas en el proceso de salud-enfermedad vienen marcados por la enfermedad de cada paciente y la representación mental de lo que supone la enfermedad, tratamiento, recuperación y posibles secuelas en cada persona. La representación de la enfermedad que tiene cada persona no tiene por qué corresponderse con la realidad, pero influye en los efectos psicosociales que se van a generar.

La enfermedad va relacionada a repercusiones físicas, sociales y emocionales y es importante tenerlas todas en cuenta para la evolución y recuperación de las personas y el pronóstico de la enfermedad. Algunos de los efectos psicosociales que puede generar una enfermedad o un mal estado de salud son estrés, irritabilidad, distanciamiento social, baja autoestima, desanimo, aislamiento, inquietud, problemas en el estado de ánimo, dificultades en el ámbito laboral.

“El trabajador social sanitario se apoya en multitud de variables de la persona y su entorno. Las variables cualitativas serían la actitud de la persona, apoyo de la familia, ansiedad, nerviosismo, agresividad, actitud pasiva, negación, predisposición a la nueva realidad y las variables cuantitativas serían los ingresos anteriores, enfermedades crónicas, personas con las que convive, diagnóstico y pronóstico médico y necesidades posteriores de ayuda.” (Colom. D 2008 p.103)

4.2 Aspectos sanitarios

Anteriormente he señalado algunos determinantes sociales que pueden afectar al ámbito de la salud pero también existen aspectos sanitarios que afectan al bienestar social de la población. Mondragón. J y Trigueros. I (1999) señalan los siguientes factores sanitarios que influyen en el bienestar y calidad de vida de las personas.

- **Enfermedades transmisibles:** las enfermedades transmisibles son un importante problema de salud que empeora el bienestar social de las personas ya que generan un estigma social o prejuicios hacia la persona que las padece. Son enfermedades que pueden tener numerosas complicaciones y por ello es importante diagnosticarlas y tratarlas correctamente. Los trabajadores sociales sanitarios pueden hacer un estudio y valoración de la persona para detectar los factores de riesgo social, proporcionar apoyo e intentar reducir los sentimientos de vergüenza y desconocimiento.
- **Accidentes:** Los accidentes de todo tipo están presentes en nuestro día a día y generan situaciones y problemas que afectan a la población ya que el accidente puede cambiar su vida. El trabajo social sanitario se encarga de poder ofrecer y gestionar aquellos recursos que pueden necesitar las personas debido al accidente como puede ser una discapacidad, adaptaciones en el hogar, dependencias o centros residenciales entre otras.
- **Enfermedades mentales:** Se producen a través de alteraciones que influyen en los procesos afectivos y cognitivos, lo que puede generar dificultades para razonar, adaptarse y comprender la realidad, entre otras. Las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental pueden sufrir discriminación por parte de la sociedad, lo cual va a afectar directamente a su calidad de vida, por ello el trabajo social desde el ámbito sanitario intenta favorecer la integración en la sociedad de las personas que sufren enfermedad mental.
- **Alcohol y drogas:** El consumo de sustancias y la adicción que puede generar, da lugar a situaciones como discriminación, falta de empleo o cambios con el entorno. El consumo de sustancias está en aumento sobre todo en los jóvenes y es importante realizar las diferentes acciones de prevención y reducción del consumo desde el ámbito social además de detectar aquellos factores sociales que pueden ser de riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias.
- **Enfermedades crónicas:** Son aquellas enfermedades de larga duración que generalmente se originan por hábitos poco saludables o envejecimiento de la población. Es importante apoyar a la persona durante todo el proceso de salud-enfermedad para poder adaptarse en su día a día.

5. Coordinación sociosanitaria

La coordinación entre ámbito social y sanitario es necesaria para proporcionar una atención integral a todos los pacientes que necesiten de los servicios de ambos ámbitos, tenemos que tener presente que los sistemas de protección sanitarios y sociales son esenciales para garantizar el bienestar de la población. De esta forma se ofrecerá una mayor calidad en la atención y recursos que se transformará en una mejora de la calidad de vida. En el desarrollo de este capítulo detallaré la importancia de la coordinación sociosanitaria tanto de los profesionales como de los recursos.

La Comisión de Análisis y evaluación del sistema nacional de salud (abril, 1991), elaboró el siguiente organigrama con propuestas para eliminar la falta de coordinación entre los servicios del ámbito sanitario y los servicios sociales.

Figura 1. Modelo de atención sociosanitaria



Fuente: Comisión de Análisis y Evaluación del SNS. (Abril, 1991)

La atención sociosanitaria debe integrar todas las prestaciones, servicios y recursos tanto de los sistemas sanitarios como de los sistemas de servicios sociales para garantizar así que las personas puedan tener una continuidad en la atención sanitaria y social de forma sinérgica.

Es fundamental que para que la coordinación entre ambos ámbitos funcione que existan órganos formados por directivos y técnicos tanto del área social como del área sanitario para poder realizar procedimientos, evaluaciones y seguimientos en conjunto y también para que todos tengan responsabilidades. Todos los servicios, prestaciones o recursos sociosanitarios tienen que estar basados en herramientas comunes, dado que van a intervenir profesionales de áreas diferentes con la misma persona.

Para la realización de los diagnósticos de una persona que va a necesitar de asistencia sanitaria y social es necesario que se elaboren en conjunto, trabajando en un equipo multidisciplinar, siendo de esta manera mucho más beneficioso para el paciente mejorando la atención que va a recibir.

Las prestaciones sanitarias y sociales en su mayoría van dirigidas a personas mayores, pacientes crónicos o personas que por alguna circunstancia tienen limitaciones de autonomía, en la mayor parte de los casos coincide con una ausencia sanitaria o empeoramiento del estado de salud con carencias y necesidades sociales, por ello es imprescindible establecer coordinación entre los servicios sanitarios orientados a curar los problemas de salud a través

de profesionales sanitarios, pruebas médicas y los servicios sociales que están dirigidos a ofrecer cuidados de larga duración a través de los recursos correctos.

Una fecha clave para la coordinación sociosanitaria en España es el año 1993 cuando se firma el Acuerdo Marco entre el ministerio de asuntos sociales y el ministerio de sanidad, se redactaron varios documentos sobre atención sociosanitaria que consiguieron un gran avance en los recursos.

Una coordinación sociosanitaria adecuada debe contar con la universalidad de acceso a las prestaciones de ambos ámbitos simultáneamente, siendo el objetivo principal de las dos áreas responder a las necesidades de cada persona de una forma adecuada. Para ello es necesario tener protocolos de actuación para los profesionales y trabajar en equipo.

Las comunidades autónomas en España han desarrollado experiencias de coordinación sociosanitaria a través de planes y programas que fomenten esta coordinación. Centrándonos en la comunidad de Castilla y León, las medidas que se han desarrollado en materia de coordinación sociosanitaria son las siguientes:

- El decreto 49/2003, de 24 de abril, por el que se crean y regulan las estructuras de coordinación en atención sociosanitaria en la comunidad de Castilla y León que son el Consejo de dirección del plan sociosanitario formado por profesionales responsables de las distintas áreas de intervención, la comisión de dirección del plan sociosanitario del área de salud formada por los responsables de los órganos directivos, la Comisión de coordinación de la atención sociosanitaria del área de salud compuesta por profesionales sanitarios y sociales que orientan a los equipos de base y elaboran propuestas, el coordinador del plan de atención sociosanitaria del área de salud y los equipos de coordinación de base que están formados por profesionales que realizan su intervención directa desde los Centros de salud y los Centros de Acción social.
- La ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León, que tiene como finalidad garantizar una atención integral en coordinación con otros servicios como el sistema sanitario, garantizando así una total respuesta a las necesidades.
- El II plan sociosanitario de Castilla y León creando un modelo común de actuación para el sistema de acción social y el sistema de salud.
- Proceso de atención integrada sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental que intenta garantizar la asistencia psiquiátrica y social necesaria para desarrollar su vida
- El III plan de salud de Castilla y León que intenta reducir las desigualdades en salud a través de diferentes acciones.

