



## **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

“Protocolo de Acompañamiento a Pacientes después del Alta Hospitalaria en  
SACYL: una propuesta desde el Trabajo Social Sanitario”

Autora:

Julia García Corredera.

Tutor:

D. Jorge Marrón Abascal.

Facultad de Educación y Trabajo Social. Universidad de Valladolid.

Curso 2024-2025

Fecha de entrega: 21 de junio de 2025

## Agradecimientos

A mi madre, mi hermana y mi abuela por ser mi refugio, por sostenerme cuando pensaba que todo estaba perdido y enseñarme a salir adelante, vosotras sois el claro ejemplo del término “familia”. Sin vosotras esto no habría sido posible.

A mis amigas, amigos y pareja por acompañarme con mucha paciencia y cariño en cada etapa de este proceso. Gracias por no soltarme, por estar y, por guiar mi camino, incluso sin saberlo del todo. Habéis sido luz sin pretenderlo y, eso vale el doble.

A mi tutor, gracias por tu cercanía, acompañamiento y tu mirada respetuosa hacia lo que soy y lo que quiero construir. Tus palabras han dejado huella en mí, especialmente cuando dijiste “tú eres tu propia fuerza”, me llevo esta frase conmigo, no solo como guía en lo académico sino como lección de vida.

Y especialmente, a mi padre. Este trabajo nace de lo que vivimos juntos. Porque fue contigo con quien entendí de verdad la importancia de estar unidos en los momentos más duros. Fue contigo con quien descubrí la urgencia de estar, de acompañar y de no soltar la mano. Este trabajo también es tuyo. Espero que, allá donde estés, puedas verlo y sentirte orgulloso. Porque esto lo hicimos juntos.

Gracias, de corazón, a todos los que habéis sido parte de este camino.

## Índice

Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción.....	3
Objetivos de Trabajo Fin de Grado. ....	5
Capítulo 1. El Alta Hospitalaria: concepto, características y situación actual. ....	7
1.1. Definición del concepto de alta hospitalaria. ....	7
1.2. El camino hacia el alta hospitalaria. ....	9
1.3. Factores de riesgo en la transición post-hospitalaria. ....	11
1.4. Criterios de riesgo en pacientes. ....	15
1.5. Efectos de la hospitalización para facilitar el ingreso seguro al hogar. ....	18
1.6. Desafíos emocionales tras el alta hospitalaria. ....	21
1.7. Reingresos hospitalarios.....	25
Capítulo 2. Evolución del Trabajo Social Sanitario. ....	28
2.1. Orígenes e Historia del Trabajo Social Sanitario.....	28
2.2. Funciones del Trabajo Social Sanitario.....	29
2.3. Funciones/competencias del Trabajo Social Sanitario en el programa para la planificación del alta hospitalaria. ....	30
2.4. Marco normativo de la actividad profesional del Trabajo Social Sanitario. ....	32
2.5.1. Directrices supranacionales. ....	32

2.4.2. Normativa estatal.....	33
2.4.3. Normativa autonómica. ....	35
2.5. Protocolos de acompañamiento tras el alta hospitalaria en España: referencia y marco contextual. ....	38
2.5.1. Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con infección por COVID-19. ....	39
2.5.2. Proyecto INTecum. Atención al final de la vida. Junta de Castilla y León. ....	40
2.5.3. Protocolo de valoración tras el alta hospitalaria (Servicios de salud del Principado de Asturias). ....	41
2.5.4. Planificación del alta hospitalaria desde Trabajo Social Sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria (Servicio Navarro de Salud). ....	43
2.5.5. Análisis de limitaciones y desafíos en los protocolos de alta hospitalaria. ....	46
Capítulo 3. Propuesta de Protocolo de intervención social post-alta hospitalaria .....	48
3.1. Objetivos del Protocolo.....	49
3.1.1. Objetivo general del Protocolo.....	49
3.1.2. Objetivos específicos del Protocolo. ....	49
3.2. Ámbitos de aplicación.....	50
3.3. Población diana.....	50
3.4. Perfiles profesionales implicados en la intervención.....	50
3.5. Fases del Protocolo. ....	52

3.5.1. Fase 1: Identificación y Valoración Social Hospitalaria.....	52
3.5. 2. Fase 2: Elaboración del plan de intervención post-alta. ....	57
3.5.3. Fase 3: Proceso de tramitación de servicios. ....	62
3.5.4. Fase 4: acompañamiento social durante la transición post-alta. ....	63
3.6. Evaluación de la intervención. ....	64
3.7. Consideraciones finales del protocolo. ....	66
Capítulo 4. Conclusiones.....	68
Referencias bibliográficas. ....	70
Anexos.....	78
Anexo I. Ficha Social. ....	78
Anexo II. Informe Social. ....	79
Anexo III. Informe social final.....	83



## **Resumen**

Este Trabajo Fin de Grado aborda, desde una revisión bibliográfica, la complejidad del denominado como proceso de recuperación de los/as pacientes tras el alta hospitalaria. Esta etapa muestra un momento crítico dentro del proceso de recuperación ya que la tendencia a la reducción de las estancias hospitalarias, junto con la falta de apoyos tras la salida del hospital genera una serie de factores de riesgos con graves consecuencias: emocionales, sociales y familiares.

Dentro del ámbito hospitalario, el alta médica no marca el final del proceso asistencial sino el comienzo de una fase especialmente delicada para numerosos pacientes. La falta de un protocolo estandarizado deja a muchos/as pacientes y a sus familias en circunstancias de vulnerabilidad y desprotección.

Ante esta realidad y como propuesta de valor, se ha diseñado un *Protocolo de Acompañamiento post-alta hospitalaria* desde la perspectiva del trabajo social sanitario, centrado en el sistema público de salud de Castilla y León (SACYL). Esta propuesta busca garantizar una transición adecuada y estructurada del hospital al hogar, con el fin de evitar nuevas complicaciones, reducir los reingresos y contribuir con la mejora de calidad de vida de los/as pacientes. A través de esta iniciativa, se pretende no desatender al/la paciente una vez salga del centro hospitalario, fortaleciendo así la red de apoyo social y mejorando la calidad de vida en su proceso de recuperación.

## **Palabras claves**

Alta hospitalaria, Trabajo Social Sanitario, acompañamiento psicosocial, proceso de recuperación y protocolo de intervención.



## **Abstract**

This Final Degree Project addresses, through a literature review, the complexity of the so-called recovery process of patients after hospital discharge. This stage represents a critical moment in the recovery process, as the trend towards shorter hospital stays, together with the lack of support after leaving hospital, generates a series of risk factors with serious consequences: emotional, social and family.

Within the hospital setting, medical discharge does not mark the end of the care process but rather the beginning of a particularly delicate phase for many patients. The lack of a standardised protocol leaves many patients and their families in vulnerable and unprotected circumstances.

In view of this reality and as a value proposition, a Post-Hospital Discharge Support Protocol has been designed from the perspective of healthcare social work, focusing on the public health system of Castile and León (SACYL). This proposal seeks to ensure an adequate and structured transition from hospital to home, with the aim of avoiding new complications, reducing readmissions and contributing to improving patients' quality of life. Through this initiative, the aim is to ensure that patients are not neglected once they leave the hospital, thus strengthening the social support network and improving their quality of life during their recovery process.

## **Keywords**

Hospital discharge, Health Social Work, psychosocial support, recovery process and intervention protocol.



## **Introducción**

El momento del alta hospitalaria tiene un impacto crítico en el proceso de recuperación de las personas que ingresan en hospitales ya que el salto de un entorno asistido y controlado a la realidad del hogar enfrenta diversos desafíos. De hecho, ya en 2023, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León informó que la estancia media por paciente ingresado fue de 6,43 días, lo que supone una reducción del 3,7% en comparación con el año anterior (Junta de Castilla y León, 2023, p. 17).

Esta reducción en la duración de las hospitalizaciones intensifica la necesidad de una transición adecuada, ya que puede generar diversas dificultades tanto emocionales como psicológicas, sociales e incluso económicas. Todo esto crea una necesidad urgente de apoyo estructurado y continuo para facilitar así la adaptación del paciente.

El alta hospitalaria no solo afecta al proceso de adaptación del paciente, sino también a sus familiares, quienes enfrentan nuevos desafíos completamente desconocidos hasta el momento. Un seguimiento post-hospitalario por parte del/la profesional del Trabajo Social podría mejorar esta transición, reduciendo reingresos, complicaciones emocionales y mejorando la calidad de vida del mismo. Este acompañamiento favorecería una adaptación exitosa del/ la paciente y contribuiría a una recuperación más integral y sostenible.

Si bien las autoridades públicas, en concreto, la Sanidad de Castilla y León (en adelante, SACYL) han identificado estos retos y han implementado ciertos programas de seguimiento, todavía existen carencias en el respaldo y apoyo psicosocial tras el alta hospitalaria. La falta de un protocolo estandarizado deja a muchos/as pacientes y a sus familias en circunstancias de vulnerabilidad y desprotección.



El presente Trabajo de Fin de Grado (en adelante, TFG) se acerca a esta problemática desde el Trabajo Social y en el contexto del alta hospitalaria en SACYL. Además, se propone un diseño de protocolo de acompañamiento que brinde apoyo continuo al paciente, mitigando de dicha forma las limitaciones de los programas actuales. A través de esta iniciativa, se pretende no desatender al paciente una vez salga del centro hospitalario, fortaleciendo así la red de apoyo social y mejorando la calidad de vida de los/as pacientes en su proceso de recuperación.

El TFG se estructura en cuatro capítulos principales. El Capítulo 1 se centra en el concepto de alta hospitalaria abordando su definición, el proceso de transición al hogar, los factores de riesgo y efectos emocionales, así como los reingresos hospitalarios y sus causas. El Capítulo 2 expone la evolución del trabajo social sanitario, sus funciones, criterios de intervención, el marco normativo y diversos protocolos aplicados en el contexto español. El Capítulo 3 presenta una propuesta de protocolo de intervención social tras el alta hospitalaria, detallando así sus objetivos, fases, población diana, profesionales implicados y el sistema de evaluación. Por último, el Capítulo 4 recoge las conclusiones del trabajo, subrayando la necesidad urgente de implementar dicho protocolo y la importancia de continuar profundizando en esta línea de intervención.

En definitiva, este TFG no solo plantea una propuesta técnica, sino que también pretende visibilizar una necesidad urgente dentro del sistema sanitario: la creación de un protocolo estandarizado que garantice el acompañamiento psicosocial del paciente tras el alta hospitalaria. Se trata así de una propuesta de valor que surge desde la práctica profesional del Trabajo Social y que representa un primer paso hacia una atención más humana, continua, directa y eficaz, donde el alta no signifique el final del cuidado sino el comienzo de una recuperación plena y verdadera.



## **Objetivos de Trabajo Fin de Grado.**

Los objetivos de este trabajo marcan el camino que se ha ido creando y se ha seguido para abordar el tema elegido. Estos contribuyen a estructurar, orientar y organizar las ideas principales, ayudándonos a centrarnos en la importancia del Trabajo Social en el proceso de alta hospitalaria y en cómo mejorar el acompañamiento a los/as pacientes. A continuación, se detallan los principales propósitos que se han perseguido:

1. Comprender el contexto psicosocial y los retos asociados al alta hospitalario desde una perspectiva del TS Sanitario.

1.1. Detectar los desafíos emocionales y sociales que enfrentan los/as pacientes tras el alta hospitalaria.

1.2. Identificar las principales condiciones sociales y económicas que dificultan la recuperación tras el alta hospitalaria.

2. Analizar las normativas existentes para identificar las limitaciones de los programas de seguimiento post-hospitalario implementados por la Consejería de Sanidad de Castilla y León y en otras ciudades de España.

2.1. Realizar un análisis crítico de las normativas existentes en relación con la transición tras el alta hospitalaria.

2.2. Evaluar las prácticas implementadas y las limitaciones de los programas de seguimiento post-hospitalarios consultados.



### 3. Diseñar una propuesta de mejora para el acompañamiento post-alta hospitalaria.

3.1. Proponer un protocolo de acompañamiento en el proceso de transición tras el alta hospitalaria desde el Trabajo Social, con el fin de mejorar la adaptación del paciente a su entorno, reducir la posibilidad de reingresos, complicaciones emocionales y fortalecer el apoyo continuo tras la salida del centro hospitalario.

## **Capítulo 1. El Alta Hospitalaria: concepto, características y situación actual.**

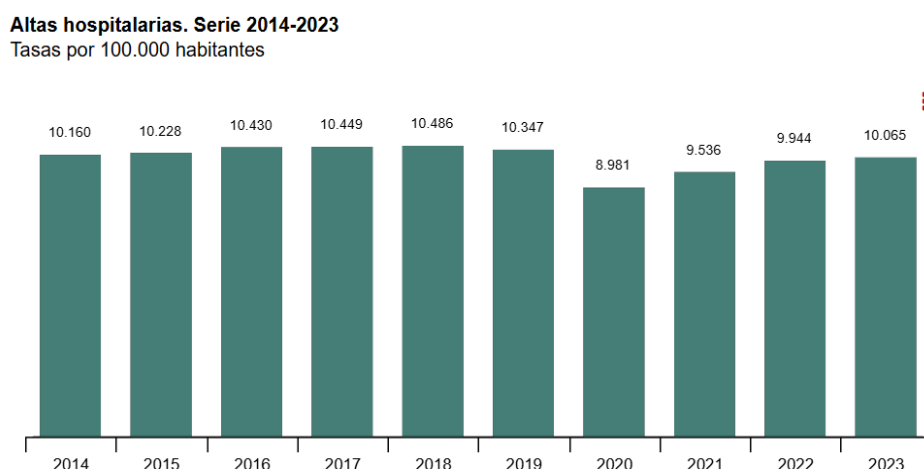
### **1.1. Definición del concepto de alta hospitalaria.**

El alta hospitalaria según el Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE), "es el procedimiento por el que un paciente ingresado en un Centro o Establecimiento Sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria" (INE, 2025)

Durante el año 2023 en España, se registraron 4.866.745 altas hospitalarias, lo que representó un aumento del 2,4% en comparación con el año anterior. Este incremento evidencia una recuperación de la actividad hospitalaria tras la pandemia, así como una tendencia ascendente en la necesidad de demanda médica. Respecto al sexo de las personas dadas de altas, el incremento fue del 2,8% en hombres y del 2,1% en mujeres (excluyendo los sucesos asociados a embarazo y parto). (INE, 2023)

### **Figura 1.**

*Altas hospitalarias. Serie 2014-2023.*





*Nota. De Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 2023*, por Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023.

En el ámbito del trabajo social sanitario, una de las referentes más destacadas en España es Dolors Colom Masfret trabajadora social sanitaria y autora de múltiples textos sobre la práctica y metodología de la salud. Y es que, esta autora, introduce un concepto clave: “la planificación del alta hospitalaria”, diferenciándola de la “planificación del alta sanitaria”. De esta manera, la diferencia en que la primera hace referencia al momento exacto en el que la persona deja físicamente el hospital; mientras que en la segunda habla ya de cuando la persona ha resuelto el proceso clínico, cuando ya no requiere atención o supervisión. Esta distinción resulta esencial para comprender que, al introducir al Trabajo Social en el ámbito de la salud se ha producido propiamente una evolución dentro de la rama; puesto que, aunque se produzca el alta hospitalaria, la persona no tiene por qué abandonar necesariamente el sistema sanitario. Lo que quiere decir que, desde esta perspectiva el alta hospitalaria no es un cierre, sino un tramo crítico de la cadena asistencial, donde el papel del trabajo social sanitario resulta clave para garantizar una transición propia y adecuada (Colom, 2020).

