



Trabajo Fin de Grado

Reflexiones sobre el Trabajo Social Sanitario en el
ámbito Hospitalario, desde sus inicios hasta la
actualidad

Reflections on Health Social Work in the Hospital Field,
from its beginnings to nowadays.

Autor/es

Candela Enguita Guinovart

Director/es

Ana Cristina López Martínez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza

2020/2021

Resumen:

El Trabajo Social Sanitario es una especialidad del Trabajo Social que vino dada tras la necesidad de incorporar los factores sociales a los diagnósticos e intervenciones médicas. Se trata de una de las especialidades más antiguas y una de las menos estudiadas. Por ello, el presente trabajo se basa en un análisis descriptivo de los fundamentos conceptuales de la disciplina y en un análisis exploratorio sobre la realidad de las prácticas actuales de la profesión desde la perspectiva de una muestra de las propias trabajadoras sociales hospitalarias. Ante los momentos de cambio que vive el mundo sanitario, se ha visto necesario realizar un desarrollo exhaustivo de la realidad. Para finalizar tras esta exposición se proponen reflexiones y sugerencias.

Palabras Clave: Trabajo Social, Trabajo Social Sanitario, Metodología, Evolución, y Cambio.

Abstract:

Health Social Work is a speciality of Social Work that came about as a result of the need to incorporate social factors into medical diagnoses and interventions. It is one of the oldest and one of the least studied specialities. For this reason, this research is based on a descriptive analysis of the conceptual foundations of the discipline and on an exploratory analysis of the reality of the current practices of the profession from the perspective of a group of hospital social workers. Given the times of change that the healthcare world is experiencing, it has been deemed necessary to carry out an exhaustive development of the reality. To conclude this presentation, reflections and suggestions are proposed.

Key words: Social Work, Health Social Work, Methodology, Evolution and Change.

Agradecimientos

A mi familia y a mi hermana en especial, por apoyarme y ayudarme a conseguir todo lo que me proponga; A mis amigas, compañeras de carrera y de vocación, por ser fieles a sus principios, por haber estado en todos los momentos de duda e incertidumbre, y sobre todo por desvincirse por construir un mundo más justo e igualitario; A Ana Cristina Valero Serrano, por haberme enseñado la parte más humana del Trabajo Social y lo maravilloso que es el Trabajo Social Sanitario;
A mi tutora, Ana Cristina López Martínez, por ofrecerme sus conocimientos y experiencias, por acompañarme en la elaboración del presente trabajo, y por darme la confianza y las fuerzas para concluir una de las experiencias más enriquecedoras de mi vida;
A la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza, en concreto a los profesores de Trabajo Social, por haberme instruido y dado las herramientas para poder ser la mejor profesional posible.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2.1.	Objetivos.....	6
3.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
3.1.	Trabajo Social Sanitario	7
3.1.1.	Trabajo Social Hospitalario.....	8
3.2.	Objetivos del Trabajo Social Sanitario y Hospitalario.....	9
3.3.	Funciones del Trabajo Social Sanitario y Hospitalario.....	9
3.4.	Marco legal vigente del Trabajo Social Sanitario.....	15
4.	HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.....	16
5.	METODOLOGÍA.....	19
5.1.	Búsqueda bibliográfica	19
5.2.	Hipótesis	19
5.3.	Objetivos del estudio.....	20
5.4.	Diseño	20
5.5.	Participantes.....	20
5.6.	Instrumentos	21
5.7.	Resultados	21
5.8.	Ánálisis y discusión	28
6.	CONCLUSIONES GENERALES.....	33
7.	BIBLIOGRAFÍA	34
8.	ANEXOS.....	37
	Anexo I. CUESTIONARIO	37
	ANEXO II. TABLAS DE RESULTADOS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Momentos significativos en la evolución del Trabajo Social Sanitario en EE. UU. e Inglaterra.....	17
Tabla 2. Cuadro resumen evolución del Trabajo Social Sanitario en España.....	19
Tabla 3. Calendarización del procedimiento del estudio	20
Tabla 4. Distribución por sexos.....	21
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas edad y estudio.....	22
Tabla 6. Datos de estructura y composición de los hospitales.....	23
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable opinión de la adecuación del entre el volumen de camas y trabajadoras sociales.	23
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la variable tipo de jornada.	24
Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la variable adecuación de la jornada a las demandas y razones.	24
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la variable sistema de trabajo.....	25
Tabla 11. Estadísticos descriptivos de las variables percepción del conocimiento de las funciones por parte del personal sanitario y dentro de los servicios en los que trabaja.	26
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la variable frecuencia y demanda de las funciones desempeñadas.	27
Tabla 13. Estadísticos cuantitativos relación número de camas y de trabajadoras sociales por hospital....	42
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las variables de soporte informático.	42
Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la variable tipos de escalas de valoración empleadas.	42
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de la variable grado de valoración de a las coordinaciones.	43

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Distribución por tipo de cualificación.	22
Gráfico 2. Estadísticos descriptivos de la variable tipo de sistema de trabajo adecuado a las demandas ...	25
Gráfico 3. Estadísticos descriptivos de la variable frecuencia de empleo de escalas de valoración.....	25
Gráfico 4. Estadísticos descriptivos de la variable tipos de escalas de valoración.....	26
Gráfico 5. Estadísticos descriptivos de la variable grado de valoración de las coordinaciones	28

1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo de Fin de Grado que se desarrolla a continuación surge del interés en el Trabajo Social Sanitario tras la realización del Prácticum de Intervención en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, dicha experiencia de 4 meses de trabajo de campo supuso una apertura a nuevos campos y conocimientos del Trabajo Social.