En la comunidad se han desarrollado protocolos de derivación entre ellos, derivación desde el hospital a recursos de media estancia, atención de cuidados y derivación por parte del área de psiquiatría a centros especializados o personas con discapacidad, ya sea física o mental, a centros de personas con discapacidad. También se han desarrollado programas que regulan las estancias temporales en centros residenciales, procesos de media y larga estancia y valoración de dependencia.

5.1 Recursos sociales y sanitarios

Los recursos sociales y sanitarios son los servicios y/o prestaciones a las que pueden acceder las personas que necesitan por su situación la atención simultánea de las áreas sociales y sanitarias, en función de las necesidades, carencias y estado de cada persona se ofrecerán una serie de recursos que se impondrán en la vida de los pacientes siempre que estén de acuerdo para mejorar su autonomía y calidad de vida. A continuación, detallaré tanto los recursos sanitarios como los recursos sociales que se ofrecen a la población.

Los recursos sanitarios según el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios los podemos clasificar en recursos con asistencia sanitaria con internamiento y recursos con asistencia sanitaria sin internamiento, además de hacer referencia a los establecimientos sanitarios. Los primeros son aquellos centros sanitarios que están destinados a la asistencia continuada y especializada de pacientes, realizando un diagnóstico y tratamiento de los pacientes ingresados. Los centros de atención sanitaria sin internamiento son los centros sanitarios en los que se proporcionan los servicios referentes a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes que no necesitan ingresar en un hospital.

Podemos clasificar los recursos pertenecientes a la asistencia sanitaria con internamiento en:

- **Hospitales generales:** hospitales que atienden a pacientes afectados por diferentes patologías, cuentan con áreas de medicina, cirugía, obstetricia, ginecología y pediatría.
- **Hospitales de media y larga estancia:** pacientes con cuidados sanitarios por procesos crónicos o reducido grado de independencia, en general son cuidados que no tienen una gran complejidad pero que no pueden prestarse en el domicilio y es necesario que ingresen por un tiempo en el hospital.
- **Hospitales de salud mental y toxicomanías:** Son los hospitales que realizan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedad mental o trastornos derivados del consumo de sustancias
- **Hospitales especializados:** Hospitales con servicios específicos de diagnóstico y tratamiento en determinadas patologías o pacientes con características comunes.

Los recursos que se ofrecen en la asistencia sanitaria sin internamiento son los siguientes:

- **Consultas médicas:** lugar donde los profesionales sanitarios de medicina realizan actividades sanitarias. Se consideran consultas médicas cuando al médico es el profesional principal, aunque haya otros profesionales sanitarios de apoyo. También existen otro tipo de consultas cuando los profesionales sanitarios principales no son médicos u odontólogos.
- **Centros de atención primaria:** Son los centros sanitarios en los que se proporciona atención a personas o familias, realizando actividades de promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los pacientes sin la necesidad de que este ingrese en un hospital. Pueden ser centros de salud o consultorios médicos.
- **Centros polivalentes:** Centros sanitarios donde profesionales de diferentes ámbitos atienden a pacientes con diferentes patologías.
- **Centros especializados:** Centros sanitarios donde los profesionales del área sanitaria atienden a pacientes con determinadas patologías o características comunes como puede ser una clínica dental, centros de diálisis, de reconocimiento y de transfusión entre otros.

Los establecimientos sanitarios son aquellos lugares donde se ofrecen productos sanitarios algunos de estos establecimientos pueden ser farmacias, ópticas y ortopedias.

A continuación, detallaré los recursos sociales existentes ya que deben actuar en sinergia con los recursos sanitarios para ofrecer a la población una completa y eficaz atención sociosanitaria a través de la coordinación entre los recursos y profesionales de los dos ámbitos. Los recursos sociales los podemos clasificar en servicios y prestaciones económicas. La ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia establece en el Art.15 un catálogo de servicios sociales para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia.

Las prestaciones económicas que se pueden ofrecer son:

- **Prestación económica vinculada al servicio:** Cantidad de dinero con carácter periódico que se proporcionará cuando el acceso a un servicio público o concertado no es posible, teniendo en cuenta las características de cada paciente y su capacidad económica.
- **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF):** se proporciona una cantidad de dinero cuando el paciente está recibiendo los cuidados que necesita en el entorno habitual por parte de un familiar. El cuidador principal deberá cumplir unas normas para poder ser beneficiario de esta prestación.
- **Prestación economía de asistencia personal:** se ofrece una cuantía para la contratación de una asistencia personal durante un número determinado de horas.

Los servicios que se pueden ofrecer a los pacientes son los siguientes:

- **Servicio de teleasistencia:** se trata de un servicio que mediante las tecnologías facilita la asistencia a las personas que lo necesitan, es un colgante con un botón que lo usuarios llevan en todo momento ya que da respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, soledad o aislamiento.
El servicio de teleasistencia va vinculado a una compañía telefónica que recoge los datos de los familiares o contactos más cercanos de la persona usuaria para poder llamarlos en caso de que ocurra alguna emergencia o se tenga sospecha de que ha ocurrido.
- **Servicio de ayuda a domicilio:** se trata de un conjunto de actuaciones que se llevan a cabo en el domicilio del usuario mediante un profesional que tiene como finalidad atender las necesidades básicas de la vida diaria. Se realizan servicios relacionados con la atención personal y también relacionados con las necesidades domésticas.
El sistema de ayuda a domicilio proporciona un número de horas determinado a las personas en función de su grado de dependencia, por lo que para poder acceder hay que realizar una valoración social con documentos como el Baremo de valoración de la dependencia (BVD), en el cual se recogen una serie de ítems en relación con las actividades básicas que puede o no puede realizar la persona. Una vez realizada la valoración funcional se resolverá por profesionales del área social y dependiendo de los puntos obtenidos se otorgarán más o menos horas disponibles del servicio de ayuda a domicilio.
También es necesario tener en cuenta el informe de salud para conocer el estado de salud de la persona usuaria y sus patologías previas, así como, el índice de Barthel que es la herramienta sociosanitaria que valora la independencia que tiene una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Centro de día y de noche:** se trata de un servicio en un centro que ofrece atención integral durante el periodo diurno o nocturno con la finalidad de apoyar a las familias y mejorar la autonomía de la persona usuaria.
- **Atención residencial:** se trata de un servicio que ofrece de forma continuada atención a las necesidades tanto sociales como sanitarias. Puede ser que el centro residencial se convierta en la residencia habitual de las personas o por el contrario que sea una estancia temporal que se puede dar por situaciones de convalecencia, enfermedad hasta la mejoría o simplemente vacaciones de los cuidadores principales en el entorno familiar.

Figura 2. Recursos sanitarios y sociales

RECURSOS SANITARIOS	ASISTENCIA SANITARIA CON INTERNAMIENTO	Hospitales generales Hospitales de media y larga estancia Hospitales de salud mental y toxicomanías Hospitales especializados
	ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO	Centros de atención primaria Consultas medicas Centros polivalentes Centros especializados
RECURSOS SOCIALES	PRESTACIONES ECONOMICAS	Prestación económica vinculada al servicio Prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF) Prestación económica de asistencia personal
	SERVICIOS	Servicio de teleasistencia Servicio de ayuda a domicilio Centro de día y de noche Centro residencial

Fuente: Elaboración propia a partir de Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios; y Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

6. Funciones y competencias de los trabajadores sociales sanitarios

Conocer las funciones que realizan los trabajadores sociales sanitarios es imprescindible para conocer la importante labor que desempeñan estos profesionales en los centros sanitarios, por ello durante este capítulo voy a desarrollar cuales son las funciones y las áreas de intervención en los que los trabajadores sociales sanitarios realizan su labor profesional.