Esta visión también es compartida a nivel internacional. Bridget Penhale, en la Blackwell Encyclopedia of Social Work, define la planificación del alta como:

La planificación del alta desde el hospital es el proceso por el cual las personas dejan el hospital después de un periodo de cuidados de ingreso y regresan a su vida en comunidad. Ello puede ser al propio hogar de la persona, una prestación de alberge o una residencia para cuidados de enfermería. La necesidad de planificar el alta para una transición exitosa y que el individuo pueda regresar a su comunidad concierne a una amplia gama de clientes



de servicios incluyendo a personas mayores, adultas, con dificultades en el aprendizaje, y todos aquellos con problemas mentales.

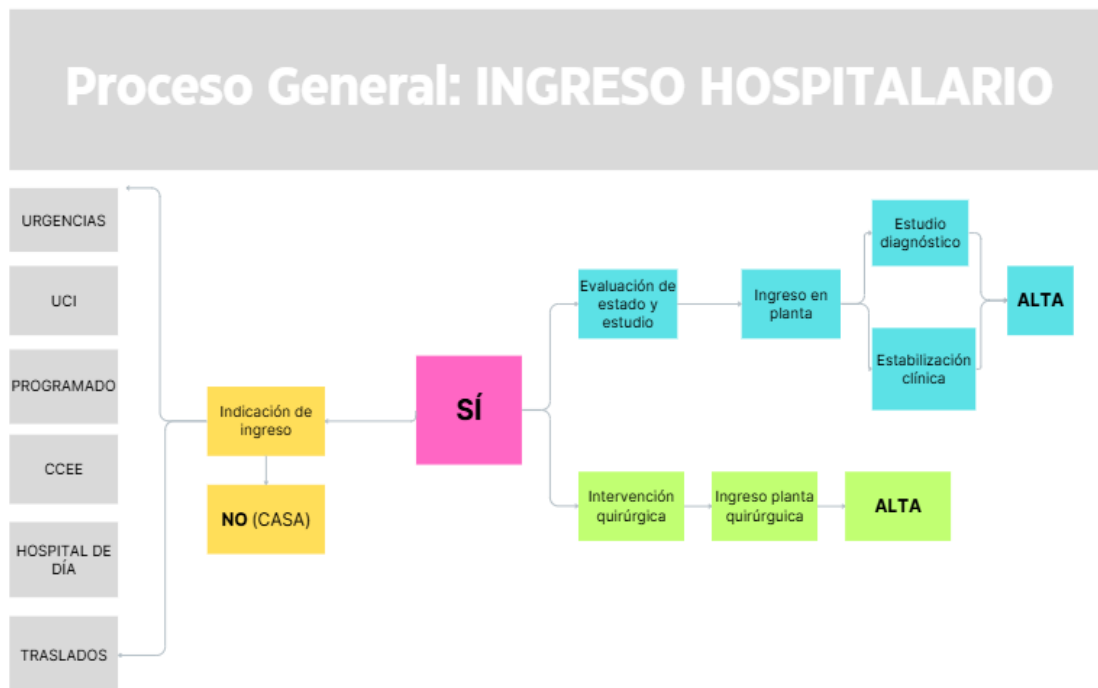
El plan debe basarse en las necesidades del individuo y en particular, en las necesidades de servicios, asistencia o equipamientos una vez se haya ido del hospital. Ello debe proveerse cuando la persona deja el hospital, o después en un corto tiempo (Penhale, 2000, p.99).

## **1.2. El camino hacia el alta hospitalaria.**

El proceso de ingreso hospitalario sigue una serie de pasos ya estipulados que garantizan la atención adecuada del o la paciente. Primero, el/la paciente será evaluado/a por el equipo médico que determina la necesidad que tiene el individuo, pautando un tratamiento adaptado y adecuado a sus características. Tras esto, se realizan una serie de pruebas y se inicia el tratamiento marcado conforme a la condición de cada paciente. Durante su estancia, se lleva a cabo un seguimiento adaptado y regular que va pautando su propia evolución. A medida que el paciente mejora, se planifica su alta asegurándose de dicha forma que esté en condiciones de continuar su recuperación sin riesgos (Eymin, 2014).

**Figura 2.**

*Proceso General: Ingreso Hospitalario.*



*Nota.* Adaptado de *Gestión por procesos del ingreso hospitalario*, de Junta de Andalucía, 2024.

El proceso de alta hospitalaria es el momento más crítico en la recuperación de los/as pacientes ya que es en este proceso cuando se determina si pueden continuar su tratamiento o no, fuera del hospital de una forma segura. Antes de esto el equipo médico evalúa si es más beneficioso para el paciente volver a casa o seguir en el hospital, considerando de manera oportuna los riesgos y complicaciones que puede causar cualquiera de estas decisiones. En general, si el paciente puede ser tratado adecuadamente en su hogar, es preferible que regrese a su domicilio, incluso si su enfermedad no está completamente resuelta (Pistoria, 2023).

Para que un paciente reciba el alta, debe cumplir ciertos requisitos que aseguran su autonomía dentro del proceso de la enfermedad. Entre ellos, debe ser capaz de: tomar medicamentos por vía oral, alimentarse, moverse de forma autónoma en su hogar o contar con el



apoyo necesario como silla de ruedas o andador; y, no requerir seguimiento diario con equipos hospitalarios (Pistoria, 2023).

El proceso de alta no es un trabajo exclusivo de los médicos. Antes de la salida del mismo, el equipo de salud trabaja de manera interdisciplinaria incluyendo enfermeros, geriatras, fisioterapeutas, trabajadores sociales o equipos especiales que hayan tratado al paciente. Por ello, es crucial la participación activa del o de la paciente y de sus familiares para que se pueda asegurar que las medidas propuestas son las más adecuadas (Eymin, 2014).

Si la persona paciente necesita cuidados adicionales, puede ser transferido a otro centro como: los centros de rehabilitación o residencias. En cualquier caso, debe recibir un informe médico detallado donde se vea reflejado el tratamiento y las citas de seguimiento, así como instrucciones claras sobre los cuidados, medicación y cualquier restricción que pueda tener. En el caso de que el paciente sea trasladado a otro centro, se deberá enviar un informe de “transición asistencial” para que la nueva institución tenga toda la información necesaria (Pistoria, 2023).

### **1.3. Factores de riesgo en la transición post-hospitalaria.**

El regreso a casa tras la hospitalización puede presentar ciertos riesgos que pueden afectar directamente la recuperación del paciente. Entre estos factores críticos se encuentran:

#### **1. La falta de apoyo familiar y soledad.**

El aislamiento social y la soledad son factores que afectan de forma directa a la salud física y mental; además de ser, condicionantes de salud en colectivos concretos. Mientras que el aislamiento social es una situación objetiva que hace referencia a tener pocos contactos, la soledad es una experiencia subjetiva que se manifiesta en tres formas: emocional (falta de personas cercanas), relacional (poca proximidad con amigos y familiares) y colectiva (sentimiento de ser



poco valorado en sociedad). Vivir solo no conlleva padecer aislamiento social ni soledad; como bien decía el actor Robin Williams: “Yo pensaba que lo peor de esta vida era acabar solo. Y no lo es. Lo peor es acabar con gente que te haga sentir solo” (Williams, como se citó en Gené- Badia et.al., 2016). Por lo que, no interesa solo comprobar si existen vínculos con otras personas, sino que tenemos que centrarnos en comprobar la calidad del mismo (Gené-Badia et al. 2016).

La falta de apoyo familiar y la soledad son dos factores realmente importantes que afectan a la adherencia a los tratamientos médicos, especialmente en esas personas con enfermedades crónicas. En este contexto, Cruz Roja Española a través del programa “No me olvides” ya ha puesto en marcha un proyecto con el objetivo de mejorar esta adherencia terapéutica de las personas que requieren apoyo para cumplir las indicaciones médicas de manera efectiva (Cruz Roja Española, 2021). Por otro lado, la Junta de Castilla y León ha desarrollado el “Plan de Acción contra la Soledad no Deseada y el Aislamiento social 2022-2025”, que incluye treinta acciones organizadas en las problemáticas que puedan surgir, promoviendo la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (Junta de Castilla y León, 2022).

## 2. Viviendas inadecuadas.

La estabilidad y la seguridad de la vivienda son factores realmente importantes. Salir de un entorno asistido y adaptado a las necesidades de la enfermedad; conlleva volver a tu verdadero hogar, donde puede que no cuentes con todas esas adaptabilidades. Las barreras arquitectónicas, como la posible ausencia de ascensor, escaleras empinadas o baños no adaptados pueden dificultar la movilidad y aumentar de gran manera el riesgo de caídas. Según el estudio realizado por Fernanda Rosa de Oliveira Pires et al. (2014) el 46% de las viviendas analizadas presentaban más de dos barreras arquitectónicas y el 21% de estas no contaba con ningún rasgo facilitador.



Además, las condiciones inadecuadas del hogar, tales como la humedad, el exceso de espacio o la ausencia de ventilación pueden impactar de manera adversa en la salud física y mental de los mismos. Como señala la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) “las malas condiciones habitacionales son uno de los mecanismos a través de los cuales las desigualdades sociales y ambientales se traducen en inequidades sanitarias que, a su vez, afectan aún más a la calidad de vida y el bienestar” (OMS, 2018, p.4)

La mejora de las condiciones de habitabilidad es crucial no solo para evitar enfermedades y elevar el nivel de vida, sino también para contribuir al logro de unos objetivos globales. Con el incremento previsto de la población urbana y su envejecimiento, se vuelve cada vez más necesario adaptar las viviendas para salvaguardar a las personas y asegurar ambientes seguros, accesibles y que reduzcan el riesgo de caídas o traumatismos, especialmente en personas mayores o con discapacidad.

### 3. Inestabilidad económica.

Los efectos de la crisis económicas sobre la salud deben ser examinados desde distintas perspectivas: a corto plazo y largo plazo, directos e indirectos, reversibles e irreversibles. La intensidad de estos efectos se basa en gran parte en el entorno institucional, la fortaleza de los mecanismos públicos y la articulación de la propia sociedad civil (Oliva et al., 2018).

Dentro de este marco, la función del Ministerio de Sanidad es esencial como ente institucional del Estado del Bienestar. El Ministerio toma el papel de “protector del derecho” a la protección de la salud, formulando políticas sanitarias, que en periodos de crisis pueden mitigar en cierta parte los impactos más directos y perjudiciales. La presencia de políticas sociales universales posibilita la protección de los grupos más vulnerables, la disminución de las desigualdades y el fomento de



la equidad en el ámbito de la salud. Estos ejemplos más concretos los vemos incluidos en programas de atención primaria, las estrategias de salud mental o los programas dirigidos a colectivos específicos como infancia, personas mayores o personas con enfermedades crónicas (Oliva et al., 2018).

Sin embargo, a pesar del papel tan importante que tienen las instituciones, la realidad muestra que sus intervenciones no siempre logran erradicar las consecuencias sociales. Las dificultades de carácter económico ya no solo limitan el acceso a medicamentos y tratamientos; sino que, afecta también a la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud más necesarios. El mejor ejemplo se vio durante la crisis del 2008, donde diversos estudios demostraron que factores como el desempleo, bajos salarios e inestabilidad laboral afectaron negativamente en la salud mental de la población española, especialmente en hombres y colectivos vulnerables (Oliva et al., 2018).

Esta inestabilidad también genera otras barreras sociales, como los elevados precios de algunos tratamientos, la falta de transporte o la escasa información sobre los recursos profesionalizados. Durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, se evidenció un grave problema de acceso relacionado con los costes:

El precio de los medicamentos se ha disparado desde hace años y su crecimiento ha sido imparable y en muchos casos, incontrolable. Durante la pandemia del coronavirus se comprobó cómo, antes de la aparición de curas específicas y vacunas, medicinas que costaba producir apenas seis euros se vendían por 2.000 euros (Carmona, 2023, párr.4).

El/la trabajador/a social juega un papel muy importante a la hora de identificar dichos factores de riesgo y proporcionar estrategias de ayuda e intervención para minimizar de manera adecuada el impacto que puede causar.

#### 1.4. Criterios de riesgo en pacientes.

Según la OMS, el riesgo se define como “la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o un factor que aumente la posibilidad de que ocurra dicho resultado” (OMS, 2002, capítulo 1, p.1.).

Es fundamental identificar en un primer plano tanto los riesgos clínicos como sociales para poder detectar así de forma inmediata desde un principio quiénes son los/as pacientes que pueden estar en situación de vulnerabilidad. En primer lugar, se presentan los riesgos clínicos en una tabla para una visualización mucho más clara y estructurada.

**Tabla 1.**

*Criterios de Riesgo Clínico.*

Categoría	Criterios de Riesgo Clínico
Enfermedades Cardiovasculares.	Accidente vascular cerebral (AVC)- Enfermedad cardiaca.  Insuficiencia cardiaca.  Fractura de fémur (en personas con antecedentes cardíacos o fragilidad).
Enfermedades Neurológicas.	Coma.  Demencia senil.  Lesión medular.  Enfermedad neurológica.



Categoría	Criterios de Riesgo Clínico
Enfermedades Metabólicas.	<p>Diabetes mellitus.</p> <p>Cirrosis hepática.</p> <p>EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).</p> <p>Colostomía.</p> <p>Diálisis.</p>
Enfermedades Crónicas y otros.	<p>Adicciones.</p> <p>Amputaciones.</p> <p>Ceguera.</p> <p>Escaras de decúbito.</p> <p>Infección urinaria.</p> <p>Dolor permanente.</p> <p>Enfermedad infectocontagiosa.</p> <p>Enfermedad mental.</p> <p>Padecer una enfermedad terminal.</p> <p>Padecer una enfermedad mental o toxicomanía.</p>

*Nota.* Adaptado de *La planificación del alta sanitaria* (p. 20), por D. Colom, 2020, Universitat Oberta de Catalunya.



Y, a continuación, nombraremos según Colom (2020) los riesgos sociales, clasificados por puntos:

- Tener más de 75 años.
- Tener más de 70 años y vivir solo o con pareja de edad similar.
- Tener más de 70 años y padecer una enfermedad crónica.
- Tener 70 años y haber ingresado anteriormente.
- Tener más de 70 años e ingresar por caída o fractura.
- Tener más de 70 años y haber sido dado de alta dentro de los 15 días anteriores al ingreso actual.
- Ingresar a consecuencia de un accidente vascular cerebral (AVC).
- Padecer una enfermedad terminal.
- Padecer una enfermedad mental.
- Padecer una toxicomanía.
- Haber sufrido un politraumatismo.
- Lesiones con indicios de violencia. (Colom, 2020, p. 18)

Además de estos criterios sociales, debemos tener en cuenta los riesgos clínicos puesto que pueden ir interrelacionados directamente con el riesgo social. Estos dos puntos pueden interactuar e incluso agravar la condición del propio paciente por lo que deben evaluarse siempre en conjunto. Entendiendo de esta forma que los riesgos son algo dinámico, a lo que hay que prestarle especial atención y donde es necesaria la visión de los profesionales para que sepan sumar sus partes y afinar más el proceso.



### 1.5. Efectos de la hospitalización para facilitar el ingreso seguro al hogar.

Es realmente importante recordar que las secuelas de la hospitalización no desaparecen de un día para otro, el proceso de alta está hilado con varios problemas derivados de esta fase puesto que, como ya hemos dicho anteriormente, la transición de un entorno asistido y controlado puede generar múltiples complicaciones.