A lo largo del presente documento se va a estudiar el Trabajo Social Sanitario, desde su conceptualización y contextualización a través de la historia, hasta sus prácticas y metodologías actuales. Teniendo en cuenta que el Trabajo Social está basado en la promoción del cambio y el desarrollo social, es importante poder aplicar estos principios desde dentro de la disciplina. Además, el mundo sanitario se encuentra sumergido en una época de cambios en los que el Trabajo Social debe ir de la mano y adaptar sus prácticas a los nuevos retos sociales que les conciernen.

A partir de la introducción en el mundo sanitario, se observaron puntos fuertes y débiles que podrían ser un buen objeto de estudio. De esta forma se procura analizar el panorama actual que compete y atañe a los y las trabajadoras sociales hospitalarias. Con el fin de indagar más en el sector de salud de la disciplina se han propuesto una serie de objetivos.

Así pues, se pretende, por un lado, recabar toda la información relativa a la evolución de la profesión y de la metodología de esta, tanto en el contexto nacional, como internacional. De esta forma se puede revisar desde donde se ha partido para poder avanzar y no retroceder. Y, por otro lado, se ha visto pertinente reflexionar y analizar el desempeño de los y las profesionales del Trabajo Social Sanitario en el ámbito hospitalario actual desde su autopercepción, de manera que se pueda incitar al progreso, cambio y evolución de uno de los pilares más grandes y potentes del Trabajo Social español.

Por otro lado, a partir de la formación recibida a través de las diferentes materias impartidas en el Grado de Trabajo Social, se ha visto interés en recabar y analizar el campo hospitalario debido a la poca información que existe sobre el mismo, pudiendo aportar información actualizada y relevante para el colectivo. A su vez, es una oportunidad para revisar sus fundamentos y poder trazar nuevas líneas de progreso.

Finalmente, se resalta que se trata de un trabajo académico que pretende inducir a la reflexión de los y las profesionales del Trabajo Social Sanitario y poder crear una mayor unión en el colectivo de cara a los procesos de cambio futuro a los que se enfrenta la profesión.

2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

a) Objetivo general:

1. Realizar un análisis sobre la especialidad del Trabajo Social Sanitario en el ámbito hospitalario en Zaragoza, desde la teoría hasta la práctica.

b) Objetivos específicos:

- 1.1. Describir los fundamentos del trabajo social sanitario y hospitalario a través de una revisión bibliográfica.
- 1.2. Analizar y recabar de forma completa la evolución e historia del trabajo social sanitario.
- 1.3. Dar a conocer y reflexionar acerca de la práctica habitual en los hospitales de Zaragoza desde la autopercepción de los y las trabajadoras sociales.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Trabajo Social está vinculado a las ciencias de la salud desde los inicios de la configuración de la profesión a finales del siglo XIX, por lo que primeramente debemos hacer referencia al concepto de salud y su relación con el trabajo social. Tal y como declaró la OMS (1978): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, convirtiéndose en una definición de salud aceptada mundialmente, en la que se contempla el concepto desde una visión multidimensional, atemporal y apolítica, sin embargo, la salud está ligada al contexto histórico, en la sucesión de las distintas épocas, cada sociedad puede tener una visión distinta de la misma (Alcántara, 2008). Esta conceptualización supone una acentuación del carácter social y la interdisciplinariedad de las intervenciones en salud. Por otro lado, los determinantes sociales de la salud ejercen como condicionantes sobre el bienestar, la enfermedad y su pronóstico, y explican la gran mayoría de las inequidades sanitarias en y entre países. Las nociones de salud y enfermedad están determinadas y supeditadas a las influencias del medio ambiente, aspectos biológicos, culturales y sociales (Mondragón y Trigueros, 1999). Por tanto, son los/as trabajadores/as sociales quienes garantizan la continuidad asistencial a las personas en las diferentes transiciones entre salud y enfermedad.

A finales del siglo XX más de un tercio de los trabajadores sociales en activo ocupaban puestos en el área de sanidad. (Palafox, 1987; Cosano, 1993). Dato que conduce a la reflexión de la necesidad de una mayor formación en trabajo social sobre el campo de la salud, del mismo modo que se necesita una homogenización real de la práctica en este contexto para obtener mayor eficacia en las intervenciones.

Encontrarse en el entorno hospitalario de agudos indica una disminución del estado de salud, y en la mayoría de las ocasiones se trata de situaciones sobrevenidas y de malestar psicosocial significativo, de tal modo que las personas y sus familias se enfrentan a una situación estresante y de máxima crisis que conlleva un proceso de asimilación. En este contexto cada profesional del hospital tiene su función, la de trabajo social es incidir en los factores psicosociales influyentes, aliviar los sentimientos desadaptativos y conseguir restaurar el equilibrio biopsicosocial entorno a la nueva situación.

3.1. Trabajo Social Sanitario

El Trabajo Social Sanitario o Clínico, es una especialidad de la disciplina de trabajo social, ya que se atienden cuestiones más específicas y siempre en relación con la salud. Esta denominación ha sufrido diferentes cambios terminológicos a lo largo de su configuración. No existe una definición inequívoca por lo que en este apartado se va a revisar las definiciones de Trabajo Social Sanitario de varios autores.

Comenzando por algunas de las primeras definiciones de Trabajo Social Sanitario, destacamos a Kisnerman (1987) quien se refirió a la disciplina como: "Quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud." Y San Martín (1988) afirma: "El Trabajo Social en Salud es una profesión que está en relación a los problemas sociales conectados con la salud. (...) El asistente social debe dirigir su mayor actuación a estudiar la situación social del enfermo y los factores sociales que pueden influir para hacer aparecer la enfermedad en un grupo sano" (Cosano, 1993). Podemos apreciar cómo se hace hincapié en la función de detección de problemas sociales relacionados con el problema de salud, de tal forma que se complementa la intervención médica, ofreciendo una mayor atención.