En el campo de la salud, el trabajo social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad (Ituarte, 1992).

El objetivo principal de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario es identificar e intervenir aquellos aspectos sociales que tienen influencia en el estado de salud de las personas. La intervención del trabajo social sanitario no solo se centra en la enfermedad, sino que también da importancia a los efectos psicosociales que inciden en ella.

Para la elaboración del diagnóstico social sanitario los trabajadores sociales realizan un ejercicio de integración del diagnóstico médico, y en la mayoría de los casos, del pronóstico de la enfermedad. (Colom, 2008). Por lo que el trabajador social tiene que conocer todas las variables sociales que tienen importancia durante el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias.

“El documento de Consenso sobre las funciones del profesional del trabajo social sanitario (2013) establece las siguientes funciones generales de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario:

- Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
- Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
- 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.
- Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.
- Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad
- Promover la utilización adecuada de los recursos del sistema de salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y la sostenibilidad de los recursos públicos.
- Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables.
- 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
- Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud dirigidas a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social
- Participar en los planes de formación continuada, de la formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.
- Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social “. (Castrillo, A et al. 2013. Pp 19-20)

6.1 Áreas de intervención del trabajador social sanitario

La intervención en Trabajo social es el conjunto de aquellas acciones y actuaciones que los profesionales llevan a cabo con las personas y/o grupos con el objetivo de superar los obstáculos que dificultan la mejora de la calidad de vida y el bienestar de la población. La intervención se basa en acompañar, apoyar y ayudar a las personas a conseguir su máxima autonomía y empoderamiento promoviendo los recursos y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades y mejorar así su calidad de vida.

La intervención desde el trabajo social se puede realizar en numerosos ámbitos profesionales pero nos vamos a centrar en al área sanitaria. La intervención de los trabajadores sociales

sanitarios pone su atención principalmente en al proceso de salud-enfermedad y los efectos psicosociales que influyen en las personas y su enfermedad.

La intervención del Trabajo Social en Salud tiene un carácter clínico e implica el diagnóstico del enfermo y el tratamiento psicosocial en relación con el proceso de salud-enfermedad, por un lado, y por otro, conlleva la orientación, tanto al resto del equipo sanitario, como al paciente y su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales adecuados a los objetivos de salud. (Ituarte, A., 1992).

Basándonos en un documento elaborado por profesionales sanitarios y de trabajo social de SACYL en el año 2013 podemos definir las áreas de intervención del trabajador social sanitario como las siguientes:

- **Área de atención directa:** comprende aquellas actuaciones de atención a necesidades o problemas sanitarios de individuos o grupos. Proporciona información, asesoramiento y orientación a las personas usuarias sobre los recursos y prestaciones que pueden solicitar tanto sanitarios como sociales, además de otros relacionados con la educación y el empleo.

Los profesionales de trabajo social realizan la intervención con personas o grupos y la podemos dividir en las siguientes fases:

- ❖ Identificación de la necesidades y problemas y el riesgo que tiene para su estado de salud. Para ello los profesionales han de conocer la zona y los problemas más específicos, además de captar los diferentes factores de riesgo que pueden aparecer.
- ❖ Valoración total sobre la persona usuaria, familiares y entorno para poder identificar por completo los obstáculos y consecuencias que influyen y empeoran su estado de salud.
- ❖ Diagnóstico social para definir todas las situaciones que afectan a las personas y a su recuperación.
- ❖ Elaborar un plan individual de atención (PIA) en el que se desarrollan las actuaciones que se van a llevar a cabo para mejorar o al menos mantener el estado de salud.

También se trabaja con grupos que tienen intereses o necesidades comunes y se trabaja también en la participación y creación de grupos de autoayuda. Y por último la intervención comunitaria que son las actividades que se desarrollan en la comunidad para potenciar la participación, la responsabilidad y el autocuidado.

- **Área de coordinación y participación:** recoge las actuaciones que unen a sectores o instituciones. Puede ser una coordinación entre los dos niveles de atención sanitaria que son atención primaria en centros de salud y atención especializada en hospitales, coordinación entre los profesionales sociosanitarios y con otros recursos o instituciones.

El trabajador social sanitario participa en la reuniones y sesiones de todo el equipo, es miembro del consejo de salud de su zona o área y forma parte de las comisiones que se realizan en los dos niveles de atención.

- **Área docente y de investigación:** el área docente tiene como objetivo realizar actividades de formación tanto en el pregrado con las prácticas de los alumnos como en el posgrado a través de másteres o cursos además de realizar una formación continuada durante todo el periodo laboral. El área de investigación se basa en descubrir y analizar los determinantes sociales que pueden afectar al estado de salud de la población, los profesionales del trabajo social sanitario tratan de identificar los problemas sociales de la zona para poner solución y mejorar la atención.

- **Área de gestión:** son las actividades que están orientadas a definir programas y planes de intervención, así como identificar las necesidades para poder ofrecer propuestas de mejora y elaborar los documentos necesarios como guías o la cartera de servicios.

Figura 3. Áreas de intervención del trabajador social sanitario

ÁREA DE ATENCIÓN DIRECTA	Es la atención que se proporciona a personas o grupos por problemas o necesidades relacionadas directamente con la salud.
ÁREA DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN	Incluye todas las actuaciones que relacionan entre sí a sectores o instituciones.
ÁREA DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN	Recoge actividades formativas y de investigación para conseguir mejoras
ÁREA DE GESTIÓN	Todas aquellas actuaciones que están dirigidas a conseguir los objetivos planteados para la mejora

Fuente: Elaboración propia a partir de Castrillo, A et al. (2013)

6.2. Técnicas y herramientas de intervención.

Debemos tener en cuenta la importancia de tener una documentación específica de trabajo social que nos permite evaluar, y conocer todos los aspectos necesarios que afectan a la persona para poder realizar una intervención satisfactoria. Es esencial conocer las problemáticas y necesidades de cada persona.

En el trabajo social se maneja un montón de información delicada a diario por eso es importante tener una documentación específica que recoja toda la información de los usuarios. Todos los profesionales deben conocer el funcionamiento de las técnicas y herramientas necesarias para la recogida de información para que así sea más sencillo de comprender y se facilite la transmisión de información.

Algunos de los documentos que se utilizan en trabajo social sanitario son los siguientes:

- **Entrevista:** la entrevista en trabajo social es un instrumento que nos permite poder reconstruir las historias de las personas. Será un primer contacto con la persona usuaria para posteriormente realizar una valoración de su situación y poder identificar sus necesidades y carencias. Es primordial crear un clima de confianza durante el desarrollo de la entrevista ya que así conseguiremos una mayor colaboración y más facilidad para obtener todos los datos que sean necesarios para una posterior intervención. El objetivo principal es hacer que la persona se sienta escuchada y comprendida y en ningún caso juzgada.
- **Historia social:** Es un documento específico de los profesionales de trabajo social, es individual e incluye la información más relevante para la intervención. Reflejaremos en la historia social los datos identificativos personales, familiares, sanitarios, económicos y laborales, así como los relacionados con el entorno habitual. Es importante reflejar

las valoraciones, intervenciones y seguimiento que se está realizando con cada persona usuaria, por lo tanto, es un documento que está abierto a recoger información a medida que se va desarrollando la intervención. Debe ser una herramienta clave para promover la atención centrada en la persona y conseguir mejorar su calidad de vida y bienestar.

- **Ficha social:** la ficha social es el documento como el anterior específico de la rama de trabajo social, es la parte más cuantificable de la historia social ya que de los datos que aparecen en la ficha social se pueden obtener indicadores. Los contenidos que recoge coinciden con los de la historia social.
- **Informe social:** este documento como los dos anteriores también es específico del ámbito de trabajo social y tiene como objetivos principales dar a conocer la situación de cada persona, aportar información para el dictamen profesional, obtener y gestionar recursos y facilitar la información a otro profesional (Colegio de profesionales de Trabajo Social de Mendoza, 2018). Es el documento más técnico por eso es necesario utilizar un lenguaje profesional y claro que no dé lugar a confusión además debe ser preciso en sus datos.