Conocer cuáles han sido las consecuencias que han surgido por dicha razón facilita mucho el trabajo puesto que estos efectos se trasladan a la vida cotidiana del paciente que regresa de nuevo al hogar. La hospitalización, sobre todo, cuando es prolongada, debilita tanto al cuerpo como a la mente, lo que afecta de forma directa a la capacidad de la persona para retomar su rutina habitual.

Si el paciente necesita ser atendido fuera del entorno familiar, por ejemplo, a la hora de ingresar en una residencia o en un entorno asistido, entender todo lo que ocurrió, permite a los cuidadores ofrecer un tratamiento más adaptado. De esta forma, se puede hacer un seguimiento mucho más efectivo y personalizado (Pistoria, 2023).

A continuación, vamos a detallar cuáles son los mayores problemas reconocidos que se dan en el entorno hospitalario para poder entender cómo estos aspectos pueden debilitar las capacidades del paciente. Todos los aspectos tratados en este apartado han sido extraídos del *Manual MSD*, específicamente del capítulo sobre planificación del alta hospitalaria revisado por Michael Joseph Pistoria, DO (doctor of osteopathic medicine), del Lehigh Valley Hospital - Coordinated Health (Pistoria, 2023).

#### a) Problemas relacionados con el reposo en cama prolongado

Permanecer en cama durante un largo periodo de tiempo sin practicar actividad física puede originar problemas como la creación de coágulos de sangre, lo cual ocurre cuando la circulación de la sangre hace que se ralentice y se formen trombos. Estar más tiempo inactivo hace que en



algunos casos se produzca estreñimiento debido a que la materia fecal se mueve de forma más lenta. Esto también puede provocar úlceras por presión, que se producen cuando una persona está en la cama mucho tiempo en una misma posición. Además de todo esto, el estar encamado produce mayor debilidad ósea, ya que el cuerpo se desacostumbra a soportar su propio peso y hace que haya una mayor debilidad muscular.

Para prevenir todos estos problemas en los hospitales se exige que los/as pacientes comiencen a moverse tan pronto como sea posible. Cuando una persona está en la cama y no puede hacer ejercicios por sí sola, un fisioterapeuta u otro profesional puede mover sus brazos y piernas.

#### b) Desnutrición

La desnutrición puede originarse por la falta adecuada de consumo de alimentos o por no obtener cantidades suficientes de nutrientes esenciales, como son las vitaminas y minerales.

Las personas hospitalizadas pueden experimentar falta de apetito debido a los fármacos y la comida que se ofrece puede no ser de su preferencia. Además, en muchas ocasiones, se les exige seguir una dieta estricta, como una baja en grasa o sal, que también podría no resultarles de su preferencia. Cabe también mencionar que las comidas y cenas se sirven y retiran a unas horas determinadas por lo que puede que esos horarios no entren dentro de sus planes ya establecidos en el hogar. Otros/as pacientes, tienen dificultad para comer desde la cama su propia bandeja y los que necesitan ayuda tardan más tiempo en comer lo que conlleva que la comida se quede fría y sea aún menos apetecible.

Los/as pacientes enfrentan diversos obstáculos a la hora de tener una adecuada nutrición, desde la falta de apetito hasta las restricciones dietéticas, lo que afecta su bienestar general. Aunque los hospitales se esfuercen por prevenir la desnutrición, este es un desafío complejo que depende de varios factores, tanto internos como externos, que dificultan su completa solución.



### c) Infecciones Intrahospitalarias

Aunque en el desarrollo del texto se ha seguido principalmente el enfoque de Michael Joseph Pistoria conviene tener en cuenta para una mejor comprensión del concepto, la definición de La Organización Mundial de la Salud sobre las infecciones intrahospitalarias:

Son aquellas infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. Incluyen también las infecciones que se contraen en el hospital, pero se manifiestan después del alta, así como las infecciones ocupacionales del personal del centro sanitario (OMS, como se cita en Hospitales sin infecciones, 2022, párr. 1).

### d) Confusión y deterioro cognitivo

La confusión y el deterioro en pacientes hospitalizados son causados por factores tales como el dolor, los fármacos, el cambio de rutina, falta de estímulos, falta de sueño la soledad y el simple ambiente hospitalario. Teniendo en cuenta que los horarios que se establecen para los procedimientos médicos favorecen a la desorientación y falta de sueño.

Si nos centrásemos en el caso de las unidades de cuidados intensivos (UCI), los/as pacientes al encontrarse aislados, la luz brillante, las interrupciones frecuentes y el ruido constantes; pueden llegar a provocar lo que se conoce como “psicosis de la UCI” que es un trastorno que experimenta síntomas como ansiedad, desorientación, comportamientos violentos, visiones que no están presentes y escucha de voces.

Es realmente importante que tanto familiares como el personal hospitalario faciliten la adaptación asegurándose de que pueda dormir sin interrupciones, animándole a levantarse con regularidad, hablarle de lo que está sucediendo fuera del hospital, explicarle que los tratamientos son para ayudarle a comprender lo que está ocurriendo, etc.



### e) Incontinencia

En el centro hospitalario pueden ocasionarse incontinencias urinarias o fecales y esto puede darse por diversas razones, así como estar en reposo en cama, tener dificultades a la hora de ponerse en pie, tratamientos diuréticos que están destinados a que la vejiga se llene antes, tener conectados diversos dispositivos, entre otros.

Debemos tener en cuenta que una persona que nunca antes ha estado en una situación que requiera este tipo de ayuda experimenta gran malestar a la vez que nerviosismo. Esta dependencia no solo es incómoda, sino que también puede ser angustiante para el paciente, que no encuentra gran agrado en verse limitado en aspectos de su propia autonomía y capacidad para tomar decisiones.

### f) Caídas

Estar mucho tiempo en cama debilita los músculos y dificulta que la sangre regrese al corazón, lo que puede causar mareos o vértigo al ponerse de pie. Además, los medicamentos hospitalarios pueden aumentar dichos mareos, somnolencia o confusión. La cama, a menudo está elevada o con barandillas, lo que dificulta el levantarse, y la iluminación tenue puede hacer que no se vean bien los obstáculos en muchas ocasiones. Teniendo en cuenta que las personas desorientadas tienen más probabilidades de sufrir caídas

## **1.6. Desafíos emocionales tras el alta hospitalaria.**

Aunque el enfoque de este trabajo no se centra exclusivamente en la Unidad de Cuidados Intensivos (en adelante, UCI), los sentimientos y emociones descritos en este estudio, aunque relacionados con la transición desde la UCI hacia las salas de hospitalización, se pueden trasladar a cualquier proceso de alta hospitalaria. Las experiencias emocionales de los/as pacientes,

independientemente del tipo de unidad o fase del tratamiento, son fundamentales y tienen un impacto directo en la percepción del alta y la recuperación del paciente.

Un estudio realizado en Cataluña titulado *Sentimientos y emociones de los/as pacientes en el proceso de alta de UCI* (Romero et al., 2023) ha demostrado la gran importancia de tener en cuenta la experiencia emocional de los/as pacientes al ser dados de alta. Estos autores afirmaron lo siguiente:

En la descripción de los resultados, los sentimientos que emergen de la transición de ser dado de alta de la UCI se han clasificado en sentimientos que provocan bienestar y sentimientos que provocan malestar. Para cada uno de estos sentimientos se han relacionado las situaciones y factores que los facilitan, y se aportan segmentos de los discursos de los informantes que optimizan la comprensión de los relatos de los/as pacientes en cuanto a su percepción del proceso de alta (PA) desde la UCI a las salas de hospitalización (Romero et al., 2023, p. 7)

Entre los informantes se mencionaron tres sentimientos claves que consideraron que contribuyen al bienestar: alegría, satisfacción y seguridad. La alegría se vinculó a la mejora en su estado de salud y a la sensación de haber avanzado en el proceso de recuperación. El término de satisfacción surgió de la implicación activa del paciente, que generaba un sentimiento propio de la confianza y el logro. Además, la seguridad fue una palabra que estuvo presente al hacer referencia al entorno familiar y a la compañía de otros/as pacientes que aportaban un apoyo emocional adicional. Todos estos factores en conjunto contribuyen de manera clara al bienestar del paciente en el proceso de alta (Romero et al., 2023).

Sin embargo, no hay que dejar atrás la otra cara de esta realidad. Y, es que sentimientos como ansiedad, tristeza, miedo, desprotección y rabia también fueron términos de los más mencionados.

La ansiedad fue descrita, a grandes rasgos, como la incertidumbre sobre el proceso de alta y la interrupción brusca de la monitorización, especialmente cuando perciben que hay una menor continuidad en los cuidados proporcionados. La tristeza es uno de los sentimientos más difíciles de describir para los/as pacientes, ya que algunos lo vinculan con la pérdida de contacto con los profesionales que les han tratado y otros hablan de tristeza refiriéndose a cuando han recibido un mal cuidado o se ha desvalorizado su situación. Por otro lado, el miedo aparece en forma de inseguridad y en forma de una percepción de peligro haciendo referencia a la incertidumbre que crea la evolución de su propio estado de salud. A esto se suma la desprotección, que se suele producir tras el alta de forma rápida y también por a falta de información que se les proporciona a los/as pacientes. Por último, el sentimiento de rabia o enfado está estrechamente relacionado con las personas que experimentan que se podría haber producido un comportamiento o proceder de una forma distinta, y se puede asociar con sentimientos como el abandono y la injusticia (Romero et al., 2023).

**Tabla 2.**

*Sentimientos y desencadenantes relacionados con el proceso de alta de UCI.*

Sentimientos causantes de bienestar	Alegría.	Cambio entorno físico: luz natural. Percepción de mejora del estado de salud. Compañero de habitación.
	Satisfacción	Trato recibido por el personal. Visita de los profesionales de la UCI. Autonomía. Poder llevar a cabo actividades cotidianas.
	Seguridad	Traslado acompañado de la enfermera de UCI. Continuidad en la monitorización. Confianza en el personal sanitario.

Sentimientos causantes de malestar	Ansiedad	Incertidumbre. Posibilidad de que vuelva a ocurrir algún evento similar al de la UCI. Falta de información. Falta de continuidad de los cuidados. Interrupción brusca de la monitorización.
	Tristeza	Pérdida de contacto con los profesionales. Alta rápida y traspaso de información entre profesionales.
	Miedo	Desconocimiento sobre el nuevo entorno. Desconocimiento sobre el cuidado. Percepción de mal estado de salud. Dificultad de comunicación.
	Rabia	Abandono. Dejadez de los cuidados. Trato recibido
	Desprotección	Alta rápida y sin planificación. Falta de información. No presencia enfermera

*Nota.* Adaptado de *Sentimientos y emociones de los pacientes en el proceso de alta de UCI* (p. 13), por M. Romero *et al.*, 2023, *Revista Ene de Enfermería*, 17(3).

Si bien es cierto que, el presente TFG no está enfocado especialmente en el ámbito de la UCI considero muy interesante mostrar los sentimientos desencadenantes en los/as pacientes durante el proceso de alta, puesto que, este proceso es similar al alta en otras áreas de atención hospitalaria. Al respecto, el estudio que acabamos de citar con anterioridad proporciona grandes y valiosas aportaciones de pacientes que han vivido esta experiencia y nos facilita ponernos en el papel de la



realidad de este proceso como es el alta o la salida de la UCI. Conocer y saber manejar las emociones de los/as pacientes en cualquier fase de su tratamiento favorece a la mejora del mismo.

### 1.7. Reingresos hospitalarios.

Según Alonso Martínez et al. (2001):

En España, la tasa de reingreso hospitalario comunicada es muy variable, existiendo variabilidad en las series presentadas en cuanto a la patología causante, la consideración de reingreso temprano, la terminología empleada (readmisión frente a reingreso) y datos contradictorios sobre su utilidad como índice de calidad asistencial. A pesar de todos estos obstáculos, el conocimiento del reingreso en un área determinada de trabajo puede servir como indicador de calidad local (p. 249).

Las principales causas de reingreso hospitalario según Alonso et al. (2021) están vinculadas a factores muy variados pero que tocan aspectos que van desde el empeoramiento hasta un manejo inadecuado tras el alta. A continuación, se detallan algunas de estas causas y las posibles medidas preventivas, según Alonso et al. (2001):

#### 1. Empeoramiento de la enfermedad crónica:

- La condición del paciente se agrava después del alta hospitalaria.
- Prevención: evaluar bien si el paciente va a precisar de nuevos apoyos, si puede ser tratado en otro tipo de unidades (hospital de día, hospitalización a domicilio) o si debe mantenerse ingresado por un tiempo prolongado.

#### 2. Manejo inadecuado por parte de los hospitales:

- Es causado en el momento en el que el paciente no recibe un seguimiento adecuado ya sea por parte del centro de salud o ambulatorio.

- Prevención: mejorar la intercomunicación entre el hospital y los médicos de atención primaria, comúnmente conocidos como médicos de cabecera. Es crucial facilitar la coordinación y consultas en atención primaria, para así gestionar los problemas clínicos entre los diferentes niveles de atención.

### 3. Iatrogenia-toxicidad:

- Hace referencia a los efectos secundarios causados por el tratamiento médico, ya sea por los medicamentos o por otros procedimientos.
- Prevención: comunicar a los profesionales el primer síntoma que no parezca común y seguir al pie de la letra las guías de práctica clínica para asegurar que todos los médicos sigan el mismo protocolo ya marcado con anterioridad de forma que se puedan reducir los riesgos de errores médicos.

Existen una serie de factores adicionales que contribuyen también al reingreso hospitalario, como es el reingreso temprano y las hospitalizaciones inadecuadas por ello reconocer la diferencia entre uno y otro es realmente importante.

**Tabla 3.**

*Análisis de factores asociados a reingresos tempranos y hospitalizaciones inadecuadas.*

Reingreso temprano	Hospitalización inadecuada
Aproximadamente el 40% de los reingresos ocurren poco después del alta. Estos son más comunes en pacientes con antecedentes de múltiples ingresos previos.	Un 20% de los reingresos fueron causados por hospitalizaciones que no cumplían con los criterios necesarios para ser ingresados, lo que también es un factor prevenible. Sin embargo, estos/as pacientes no suelen permanecer mucho tiempo hospitalizados y tienen una tasa de mortalidad baja.



*Nota.* Adaptado de *Reingreso hospitalario en Medicina Interna* (p. 253), por J. L. Alonso *et al.*, 2001, *Anales de Medicina Interna*, 18(5).

Muchos creen que variables como la edad, el sexo, el tipo de residencia, ya sea rural o urbana y el tipo de médico de atención primaria influyen significativamente en el proceso de reingreso. Sin embargo, esto no es cierto, ya que no se ha encontrado una asociación significativa entre estas variables y los reingresos. Esto sugiere que otros factores podrían ser más determinantes a la hora de predecir los reingresos (Alonso et al., 2001).

Tras analizar el estudio consultado se han identificado varios factores de riesgo importantes y derivados en el reingreso hospitalario. Uno de los principales factores es ser un paciente con múltiples ingresos previos, lo que aumenta a gran escala las probabilidades de que el paciente regrese una vez más al hospital. Por otro lado, tener un reingreso que podría haberse evitado también es un factor a tener en cuenta; lo que quiere decir, que una mejor atención o un manejo adecuado en estas circunstancias podría haber prevenido un ingreso innecesario. Por último, cumplir con alguna de las causas de reingreso ya mencionadas previamente, como el empeoramiento de la enfermedad o un manejo inadecuado, también aumenta el riesgo de reingresos (Alonso et al., 2001).