Por otro lado, Amaya Ituarte ha aportado a lo largo de su carrera varias definiciones del trabajo social sanitario entre ellas:

"El Trabajo Social Clínico es una forma especializada de Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social." (Ituarte, 1992, pp.11)

Ituarte apoya el adjetivo clínico en el uso del procedimiento científico y resalta la función de capacitación del individuo para afrontar las situaciones de conflicto. Además, es una profesional que incide en que se trata de una práctica especializada y un proceso relacional psicoterapéutico en el que se usan los propios recursos y capacidades de la persona (Ituarte et al., 2017).

Una de las definiciones más actuales es la del Consejo General de Trabajo Social, actualmente vigente:

"El Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación,

individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades."

En esta noción, al igual que Amaya Ituarte, se resalta la función del trabajador social de apoyo y asimilación en la situación sobrevenida y la estimulación de la persona para su recuperación desde su propia autonomía. Se priorizan las tareas propias del trabajador social dentro ámbito de la salud.

Tras la revisión de la perspectiva de varios autores, recabamos diferentes aspectos como que el trabajador social sanitario es aquel agente especializado en salud, mediante una formación específica, en coordinación con los demás facultativos sanitarios, se encarga de analizar la dimensión social en la problemática de salud del paciente, la familia y/o el grupo que demanda la ayuda, aportando apoyo emocional, construyendo un diagnóstico social, ofreciendo información y herramientas para capacitarle en su recuperación y orientando en recursos. De esta forma se ofrece una atención integral, no solo se trata la enfermedad, se trata a la persona.

3.1.1. Trabajo Social Hospitalario.

En el Sistema Sanitario podemos distinguir dos niveles, la Atención Primaria y la Atención Especializada, en este caso nos centraremos en la segunda, ya que es el marco en el que se encuentran los hospitales, la materia que nos ocupa (Art. 18. 3 LGS, 1986). Aunque ambas tipologías de atención se complementan y retroalimentan. Podemos definir a los hospitales como centros de atención especializada, donde se tratan aquellas afecciones que superan las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en el ámbito de la atención primaria (Art. 15.1 LGS, 1986). Por tanto, el trabajo social hospitalario se va a diferenciar en la manera de abordar las situaciones-problema dentro de este ámbito específico de protección social, dichas situaciones-problema están relacionadas con la adaptación de la persona al ambiente hospitalario, con la relación con los familiares, con el alta hospitalaria y los posibles problemas psicosociales que se pueden dar durante el ingreso (Gámez et al., 1993). Asimismo, el trabajo social hospitalario está encuadrado en un contexto físico concreto que tiende a una población específica, siendo sus límites de actuación los propios de la institución hospitalaria (Colom, 2003).

Asimismo, concretando más las funciones en el Trabajo Social Sanitario en Atención especializada, Dolors Colom sostiene que "es el conjunto de técnicas y disciplinas aplicadas por el Trabajador Social Sanitario del hospital a través de las cuales: recaba información, estudia, interpreta, construye el diagnóstico social sanitario, pauta el plan de trabajo, trata y gestiona los problemas sociales de las personas atendidas en cualquiera de sus áreas" (Colom, 2008).

A grandes rasgos las funciones se asemejan a las de un trabajador social generalista, si bien hay que tomar en consideración que son intervenciones, normalmente, a corto plazo, intensivas, dinámicas y cambiantes. A su vez, la trabajadora social, dentro del equipo multidisciplinar, ejerce de mediadora y de enlace entre la institución, el paciente y la familia, facilitando el diálogo y produciendo un vínculo entre los profesionales y el paciente. Por otro lado, se realiza una coordinación externa tanto con organismos públicos como privados, con el propósito de generar redes de apoyo y optimizar la disponibilidad de recursos. (Vázquez González, 2014)

3.2. Objetivos del Trabajo Social Sanitario y Hospitalario

Resulta relevante clarificar y concretar los quehaceres y acciones que el Trabajo Social Sanitario desempeña de forma que no quede ninguna duda sobre su papel fundamental en el ámbito de la salud.

En este apartado se van a exponer y concretar los objetivos y funciones del trabajo social hospitalario, que se asemejan a las del Trabajo Social Sanitario, sobre los que ya hemos dado algunas pinceladas en la conceptualización de esta especialización. Cabe destacar esta diferenciación ya que el profesional de Atención Primaria cuenta con más tiempo de planificación de la intervención. Y como hemos dicho, se trata de situaciones con un componente de estrés y de incertidumbre.

A finales del siglo XX, hemos podido hallar alguna de las primeras aproximaciones teóricas a cerca de los objetivos del Trabajo Social Hospitalario, como, por ejemplo, según Mondragón y Trigueros (1999) los objetivos son:

- a) Participar en los trabajos de planificación y orientación de los Servicios del Hospital para mejorar la asistencia sanitaria integral.
- b) Prevenir, ayudar, tratar y mejorar, empleando técnicas y métodos específicos, a los individuos que no puedan superar diferencias intrínsecas o extrínsecas que obstaculicen su reinserción óptima a la vida social.
- c) Promocionar la participación de transformación de la situación sanitaria.