El informe social recoge los datos personales de la persona atendida y también los datos de su unidad familiar y el vínculo que tienen con el paciente, se deben detallar también los datos referentes a la situación laboral y sanitaria, así como las características del domicilio. No existe un modelo único de informe social, pero todos recogen los datos necesarios para la intervención.

En el informe social se describe la situación de cada persona y las acciones que se han llevado a cabo y se van a realizar posteriormente en función de sus necesidades. Es muy importante mantener la confidencialidad y saber que datos son necesarios para la intervención porque esos son los que tendré que poner en el informe omitiendo aquello que no sea relevante para la intervención, aunque la persona usuaria nos los cuente

- **Visita domiciliaria:** “es una herramienta que tiene sus inicios como una actividad realizada por las trabajadoras sociales en salud. Es definida como la atención integral proporcionada en el hogar del individuo o familia con el objeto de conocer la realidad socioeconómica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud”. (Comisión Nacional de Trabajo Social y salud, 1993).
- **Proyecto de intervención social:** se trata de una herramienta basada en el diagnóstico social de la situación de las personas y va a detallar la manera de actuar definiendo los objetivos de la intervención y aquellas actividades, recursos y servicios que se va a ofrecer a cada usuario teniendo en cuenta su proyecto de vida detallando también la temporalización de la intervención.

7. Calidad de vida y planificación del alta hospitalaria

Durante el desarrollo de este capítulo hablaremos sobre el mantenimiento y seguimiento de la enfermedad y necesidades de los pacientes fuera de un ingreso hospitalario, es decir del mantenimiento de su estado de salud y calidad de vida en su domicilio habitual, para ello es necesario exponer la planificación del alta hospitalaria de los pacientes.

La calidad de vida de las personas no implica solo el bienestar físico sino también el bienestar social, las relaciones con otras personas o con el entorno, el apoyo social o el nivel de satisfacción con las condiciones de vida entre otras cosas. Se pueden integrar en la calidad de vida factores como la salud, la economía, la situación laboral, personal o familiar. El trabajo social es una disciplina que intenta potenciar la calidad de vida en los diferentes contextos de la población.

Para que las personas puedan tener un nivel de calidad de vida satisfactorio es necesario que la intervención desde el trabajo social esté centrada tanto en la persona como protagonista de la intervención como en el medio social de dicha persona. Los profesionales del trabajo social van a dar importancia al contexto histórico, político, cultural y económico de la realidad que vive la sociedad. En la práctica profesional de trabajo social se van a diseñar planes, programas y proyectos que los profesionales desarrollaran a lo largo de su intervención con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto de las personas como de los servicios de acción social que ofrecen a la población.

Para incrementar el nivel de calidad de vida de la ciudadanía es necesario intervenir con las personas y su entorno en conjunto, ampliando las capacidades y oportunidades de la población, a través de un acompañamiento basado en el respeto de su proyecto de vida, facilitando aquellos medios que sean esenciales para hacer frente a los cambios que generen dificultades en el desarrollo de su día a día, promoviendo y ofreciendo los recursos que sean necesarios.

En los anteriores capítulos hemos detallado los factores que afectan al estado de salud y los procesos sociosanitarios que principalmente realizan los trabajadores sociales dentro de una instalación sanitaria, desde el primer momento del ingreso realizando un diagnóstico sociosanitario y un plan de actuación, pero también es importante la labor de los profesionales cuando la persona vuelve a su domicilio para que no quede desatendida después de la hospitalización.

Podemos diferenciar entre dos conceptos el alta hospitalaria y el alta sanitaria, en el primero de ellos el paciente recibe el alta sobre el ingreso hospitalario y vuelve a su domicilio habitual pero no tiene el alta del sistema sanitario en general, por lo que va a tener que seguir acudiendo a diferentes citas y consultas en los centros de atención primaria para hacer el seguimiento y conocer la evolución de la enfermedad. Por otro lado, el alta sanitaria, sucede cuando una persona abandona por completo todo lo relacionado al sistema sanitario, es decir, su proceso clínico está resuelto por completo y no necesita de atención ni supervisión médica. En el desarrollo de este capítulo nos centraremos principalmente en el concepto de alta hospitalaria.

Dolors Colom afirma que para proceder al alta de un paciente hay que asegurarse de que cuenta con un entorno favorable que le apoya y le cuida, que va a poder disfrutar de la continuidad de la asistencia sociosanitaria y que el alta no va a suponer ningún peligro u obstáculo tanto para la persona usuaria como para su entorno.

El componente crucial en la Planificación del Alta es la coordinación y la centralización de los cuidados hacia la identificación de las necesidades pos-hospitalarias del enfermo y de los recursos y financiación necesarios para cubrirlas. (R. Kulys, 1970)

En la planificación del alta de los pacientes intervienen los profesionales médicos, los profesionales de enfermería y los profesionales de trabajo social que tratan de reconocer e identificar los criterios o factores de riesgo social y sanitario que pueden afectar a la calidad de vida de la persona usuaria.

Cuando se produce el momento del alta hospitalaria pueden darse dos circunstancias, la primera cuando el profesional correspondiente informa al paciente o familia sobre el alta y estos se niegan a regresar al domicilio exponiendo una serie de dificultades o problemas sociales que pueden dar lugar a anular o posponer el momento del alta, o por otro lado, que cuando el profesional informa del alta ni el paciente ni los familiares exponen ningún tipo de dificultad y este regresa al domicilio con posibles obstáculos para desarrollar su actividad normal.

Para poder prevenir estas dos circunstancias se lleva a cabo un procedimiento de planificación del alta hospitalaria en las 24-72 horas posteriores al ingreso del paciente. Se aplica una técnica llamada "screening" que consiste en identificar a las personas con determinadas características psicosociales que tienen riesgo, utilizándola antes de dar el alta hospitalario para saber si existe algún riesgo o pueden aparecer problemas al regresar al domicilio. Esta técnica fue pionera en Estados Unidos, hasta que llegó a España concretamente a Barcelona en el año 1985.

Esta técnica es responsabilidad de los profesionales de trabajo social ya que lo tienen que realizar a todas las personas ingresadas que presentan algún indicador de riesgo tanto social como sanitario, posteriormente han de informar al personal sanitario y dejar constancia de los problemas en la historia del paciente.

Dolors Colom (2000) describe los criterios de riesgo clasificándolos en criterios de riesgo social y criterios de riesgo clínico

“ Los criterios de riesgo social ayudan a identificar, en su mayoría, a los pacientes de riesgo en una primera fase, podemos decir que son criterios de riesgo social tener más de 75 años o más de 70 y vivir solo o con pareja de edad similar, tener 70 años y padecer una enfermedad crónica o haber sido ingresado anteriormente, tener más de 70 años e ingresar por caída o fractura o haber sido dado de alta en los 15 días anteriores al actual ingreso, ingresar como consecuencias de un accidente vascular cerebral, padecer una enfermedad terminal, enfermedad mental, toxicomanías o lesiones con indicios de violencia” (D. Colom, 2000)

“Los criterios de riesgo clínico afectan directamente en lo social, requieren primeramente de un estudio sociosanitario. Los criterios de riesgo clínico pueden ser adicciones, amputaciones, ceguera, colostomía, demencia senil, deshidratación, diabetes mellitus, diálisis, disminución grave de la visión, enfermedad cardíaca, enfermedad infectocontagiosa, enfermedad mental, neurológica, oncológica, terminal, EPOC, fracturas, infecciones urinarias, insuficiencias, lesión medular, paraplejía, tetraplejía, politraumatismo, quemaduras, reumatismo, sordera, coma, accidente vascular cerebral y traqueotomía.” (D. Colom, 2000)

El trabajo social sanitario realiza su intervención en función de la situación de cada usuario durante el ingreso, la estancia y el alta hospitalaria, para ello deberá analizar los diferentes aspectos que pueden influir en el estado de la persona enferma como pueden ser la situación personal, familiar o laboral, la vivienda o las posibilidades de rehabilitación.