## **Capítulo 2. Evolución del Trabajo Social Sanitario.**

### **2.1. Orígenes e Historia del Trabajo Social Sanitario.**

Para comenzar este capítulo, me gustaría añadir una definición de lo que es el trabajo social sanitario:

El trabajo social sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas (Ituarte A., 2012).

El nacimiento del trabajo social sanitario aparece a principios del siglo XX en Estados Unidos. Fue en el año 1905 cuando el Dr. Richard Clarke Cabot del Hospital General de Massachusetts introdujo el concepto de "social service" en el ámbito hospitalario queriendo dar pie a integrar el apoyo social al tratamiento médico. Al año siguiente, en 1906, Ida M. Cannon asumió el cargo de jefa del Departamento de Servicios Sociales del mismo hospital, haciendo oficial la figura del o de la trabajador/a social sanitario/a (Idareta, 2021).

Si trasladamos este concepto al contexto español, figuras como Concepción Arenal fueron pioneras en la integración y adaptación del trabajo social en el ámbito sanitario. No fue hasta el siglo XIX, cuando Arenal apostó por la asistencia social y la mejora de las condiciones de los pobres. Para Concepción Arenal, la salud era otra cuestión social más que se anclaba en lo moral, al igual que las demás —educación, economía, política, etc.—. (Idareta, 2021). En sus palabras: “la cuestión social es cuestión moral” (Arenal, como se citó en Idareta, 2021, p. 120) y, por ello, también en la salud lo fundamental es respetar la dignidad de todas las personas. Por eso, las reformas sociales que propuso eran esencialmente reformas morales: “todo fenómeno moral es



social, puesto que pasa dentro de la sociedad e influye en ella” (Arenal, como se citó en Idareta, 2021, p. 120).

El trabajo social sanitario tiene una serie de antecedentes históricos que han ido evolucionado desde sus inicios logrando así hacerse hueco en la adaptación de las necesidades cambiantes de los sistemas de salud actuales y contribuir al bienestar integral de los/as pacientes.

## **2.2. Funciones del Trabajo Social Sanitario.**

El/ la trabajador/a social desempeña un papel esencial en el ámbito hospitalario actuando como un recurso fundamental dentro del equipo médico. Su labor se centra en abordar las necesidades sociales y psicosociales de los/as pacientes, lo que contribuye de manera decisiva a su recuperación. Además, la presencia del o de la trabajador/a social en equipos multidisciplinares mejora la calidad de la atención y ayuda a reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud (Junta de Castilla y León & Sacyl, 2013).

A continuación, se detallan algunas de las funciones clave que desempeña el/la trabajador/a social en el ámbito hospitalario que contribuyen a garantizar un enfoque integral de la salud, complementando el tratamiento médico y facilitando la recuperación del paciente (Junta de Castilla y León & Sacyl, 2013):

1. Incluir y fomentar la inclusión desde una perspectiva social en todas las actividades y áreas profesionales de los centros hospitalarios.
2. Identificar situaciones de riesgo social que puedan influir o afectar la salud de individuos, familias y comunidades.
3. Investigar y desarrollar distintos planes de intervención para generar una atención integral y completa durante el proceso de salud-enfermedad, como parte del trabajo en equipo.



4. Participar en el desarrollo, creación y evaluación de procesos asistenciales, así como programas de salud o la cartera de servicios, añadiendo siempre la dimensión social.
5. Brindar asesoramiento y apoyo social tanto a pacientes como a sus familias.
6. Promover un uso adecuado de los recursos reconocidos dentro del sistema de salud, gestionándolos así de manera eficiente y fomentando la participación de otros sistemas asistenciales, garantizando de forma efectiva la continuidad de los cuidados.
7. Facilitar la coordinación de la comunicación entre el sistema de servicios sociales y servicios específicos, evitando de dicha forma la fragmentación de servicios.
8. Registrar las actividades realizadas y, cuando sea necesario, emitir informes sociales correspondientes.

### **2.3. Funciones/competencias del Trabajo Social Sanitario en el programa para la planificación del alta hospitalaria.**

El trabajo social sanitario en los centros hospitalarios tiene varias competencias y una de las principales va orientada a la adaptación del paciente en su regreso a casa. Para ello, el/la profesional debe enfocarse en los siguientes aspectos a tratar (Colom, 2020):

- Atender a los aspectos biopsicosociales que necesitará después del alta, así como un plan detallado de los cuidados, cuáles serán las necesidades, quién debe prestar la ayuda, puede hacerlo la familia o no, etc.
- Conocer cómo la persona enferma explica lo que es su enfermedad; es decir, conocer el relato desde la primera persona y detectar cómo ve su futuro en torno a la enfermedad.
- Detectar qué sentimientos encontramos en el/la enfermo/a respecto a su enfermedad: qué piensa de ella, qué le han dicho, qué espera del tratamiento y sobre todo ver cómo habla de



ello. Además de conocer cuáles son los propios sentimientos que tiene la familia respecto a la enfermedad del mismo.

- Reconocer y hacer ver al paciente sus propias posibilidades; refiriéndonos a la autonomía funcional, percibida e instrumental.
- Conocer las posibilidades que ofrece la vivienda, teniendo en cuenta aspectos como barreras arquitectónicas, la higiene, servicios, espacio, ventilación, calefacción, etc.
- Saber con quién ha vivido hasta el momento, si seguirá viviendo con el mismo entorno; además de su relación con los mismos.
- Enterarse de las posibilidades que existen dentro de la familia o red informal para garantizar de dicha forma una continuidad de la asistencia en el propio domicilio. Si no pudiese ser así, conocer las posibilidades que tiene el entorno para poder adaptar sus necesidades y garantizar esta atención.

Es clave que el término de “alta médica” se transforme en un “proceso de alta hospitalaria”, que no se centre únicamente en la salida del hospital, sino que realmente atienda a las necesidades ya no solo físicas sino emocionales y sociales del propio paciente. Lo que quiere decir que, este proceso debe incluir la elaboración de un plan interdisciplinario que asegure un regreso a casa fácil y eficaz, logrando así que se realice en las mejores condiciones posibles (Colom, 2020).

No obstante, la planificación del alta en muchas ocasiones se realiza de forma precipitada, perdiendo así la atención centrada en la persona, un aspecto clave en el proceso, puesto que es importante conocer las necesidades, deseos y circunstancias de cada paciente durante todo su proceso de atención. Por lo tanto, una planificación del alta que considere tanto las capacidades de la familia como las expectativas o limitaciones del entorno del paciente hará que sea una planificación efectiva.



## **2.4. Marco normativo de la actividad profesional del Trabajo Social Sanitario.**

Antes de desarrollar cualquier protocolo, es esencial comprender las normativas vigentes que rigen dicho campo. Conocer las leyes y decretos nos proporciona una visión clara sobre los objetivos y directrices que deben dirigir propiamente las actuaciones. Estas normativas no solo dictaminan cómo deben organizarse los servicios, sino que nos facilitan también cómo deben interactuar las diferentes partes involucradas. En base a esto podremos definir un protocolo que se ajuste de forma directa en las exigencias y necesidades de la normativa legal, garantizando así una intervención clara y en cumplimiento con la legislación.

### **2.5.1. Directrices supranacionales.**

La normativa autonómica y estatal en el ámbito sociosanitario se apoya en varias regulaciones supranacionales que fomentan el derecho a la salud, la equidad y la coordinación entre los servicios.

#### Carta Social Europea Como establece la Carta Social Europea.

Reconoce el derecho a la protección de la salud para “garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas” (Consejo de Europa, 2021, art.11).

#### Reglamento (UE) N.º 883/2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

Este reglamento, en el artículo 1, habla del ámbito de aplicación estableciendo cómo se coordinarán los sistemas de seguridad social en los Estados miembros de la Unión Europea donde se incluye tanto la atención sanitaria como los beneficios sociales (Parlamento Europeo y Consejo de la UE, 2004, art. 1).



### Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa (1992)

Ya en el año 1992 el Comité de ministros del Consejo de Europa citó lo siguiente:

Considerando que la readaptación de las personas discapacitadas, a través de la integración económica y social, constituye un deber de la sociedad para garantizar la dignidad humana y atenuar las dificultades que la sociedad plantea a las personas discapacitadas; reconociendo, asimismo, que la readaptación debe ser uno de los objetivos prioritarios de toda política social (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 1992, p.1).

#### **2.4.2. Normativa estatal.**

A nivel estatal, existen leyes que ayudan a entender el porqué de la importancia de unir la atención sanitaria con los servicios sociales. Estas normas explican cómo deben garantizarse el derecho a la salud, cómo deben trabajar los distintos servicios y cuál es el papel de Trabajo Social dentro del sistema sanitario. A continuación, se recogen las leyes más destacadas que sirven de base para este protocolo.

#### Ley 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Sanidad.

La presente ley tiene por objeto “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución” (Ley 14/1986, art. 1). Establece que las actuaciones de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario deben focalizarse tanto hacia el fomento de la salud global como a la promoción de los propios intereses individuales, sociales y familiares por la salud (Ley 14/1986, art. 3). Esto apunta a cómo es de fundamental llevar a cabo una adecuada educación sanitaria dirigida a toda la población. Asimismo, esta ley busca garantizar la atención sanitaria en cualquier



circunstancia de pérdida de salud e impulsar las medidas necesarias para la rehabilitación funcional y la reintegración social de los/as pacientes (Ley 14/1986, art. 1).

Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La ley 16/2003 toma por objeto:

Establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud (art.1).

Incluye servicios diagnósticos, preventivos, terapéuticos y de promoción de la salud. Lo que busca garantizar una atención completa y adecuada para toda la ciudadanía (Ley 16/2003, art.2). Los servicios sociosanitarios dirigen esta visión a personas con enfermedades crónicas o situaciones de riesgo que requieren la intervención conjunta de los servicios sanitarios y sociales, con la finalidad de potenciar su autonomía, disminuir barreras y facilitar la reintegración social (Ley 16/2003, art.3).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)

El objeto general de esta Ley 44/2003 es el siguiente:

Regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales



que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud (art. 1)

En su artículo 2, la ley define las distintas profesiones sanitarias. Aquí se incluyen explícitamente las profesiones sanitarias de formación universitaria como medicina, enfermería, farmacia, entre otras. Y, aunque, el trabajo social sanitario no se menciona de forma literal, este artículo marca las bases de la inclusión de nuevas disciplinas en el ámbito sanitario cuando su intervención así lo requiere y afecta a la salud y bienestar del paciente (Ley 44/2003, art. 2). De la misma forma, el artículo 4 recoge los principios generales del ejercicio profesional, entre los que destaca la actuación multidisciplinar entre equipos y la orientación al beneficio del paciente (Ley 44/2003, art. 4)

Por tanto, aunque la ley no menciona de forma explícita en ningún apartado al trabajo social sanitario como profesión sanitaria, sí establece un marco abierto en el que su integración podría ser coherente con la regulación vigente.

### **2.4.3. Normativa autonómica.**

A continuación, se analizarán las normativas autonómicas de Castilla y León que regulan la atención sociosanitaria. Estas normativas establecen los marcos legales y organizativos entre los servicios sanitarios y sociales desde nuestra comunidad autónoma.

Decreto 74/2000 de 13 de abril, por el que se crea y regula la Estructura de Coordinación en Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.

El presente decreto tiene por objeto “la creación y regulación de la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León” (Comunidad Autónoma de Castilla y León, 2000, art.1)



Este decreto marca la importancia de la cooperación entre los servicios sanitarios y sociales (Comunidad Autónoma de Castilla y León, 2000, preámbulo). Estas estructuras cuentan e incluyen el papel del o de la Trabajador/a Social Sanitario/a, que tiene un rol fundamental en la gestión directa de los servicios sociales y en la coordinación con los servicios sanitarios (Comunidad Autónoma de Castilla y León, 2000, art.2)

Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León.

Tal y como establece el artículo 1 del decreto:

Es necesario culminar el proceso de adaptación de nuestros Sistemas de protección social, tanto en el ámbito de la Seguridad Social como —lo cual constituye el objeto central y propio del presente Plan— en el ámbito de los Servicios Sociales y la Sanidad (Decreto 59/2003, de 15 de mayo, p. 34).

Aquí se destaca la necesidad de implementar procedimientos dedicados a la coordinación entre los servicios del Sistema de Acción Social y el Sistema de Salud para responder así a las necesidades totales de la población (Decreto 59/2003, de 15 de mayo, art. 4). Este plan analiza la coordinación sociosanitaria, garantizando la entrega conjunta de servicios en la comunidad, mejorando la atención médica en los centros sociales y asegurando la continuidad y seguimiento de la atención en los hospitales. En este contexto, los trabajadores sociales sanitarios toman un papel destacado, ya que son el eje central entre la coordinación y gestión de los recursos, colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud y los servicios sociales (Decreto 59/2003, de 15 de mayo, líneas estratégicas).



Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación Sanitaria en Castilla y León.

Esta ley tiene por objeto:

Establecer el marco legal de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho, constitucionalmente reconocido, a la protección integral de la salud, al amparo del artículo 13.2 del Estatuto de Autonomía, así como la ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León (Ley 8/2010, art. 1).

La Ley 8/2010 organiza y regula el sistema de salud en Castilla y León, abarcando recursos públicos y privados que promueven la salud, previenen enfermedades, ofrece atención sanitaria y rehabilitación (Ley 8/2010, art. 2). Las prestaciones incluyen, servicios diagnósticos, preventivos, terapéuticos de rehabilitación y promoción de la salud, organizados por parte de Atención Primaria, Especializada, Salud Pública, Urgencias y Sociosanitaria (Ley 8/2010, art. 18). La atención primaria se centra en la prevención, asistencia sanitaria y trabajo social, en coordinación con otros servicios (Ley 8/2010, art. 21). La ley también adopta la definición de atención sociosanitaria de la Ley de Cohesión, que integra los servicios sanitarios y sociales para asegurar una atención continua y centrada en el paciente (Ley 8/2010, art. 22).

Además, la Ley 8/2010 establece una estructura organizativa del sistema sanitario de Castilla y León, fomentando la colaboración y organización entre los distintos niveles asistenciales y administraciones (Ley 8/2010, art. 10). Basándose de dicha forma en los principios de “equidad, accesibilidad y calidad”, la ley asegura una atención sanitaria completa y equilibrada, dividiendo las competencias y recursos para potenciar los servicios y ofrecer una atención personalizada y continua (Ley 8/2010, art. 3).



#### **2.4.4. Conclusiones del análisis normativo.**

Este análisis del marco legal a nivel supranacional, estatal y autonómico muestra la presencia de un apoyo jurídico sólido para la puesta en marcha de un protocolo de atención sociosanitario que fusione los recursos sociales y de salud. A pesar de que no siempre se hace referencia explícita al trabajo social sanitario, se le reconoce por su papel mediador gestor y coordinador en este marco legal.

Ahora bien, si asumimos una visión general del contenido podemos apreciar que actualmente Castilla y León no cuenta con un protocolo particular enfocado en el seguimiento post-hospitalario de los/as pacientes. Sin embargo, tras el estudio de las regulaciones vigentes se puede apreciar una intención institucional de progresar hacia una coordinación más estrecha entre los sistemas con el fin de fortalecer y equilibrar la atención sanitaria y social. Y, aunque, esta intención no se concreta en un protocolo integral, las normativas mencionadas constituyen un fundamento realmente importante para desarrollar estrategias de intervención más completas en el futuro.