Por otro lado, basándonos Viñuela et al. (2020) los objetivos de T.S. Sanitario son:

- a) Intervenir en las necesidades y problemáticas sociales que surgen en el proceso salud-enfermedad, tanto si la enfermedad se produce como reacción a los problemas sociales, como si estos se producen a consecuencia de la enfermedad.
- b) Intervenir en las necesidades y problemas sociales que aparecen en el proceso de salud- enfermedad, tanto si la enfermedad se produce como reacción a los problemas sociales, como si éstos se producen a consecuencia de la situación de enfermedad.
- c) Contribuir en la optimización y el buen uso de los servicios sanitarios.
- d) Colaborar en los programas de promoción y prevención de la salud con la población en general y / o con colectivos específicos, ya sea dentro de las instituciones o en programas interdepartamentales, aportando los activos sociales que puedan convertirse en activos de salud en función de los objetivos del programa.

3.3. Funciones del Trabajo Social Sanitario y Hospitalario

La consecución de objetivos anteriormente expuestos se concreta en las diferentes funciones que el profesional desarrolla en el ámbito hospitalario. Éstas las podemos dividir en cinco grandes bloques:

3.3.1 Función Asistencial

Basada en la atención a personas que debido al efecto que produce su enfermedad, presentan una demanda de atención social o psicosocial. Las actividades que más se desempeñan entorno a esta función son:

3.3.1.1 Valoración sociofamiliar y el diagnóstico social sanitario

Resulta vital realizar un estudio global de la situación sociofamiliar del paciente de tal forma que se puedan planificar las intervenciones y el alta hospitalaria desde un primer momento. En este estudio se identifican y clarifican las necesidades o problemas, los factores de riesgo sanitarios y sociales causales, limitantes o favorecedores, que inciden en el proceso de salud desde el contexto de la persona. También es interesante valorar los factores psicosociales, esto es, cómo afecta la vivencia de la persona. Asimismo, se deben sopesar las consecuencias sociales que puedan derivarse del proceso de enfermedad en todo su espectro. Y por supuesto se debe identificar el sistema de apoyo social y del tejido social de la persona. (Abreu et al., 2014; Viñuela et al., 2020)

El procedimiento se compone de entrevistas con el paciente, y/o su familia, mediante coordinación con personal sanitario del centro e interconsultas con diferentes profesionales del trabajo social. En esta fase se observa y se escucha, con una actitud consciente, sin prejuicio alguno, igualmente que empleando la capacidad de comprensión e interpretación de las connotaciones que la persona otorga a su vivencia (Ituarte, 1992).

Dicho estudio nos llevará a la elaboración del diagnóstico social sanitario del cual se deduce el plan de trabajo y la intervención del t.s. sanitario. *Más adelante profundizaremos en la importancia y la elaboración del diagnóstico social sanitario.*

En un primer momento es conveniente realizar un prediagnóstico a través de los informes aportados y la información que justifica la demanda si la hay, aunque que no haya demanda no significa que no haya una carencia o necesidad social. (Abreu et al., 2014)

3.3.1.2 Intervención psicosocial

Esta función es si cabe la función más importante y menos valorada a nivel profesional. Para Dolors Colom el apoyo psicosocial es: una técnica que de manera sintética trata de ubicar a la persona en su entorno y desde ahí potenciar sus aspectos positivos para que por sí misma pueda hacer frente a su realidad vital, incluso modificarla. (Colom, 2008)

En el contexto hospitalario tanto la persona ingresada como su familia están ante una situación de vulnerabilidad, en la que sus habilidades personales y familiares se ven mermadas. Estas situaciones ocasionan un desajuste personal y familiar que resulta complejo de asumir y afrontar, así pues, es necesario el apoyo profesional para contribuir en la clarificación la situación y su afrontamiento. De modo que esto también implica ofrecer apoyo emocional, poniendo el acento en los problemas psicosociales y las necesidades emocionales de la persona (Garcés, 2014)

El apoyo psicosocial está compuesto de varias acciones tales como, el establecimiento de relación de ayuda, empleo de la escucha activa, la potenciación de la comunicación, el fomento de la motivación y las habilidades de manejo, la movilización de los recursos personales/familiares y de apoyo social, y procurar un ambiente tranquilo y seguro dentro de la gravedad de la situación (Abreu et al., 2014).

Algunos ejemplos de soportes psicosociales en el trabajo social hospitalario son: acompañamiento en la toma de decisiones, preduelo y duelo, prevención de situaciones de riesgo, fomento de la participación de la familia en la toma de decisiones terapéuticas, atender a miembros vulnerables como menores, etc. (Abreu et al., 2014).

En definitiva, es vital ofrecer apoyo psicosocial ya que de este modo no sólo conseguiremos que la persona confíe en nosotros, sino que le encaminaremos hacia la resolución de la problemática médica y social desde sí mismo.

3.3.1.3 Información, orientación y gestión de recursos.

Resulta necesario y básico para ofrecer una atención integral proporcionar información y orientación, de forma que la persona pueda conocer sus derechos y deberes correspondientes a su salud, así como facilitar la información relativa sobre el acceso a todos los recursos disponibles en la comunidad y el empleo adecuado de los mismos. Todo ello, por supuesto, una vez elaborado el estudio del caso social. (Viñuela et al, 2020)

No solo se informa a la persona sobre sus derechos, sino que la misma figura de trabajo social es la que lucha porque éstos se cumplan y se ofrezca una atención de calidad. (Garcés, 2014)

La gestión de recursos se presenta cuando existen situaciones de necesidad en las que se deben movilizar recursos sociales, sociosanitarios y comunitarios para dar respuesta al problema. Los propósitos de esta función van encaminados a facilitar la integración y rehabilitación de la persona en su entorno y garantizar la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, mayoritariamente en los casos en los que existe imposibilidad de regreso al domicilio.