Es muy importante identificar las necesidades de los pacientes para poder proporcionar una continuidad adecuada de los cuidados que necesita una vez finalizado el ingreso hospitalario,

por ello desde el hospital se tienen que analizar los programas y servicios que se ofrecen, proponiendo además recursos para una evolución positiva del estado de salud.

Los trabajadores sociales sanitarios pueden acudir a las reuniones que tienen los médicos para poder conocer al profesional sanitario de referencia que tiene cada uno de sus usuarios, ya que no tiene por qué ser el mismo médico, además también puede detectar nuevos casos y pacientes que necesiten una intervención social.

Durante la entrevista que los trabajadores sociales sanitarios tienen con los pacientes y sus familias se valorarán los criterios de riesgo sociosanitarios y si es necesaria la actuación se abrirá una ficha social a los pacientes. Los casos para tratar por los trabajadores sociales sanitarios pueden ser detectados durante la entrevista, ser el propio paciente o sus familiares quien solicite nuestra ayuda o a través de una derivación de otras instituciones.

Dolors Colom (2000) redactó las fases más generales de la planificación del alta hospitalaria, clasificándolas en 4 fases:

- **Fase de estudio**
 - ❖ Se realiza una primera entrevista con los pacientes para identificar aquellos criterios de riesgo que puedan afectar a su estado de salud, y se pueden clasificar dependiendo si es su primera visita o si ya ha tenido abierta una intervención desde el trabajo social sanitario en otra ocasión.
 - ❖ La segunda entrevista tiene como finalidad conocer el diagnóstico más médico y el pronóstico del paciente, se realizará en las 24-72 horas posteriores al ingreso y nos servirá para poder separar a los pacientes dependiendo de si tienen un posible problema social o por el contrario si no lo tienen por lo que obtendrían el alta social.
Hay que dejar constancia en la historia del paciente de los resultados de las entrevistas y si precisa de un seguimiento, para poder iniciar las siguientes entrevistas donde se obtenga más información para clarificar la situación de cada persona y sus apoyos además de los consentimientos necesarios.
- **Fase diagnóstica**
 - ❖ Es la fase en la que con toda la información recogida se elabora un diagnóstico social sanitario que se comunica al resto de los profesionales que intervienen en el caso y se deja constancia en la historia social del paciente.
En el diagnóstico social sanitario se define el plan de tratamiento que se va a llevar a cabo y los recursos y servicios que van a ser necesarios, siempre respetando el proyecto de vida y las decisiones de cada persona.
 - ❖ Es importante que exista una buena comunicación y coordinación entre todos los profesionales que tratan al paciente ya que cualquier cambio en la evolución tanto de los aspectos médicos como de los aspectos sociales puede influir en el proceso y tratamiento.
- **Fase de procesos de tratamiento**
 - ❖ Es la fase en la que se concretan los servicios que se van a prestar, el apoyo que cada paciente va a recibir y quienes son los profesionales responsables de proporcionar ese servicio o prestación. Tanto la persona enferma como sus familiares son los que tienen la última palabra en la decisión de si quieren recibir el recurso que se le ofrece o por el contrario lo quieren rechazar ya que son ellos los protagonistas de la intervención y nuestra labor como profesionales tiene que respetar las decisiones y el proyecto de vida de cada paciente.
El profesional de trabajo social responsable del caso tiene que estar informado en todo momento ya que es el que realizará el seguimiento.

- ❖ Se realizará los respectivos informes de alta que correspondan, pueden ser informes de alta de medicina, de enfermería y de trabajo social sanitario generalmente, además de realizar la derivación y concretar la fecha de la próxima visita.
- **Fase de procesos de gestión de la información y evaluación de los resultados**
 - ❖ Momento de la planificación del alta en el cual se realizan los registros de la información del paciente, la evolución de los resultados y se establecen las propuestas de organización y servicios tanto externa como interna.

El trabajador social sanitario tiene numerosas funciones en el desarrollo de su labor profesional en los hospitales y una de las más importantes es la planificación del alta hospitalaria, momento en el que la persona tiene que volver a su domicilio habitual y continuar allí con los cuidados que necesite. Además tiene que conocer la visión que tiene el paciente de su patología y la visión de futuro que tiene para poder adaptarse a sus necesidades, también tenemos que conocer la situación familiar, es decir, con quien vive, en que calidad y como son las relaciones con sus convivientes.

Es muy importante que se analicen las fortalezas y capacidades de cada paciente, conociendo su autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria y su postura ante recibir ayuda externa, contando con las posibilidades que tienen los familiares o personas más cercanas para proporcionar la asistencia en el domicilio y con las características y condiciones de la vivienda.

Durante el ingreso hospitalario van a aparecer una serie de necesidades o carencias que tienen que ser detectadas para poder conocerlas en el momento del alta ya que cuando la persona regrese a su domicilio va a necesitar determinadas pautas para poder satisfacer esas necesidades y eliminar, o al menos reducir, las carencias, para conseguir así la evolución positiva de los pacientes y mejorar su bienestar.

Cuando una persona ingresa en el hospital hay que tener en cuenta todos los aspectos sociales de esa persona ya que si solo se da importancia a los problemas médicos no se solucionará el problema y puede ser que se produzca un nuevo ingreso días después del alta, que se tenga que atrasar o anular el momento del alta hospitalaria o que no se consiga la mejoría esperada tanto por los profesionales sanitarios como por el paciente y su familia. Esto puede suceder por el desconocimiento que existe en la sociedad sobre la labor de los trabajadores sociales sanitarios.

8. Marco normativo

En el siguiente capítulo detallaré las principales leyes y decretos que regulan la profesión del trabajo social sanitario, desarrollaré las principales normativas estatales y también las más importantes a nivel autonómico en la comunidad de Castilla y León. Me parece importante conocer la legislación que regula el trabajo social en el ámbito sanitario ya que cada una de ellas trata diferentes aspectos en relación directa con el trabajo social sanitario.

8.1 Estatal

- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

Esta ley regula todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en todo el territorio español. Recoge que las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud, promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante educación sanitaria y debe garantizar que las acciones sanitarias estén orientadas a prevención de enfermedades y no solo la curación de

estas, garantizando la asistencia sanitaria en todos los casos y realizando actuaciones para la rehabilitación y reinserción social de los pacientes.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La ley recoge que todos los poderes públicos deben garantizar la asistencia y el acceso a prestaciones sociales suficientes ante una situación de necesidad. Por ello se define el catálogo de prestaciones como un conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a toda la población. El sistema de salud pública comprende las prestaciones de atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, urgencias, farmacia, orto prótesis y transporte sanitario. El objetivo principal de este catálogo de prestaciones es garantizar a toda la población una atención integral y continuada.

La prestación de atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos que por sus características pueden beneficiarse simultáneamente de las actuaciones sanitarias y sociales con el objetivo de elevar su autonomía, reducir o eliminar las limitaciones y ayudar a la reinserción social. La continuidad de los servicios será garantizada tanto por los servicios sanitarios como por los servicios sociales a través de una adecuada coordinación.

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

El objetivo principal es poder garantizar el acceso de todos los ciudadanos a una atención sanitaria de calidad creando una cartera de servicios comunes para todas las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Esta cartera de servicios es el conjunto de técnicas o procedimientos que hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud tiene que garantizar la atención continuada e integral a todos los usuarios independientemente del nivel asistencial en el que se les atiende.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta ley protege y defiende los derechos de los pacientes, entre ellos, la dignidad, libertad en la toma de decisiones, conocer los datos sobre su estado, confidencialidad, el trato igualitario y el respeto a la intimidad y autonomía.