#### **2.5. Protocolos de acompañamiento tras el alta hospitalaria en España: referencia y marco contextual.**

Para poder crear un protocolo de acompañamiento al paciente efectivo, es clave consultar en profundidad los procedimientos ya existentes en otras comunidades autónomas, ya que estos nos pueden ayudar a crear una estructura que englobe todos los ámbitos necesarios apropiándonos así de esas “buenas prácticas” para construir nuestra propia propuesta de protocolo. Una vez analizados los protocolos, podremos adaptar las prácticas, aprender de sus limitaciones y asegurar que el nuevo protocolo se ajuste a las necesidades que buscamos realmente. A continuación, se



mencionan algunos protocolos existentes que pueden servir de guía para desarrollar la propuesta de protocolo.

### **2.5.1. Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con infección por COVID-19.**

El Protocolo de Seguimiento en Atención Primaria tras el Alta Hospitalaria de Pacientes Adultos con Infección por COVID-19 (Gerencia Regional de Salud, 2020) tiene como propósito garantizar un correcto seguimiento tras el alta hospitalaria de pacientes que han padecido dicha enfermedad. Se podría decir que es una guía que complementa al informe clínico que emite el hospital y tiene como objetivo establecer una atención continuada y personalizada con el paciente. Este seguimiento conlleva una evaluación periódica donde se evalúa la salud del paciente, el control de síntomas y la coordinación entre los diferentes niveles de asistencia.

El/la trabajadora social sanitario tiene un papel dentro del seguimiento y es el/la encargado/a de gestionar los aspectos sociales y psicosociales del paciente, el acceso a recursos sociales, la adaptación a su entorno y el apoyo emocional, aunque, si bien es cierto, su rol no es el centro de atención dentro del protocolo (Gerencia Regional de Salud, 2020).

Análisis crítico del protocolo COVID-19 en Castilla y León:

Es especialmente relevante observar que el protocolo de seguimiento hospitalario desarrollado durante la pandemia de COVID-19 fue una experiencia pionera en la coordinación entre los distintos niveles asistenciales dentro del propio sistema sanitario de Castilla y León. Este marco, ofrecía una estructura de intervención que, a pesar de que venía de una situación de emergencia, abría las puertas a la interconexión tras el alta.



A pesar del gran valor que tuvo esta iniciativa, podríamos decir que sus principales limitaciones se deben a la escasa visibilización del o de la trabajador/a social sanitario/a que quedó en un segundo plano como bien se contempla en el protocolo que dice lo siguiente: “valoración de la dependencia y de situaciones de especial vulnerabilidad. Sí precisa, derivar a Trabajador Social” (Gerencia Regional de Salud, 2020, p. 5) señalización que aparece de forma puntual y sin volver a mencionarse en otro apartado

Reforzar el ámbito del trabajo social en estos procedimientos no solo contribuiría a una mejora de la continuidad de los cuidados, sino que permitiría una intervención más ajustada a las circunstancias reales de la vida de los/as pacientes, especialmente de aquellos que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

### **2.5.2. Proyecto INTecum. Atención al final de la vida. Junta de Castilla y León.**

El proyecto INTecum tiene como finalidad actuar mediante un proceso sociosanitario integrado de forma proactiva, desde el momento de la inclusión de una persona con enfermedad en fase avanzada/terminal en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, proporcionando los apoyos que precise para que pueda permanecer en el hogar elegido con garantías de calidad y seguridad, ofreciendo un acompañamiento respetuoso y fomentando la participación social activa (Junta de Castilla y León, 2021, p.4).

En este contexto se podría decir que el trabajo social sanitario desempeña un papel clave puesto que los/las profesionales de esta disciplina son las encargadas de valorar las condiciones del hogar, las redes de apoyo y las posibles situaciones de vulnerabilidad. De hecho, el propio documento señala que uno de los pilares del proyecto es “consolidar la coordinación sociosanitaria [...] que posibilite que las personas puedan permanecer en su domicilio, con garantías de calidad



en la etapa final de la vida” (INTecum, 2021, p. 4) un objetivo claro y que solo puede lograrse si se tienen en cuenta tanto los apoyos sociales como los recursos médicos. Todo esto refuerza la clara necesidad de una figura profesional como la del o de la trabajador/a social que actúe como hilo conector entre el sistema sanitario, los servicios sociales y la comunidad; proporcionando en todo el proceso una atención centrada en la persona.

#### Análisis crítico sobre el INTecum:

Si bien es cierto que este proyecto promueve una idea clara que fomenta la colaboración entre diversas entidades, está principalmente centrado en personas con enfermedades ya sean avanzadas o terminales. Lo que quiere decir que el proyecto se orienta hacia el seguimiento de casos concretos, en los cuales el objetivo es garantizar la atención total de los/as pacientes en su fase final.

Sin embargo, lo que buscamos en la creación de este protocolo no son estos casos tan extremos, sino aquellos perfiles que corresponden a pacientes que han sido hospitalizados y requieren de apoyos para continuar con su recuperación integral. Por lo que la creación de este procedimiento se enfocará en una perspectiva más preventiva, rehabilitadora y comunitaria, cuyo propósito no será atender en la fase final, sino fomentar la autonomía, guiar a los/as pacientes y sus familias. Y, de esta forma, facilitar el acceso a los recursos de los que se disponen en la red sociosanitaria.

#### **2.5.3. Protocolo de valoración tras el alta hospitalaria (Servicios de salud del Principado de Asturias).**

Este documento es una guía del uso de un programa informático dirigido a los profesionales de la salud del Principado de Asturias para utilizar de forma correcta el protocolo creado para la



valoración tras el alta hospitalaria. Aquí se rellenan campos para crear una ficha con el perfil de la persona y el seguimiento que se lleva o se llevará a cabo con el mismo. Las pautas ofrecidas en el protocolo tal y como marca debe considerarse como recomendaciones y no instrucciones estrictas.

El protocolo busca mejorar el seguimiento entre la atención hospitalaria y la atención primaria. Toma como principal objetivo evaluar qué cuidados necesitan los/as pacientes después de ser dados de alta. Según el documento elaborado por la Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad (2014), el protocolo se divide en tres partes bien marcadas:

1. Primera pestaña: valoración.

Esta pantalla recoge datos esenciales. Los campos, que son fáciles de completar, incluyen información sobre el motivo de ingreso y la necesidad de cuidados específicos, siendo estos últimos obligatorios.

2. Segunda pestaña: informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al alta hospitalaria.

Incluye actividades de Educación para la Salud (EpS), posibles derivaciones a trabajo social y la actualización de la valoración enfermera si es necesario.

3. Tercera pestaña: cuidados.

Este último punto recoge datos esenciales para asegurar la continuidad de cuidados, en el caso de que sea necesario. Aunque ya en la primera pestaña menciona el motivo de los cuidados específicos, esta última permite un mayor nivel de detalle. Pese a que parece una pestaña dirigida a enfermería, el campo "Indique, brevemente, el plan de atención/cuidados" puede ser completado por cualquiera de los profesionales que atienda al paciente, permitiendo indicar las intervenciones más apropiadas.

### Análisis crítico de los Servicios de salud del Principado de Asturias:

Este modelo de actuación muestra un progreso significativo en la búsqueda de una atención continua entre los distintos niveles asistenciales. No obstante, su implicación en Castilla y León debería ser analizada cuidadosamente y adaptándose a la normativa autonómica ya citada anteriormente.

En la estructura de la guía, el rol del y de la trabajador/a social se tiene en cuenta; sin embargo, aparece de forma puntual además de ser opcional como bien señala la segunda pestaña “la posible derivación a trabajo social” (Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad, 2014). Este punto aclara que el modelo está fuertemente centrado en el modelo médico-enfermero dejando, de nuevo, en un segundo plano la posible dimensión social del caso.

Una revisión enfocada en una atención biopsicosocial más completa y coordinada, tal y como se propone en los objetivos de nuestro protocolo, sería esencial para una eficaz adaptación en el entorno de Castilla y León.

### **2.5.4. Planificación del alta hospitalaria desde Trabajo Social Sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria (Servicio Navarro de Salud).**

Este documento elaborado por el Servicio Navarro de Salud tiene como objetivo garantizar la continuidad asistencial del paciente asegurando así la coordinación entre la atención especializada y la atención primaria, marcando la importancia del trabajo social sanitario.

Otros objetivos del Estudio según Ochando et al. (s.f):

1. Realizar una valoración integral de las necesidades del paciente, previa al alta, que asegure la continuidad de la atención tras el alta.



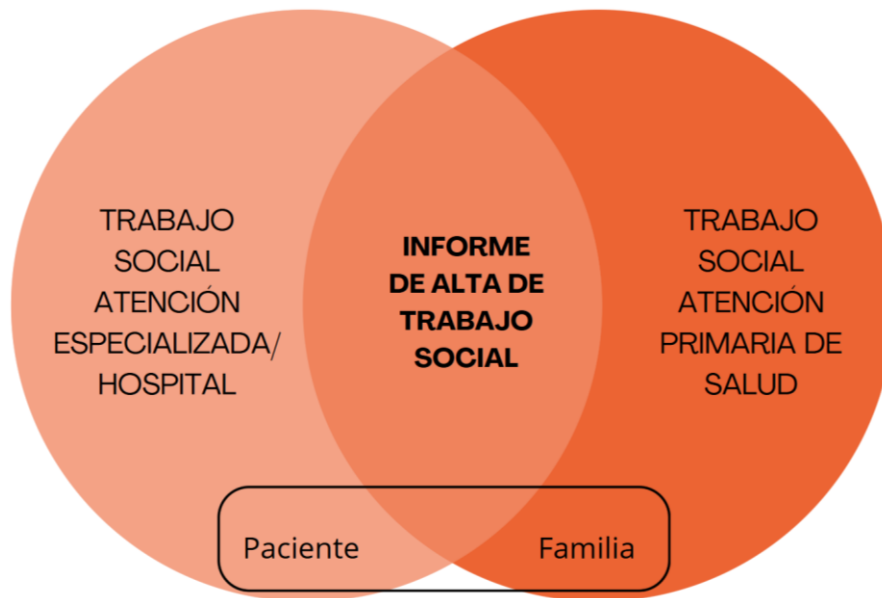
2. Captar las necesidades de las personas hospitalizadas, desde el momento del ingreso, realizando una primera evaluación a través de screenig. (indicador de calidad, realizar el screenig en las primeras 24-48 horas del ingreso).
3. Ayudar a la persona y a su familia a ajustar unos planes al alta hospitalaria que sean factibles, incluyendo la derivación a Atención Primaria de Salud, respetando el circuito sanitario.
4. Optimizar la estancia hospitalaria, las prestaciones y recursos del propio sistema.

Este protocolo se organiza en fases secuenciales claramente definidas y relacionadas con la intervención desde el trabajo social sanitario:

1. Entrevista.
2. Historia Social Informatizada del hospital.
3. Informe de alta de Trabajo Social Sanitario en el ámbito hospitalario.
4. Historia Social Informatizada de Atención Primaria.
5. Aplicación informática diseñada para el registro de los/as pacientes derivados desde trabajo social hospitalario y que por tanto son objeto de intervención de Trabajo Social en el ámbito de Atención Primaria (Ochando et al., s. f.).

### Figura 3.

*Procedimiento en el ingreso hospitalario con la intervención del o de la trabajador/a social dentro de las 24-48 horas del ingreso hospitalario Servicio Navarro de Salud.*



*Nota.* Adaptado de *Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario: Garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria*, por Servicio Navarro de Salud, s. f. [PDF], Gobierno de Navarra.

Análisis crítico del Servicio Navarro de Salud:

Este protocolo representa un avance considerable en comparación con los modelos anteriores. Su principal diferencia es que se reconoce de forma explícita la intervención del trabajo social sanitario como parte esencial dentro del proceso de alta hospitalaria. A diferencia de otros modelos más centrados en el enfoque médico-enfermero, aquí podemos ver cómo se incluye una visión más social del paciente.

Entre sus principales fortalezas, destaca cómo la figura del trabajo social deja de ser un complemento para convertirse en un actor clave dentro del equipo sanitario. Además, es interesante



ver cómo se promueve la coordinación entre los distintos niveles asistenciales (hospitalario y atención primaria) y los servicios sociales, garantizando de dicha forma una continuidad en los cuidados.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que para una aplicación efectiva de este modelo debemos contar con recursos humanos suficientes, refiriéndonos de esta forma una adecuada formación al nivel del resto del equipo sanitario. Además, si se desea implantar este protocolo en otras comunidades, como es el caso de Castilla y León, sería necesario adaptarlo a su normativa específica y a la estructura local.

#### **2.5.5. Análisis de limitaciones y desafíos en los protocolos de alta hospitalaria.**

Tras analizar de forma exhaustiva los protocolos existentes relacionados con el acompañamiento social sanitario tras el alta hospitalaria, se pueden detectar una serie de carencias que restringen su eficacia como herramienta de continuidad asistencial. A pesar de que algunos documentos representan avances importantes aún se ven fragmentados y en muchos casos insuficientes.

Una de las principales deficiencias observadas entre dichos protocolos son la limitada visibilidad del trabajo social, aplicándose como un complemento y no como un elemento esencial. En la mayoría de los casos su intervención se presenta como un medio temporal o una derivación alternativa si así fuese necesario, lo cual refuerza una mirada predominantemente clínica, centrada en la perspectiva médico/a-enfermero/a. Esta situación impide la comprensión completa del contexto del/a paciente, especialmente en aquellos casos donde existen factores de riesgo social que pueden poner en riesgo la recuperación o propiamente el cumplimiento de sus tratamientos.



Otra limitación a destacar es la ausencia de una sistematización en el procedimiento de intervención, puesto que, a excepción del modelo navarro, pocos protocolos definen de manera precisa las etapas, las herramientas a emplear o los criterios para la misma derivación y seguimiento. La falta de una organización pautada dificulta la conexión entre trabajo social y el resto de equipos de profesionales, lo que limita una respuesta multidisciplinar. Además, se puede apreciar una escasa articulación entre los distintos niveles de atención (atención primaria y hospitalaria), lo que provoca una pérdida de información en la transición del paciente entre ambos niveles.

De la misma forma, se observa una integración bastante restringida con los servicios sociales de la comunidad, a pesar de que estos recursos buscan asegurar el acceso a apoyos que permitan a las personas mantener autonomía y calidad de vida en la vuelta al hogar. En muchos casos, los protocolos no establecen mecanismos formales de vinculación entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales, desaprovechando así una vía fundamental para una atención verdaderamente centrada en la persona.

Todo esto nos invita a crear una propuesta innovadora propuesta de intervención social tras el alta hospitalaria, la cual será detallada de manera más amplia en el capítulo siguiente. Esta propuesta está basada en los conocimientos adquiridos tras el estudio de los protocolos ya existentes, pero busca superarlos con una estructura más integral, preventiva y comunitaria, donde se pone en el centro a la persona antes, durante y tras el alta hospitalaria.



### **Capítulo 3. Propuesta de Protocolo de intervención social post-alta hospitalaria**

Dentro del ámbito hospitalario el alta médica no marca el final del proceso asistencial, sino el comienzo de una fase especialmente delicada para numerosos pacientes. Para toda persona que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad debido a la dependencia, la ausencia propia de una red de apoyo, la inestabilidad económica, la discapacidad o unas condiciones de vida inadecuada, el regreso a casa puede transformarse en un riesgo y peligro adicional si no se implementa propiamente una adecuada planificación social.