Desde el hospital el trabajador social puede ayudar y orientar en la cumplimentación de solicitudes para recursos sociales, gestionar activamente el expediente y su tramitación y también gestionar de forma directa las solicitudes en los supuestos que la persona no pueda realizarlos por sí misma o carezca de soporte familiar para ello. (Abreu et al., 2014)

Es esencial recordar que el servicio de trabajo social no es un mero servicio de información ni se dedican solamente a gestionar recursos, son funciones necesarias para el desarrollo de la intervención social pero no son el centro de la misma.

3.3.1.4 Coordinación

El trabajo social está siempre en conexión con muchas otras disciplinas, en el contexto sanitario el profesional de trabajo social se encuentra en un equipo multidisciplinar por lo que la coordinación es constante para ofrecer una atención integral. Esta función puede desempeñarse desde el primer momento hasta incluso después del alta hospitalaria. La figura de trabajo social supone un puente entre la persona, la familia y la comunidad. (Abreu et al., 2014; Viñuela et al., 2020)

Podemos distinguir dos tipos de coordinación:

- a) Interhospitalaria. Mediante el establecimiento de canales de interconsulta permanente con el equipo asistencial del hospital, esto es, con médicos, enfermeras y demás profesionales que puedan intervenir en el proceso de salud del paciente. Así como, participando en sesiones clínicas junto con el equipo clínico asistencial, para planificar de manera interdisciplinar la intervención y el alta hospitalaria.

En algunos servicios como psiquiatría, traumatología, neurología, oncología, neurología, neurocirugía, geriatría, UCI, entre otros, la figura el trabajador social está justificada debido a las complejidades sociosanitarias que se dan en estas situaciones y atendiendo al principio inspirador de atención integral. También se mantiene coordinación con otros servicios como admisión, atención al paciente y cargos o facturación. (Abreu et al., 2014; Viñuela et al., 2020)

- b) Extrahospitalaria. En muchas ocasiones para completar la intervención se necesita establecer coordinación con otros niveles sanitarios como atención primaria, servicios especializados u otros recursos sanitarios, así como con las diferentes instituciones de la comunidad tales como educación, servicios sociales, vivienda, justicia y entidades del tercer sector. Además, es de interés establecer protocolos de actuación y derivación con instituciones y asociaciones. (Abreu et al., 2014; Viñuela et al., 2020)

En el trabajo social hospitalario se realizan cuantiosas coordinaciones siempre con el propósito de ofrecer la mejor atención posible.

3.3.1.5 Derivación

El estudio de valoración sociofamiliar que se realiza puede atisbar problemáticas sociales que desde el hospital no se puedan solucionar o no de forma completa, por ello y mediante una adecuada coordinación y la gestión de recursos, se realizan derivaciones, tras el alta hospitalaria.

Para Gordon Hamilton la derivación se definía como: *“Cuando una agencia A termina el tratamiento y trasfiere el caso coordinado a otra agencia B. Trasferir el caso significa propiamente hacerlo con el consentimiento de la persona, entre trabajadoras sociales compartiendo el diagnóstico y tratamiento.”* No se trata de un mero procedimiento administrativo, debe considerarse como un proceso asistencial interdisciplinar, que se elabora a partir del alta hospitalaria, la cual es aconsejable empezar a desarrollar en cuanto el paciente ingresa. El supuesto ideal es que en el momento de retorno al domicilio se hayan cubierto las necesidades asistenciales, materiales o psicosociales del paciente y su núcleo de convivencia, si bien para garantizar una continuidad asistencial se requiere una correcta derivación mediante el uso de informes sociales sanitarios (Abreu et al., 2014).

En el contexto hospitalario se realizan derivaciones casi a diario ya que es una institución en la que la persona normalmente no permanece por tiempo prolongado. Además, es habitual que tras un ingreso se le indique a la persona que deberá acudir a atención primaria para llevar seguimiento, incluyendo la posible derivación al servicio de trabajo social sanitario de atención primaria (Colom, 2008). De este modo es esencial

asegurarse de que la persona tiene toda la información necesaria, concertando nosotros mismos las citas, de forma que no se vean desamparados ante recursos desconocidos.

3.3.1.6 Evaluación

La evaluación es una función y una parte esencial del procedimiento o método básico. Como función destacamos que es enriquecedor comparar los objetivos que se plantearon al inicio de la intervención, con los resultados obtenidos, incluyendo el análisis de todas las fases del procedimiento y la participación de la persona como la propia actuación del trabajador social sanitario (Ituarte, 1992; Abreu et al., 2014).

Normalmente esta acción se realiza una vez cerrado el caso, pero es conveniente ir haciendo pequeñas evaluaciones a lo largo del proceso, ya que esto nos va a permitir estimar errores cometidos de forma que podamos proponer nuevos objetivos y reacciones a situaciones futuras (Viñuela et al., 2020).

La evaluación en trabajo social es una tarea básica, en el trabajo social hospitalario tiene especial valor puesto que las situaciones son cambiantes y dinámicas lo que va a suponer en numerosas ocasiones cambiar los objetivos de la intervención y trazar otras guías más adecuadas a la nueva situación. Del mismo modo es un acto reflexivo para el profesional, en el que debe autoevaluar la intervención y su complejidad, aprendiendo así de cada caso.

3.3.2 Función de prevención y promoción de la salud.

Otra de las funciones del trabajo social sanitario es concienciar y contribuir a reducir los riesgos de enfermar o las consecuencias que puedan derivarse de los procesos de salud, así como promover la mejora de la salud en todos sus aspectos. (Viñuela et al., 2020)

Algunas de las actividades que se contemplan con este fin pueden ser intervenciones por protocolos y procesos asistenciales con la implicación del equipo interdisciplinar, contribuyendo con aspectos psicosociales y metodológicos. A su vez hay que tener en cuenta la detección de factores de riesgo social y la atención a grupos altamente vulnerables. Formalmente este quehacer se concretaría en el diseño, desarrollo y evaluación de actividades de educación sanitaria y de promoción de la salud junto con los demás profesionales del equipo de salud (Viñuela et al., 2020).