8.2 Autonómica

- Decreto 74/2000, de 13 de abril, modificado por el Decreto 49/2003, de 24 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.

Se trata de una unión entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario creando una estructura en coordinación de atención sociosanitaria, garantizando la atención integral de aquellos pacientes que necesiten la prestación simultánea de los dos servicios. Se crean las estructuras de coordinación sociosanitaria compuestas por los profesionales que participan de forma directa tanto en los servicios sociales como en los servicios sanitarios incluyendo la figura del trabajador social sanitario.

- Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II plan socio sanitario de Castilla y León.

El sistema de Acción Social y el sistema sanitario ofrecen recursos que responden a las necesidades de la población, por ello es necesario crear mecanismos de coordinación para mejorar la atención. El II plan sociosanitario incorpora acciones de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios además de incluir la garantía de las prestaciones, prevención de situaciones de dependencia, la atención a las necesidades específicas de determinados colectivos y la mejora de la atención en los centros de carácter social y continuidad en los cuidados. Se pone importancia a las enfermedades crónicas y a las situaciones de pluripatología ya que son las personas que más necesitan la coordinación de los dos sistemas

- Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

Recoge el conjunto de actuaciones y los recursos públicos y privados, que tienen la finalidad de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y favorecer la asistencia sanitaria a toda la población. Se integran tanto los recursos sociales como los recursos sanitarios.

- Plan IV de salud de Castilla y León. Perspectiva 2020.

Agrupa las principales políticas sanitarias de la comunidad basándose en la universalidad, sostenibilidad, solidaridad, transparencia, participación y calidad para aumentar las oportunidades de las personas y alcanzar su máximo potencial de salud, garantizando una atención integral, mejorando los indicadores de salud y prevención de enfermedades.

9. Conclusiones

En este último apartado desarrollaré los aspectos más relevantes relacionados con el trabajo social sanitario, sobre todo en el ámbito hospitalario, que he ido detallando en los diferentes capítulos que conforman este trabajo de fin de grado. Considero que tener en cuenta a los profesionales del trabajo social sanitario es fundamental en la sociedad actual y que poco a poco se va dando más importancia a su labor profesional.

Bajo mi punto de vista, pienso que una atención sanitaria satisfactoria y de calidad para los pacientes tiene que incluir tanto los aspectos sanitarios como los aspectos sociales, ya que se van a producir cambios en muchos de los momentos de la vida del paciente, en su situación personal, familiar o laboral además de influir en el bienestar y la calidad de vida.

El trabajo social en el ámbito de la salud no es considerado como una profesión del ámbito sanitario, aunque la labor de los profesionales titulados en ciencias de la salud es fundamental, el papel de los trabajadores sociales sanitarios es esencial para poder comprender, analizar y resolver las problemáticas que pueden aparecer en el proceso de salud enfermedad.

El trabajador social sanitario es el encargado de ofrecer un trato cercano y de confianza a las personas que padecen alguna dificultad sanitaria sumada a dificultades, carencias o necesidades sociales, ya que puede ser un gran apoyo tanto para los pacientes como para sus familiares o su entorno más cercano. Al realizar la intervención social es fundamental que como profesionales tengamos en cuenta que la persona y su familia no se encuentra en una situación normal, sino que esta pasando por un proceso de enfermedad que generalmente es complicado y angustioso tanto para el paciente, siendo el principal protagonista, como para su entorno más cercano.

La intervención social que realizan para que sea de calidad y proporcione una atención integral no tiene que atender solamente las necesidades del paciente, sino también la de sus familiares, creando un clima de confianza que favorezca el apoyo, acompañamiento y ayuda que sea necesaria durante el periodo de hospitalización y también, si procede, una vez finalizado el ingreso.

La evolución del trabajo social y del perfil profesional de los trabajadores sociales ha sido muy cambiante hasta llegar a como lo conocemos actualmente. El punto de partida del trabajo social sanitario fue en Estados Unidos, sin embargo poco a poco se fue extendiendo por todo el mundo. Aunque en sus inicios no tenía nada que ver con la realidad actual fue el primer paso para acercar las necesidades sociales al ámbito sanitario y entender que estas también influyen en el proceso de la enfermedad y recuperación.

Las necesidades sociales de los pacientes se empezaron a tener en cuenta a través de los profesionales médicos hasta que se creó la figura del trabajo social en el ámbito de la salud. Las necesidades sociales durante la enfermedad siempre han sido importantes, pero en un principio se atendían desde la rama más médica por lo que seguía siendo más importante el problema sanitario que el análisis de las causas sociales que pueden ser el determinante de la enfermedad.

Por otro lado, me gustaría destacar la importancia de tener en cuenta los determinantes sociales que pueden afectar al estado de salud y que además generan desigualdades entre la población. Estos aspectos sociales son muy importantes a la hora de trabajar con un paciente y con su enfermedad ya que pueden llegar a condicionar el estado de salud de las personas. Cuando realizamos una intervención con un paciente que está atravesando dificultades en su estado de salud es necesario que podamos conocer y analizar los determinantes sociales como la edad, la clase social, el género o el territorio para poder así explicarnos las causas o el origen de la enfermedad. Al igual que también nos sería de gran ayuda conocer los aspectos sanitarios que pueden afectar e influir, empeorando el bienestar social de las personas.

El trabajador social sanitario realiza su labor profesional identificando y teniendo en cuenta todos los factores sociales o psicosociales que pueden afectar a la persona enferma ya que muchos de ellos pueden generar la enfermedad o si no se tratan y se pone énfasis únicamente en los aspectos médicos el problema no se resolvería del todo, por lo que sería probable que en poco tiempo se produjera un nuevo ingreso o que fuera imposible proporcionar al alta hospitalaria a los pacientes.

Es fundamental saber identificar las necesidades sociales de cada paciente durante la estancia hospitalaria ya que cuando eres conocedor de esas necesidades, los cuidados en el hogar o pautas a seguir en el domicilio después del ingreso están mucho más claros y además contamos con servicios, recursos y prestaciones que se adaptan a la situación de cada persona teniendo en cuenta sus necesidades, sus relaciones sociales y de apoyo y el entorno habitual en el que vive.

Existe un gran desconocimiento del papel de los trabajadores sociales sanitarios y de sus funciones y competencias tanto por los pacientes y sus familias como por los profesionales sanitarios, la consecuencia de esto es que muchos de los problemas sociales en el desarrollo de la enfermedad no se tienen en cuenta y dificultan el proceso de recuperación llegando incluso a poder agravar la situación sanitaria. Es este uno de los motivos de la realización de este trabajo, dar a conocer la práctica profesional de los trabajadores sociales y la importancia de tener en cuenta los aspectos sociales que influyen en el estado de salud.

Conocer las funciones que desarrollan los trabajadores sociales en el ámbito de la salud me parece algo fundamental tanto desde el punto de vista que puedo tener como paciente o

familiar de una persona enferma ya que sería de gran ayuda conocerlo para poder así demandarlo, o desde el ámbito profesional dado que pienso que muchos de los profesionales sanitarios conocen y saben de la existencia del trabajo social sanitario pero no conocen las funciones que pueden desarrollar, algo que puede dificultar la coordinación entre los profesionales sanitarios y sociales, dando lugar a proporcionar una peor atención a los pacientes.