Por ello, la creación de este protocolo de acompañamiento hospitalario no es solo una opción, sino propiamente un recurso ineludible. Tener un proceso definido y fundamentado en criterios profesionales da la posibilidad de prever posibles reingresos debido a factores sociales y, a su vez, al paciente una transición segura, digna y sostenible. Además de favorecer la eficacia del sistema de salud al interconectar recursos sociales y comunitarios existentes.

Este apartado sugiere un modelo de actuación dividido en cuatro etapas, desde la identificación de las necesidades sociales durante el ingreso hasta el acompañamiento y continuado cierre de caso; incorporando, en el proceso, herramientas de evaluación y recursos claves que facilitan la tarea.

La implementación de este protocolo potencia la función del trabajo social en el ámbito de la salud como agente de conexión y prevención; entendiendo esto último como un vínculo que facilita la comunicación y coordinación entre el hospital, el/la paciente y su entorno. De esta manera, se garantiza que las propias necesidades sociales y de apoyo se integren directamente al proceso de atención y de la misma forma de la recuperación.

Además, esta implementación satisface una demanda ética y profesional: ya no solo se trata de sanar, sino de garantizar que el/la paciente pueda seguir su proceso de recuperación en



condiciones de vida justas y adecuadas. Y, esto solo puede realizarse con una mirada social, con profesionales bien formados de la rama de las Ciencias Sociales que acompañen desde el primer día al alta hospitalaria. Porque su labor ya no es solo técnica, sino profundamente humana y moral: son los/as que realmente leen entre líneas, quienes ven lo que el diagnóstico no dice y quienes perciben los vacíos que deja el alta médica. Su presencia permite anticiparse y transformar la vulnerabilidad en acompañamiento social. Porque, al final, no se trata solo de que el/la paciente salga propiamente del hospital, sino de que pueda seguir delante de forma segura con su proceso de recuperación y su vida.

### **3.1. Objetivos del Protocolo.**

#### **3.1.1. Objetivo general del Protocolo.**

Este protocolo de acompañamiento al alta hospitalaria tiene como objetivo lograr el bienestar del o de la paciente y una vida autónoma una vez abandona el hospital y vuelve a su domicilio tras un largo periodo de ingreso hospitalario.

#### **3.1.2. Objetivos específicos del Protocolo.**

- Detectar de forma temprana las posibles situaciones de vulnerabilidad social de los/as pacientes hospitalizados durante un ingreso pronunciado.
- Elaborar un plan de intervención post-alta individualizado que contemple los diversos recursos personales, comunitarios y económicos disponibles, promoviendo así la continuidad asistencial.
- Facilitar la tramitación de los recursos sociales necesarios a través de una coordinación ágil y efectiva entre los Servicios Sociales y los Centros Hospitalarios.



### **3.2. Ámbitos de aplicación.**

Este protocolo de acompañamiento al alta hospitalaria está diseñado principalmente para ser aplicado por los/as profesionales del trabajo social sanitario del Servicio de Salud de Castilla y León. La finalidad de este es proporcionar una guía que quede claramente estructurada donde se facilite la detección de necesidades sociales, la planificación de intervenciones personalizadas y una coordinación efectiva con recursos especializados. Sin embargo, para que su aplicación sea realmente efectiva resulta importante que el resto del equipo multidisciplinar (profesionales médicos, enfermeros, terapeutas, psicólogos, entre otros) conozcan y comprendan dicho protocolo además de la importancia del rol de la persona que lo implementa.

La colaboración y el conocimiento compartido de este protocolo refuerza el compromiso común con la atención centrada en la persona.

### **3.3. Población diana.**

La población diana seleccionada para implementar el protocolo son pacientes hospitalizados que presentan necesidades sociales durante su estancia en el hospital y que, por razones personales, familiares, económicas, residencial o emocional, requieren intervención y seguimiento por parte de servicio de Trabajo Social para garantizar un alta hospitalaria planificada, segura y digna.

### **3.4. Perfiles profesionales implicados en la intervención.**

#### **1. Personal de intervención social directa.**

Trabajador/a Social Sanitario/a.

- Profesional clave o que lidera la atención social del paciente.

- Realiza informe social e identifica factores de vulnerabilidad.
- Diseña y ejecuta el plan de intervención social, incluyendo coordinación del alta con recursos externos.
- Informa, orienta y acompaña al paciente y red de apoyo.
- Mantiene la comunicación fluida con los servicios sociales y entidades externas necesarias.

#### Pacientes y red de apoyo.

- Participan de forma activa en la planificación de los cuidados tras el alta.
- Aportan información relevante sobre el entorno y los apoyos que creen necesarios.
- Son beneficiarios directos del proceso de recuperación y en la medida de sus posibilidades, también actúan como agentes activos en la orientación y el apoyo que brinda el o la trabajador/a social.

#### 2. Apoyo transversal: personal sanitario (Equipo Asistencial)

Médico/a, Enfermero/a, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo/a, etc.

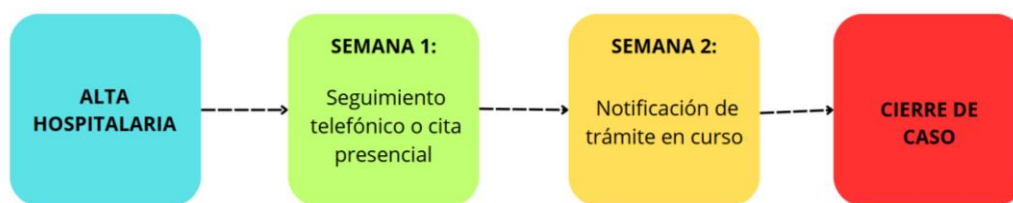
- Aunque su función es propiamente clínica, tienen un rol esencial en la detección precoz de factores sociales de riesgo, además de aportar información de interés sobre el caso del paciente.
- Alertan al servicio de trabajo social sobre situaciones que requieren posible intervención psicosocial.
- Participan en la coordinación interdisciplinaria y la valoración integral del paciente.

### 3.5. Fases del Protocolo.

Este apartado sugiere un modelo estructurado en cuatro etapas bien diferenciadas, desde la identificación de las necesidades sociales durante el ingreso, hasta el acompañamiento y continuado cierre de caso. A lo largo de este proceso se incorporan herramientas de evaluación y recursos claves que facilitan de gran manera la intervención del trabajo social sanitario de manera más eficaz.

#### Figura 3.

*Seguimiento post-alta y cierre.*



*Nota.* Elaboración propia.

#### 3.5.1. Fase 1: Identificación y Valoración Social Hospitalaria

Objetivo: recopilar información y detectar las necesidades sociales del paciente durante la hospitalización; de forma que, se pueda permitir una planificación que se ajuste y se adecue desde el inicio del proceso de alta.

Acciones:

##### 1. Detección temprana de las necesidades sociales:

- Análisis inicial. Desde la llegada del paciente al hospital se debe detectar e identificar a los/as pacientes con posibles vulnerabilidades sociales. Esta detección debe estar apoyada



por las observaciones del personal sanitario y/o mediante entrevistas con el/la paciente y familias.

- Entrevista con el paciente.

Para abordar de manera integral la situación del o la paciente, el tipo de entrevista más adecuado es semiestructurada. “La entrevista semi-estructurada recolecta datos de los entrevistados a través de un conjunto de preguntas abiertas” (Tejero, 2021). Teniendo en cuenta que este formato combina una guía con preguntas clave que aseguran cubrir los aspectos esenciales, así como: la red de apoyo, la situación económica, el entorno residencial y el propio estado de las emociones. Además de permitir la flexibilidad necesaria para que el/la paciente pueda expresarse libremente y aportar toda la información que crea relevante y que igual no haya sido prevista con anterioridad. De esta forma, se facilita una comunicación plena, empática y de escucha activa.

Con esta estructura ya en mente, el/la trabajador/a social debe realizar una primera entrevista para conocer con detalle y precisión la situación del paciente, abordando aspectos como:

- ✓ Red familiar: ¿tiene el paciente familiares próximos que puedan brindarle asistencia una vez haya sido dado el alta? ¿Quiénes serán los encargados principales de su cuidado (en caso de que fuera necesario)? ¿Qué relación les une?
- ✓ Niveles de vida: ¿dónde residirá el paciente después de recibir el alta (hogar habitual, casa de un familiar, centro residencial...)? ¿Es este hogar accesible y seguro? ¿Su domicilio está lejos o cerca del hospital? ¿Qué servicios sanitarios tiene cerca de su domicilio? ¿Va a necesitar acudir a un centro sanitario con frecuencia? ¿Precisa de curas?



- ✓ Condición financiera: ¿el usuario cuenta con los medios económicos necesarios para satisfacer sus necesidades fundamentales después del alta? ¿Recibe alguna ayuda o apoyo del Estado, como una pensión o subsidio?
- ✓ Condición emocional: ¿el paciente está emocionalmente listo para recibir el alta? ¿Se puede apreciar algún síntoma de ansiedad, depresión o temor ante el cambio?

En el caso de que dichas respuestas sean negativas o puedan evidenciar carencias, el/la trabajador/a social debe activar las redes de apoyo disponibles, que pueden incluir asociaciones, entidades y recursos comunitarios destinados a cubrir estos déficits. Por ejemplo, si el paciente no cuenta con familiares cercanos que puedan acompañarle tras el alta, se buscarán alternativas como servicios de apoyo domiciliario. Si la vivienda no es accesible o segura, se gestionarán recursos para adecuarla o considerar si fuera necesario otras opciones residenciales. En cuanto a la situación financiera, se tratará de ajustar las pensiones, ayudas sociales o programas que garanticen la cobertura de sus necesidades básicas. Y, en cuanto al aspecto emocional, si se detectan síntomas de ansiedad, depresión o miedo, se promoverá la coordinación con profesionales de salud mental que le puedan proporcionar el acompañamiento necesario.

De esta forma, el/la trabajador/a social asegura desde un principio que el proceso de alta se realice con las mayores garantías posibles. Por ello, esta entrevista debe fundamentarse en una perspectiva biopsicosocial enfocada especialmente en el individuo, considerando no solo aspectos como la condición clínica del paciente, sino también el entorno que lo rodea y en el que se llevará a cabo su proceso de recuperación. Cabe remarcar que, durante esta etapa, la escucha activa se transforma en un el “recurso base” pues facilita la construcción de la intervención a través de una comunicación empática y eficaz, incentivando que el paciente manifieste sus temores, expectativas y necesidades auténticas. Esto es fundamental porque más allá de lo que puede ser la recopilación

de datos, la escucha activa permite al o la trabajador/a social captar detalles emocionales y contextuales que muchas veces no se ven. Al generar un espacio basado en la confianza y la empatía, el/la paciente comienza a sentirse escuchado/a valorado y más seguro para compartir sus verdaderas preocupaciones y expectativas. De este modo podríamos decir que la intervención puede diseñarse de forma integral, adaptándose a las necesidades reales expresadas y mejorando así las posibilidades de un mayor éxito en el proceso de recuperación.

## 2. Proceso de la Valoración Social: Herramientas y Criterios.

En el proceso de recopilación de datos, es realmente necesario que el/la trabajador/a social evalúe de manera ordenada las necesidades, riesgos y recursos del paciente para poder organizar de manera apropiada la actuación. A continuación, se señalan las directrices a seguir para el proceso de valoración social de la persona ingresada.

**Tabla 4.**

*Pautas para la valoración social en el alta hospitalaria.*

Pauta	Descripción	Indicadores a evaluar
2.1. Instrumentos de recogida de información.	Utilización de formularios (cuestionarios, escalas...) y/o entrevistas adaptadas al entorno sanitario.	- Entorno familiar (convivientes y cuidadores).
		- Situación económica (ingresos y prestaciones).
		- Vivienda (accesibilidad).
		- Autonomía funcional.
2.2. Detección de factores de riesgo social.	Observar y detectar posibles riesgos sociales que puedan dificultar la recuperación.	- Ausencia de red de apoyo.
		- Aislamiento social.
		- Inestabilidad de vivienda.
		- Conflictos familiares.
		- Dependencia no reconocida.

Pauta	Descripción	Indicadores a evaluar
2.3. Factores protectores.	Identificar elementos que puedan facilitar la adaptación del paciente tras el alta hospitalaria.	- Red familiar/vecinal activa.
		- Servicios comunitarios previos.
		- Buena adherencia a tratamientos.
		- Motivación y autonomía.
2.4. Observación por parte del profesional.	Complementar la entrevista con observación del caso y consultar familiares si fuera necesario.	- Lenguaje verbal y no verbal.
		- Actitud ante el alta.
		- Relación con equipo y familiares.
2.5. Sistematización del caso.	Registrar y compartir la información de forma estructurada con el equipo multidisciplinar creado.	- Informe de valoración social.
		- Comunicación efectiva.
		- Continuidad del seguimiento social.
		- Derivaciones a otros recursos.

*Nota.* Elaboración propia.

A partir de esta sistematización y unificación de criterios, es importante que el/la trabajador/a social cuente con una serie de herramientas que le faciliten recolectar, ordenar y examinar toda la información que se ha ido construyendo. Para lograrlo es necesario recurrir a herramientas técnicas conocidas en la práctica profesional cotidiana: la ficha y el informe social.

La ficha social es un documento interno que recoge de forma estructurada aspectos como los datos personales del usuario, información del representante legal (en caso de que lo tenga), situación clínica, situación laboral y económica, problema social detectado y recursos activados; además de las observaciones que pueda añadir el profesional.

Por otra parte, el informe social es un documento profesional oficial que presenta una valoración técnica de la situación social del mismo; incluyendo la institución emisora (Gerencia



de Atención Especializada), la unidad responsable (Trabajo Social Sanitario), así como los datos correspondientes de cada uno de ellos. En este documento, encontraremos los datos personales del paciente, datos del grupo familiar y unidad de convivencia, situación socioeconómica y finalmente una valoración profesional.

Ambos instrumentos están adaptados al entorno hospitalario y se incluyen como referencia del mismo en el anexo I (ficha social) y anexo II (informe social), extraídos del *Manual de funcionamiento de la unidad de Trabajo Social Sanitario en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid* (Becerril, 2017). Este apoyo facilitará la consulta Por parte de los/as diferentes profesionales del ámbito al que nos referimos

### **3.5. 2. Fase 2: Elaboración del plan de intervención post-alta.**

Objetivo: creación de un plan individualizado que aborde todas las acciones que puedan ser necesarias para que el paciente reciba el apoyo adecuado tras su alta.

Acciones:

#### **1. Planificación de las necesidades y los recursos existentes:**

La colaboración entre el sistema de salud y los servicios sociales es fundamental puesto que trata de manera conjunta las necesidades de salud y las condiciones sociales que impactan en el bienestar de las personas. A menudo, las dificultades médicas van de la mano con su condición social: una persona puede obtener un tratamiento médico adecuado, pero si vive en soledad, no tiene apoyo para realizar las tareas básicas o carece de recursos económicos, su recuperación puede verse altamente afectada. Es por ello, que la necesidad de unir ambos sistemas garantiza una atención más completa y eficaz. Esta cooperación posibilita anticiparse a posibles riesgos, activar



apoyos necesarios y asegurar propiamente una continuidad en el cuidado del mismo, que mejore verdaderamente la calidad de vida de las personas, especialmente de las más vulnerables.

El/la trabajador/a social sanitario/a coordinará una reunión con el equipo multidisciplinario (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as...) para definir los recursos necesarios de forma conjunta; este debe ser un plan integral que contemple todas las dimensiones de la vida del paciente: salud, aspecto emocional, económico y social. Para ello es imprescindible conocer en profundidad los recursos existentes; en este sentido, a continuación, detallaremos los principales servicios y programas ofrecidos por la Junta de Castilla y León:

Apoyo para la vida diaria y ayuda a domicilio.

- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): prestación de servicios directos ofrecida destinada a facilitar la autonomía, promoviendo la permanencia en el entorno habitual ofreciendo apoyos personales, domésticos y sociales. Está destinada a personas mayores, personas con discapacidades, colectivos específicos o familias que presenten disfunciones. Para acceder a este servicio será necesario cumplir con los requisitos específicos, algunos de estos son: ser residente Castilla y León, alcanzar la puntuación mínima exigida según el baremo establecido y haber solicitado el grado de dependencia en los casos establecidos. Este trámite se hará a través del Centro de Acción Social (en adelante, CEAS) del municipio (Diputación de Valladolid, s.f)
- Prestación económica para la asistencia personal (PEAP): prestación económica que ofrece un servicio profesionalizado con apoyos personales, sociales, comunicativos, de acompañamiento y domésticos. Dirigido a ciudadanos con que tengan reconocida la dependencia, mayores de 3 años y que tengan incluido este servicio en su Programa Individual de Atención. Para realizar este trámite será necesario contactar con el Servicio



de Atención al Ciudadano 012 (983 327850) que informará de la forma de acceso y derivará al CEAS de zona (Junta de Castilla y León, s.f a).

Acceso a recursos materiales y tecnológicos.

- Productos de apoyo: son ayudas destinadas a facilitar la realización autónoma de las actividades de la vida diaria (AVD), dirigida a personas en situación de dependencia, discapacidad o con limitaciones que puedan afectar a la autonomía. Si bien es cierto que para acceder a estos productos es necesario consultarlo con un/a profesional especializado/a, ya sea terapeuta ocupacional, técnico/a ortopeda o médico/a rehabilitador/a. El trámite se realiza en coordinación con los servicios sociales de la Junta de Castilla y León (Junta de Castilla y León, s. f b.).
- Teleasistencia: ofrece atención inmediata con seguimiento personalizado, gestión de emergencias, movilización de recursos; además de marcar recordatorios de cita o medicación. Está dirigido a personas con una situación de autonomía reducida o aislamiento y que necesitan un sistema de comunicación permanente para permanecer en su hogar de forma segura. Para realizar este trámite será necesario contactar con el Servicio de Atención al Ciudadano 012 (983 327850) que informará de la forma de acceso y derivará al CEAS de zona (Junta de Castilla y León, s. f. c).
- Seguimiento telefónico desde el centro de salud: con los avances tecnológicos, el trabajo social en el sector de la salud ha ido incorporando más herramientas digitales para llevar a cabo un seguimiento virtual, de forma que ya no hay que acudir de forma presencial, sino que ya se puede tomar este contacto de forma telefónica. Este tipo de seguimiento no sustituye a la atención en persona, pero la complementa, especialmente en los casos de pacientes con dificultades para desplazarse o que viven en zonas más lejanas.

Red de apoyo disponible y accesible.

- Teléfono “Cerca de ti”: servicio gratuito que ofrece información sobre recursos disponibles y atención emocional. Es una iniciativa promovida con el fin de prevenir la soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores. Puedes contactar a través del 900 264 812 de lunes a viernes en un horario de 09.00 a 17.00 horas o enviar un correo electrónico a [cercadeti@cercadeti.jcyl.es](mailto:cercadeti@cercadeti.jcyl.es) (Junta de Castilla y León, s. f d.).

Soluciones habitacionales adaptadas.

- Viviendas en Red: este programa facilita viviendas de alquiler a personas sin domicilio o con viviendas no adaptadas a sus necesidades. Está dirigido principalmente a personas con dependencia, discapacidad o enfermedades crónicas; englobando de la misma forma a sus familias y cuidadores, promoviendo municipios inclusivos. Para acceder a este servicio hay que asegurarse de que esté disponible en el municipio ya sea consultando en el Ayuntamiento o en el CEAS correspondiente. Tras esto habrá que inscribirse en el Registro Público de Demandantes de Viviendas de Protección Pública de Castilla y León que se puede realizar a través de la sede electrónica de la Junta (Junta de Castilla y León, s. f e.).
- Proyecto “A gusto en mi casa”: es una iniciativa que busca garantizar que las personas con dependencia, discapacidad o enfermedades crónicas puedan permanecer en sus domicilios con seguridad y calidad de vida. Para acceder a este proyecto es necesario residir en alguna de las localidades en las que se desarrolla, así como: Las Navas del Marqués, Navalperal de Pinares, Peguerinos, Hoyo de la Guija, el Hoyo de Pinares o el Tiemblo y solicitar información a través del CEAS correspondiente. (Junta de Castilla y León, s. f f.).

Apoyo económico y recursos disponibles.

- Prestaciones económicas: servicio que comprende actuaciones como tareas personales, apoyo en el hogar, acompañamiento social o laboral, supervisión y coordinación y apoyo en la capacidad de comunicación. El perfil de persona beneficiaria son las personas en situación de dependencia que tengan incluidas esta prestación en el Programa Individual de Atención. Para acceder es necesario contactar con el Servicio de Atención al Ciudadano 012 (983 327 850) o acudir directamente al Centro de Acción Social (CEAS) donde se informará valorará y tramitará el servicio (Junta de Castilla y León, s. f. g).

## 2. Establecimiento de objetivos claros y alcanzables:

Una vez hemos determinado las necesidades del paciente y los recursos necesarios, debemos establecer una serie de objetivos. Para ello, nos guiaremos del criterio SMART que fue introducido por George T. Doran en 1981 en su artículo *"There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives"* (Vásquez, 2024). Y, aunque nació en el ámbito empresarial ha sido ampliamente reconocido en otros contextos. Por ello, aplicar propiamente este criterio en el protocolo nos puede ayudar a transformar las necesidades detectadas en objetivos claros. El criterio SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables, Realistas y Temporales) garantiza que el plan sea comprensibles, evaluables y factibles ("Método SMART", s.f.).

Este proceso es uno de los puntos fuertes donde se explica al/la paciente y a su familia los recursos disponibles y la importancia de utilizarlos adecuadamente, puesto que de esta forma favorecemos la implicación activa del plan de atención propuesto. Además de ser legalmente un derecho, tal y como se recoge en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente que reconoce que: “Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información



disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley” (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

### **3.5.3. Fase 3: Proceso de tramitación de servicios.**

Objetivo: establecer un hilo conector entre los servicios de atención primaria hospitalaria y los recursos sociales disponibles. Esta fase es esencial para evitar vacíos en la atención y facilitar una transición segura y digna al domicilio; además de, asegurar que se inicien los procedimientos necesarios para cada situación.

Acciones:

#### **1. Guía de contacto y tramitación**

Para evitar la repetición en el cuerpo del trabajo, la guía práctica con los principales recursos sociales, vías de contacto y criterios de derivación se incluyen directamente en el anexo III. Esta recopilación está realmente pensada como una herramienta para los y las profesionales del trabajo social sanitario, que podrán consultarla en el momento que resulte pertinente como guía.

#### **2. Documentación esencial para activar los recursos.**

Para garantizar una gestión ágil de los recursos sociales desde el hospital, es fundamental que el/la trabajador/a social sanitario/a recopile una documentación necesaria. Tener toda esta información nos permitirá iniciar los trámites de forma inmediata, evitando posibles retrasos y promoviendo una continuidad más efectiva. A continuación, se detalla una lista orientativa (dependerá del caso) con los documentos claves que el paciente o su red de apoyo deben proporcionar:



- Documento Nacional de Identidad (DNI) o Número de identidad extranjero (NIE).
- Tarjeta sanitaria de Castilla y León.
- Certificado de empadronamiento.
- Informe médico actualizado.
- Resolución de grado de dependencia o discapacidad (si la tiene).
- Justificante de ingreso o declaración de la renta.
- Acreditación de unidad de convivencia o libro de familia.
- Informe social previo (si lo hubiere).
- Consentimiento informado para compartir información, firmado por el paciente/representante legal.
- Datos de contacto del paciente y/o su red de apoyo.

#### **3.5.4. Fase 4: acompañamiento social durante la transición post-alta.**

Objetivo: evaluar el efecto de la intervención social, garantizando que el paciente se haya integrado adecuadamente al ambiente y que las necesidades sociales queden resueltas para así poder cerrar formalmente la intervención por el centro hospitalario.

Acciones:

##### **1. Seguimiento breve pero estratégico.**

- Primera semana post-alta: el/la trabajador/a social realizará un primer contacto de seguimiento, que podrá llevarse a cabo mediante una llamada telefónica o una cita presencial en el centro hospitalario, según las preferencias de la persona. El objetivo propiamente de este seguimiento es valorar la adaptación y, en caso de que se identifiquen nuevas necesidades, actuar en consecuencia activando los recursos necesarios.



- Durante la tramitación (segunda semana): cuando los recursos estén en curso, el/la trabajador/a social sanitario/a notificará al paciente o a su red de apoyo que el procedimiento está siendo gestionado.

## 2. Cierre de intervención desde el hospital:

Una vez se haya confirmado y comunicado que los apoyos están activos y existe un contacto fluido con el servicio o apoyo especializado, el/la trabajador/a social cerrará su intervención hospitalaria. Esta información quedará recogida en un informe social final (anexo IV), que se incorporará a la historia clínica del paciente, donde se dejará constancia del proceso, la evolución y las derivaciones realizadas. Podrá consultar este documento tanto el/la paciente, como su red de apoyo (si fuera necesario) o el servicio especializado al que se le ha derivado.

No obstante, este cierre no debe interpretarse como un “final absoluto” de acompañamiento. En caso de que la persona, su red de apoyo o el propio recurso derivado detecten nuevas dificultades, será posible retomar el seguimiento desde el sector correspondiente (servicio social de zona, atención primaria o incluso hospitalaria si el caso lo demanda así). Este nuevo enfoque nos permite adaptarnos a recaídas, cambios en la situación o nuevas necesidades que puedan ir surgiendo tras el alta, garantizando así una atención continuada y de la misma forma, centrada en la persona.

## 3.6. Evaluación de la intervención.

Para garantizar propiamente la efectividad y calidad del protocolo se implantará un sistema de evaluación basado en una serie de indicadores que permiten monitorear así el proceso y los resultados obtenidos.



La evaluación de este protocolo abordará varios aspectos clave que asegurarán que el proceso de acompañamiento al alta hospitalaria cumpla con sus objetivos. En primer lugar, se valorará la correcta identificación temprana de las situaciones detectadas como vulnerables, ya que esta detección es un punto clave para planificar una intervención adecuada. También se evaluará la elaboración del plan de intervención individualizado de cada paciente contemplando así sus necesidades más específicas y los recursos disponibles. Otro aspecto importante a tener en cuenta sería la eficacia en la coordinación entre los Servicios Sociales y los Centros Hospitalarios; de forma que, se logre una tramitación mucho más ágil y efectiva de los recursos sociales pertinentes. Además, será importante medir la satisfacción y percepción de los pacientes y su entorno respecto al acompañamiento recibido. Por último, pero no por ello menos importante, se evaluará el impacto del protocolo en la reducción de reingresos hospitalarios vinculados a términos sociales, entendiendo esto como un indicador realmente importante en la continuidad de la calidad del cuidado post-alta.

Esta evaluación se llevará a cabo mediante diversas herramientas y técnicas. Se mantendrá un registro completamente detallado de cada caso donde se documentarán las necesidades detectadas, los planes de intervención que se han llevado a cabo, los recursos movilizados y el seguimiento que se ha hecho después del alta hospitalaria. Para conocer en su conjunto la percepción de los pacientes y familiares también se aplicarán encuestas de satisfacción al finalizar el proceso de acompañamiento; además, se realizarán entrevistas cualitativas con trabajadores sociales y otros profesionales implicados, con el fin de abordar todas las áreas pertinentes. Por último, se analizarán los indicadores cuantitativos, como las tasas de reingreso relacionadas con factores sociales, comparando los datos de pacientes acompañados con aquellos que no tuvieron este seguimiento para evaluar finalmente el impacto real de dicho protocolo en la práctica.



#### Indicadores de evaluación:

- Cantidad de pacientes que reciben una evaluación social durante su ingreso hospitalario, lo que señalará la identificación precoz de las vulnerabilidades.
- Porcentaje de pacientes que han desarrollado y registrado un plan de intervención post-alta individualizado.
- La media de tiempo que requiere la coordinación entre los servicios sociales y los hospitalarios para gestionar recursos.
- Grado de satisfacción manifestado por pacientes y familiares a través de encuestas.
- La tasa de reingresos por motivos sociales en pacientes que están acompañados, en comparación con los que no están acompañados.

### 3.7. Consideraciones finales del protocolo.

Este modelo representa lo que sería un protocolo ideal de actuación tras el alta hospitalaria, diseñado desde una perspectiva integral, a la vez que preventiva y centrada en la persona. A lo largo del desarrollo del mismo, se ha intentado establecer un proceso que incluya no solo la valoración social al ingresar, sino también un seguimiento innovador y coordinado que busca garantizar la continuidad del cuidado y una atención realmente completa.

Sin embargo, es necesario admitir que, en la situación actual, su implementación total resulta difícil debido a la falta de recursos materiales, humanos y financieros en los servicios públicos. La puesta en marcha de este monitoreo propuesto implica una verdadera inversión en trabajo social sanitario, en formación y en la mejora de la coordinación interinstitucional. A pesar de estas restricciones ya mencionadas, el seguimiento social no debería considerarse un “extra”, sino como una herramienta esencial para disminuir los riesgos después del alta, evitando así



recaídas y poder asegurar que las personas vivan su proceso de recuperación en condiciones dignas, seguras a la par que sostenibles.

Por lo tanto, este protocolo aspira a ser una guía de actuación y una propuesta que resalte la gran importancia de fortalecer el sistema sociosanitario con modelos que prioricen la coordinación, la escucha activa y la continuidad de la propia intervención social. Porque acompañar a las personas no debería ser un lujo, sino una responsabilidad profesional y ética.



#### **Capítulo 4. Conclusiones.**

A lo largo de este Trabajo de Fin de Grado se ha demostrado una realidad que suele pasar desapercibida y que es realmente preocupante: el momento del alta hospitalaria continúa siendo una etapa crítica y en muchos casos desatendida en el proceso de recuperación de las personas pacientes. Lejos de ser el final del tratamiento, el alta hospitalaria marca el inicio de un nuevo periodo, un periodo que puede estar cargado de incertidumbre, vulnerabilidad y ausencia de apoyos si no se establece con anterioridad una correcta red de acompañamiento.

“durante estas páginas, hemos visto, paso por paso, el desarrollo del proceso de recuperación de un/a paciente y cómo es su implementación, algo que nos ha llevado al producto final, o la propuesta de valor, de este TFG: “Protocolo de Acompañamiento a Pacientes después del Alta Hospitalaria en SACYL”. Trabajar toda la información recolectada, los datos estadísticos, los riesgos clínicos y sociales, el marco normativo y los protocolos ya existentes ha sido fundamental para dar forma a este protocolo. Esta propuesta nace de la identificación de necesidades reales que afectan tanto a los/as pacientes como a sus familias y plantea una respuesta estructurada y viable para mejorar su transición del entorno hospitalario al hogar. El protocolo no solo contribuiría a prevenir los reingresos y complicaciones emocionales, sino que podría marcar la diferencia en la calidad de vida de las personas, llegando, incluso, a salvar vidas.