Como hemos mencionado en el apartado conceptual del trabajo social sanitario, una función esencial y principal es la educativa, guiando a las personas en los procesos de salud, mejorando hábitos y aportando los conocimientos necesarios para ello, del mismo modo que las personas aprendan a tomar las decisiones de manera autónoma acerca del cuidado de su salud (Cosano, 1993; Abreu et al., 2014). El profesional del trabajo social aporta las herramientas y conocimientos que, de alguna forma también inciden en la perspectiva de la salud de la población y puede evitar reingresos o la complicación de los procesos de salud.

3.3.3 Función mediadora.

El contexto hospitalario supone estrés y la toma de decisiones difíciles, de modo que emergen conflictos en las relaciones, aquí la figura del trabajo social ejerce como catalizador, favoreciendo la unión de las partes implicadas en un conflicto originado por el proceso de enfermedad. Lo que se pretende es que mediante su intervención las personas implicadas sean capaces de llegar a un acuerdo por ellos mismos y resolver el conflicto (Viñuela et al., 2020).

La mediación, en sí, es la intervención que se ejerce en una disputa o negociación, de una tercera persona, imparcial y neutral, que no tiene poder de decisión (Moore, 1986). Esta es una técnica que puede darse en cualquier ámbito de trabajo social y es necesaria una previa formación para que el proceso tenga éxito.

A continuación, mencionaremos algunas de las formalidades que supone el desarrollo de la mediación:

Es importante explicar y clarificar las características y reglas del funcionamiento del proceso mediador, así como crear un entorno de confianza, y por supuesto, es necesario que las partes accedan y estén dispuestos a iniciar un proceso mediador. Del mismo modo se debe dejar claro que el profesional actuará de manera neutral e imparcial, posicionando en el centro de la atención a las partes.

Algunas actividades que lleva a cabo el profesional se suceden en un aserie de fases, que de forma breve se constatarían como: el análisis de las situaciones desde todas las perspectivas y puntos de vista de las partes implicadas, fomentando interés en las mismas para concretar la demanda y resolver el conflicto; la contextualización del conflicto, de forma que se dejen claros los límites; la redefinición del problema, poniendo énfasis en los puntos importantes y legitimando las necesidades de cada parte; aportar otra perspectiva para que surja el sentimiento de comprensión entre ellas, a su vez se guían en la expresión de emociones desde la asertividad; la promoción de la creación de alternativas entorno a las cuestiones concretas que se encuentran en desacuerdo, aportando las partes posibles soluciones para llegar a acuerdos; finalmente la negociación definitiva en la que se llega a un acuerdo, dejando éste redactado y constatado por escrito y estableciendo un método de supervisión del acuerdo si fuese necesario. (Viñuela et al., 2020; Moore, 1986)

La mediación es una competencia del trabajo social, en cuestiones de salud pueden surgir dificultades en las posiciones de los familiares o en la toma de decisiones, por lo que es necesario que el trabajador social guíe. Sin embargo, dependiendo de la estancia de hospitalización, esta función será llevada a cabo por otros colegas, en Servicios Sociales, por ejemplo.

3.3.4 Función de investigación y participación comunitaria.

La función investigadora, junto con la educativa, es una de las funciones estrella y más asentadas del trabajo social sanitario. Se ejerce en todo momento, puesto que es fundamental del quehacer profesional indagar en las causas o factores sociales que más inciden en los procesos clínicos.

Por otro lado, para que la disciplina progrese se necesitan estudios de investigación, algunos pueden estar relacionados con la calidad de la atención, investigaciones concretas del servicio e inclusive la detección precoz de nuevas problemáticas sociales, entre otros ejemplos (Abreu et al., 2014).

Asimismo, para la evolución de la profesión se de a nivel macro, es pertinente que los profesionales del trabajo social se encuentren presentes en comisiones sociosanitarias y órganos de participación, así como actuando en el refuerzo de la acción comunitaria y de participación de la comunidad. Si bien también resulta relevante que se participe en la captación y formación de agentes de salud y voluntariado (Viñuela et al., 2020)

Podemos decir que ésta es una función que puede darse en casi cualquier disciplina, la cual es básica y esencial para el progreso y la mejora de la sociedad en todos sus aspectos.

3.3.5 Función docente.

La función docente o formativa es otra de las funciones que se suponen implícitas en toda profesión. Algunas de las actividades que se llevan a cabo en este orden son: la asistencia y participación en cursos, jornadas; colaboración en publicaciones relacionadas con la salud y el trabajo social; organización de bibliografía actual; y colaborar con la universidad, en actividades de pre y post grado de profesionales del Trabajo Social Sanitario. Es deber de cada profesional mantenerse informado y formado, ya que las realidades son cambiantes y debemos ir adaptando nuestro quehacer profesional diario (Abreu, 2014; Viñuela et al., 2020).

3.4. Marco legal vigente del Trabajo Social Sanitario

3.4.1. Normas Estatales:

- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
- 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.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud

3.4.2. Normas Autonómicas:

- REAL DECRETO 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las mujeres víctimas de violencia en Aragón.
- Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.
- La Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón

- Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.
- Ley 9/2011, de 24 de marzo, de mediación familiar de Aragón.
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
- DECRETO 93/2012, de 21 de marzo, del Gobierno de Aragón, de habilitación normativa en materia de ordenación de prestaciones sociales públicas.
- Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario.

4. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Es necesario realizar un recorrido a lo largo de la historia para conocer los orígenes del Trabajo Social Sanitario, y poder trazar nuevas líneas de progreso y así como dice Miguel Miranda: “no inventar lo que ya está inventado”. Igualmente se produce la individualización de la atención del sujeto, progreso muy relevante en el tratamiento integral de los individuos (Miranda, 2008).

La profesión de trabajo social es relativamente reciente en comparación con otras disciplinas, es a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se comienzan a tratar los problemas sociales dejando poco a poco atrás a la beneficencia y la filantropía. Los grandes inicios se dan principalmente en Estados Unidos, a causa de la inmigración masiva, y en Inglaterra, debido a las consecuencias sociales de la Revolución Industrial. (Garcés, 2014)

Centrándonos en el Trabajo Social Sanitario, esta especialidad, converge de un proceso en el que el personal médico y el social aúnan experiencias y necesidades propiciando la aparición de la figura del trabajador social sanitario. Existen algunos referentes que son clave en el progreso de la profesión, pero también lo son los contextos que van sucediendo. Es preciso realizar un recorrido a lo largo de la historia para poder comprender el desarrollo y la situación actual de la disciplina.

A principios del siglo XX, concretamente en 1905, se data la creación de la primera plaza de trabajo social sanitario en el Hospital General de Massachusetts de Boston en Estados Unidos de América, de la mano del médico Richard Clark Cabot considerado como pionero en la unión de lo médico y lo social. El Dr. Cabot observó la necesidad de investigar los factores psicosociales de los pacientes para poder elaborar un diagnóstico y un tratamiento más eficaces, además de que estos mismos factores podrían ser algunas de las causas de la propia enfermedad, debido a esto la persona que ocupó el puesto de “Investigadora social” fue Garnet Isabel Pelton, aunque meses después, a causa de problemas de salud, tuvo que ser sustituida por Ida Cannon, figura clave en el trabajo social sanitario. Esta nueva figura ubicada en las consultas externas del hospital tenía las funciones de investigar las condiciones sociales, como las de la vivienda y de ponerse en contacto con las agencias caritativas si fuese necesario de cara al alta. El hospital no creía en la necesidad de contratar a esta nueva figura sanitaria, por lo que Dr. Cabot fue quien durante años estuvo pagando el salario de las trabajadoras sociales. (Cosano 1993; Colom, 2010; Garcés, 2014; Díaz, 2017)

Desde este momento, el trabajo social sanitario comenzó a crecer de forma exponencial, se fueron incorporando trabajadoras sociales y creando departamentos de Trabajo Social en los hospitales de las principales ciudades de Estados Unidos. Comenzó la carrera por el reconocimiento de la profesión.

Tabla 1. Momentos significativos en la evolución del Trabajo Social Sanitario en EE. UU. e Inglaterra.

Año	Lugar	Acontecimiento
1840-1848	Inglaterra	<i>Ladies almolders o Social almolders.</i> De carácter caritativo. Cubrían las necesidades básicas en el hospital de pacientes sin recursos, como el pago de medicamentos.
1880		Sociedad de Cuidadores Pobres. También caritativa, destinada a la atención de enfermos mentales. Dr. Charles Look reorganizó la asistencia analizando los factores sociales causantes de la aparición de la enfermedad.
1905		Dr. Cabot y Garnet Pelton configuran la 1 ^a plaza de trabajo social hospitalario.
1906-1909		Ida Cannon crea 1 ^{er} Departamento de Trabajo Social en Massachusetts General Hospital de Boston.
1910		Incorporación de los programas de trabajo social en distintos hospitales.
1912		Conferencia <i>Charities and Correction</i> , Pelton establece la diferencia entre la ayuda de trabajo social y la ayuda de la filantropía: el diagnóstico social.
1917		Creación de la especialización de Trabajo Social Médico en la Escuela de Trabajo Social de Boston.
1918		Ida Cannon (<i>Social Work in Hospitals: A contribution to progressive medicine</i> , 1993), Dr. Cabot y Mary Richmond (<i>Social Diagnosis</i> , 1917) en diferentes ocasiones exponen y refuerzan la idea de una adecuada formación en Trabajo Social Médico, hoy sanitario.
1922		Creación de la Asociación Nacional De Trabajadores Sociales De Hospitales (NAHSW), uno de sus fines era mejorar la relación entre la educación formal y la práctica.
		Mary Richmond en su libro Caso Social Individual (<i>What is social case work? an introductory description</i>), identificaba al trabajador social hospitalario como el intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población.

Fuente: Elaboración propia a partir de Cosano 1993; Colom, 2010; Garcés, 2014; Díaz, 2017.

En España algunos de los antecedentes en del trabajo social sanitario de hoy se enmarcan en el siglo XIX con el movimiento del higienismo promovido por los reformadores sociales de la época. Este movimiento consistía en mejorar las condiciones de vida de los trabajadores industriales, uno de los aspectos que más se trabajaban eran las condiciones de las viviendas, por lo que se procuraba prevenir algunas de las enfermedades que se podían contraer a causa de la poca salubridad que existía en ellas. Estas acciones estaban inspiradas en las *Hull Houses* que incorporó Jane Addams en Estados Unidos. (Lima y González, 2019)

El desarrollo de la profesión, en España, estuvo limitado a las circunstancias políticas del momento. Del mismo modo que en Estados Unidos y en otros países europeos, fue un médico el Dr. Roviralta quien, en 1932, impulsó la creación de la primera escuela de trabajo social en Barcelona, España (Cosano, 1993). En ese mismo año el Dr. Bellogín García publicó el ensayo “Factores económicos y sociales que influencian la salud y la enfermedad”, en el cual señala y cita al Dr. Cabot dando importancia a la inclusión de los factores sociales y económicos en los diagnósticos médicos. Aporta evidencias científicas y estadísticas de España en las que se demuestra que la influencia de la pobreza o el sistema económico de la familia están conexiónadas con las enfermedades, la miseria y el déficit biológico. Si cabe, realiza una crítica a la sociedad por su despreocupación por la educación en salud. Finalmente menciona que las “enfermeras sociales” o “asistentas sociales” (por aquel entonces),

empiezan a estar en los hospitales de diferentes países de Europa, abogando con ello por la creación de un nuevo servicio social hospitalario (Bellogín García, 2008).