Los trabajadores sociales sanitarios llevan a cabo una serie de acciones y actuaciones que forman la intervención social, intervención que tiene como finalidad reconocer los aspectos psicosociales que influyen en la enfermedad para poder contribuir a la mejora de la calidad de vida, superando todas las dificultades posibles. La intervención se basa en detectar las necesidades que tiene cada persona, acompañar a los pacientes durante el proceso de la enfermedad proporcionándole los apoyos necesarios que faciliten la mejoría de su estado de salud, escuchar a la persona y respetarla, nosotros somos los profesionales que a través de nuestra intervención y los recursos que tenemos disponibles vamos a intentar mejorar la calidad de vida de la persona pero tenemos que saber que las decisiones tienen que ser tomadas únicamente por los usuarios y debemos respetar su decisión y su proyecto de vida.

Para que la intervención sea efectiva y satisfactoria y se proporcione una atención integral a todos los pacientes hospitalizados la coordinación de los profesionales sanitarios y de los profesionales de trabajo social tiene que ser ejemplar, ofreciendo los recursos sociales y sanitarios que simultáneamente atiendan y se adapten de la mejor manera posible a la situación de los pacientes, además es necesario que se elaboren informes conjuntos y mantener una buena comunicación entre todos para contribuir a la mejoría del paciente, tanto de su estado de salud como de su calidad de vida. Para que la coordinación sea buena y funcione hay que trabajar en equipo no se puede hacer la división social y sanitaria, tenemos que formar parte del mismo equipo, sociosanitario.

En relación con el alta hospitalaria me parece importante tener en cuenta a los profesionales del área social ya que una vez que el paciente abandone las instalaciones sanitarias se deberán seguir una serie de pautas en el domicilio para que el estado de salud no empeore y se vuelva a producir un ingreso. Hay que tener en cuenta aquellas necesidades sociales que han sido detectadas por los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales para poder proporcionar los recursos más adecuados o realizar las pertinentes derivaciones a otras instituciones en el caso de que fueran necesarias.

Cuando se va a proceder al alta hospitalaria no hay que tener en cuenta únicamente que la enfermedad ha remitido, debemos tener en cuenta también la situación que puede tener esa persona cuando vuelva a su domicilio habitual, las necesidades que va a tener, si puede satisfacer esas necesidades sin ayuda, si necesita la ayuda de una persona y la disponibilidad que tienen sus familiares de poder ofrecer esa ayuda, si conoce todos los recursos y si va a hacer uso de alguno de ellos o si la vivienda está en las condiciones adecuadas, entre otras cosas.

Este trabajo de fin de grado tiene como finalidad principal dar a conocer el papel de los trabajadores sociales sanitarios en la atención especializada, así como sus funciones y el conjunto de actividades que pueden realizar ya que esto bajo mi punto de vista mejoraría la atención sociosanitaria prestada a los pacientes y también la gestión hospitalaria.

Como dificultad principal en relación al tema abordado encuentro el no reconocimiento de los trabajadores sociales sanitarios como profesionales titulados del área de salud y el gran desconocimiento que hay en todos los niveles de la labor tan importante que realizan. Normalmente cuando tenemos un problema sanitario nos centramos en resolverlo de la manera más médica, quedando en el olvido que los aspectos sociales también influyen en la

salud, incluso que pueden ser el determinante de la enfermedad, por lo tanto, mientras no se conozcan, analicen y se trabajen las necesidades sociales, la enfermedad no va a remitir.

Aunque el trabajo social sanitario no esté considerado como profesión sanitaria, creo que sería interesante que se consiguiera este reconocimiento en la profesión ya que aumentaría la seguridad de los profesionales para llevar a cabo las intervenciones y también daría visibilidad a las funciones y competencias que se desarrollan en este ámbito consiguiendo que un número mayor de pacientes y de profesionales demande nuestros servicios favoreciendo la mejora del bienestar social.

Que el trabajo social sanitario tenga el reconocimiento de profesión en el ámbito de la salud como lo tienen otras disciplinas, enfermería, medicina, psicología... da una identidad profesional necesaria contribuyendo a la creación de funciones y competencias que pueden desarrollar los profesionales de este ámbito, además de mejorar también la coordinación sociosanitaria y crear el sentimiento de equipo y compromiso de trabajo conjunto que es muy necesario.

Considero que establecer la figura del profesional de trabajo social en el área sanitaria tendría numerosas ventajas como la mejora de la atención sociosanitaria que se proporciona en los ámbitos de la salud, favoreciendo la coordinación entre los profesionales sanitarios y sociales. También creo que facilitaría y ayudaría a dar visibilidad a la profesión además de obtener el reconocimiento necesario que contribuya a sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre las dificultades y necesidades sociales que se generan en el proceso de salud enfermedad y empeoran el estado del paciente o dificultan su mejora

Tener en cuenta las necesidades sociales y el papel de los trabajadores sociales sanitarios es muy importante en la actualidad, pero tendrá mucha más importancia en un futuro no muy lejano ya que cada vez tiene más visibilidad y reconocimiento y está más presente en nuestro día a día. Debemos tener que en un centro sanitario se tratan problemas de salud y problemas sociales.

10. Bibliografía

Álvarez, Ortego, L. (s.f.). Tema 8. Aspectos psicológicos relacionados con las enfermedades crónicas, 1–23.

Anónimo. (2013) concepto y características de la ficha social para el trabajador social. Webscolar. Recuperado de: <https://www.webscolar.com/concepto-y-caracteristicas-de-la-ficha-social-para-el-trabajador-social>

Aranaga, I. (2018). Técnicas de intervención en Trabajo Social. Universidad del País Vasco. Recuperado de: https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/52050/mod_resource/content/10/Tema%202.%20La%20entrevista%20en%20Trabajo%20Social%20%281%29.pdf

Arias, M. (1998). Línea de investigación etnia y salud. *Investigación y educación en enfermería*, 16, 13–28. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7750815>

Ávila Cedillo, G. J. (2020). Trabajo social en salud: teoría y praxis innovadora, 1–46.

Barg, L. (2018). El diagnóstico social, los registros y el informe social. Colegio de profesionales de trabajo social de Mendoza. Recuperado de: <https://www.colegiotsmendoza.org.ar/wp-content/uploads/2018/09/Informe-y-diagnostico-set18PDF.pdf>

Barranco, C. (2009). Trabajo social, Calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, IX (2), 133–145.

Barranco Expósito, C., & Rodríguez Morales, H. (2008). Trabajo Social en Salud. Visión histórica y práctica profesional en Atención Primaria de Salud: los avances y el reto de la calidad. *Trabajo Social y Salud*, 61(2008), 7–35. <http://www.cgtrabajosocial.es/index.php>

Barranco Expósito, M. del C. (2004). La intervención en trabajo social desde la calidad integrada. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (12), 79. <https://doi.org/10.14198/altern2004.12.5>

Becerril, E. (2017). Trabajo de fin de grado en trabajo social “Manual de funcionamiento de la unidad de trabajo social sanitario en el hospital clínico universitario de Valladolid”. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/26691>

Borrell, C., García-Calvente, M. del M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). Public health from the perspective of gender and social class. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 18 Suppl 1, 2–6. <https://doi.org/10.1157/13062243>

Castillo, J L. et al. (2013). Documento de consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san.ficheros/330043-Documento%20Consenso%20Funciones%20Trabajadores%20Sociales.pdf>

Colom, D. (2000). La planificación del alta hospitalaria: la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande. Zaragoza: Mira Editores.

Colom Masfret, D. (2008). *El trabajo social sanitario. Atención primaria y especializada teoría y práctica. Siglo*.