Sin embargo, es necesario reconocer que la puesta en marcha de esta propuesta conllevaría una serie de limitaciones importantes. Entre ellas, destacan la falta de compromiso institucional, la escasez de recursos económicos y humanos; además de la dificultad de coordinación entre los distintos dispositivos a aplicar. De la misma forma, este protocolo se enfrenta a un entorno social en el que las desigualdades estructurales, la precariedad laboral y la ausencia de redes de apoyo marcan y dificultan claramente los procesos de recuperación plena. Estas barreras, aunque son



complejas no deben entenderse como frenos sino como verdaderos retos que exijan el cambio y unas respuestas concretas desde las políticas públicas y la práctica profesional.

Por todo esto, este Trabajo de Fin de Grado no pretende ofrecer un cierre definitivo sino abrir plenamente un camino de desarrollo, revisión y de mejora continuada. Sería muy enriquecedor que esta propuesta pudiera avanzar, ser implementada en contextos de la vida real y convertirse en una herramienta útil dentro de lo que es el sistema sanitario. Este protocolo puede aspirar a ser mucho más que un diseño propiamente teórico, sino que puede llegar a ser una base transformadora en el acompañamiento social tras el alta hospitalaria para que así ninguna persona vuelva a quedar atrás.

En definitiva, este TFG no solo defiende la propuesta técnica, sino un posicionamiento basado en el derecho de cada paciente a recibir un acompañamiento digno, humano y profesional una vez abandona el hospital. El trabajo social sanitario tiene ante sí mismo el desafío y la responsabilidad de liderar esta transformación. Y, este protocolo puede ser el primer paso para lograrlo.



### **Referencias bibliográficas.**

- Alonso Martínez, J. L., Llorente Díez, B., Echegaray Agara, M., Urbieto Echezarreta, M. A., & González Arencibia, C. (2001). Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *Análisis de Medicina Interna*, 18(5).
- Becerril Cima, E. (2017). *Manual de funcionamiento de la unidad de Trabajo Social Sanitario en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio de la Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/26691>
- Carmona, J. (2023). El gasto farmacéutico se dispara en España: «El exceso de precios de los nuevos medicamentos es abusivo». *Diario Público*. Revista N° 17 – enero 2023. <https://accesojustomedicamento.org/otras-fuentes-el-gasto-farmaceutico-se-dispara-en-espana-el-exceso-de-precios-de-los-nuevos-medicamentos-es-abusivo/>
- Colom Masfret, D. (2020). *La planificación del alta sanitaria*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Colom Masfret, D. (s.f.). *Modelos de intervención en el trabajo social sanitario. La gestión de casos*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa. (1992). *Recomendación R(92)6 sobre la elaboración de una política coherente en materia de personas discapacitadas*. Consejo de Europa. <https://trastornosmentalesyjusticiapenal.es/primer-proyecto-2015-2018/wp-content/uploads/recomendacion-1992-politica-coherente-personas-discapacitadas.pdf>
- Consejo de Europa. (2021). *Instrumento de Ratificación de la Carta Social Europea (revisada), hecha en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9719#top>



Cruz Roja Española. (2021, mayo 25). *El proyecto No me olvides se va extendiendo*.

<https://www2.cruzroja.es/-/el-proyecto-no-me-olvides-se-va-extendiendo>

Diputación de Valladolid, Área de Servicios Sociales. (s.f.). *Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)*.

<https://accionesocial.diputaciondevalladolid.es/servicio-de-ayuda-a-domicilio>

Dirección de Servicios Sanitarios, Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. (2014). *Protocolo valoración tras el alta hospitalaria*. Área de Calidad, Subdirección de Gestión Clínica y Calidad, SESPA. Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios.

Eymin, G., Aizman, A., Lopetegui, M., & Manjarrez, E. (2014). *Proceso de alta hospitalaria: Revisión de la literatura*. Revista Médica de Chile, 142(2), 229–237.

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). *Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria?* Atención Primaria, 48(7), 453-460.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301809>

Gerencia Regional de Salud, Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. (2020, abril 23). *Protocolo de seguimiento en atención primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con infección por COVID-19*. Dirección Técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios, Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.

Hospitales sin infecciones. (2022). Conoce las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), sus tipos, factores de riesgo y modos de transmisión. *Hospitales sin infecciones*.

<https://hospitalsininfecciones.com/3180/conoce-las-infecciones-asociadas-a-la-atencion-de-la-salud-iaas-sus-tipos-factores-de-riesgo-y-modos-de-transmision>



Idareta Goldaracena, F. (2021). *Concepción Arenal: Pionera del trabajo social sanitario en España*. Universidad Pública de Navarra.

<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/137263/1/Concepci%C3%B3n%20Arenal%2c%20pionera%20del%20trabajo%20social%20sanitario%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2023). *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 2023*.

<https://ine.es/dyngs/Prensa/EMH2023.htm>

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2025). *Es el procedimiento por el que un paciente ingresado en un Centro o Establecimiento Sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria*.

<https://ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4727>

Ituarte, A. (2012). *Cuestiones básicas en el proceso clínico de atención psicosocial* (nº 72). [s.n.].

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945993>

Junta de Andalucía. (2024). *Gestión por procesos del ingreso hospitalario*. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

<http://wiki.huvv.es/xwiki/bin/view/Main/Gesti%C3%B3n%20por%20Procesos/Gesti%C3%B3n%20por%20procesos%20del%20ingreso%20hospitalario/>

Junta de Castilla y León, & Sacyl. (2013). *Documento de consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario*.

Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. (2023). *Actividad asistencial en atención primaria y hospitalaria. Castilla y León 2023 (Operación estadística nº11015)*. Plan Estadístico de Castilla y León 2022-2025.



Junta de Castilla y León. (2000). *Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la Estructura de Coordinación en Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León.

Junta de Castilla y León. (2003). *Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León.

Junta de Castilla y León. (2010). *Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación Sanitaria en Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14848>

Junta de Castilla y León. (2020). *Proyecto INTecum: Atención al final de la vida*. Junta de Castilla y León.

Junta de Castilla y León. (2022). *Plan de Acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025*. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/plan-accion-castilla-leon.html>

Junta de Castilla y León. (s. f. b). *Productos de apoyo: Adaptando el entorno*. Servicios Sociales de Castilla y León. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales-innovacion/productos-apoyo.html>

Junta de Castilla y León. (s. f. c). *Teleasistencia*. Servicios Sociales de Castilla y León. [https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/\\_/1284658798609/Informe](https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/_/1284658798609/Informe)

Junta de Castilla y León. (s. f. f). *A gusto en mi casa*. Servicios Sociales de Castilla y León. : <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html>

Junta de Castilla y León. (s. f. g). *Prestación económica para la asistencia personal a personas en situación de dependencia*.

[https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/\\_/1284657345640/Informe](https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/_/1284657345640/Informe)

Junta de Castilla y León. (s.f.d.). Programa «Cerca de ti». Junta de Castilla y León. (s.f.). Programa «Cerca de ti».

<https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/Iniciativas/1285291438402/Practica>

Junta de Castilla y León. (s.f. a). *Prestación económica para la asistencia personal a personas en situación de dependencia*. Servicios Sociales de Castilla y León. Recuperado el 1 de mayo de 2025, de

[https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/\\_/1284657345640/Informe](https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/_/1284657345640/Informe)

Junta de Castilla y León. (s.f. e). *Viviendas en Red*. Servicios Sociales de Castilla y León. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/viviendas.html>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

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. (2002). *Boletín Oficial del Estado*, 274. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 280, de 22 de noviembre de 2003. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A->

[2003-21340](#)

Método SMART. (s.f.). *Liderazgo Autocrático*. <https://liderazgoautocratico.website/metodo-smart/>

Ministerio de Sanidad. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Ministerio de Sanidad. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ochando Ortiz, G., De Irizar Malo, M., Urmeneta Aguilar, S., Casado Bravo, C., Martínez Aldaz, L., Montorio Vallés, M., *et al.* (s. f.). *Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario: Garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria* [Informe]. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea

Oliva Moreno, J., González López-Valcárcel, B., Barber Pérez, P., Peña Longobardo, L. M., Urbanos Garrido, R., & Zozaya González, N. (2018). *Crisis económica y salud en España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Oliva, J., González López-Valcárcel, B., Barber Pérez, P., Peña-Longobardo, L. M., Urbanos Garrido, R. M., & Zozaya González, N. (2020). El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 48-53. <https://www.gacetasanitaria.org/es-el-impacto-gran-recesion-salud-articulo-S0213911120301382>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducción de los riesgos y promoción de la salud* (Capítulo 1). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/42557>



Organización Mundial de la Salud. (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud: Resumen de orientación* (WHO/CED/PHE/18.10).

<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CED-PHE-18.10>

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2004). *Reglamento (CE) n° 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social*. Diario Oficial de la Unión Europea, n° 166, 30 de abril de 2004, 1-123. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2004-81111>

Penhale, B. (2000). Discharge planning. En M. Davies (Ed.), *The Blackwell encyclopedia of social work*. Blackwell Publishers.

Pires, F. R. de O., Deitos, B. G., Schoeller, S. D., Santos, S. M. A. dos, Vargas, M. A. de O., & Silva, K. M. (2014). *Barreras y facilitadores arquitectónicos: un desafío para la independencia funcional*. Index de Enfermería, 23(3), 198-204. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200002)

Pistoria, M. J. (2023). *Alta hospitalaria*. Lehigh Valley Hospital - Coordinated Health. Modificado en octubre de 2023. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/alta-hospitalaria>

ReVIBE. (s.f.). *Vivienda y salud*. ReVIBE. <https://rebive.com/vivienda-y-salud/>

Romero Pastor, M., Ricart-Basagaña, M., Mariné-Méndez, A., Lomero-Martínez, M., De Francisco-Prófumo, S., Romaní-Alfonso, J., & Rubio-Rico, M. (2023). *Sentimientos y emociones de los pacientes en el proceso de alta de UCI*. Revista Ene de Enfermería, 17(3).

Tejero González, J. M. (Ed.). (2021). *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario* (Estudios, n.º 171). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.



Vásquez Miranda, W. G. (2024). *Surgimiento, explicación y desarrollo de objetivos SMART*.



Studio Amalgama. <https://www.studioamalgama.com/objetivos-smart-surgimiento-explicacion-y-desarrollo>

## Anexos.

### Anexo I. Ficha Social.

#### Figura A1.

*Ficha Social. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

 <b>HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</b>	<b>SERVICIO DE Trabajo Social</b> 
Apellidos.....Nombre..... ..... Edad..... L. Nacimiento..... Prov..... F. Nacimiento..... E. Civil..... Domicilio..... Telf..... ..... Localidad..... Prov..... ..... Representante..... Telf..... ..... Domicilio..... ..... .....	Nº. Habitación..... D.N.I. Nº..... Nº..... S.S..... Nº Hª Clínica..... Sª Médico..... Médico encargado..... ..... ..... Diagnóstico..... ..... ..... Fecha ingreso..... Fecha alta.....
Profesión.....Lugar de trabajo..... Telf..... S. Económica.....	
Composición familiar..... ..... ..... .....	
Problema Social.....	
Recurso Utilizado..... ..... .....	
Observaciones..... .....	

*Nota.* Tomado de *Manual de funcionamiento de la unidad de trabajo social sanitario en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid* (p.105) por E. Becerril Cima, 2017, Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social.

## Anexo II. Informe Social.

### Figuras A2.

*Informe Social. Manual de funcionamiento de la unidad de Trabajo Social Sanitario en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid*



**INSTITUCIÓN:**

GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

UNIDAD TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

**INFORME**

**EMITIDO POR:**

Trabajadora Social  
Sanitaria.

**FECHA:**

**DIRIGIDO A:**

**MOTIVO DEL INFORME:**

**DATOS PERSONALES DEL TITULAR:**

Apellidos y Nombre:

Fecha y lugar de  
nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

EC:

Persona de Referencia:

**DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:**

**DATOS UNIDAD DE CONVIVENCIA:**



HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO  
Avenida Ramón y Cajal, 3  
Telf: 983 42 00 00  
47003 - VALLADOLID

**SITUACIÓN SANITARIA:**

**SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA:**

**VALORACIÓN:**

**TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA**

**Fdo:.....**



*Nota. Tomado de Manual de funcionamiento de la unidad de trabajo social sanitario en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (pp. 108-109) por E. Becerril Cima, 2017, Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social.*

**Anexo III.****Tabla A1.**

*Guía de Recursos Sociales para la intervención post-alta: contacto y criterios de derivación.*

Servicio	Cómo contactar	Ejemplos en los que se debe contactar
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	A través del CEAS (Centro de Acción Social) correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria.</li> <li>- Situación de dependencia y requiere apoyo.</li> </ul>
Prestación Económica para la Asistencia Personal (PEAP)	Contacto con Servicio de Atención al Ciudadano 012 o el CEAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocida la dependencia y necesita un asistencia personal.</li> <li>- Necesita apoyo profesional en tareas sociales.</li> </ul>
Productos de Apoyo	Consulta con terapeuta ocupacional, ortopeda o médico rehabilitador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades en la movilidad o en la realización de actividades cotidianas.</li> <li>- Necesita ayudas técnicas para su autonomía.</li> </ul>
Teleasistencia	Servicio de Atención al Ciudadano 012 o el CEAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vive solo y requiere un sistema de comunicación permanente.</li> <li>- Tiene una situación de autonomía reducida.</li> </ul>
Viviendas en Red	Consultar con el Ayuntamiento o el CEAS correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente no tiene un hogar adecuado o necesita vivienda adaptada a la nueva situación.</li> <li>- Riesgo de quedarse sin hogar.</li> </ul>



Servicio	Cómo contactar	Ejemplos en los que se debe contactar
Proyecto “A gusto en mi casa”	Consultar con el CEAS de la localidad correspondiente.	- Reside en una de las localidades del proyecto y necesita asistencia para vivir en su hogar con seguridad.
Prestaciones económicas	Contacto con Servicio de Atención al Ciudadano 012 o el CEAS.	- Necesita apoyo económico para cubrir sus necesidades básicas.
		- Hay dificultades económicas debido a la situación de dependencia.

*Nota.* Elaboración propia.



### Anexo III. Informe social final.

#### Figura A3.

*Informe social final.*

#### Informe Social Final – Intervención Social Sanitaria

Centro sanitario: \_\_\_\_\_

Fecha del informe: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Trabajador/a social responsable: \_\_\_\_\_

#### 1. Datos identificativos del paciente

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio habitual: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/red de apoyo (si procede):

Nombre y apellidos	Relación	Número de contacto

#### 2. Contexto y motivo de intervención

(Describir brevemente la situación)



### 3. Valoración social inicial

Necesidades detectadas:

- ☐ Ayuda a domicilio
- ☐ Teleasistencia
- ☐ Acompañamiento emocional
- ☐ Recursos económicos
- ☐ Vivienda ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Comentarios/Descripción:

### 5. Actuaciones realizadas

Fecha de alta hospitalaria: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Primer contacto post-alta:

- ☐ Telefónico
- ☐ Domiciliario





		<input type="checkbox"/> Denegado	
--	--	-----------------------------------	--

## 7. Evaluación final

¿Se han cumplido los objetivos?

☐ Sí

☐ Parcialmente

☐ No

Comentarios sobre evolución del caso:

## 8. Derivación final y cierre del caso

Servicio o entidad a la que se deriva: \_\_\_\_\_

Persona de referencia: \_\_\_\_\_

Medio de contacto: \_\_\_\_\_



¿Se ha informado al paciente y su red de apoyo?

☐ Sí

☐ No

Fecha de cierre del caso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del o de la trabajador/a social: \_\_\_\_\_

Sello del centro:

*Nota.* Elaboración propia.