Colom Masfret, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, 47, 109–119. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262815>

- Consejería de sanidad. (2020). Centros, servicios y establecimientos sanitarios. Castilla y León 2020. <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/centros-servicios-establecimientos-sanitarios.ficheros/1880938-Centros%2CServicios%20y%20Establecimientos%20Sanitarios%202020.pdf>
- Consejo General del Trabajo Social (2021). *Trabajo social y salud*. Consejo General del Trabajo social. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud
- Chamorro Montes, P A. (2016). Visita domiciliaria en trabajo social, un aporte para su aplicación. *Revista electrónica de trabajo social*, 14, 28-39. <https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/VISITA-DOMICILIARIA-EN-TRABAJO-SOCIAL.pdf>
- Crespo, A., Colegiada, V., Fernández, R., Gonzalo, A., & Pérez, L. (2018). Colegio Oficial Trabajo Social Madrid (2018).
- Delgado Reguera, J. A. (2019). El trabajo social en el ámbito de la salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial, 1–494. Retrieved from <https://eprints.ucm.es/55613/1/T41147.pdf>
- Díaz, E., & Fernández, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 431–443.
- Díaz Herráiz, E. (2003). *Los ámbitos profesionales del Trabajo Social* (pp. 515–554).
- Díaz de Mera, E. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. *Comunitaria. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 0(13), 101. Recuperado de: <https://doi.org/10.5944/comunitania.13.5>.
- Duran Bernardino, M. (2015). *La protección de las personas en situación de dependencia. Balance y perspectivas de su régimen jurídico-político*. Comares.
- Eguía, J. (s.f). necesidades sociales ¿Quién las determina? Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2701284>
- Elichiribehety, S. M. (2012). El Informe Social, un enunciado en la práctica discursiva del Trabajo Social. *Documentos de Trabajo Social*, 51, 458–468.
- Fernández-Ibáñez, L. (2013). *Programa de planificación del alta hospitalaria*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/2454/7846>
- Fernández, E., Schiaffino, A., Rajmil, L., Borrell, C., García, M., & Segura, A. (2000). Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 25(8), 560–562. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78568-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78568-4)
- Fritz, A. (2010). Herramientas e instrumentos. *La Construcción En Viviendas En Madera*, 101–117
- García, E. (2019). Informe social: una herramienta clave en trabajo social. La mente es maravillosa. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/informe-social-una-herramienta-clave-en-trabajo-social/>
- García, M, B., Juegas, C, R., Álvarez, A, M. y Otero, C, B. (6 de febrero de 2020). *Trabajo social sanitario: una revisión de la evolución del trabajo social en el ámbito de la salud*. Ocronos – editorial científico-técnica. <https://revistamedica.com/trabajo-social-sanitario-evolucion/>

- Hervás de la Torre, A. (2011). La participación comunitaria en salud y el trabajo social sanitario. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*. Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4117226&info=resumen&idioma=SPA>
- Illa, Lahuerta, C. (2010). El día a día del trabajo social en salud. *TS nova trabajo social y servicios sociales*, 1, 53-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3600228>
- IMSERSO. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2011). Libro Blanco De La Coordinación Sociosanitaria En España. Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad. *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.
- Jiménez, B. (4 de marzo de 2020). Técnicas y herramientas. <https://unatrabajadorasocial.wordpress.com/category/tecnicas-y-herramientas/>
- Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). *Enrique Cárdenas Determinantes sociales en salud*. Retrieved from www.esan.edu.pe
- Junta de Castilla y León. (2016). *IV plan de salud de Castilla y León. Perspectiva 2020*. Salud Castilla y León. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/iv-plan-salud-castilla-leon-perspectiva-2020>
- Leal Freire, B., Salazar Bernard, J., Martínez Rodríguez, M., & Méndez Fernández, A. (2006). Aprehendiendo a respetar: la perspectiva de derechos humanos como elemento fundamental en la formación y práctica del trabajo social. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (1 Ext), 460. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061
- Lima, I. Hervás, A. (2014). Decálogo para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria. [https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL\(1\).pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL(1).pdf)
- Matud, Aznar, M del P. (2008). Género y salud. *Suma psicológica*, 15 (1), 75-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2563819>
- Martin, Muñoz, M. (s.f). manual de indicadores para el diagnóstico social. <https://www.studocu.com/es/document/uned/derecho-constitucional-i/resumenes/manual-de-indicadores-para-el-diagnostico-social/1771527/view>
- Martínez, Arteaga, N. (2019). Áreas de intervención del trabajo social. Instituto educativo Stephen Hawkings. https://www.academia.edu/39522719/%C3%81REAS_DE_INTERVENCION_EN_TRABAJO_SOCIAL
- Mompó, S., Ángeles, M., Juan, S., Carmen, Y. M., Amat, V., Porras, A. A., ... Vilaplana Amat, M. C. (2012). Trabajo Social Sanitario y gestión de casos. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, (51), 268–284. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4642313.pdf>
- Mondragón, J.; Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de Trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI España editores
- Monetta, L. (2016). Reflexiones en torno a la entrevista en Trabajo Social como instancia de intervención. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 4 (1) 91-101. <http://www.redsocialesunlu.net/wp-content/uploads/2017/03/RSOC018-008-Reflexiones-en-torno-a-la-entrevista-Monetta.pdf>

Monrós, M. J., & Zafra, E. (2012). Guía de intervención de trabajo social sanitario. *Generalitat Valenciana*, 1–18. Retrieved from http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf

Pascual, Diez, S. (2018). *Trabajo Fin De Grado En Trabajo Social " La Soledad En Las Personas Mayores"*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/32559>

Patricia Cury, S., & Arias Astray, A. (2016). Hacia Una Definición Actual Del Concepto De «Diagnóstico Social». Breve Revisión Bibliográfica De Su Evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.*, (23), 9–24.

Pérez, Maldonado L. (2019). Trabajo de fin de grado en trabajo social “la importancia de la provisión de apoyo social en el contexto de la salud y la enfermedad. ¿Es necesario el trabajo social sanitario? <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39825/TFG-G4070.pdf?sequence=1>

Pérez Rivero, L. (2000). La documentación específica en trabajo social: la historia, la ficha y el informe social. *Cuadernos de Trabajo Social*, (13), 75–75. <https://doi.org/10.5209/CUTS.8887>

Rivera, P., Morales, R., Isidora, O., Rosenkranz, S., Yévenes, C., Stefanie, O., & Hijerra, B. (2016). *Conocimiento para la equidad social*. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/110546>

Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horiz. Sanitario (En Línea)*, 17(2), 87–88. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2417>

Rodríguez Otero, L. M., & García Álvarez, M. P. (2018). Salud y Trabajo Social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1), 123–139. <https://doi.org/10.5209/cuts.57884>

Saavedra Gutiérrez, M. (2016). Trabajo social sanitario: una aproximación al perfil del trabajador social en el ámbito de la salud. *Humanismo y Trabajo Social*, (16), 169–185.

Torres, D. O. (2020, March 20). WHO and the global paradigm: The social determinants of health or the rhetoric of inclusion. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Universidad de Antioquia. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341524>

Velázquez, M. C. A. (2012). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Revista Ene de Enfermería*, 3(2), 70–79. Retrieved from <http://enfermeros.org/revista>

LEGISLACIÓN

Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II plan socio sanitario de Castilla y León. Boletín oficial de Castilla y León, núm. 95, de 21 de mayo de 2003, pp. 7434. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/planes-sanitarios/decreto-59-2003-15-mayo-aprueba-ii-plan-sociosanitario-cast>

Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 77, de 19 de abril de 2000, pp. 4485. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/organizacion-administrativa-castilla-leon/organizacion-administrativa/decreto-74-2000-13-abril-crea-regula-estructura-coordinacio>

Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado, núm. 235, de 28 de septiembre de 2010, pp. 82314 a 82347. <https://boe.es/boe/dias/2010/09/28/pdfs/BOE-A-2010-14848.pdf>

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207 a 15224. <https://boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo de 2003, pp. 20567 a 20588. <https://boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín oficial del estado, núm. 299, 15 de diciembre de 2006, pp 44142 a 44156. <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, pp. 40126 a 40132. <https://boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, núm. 222, de 16 de septiembre de 2006, pp. 32650 a 32679. <https://boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín oficial del estado, Núm. 254, de 24 de octubre de 2003, pp 37893 a 37902. <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-19572>