En 1934 se gradúan las primeras trabajadoras sociales, quienes fueron encargadas por la *Conselleria de Sanitat de Catalunya* para promover la prevención y la educación en salud contra la tuberculosis (González y Lima, 2019). Sin embargo, durante la Guerra Civil española (1936-1939) se paralizó el progreso y el desarrollo de escuelas de trabajo social en España. No es hasta los años 50 cuando se incorpora el primer Servicio Social Sanitario en el Hospital Provincial de Madrid, a lo largo de esta década se crean más servicios en Madrid y Barcelona. Durante la incorporación de dichos servicios, en 1960, desde el gobierno franquista se reconoce la necesidad de estos profesionales en el ámbito sanitario y se convocan oposiciones libres, los trabajadores sociales pasan a formar parte del personal hospitalario. No obstante, sus funciones quedaron relegadas a meras tareas burocráticas, quedando fuera de los equipos sanitarios. Hasta 1977 no quedan claras estas funciones, cuando se publica la Circular 28/77 del Instituto Nacional de Previsión, en la que se redefinían sus funciones, se incorporaba esta nueva figura en los equipos de salud, con sus jefaturas correspondientes, dependientes de la Dirección Gerencia (Cosano, 1993).

Entre 1980 y 1990 se producen grandes cambios en España debido a la transición democrática, con ello Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con la que se preveían oportunidades para el Trabajo Social. Sin embargo, esto no fue así, las funciones y prácticas quedaban aún más en el aire. Con el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre “Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud”, en su disposición adicional cuarta se expone que: “La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales.”. De modo que, se explicita la figura del trabajador social para con este fin.

Durante las últimas décadas del siglo XX comenzó la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, suponiendo esto una mayor organización y cercanía con el ciudadano. El año 2000, el INSALUD publicó la “Guía de Organización del Trabajo Social en Atención Especializada”, a fin de homogeneizar registros, realizar evaluaciones de objetivos comunes, establecer una cartera de servicios y una estructura organizativa, para gestionar de forma eficiente los recursos, y poder ofrecer una asistencia de calidad. Del mismo modo se establece que “cada hospital deberá disponer de un Servicio de Trabajo Social...” (Viñuela et al. 2020). Esto supuso que la presencia de la figura del t.s. sanitario se exigiera por norma, pero no se establecieron límites ni mínimos, por lo que los propios profesionales configuraron su funcionamiento a partir de sus conocimientos y preferencias. (Colom, 2008)

En el siglo XXI el Trabajo Social Sanitario queda totalmente adherido de modo formal en el sistema sanitario. A pesar de que con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) supone la pérdida de reconocimiento del T.S. Sanitario, ya que no existía una formación especializada en esta área. En el 2005 ANECA publica el Libro Blanco del Grado de Trabajo Social, destacando los perfiles profesionales, entre ellos el de t.s. sanitario y su regulación. Sin embargo, la formación académica de esta especialidad no se configura hasta 2008 en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y se reconoce como estudio oficial en 2013. (Gijón y Colom, 2016)

Tabla 2. Cuadro resumen evolución del Trabajo Social Sanitario en España.

Fecha	Acontecimiento
1932	El Dr. Roviralta impulsa la primera Escuela de T. S. en Barcelona
1950	Creación primeros Servicios Sociales Sanitarios en hospitales de Madrid y Barcelona.
1960	Oposiciones libres de Asistentes Sociales, incorporación al personal del hospital.
1977	Circular 28/77. Funciones de T.S. e inclusión en el equipo de salud.
1986	Ley General de Sanidad, reconocimiento atención integral, inclusión dimensión social.
1984	Inclusión del personal de T.S. en los equipos de Salud Mental.
1995	RD 63/1995, Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, disposición de atención social.
1996	Transferencias competencias CCAA. Descentralización
2000	Guía de Organización del Trabajo Social en Atención Especializada. Cartera de servicios.
2003	Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) Desclasificación como profesión sanitaria.
2005	ANECA publica el Libro Blanco de Trabajo Social
2008	Posgrado/Máster en Trabajo Social Sanitario (UOC)
2013	Máster Oficial UOC

Fuente: Elaboración propia a partir de Cosano, 1993; Bellogín García, 2008; González y Lima, 2019; Viñuela et al. 2020.

La especialización de T.S. Sanitario en España sigue siendo un reto por conquistar, como hemos podido observar, todo el proceso es reciente en comparación con el desarrollo en otros países. El debate sobre el reconocimiento de esta especialización oficialmente se ha dado en diferentes congresos, eventos y artículos, puesto que al no ser una profesión sanitaria se sigue necesitando que los/las trabajadores/as sociales justifiquen sus acciones para seguir formando parte del equipo de salud, aun conociendo la necesidad, históricamente avalada, de una real atención social en salud.

5. METODOLOGÍA

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene carácter descriptivo y exploratorio, conforma un estudio de corte transversal y está dirigido a una población concreta, los y las trabajadoras sociales hospitalarias.

5.1. Búsqueda bibliográfica

El desarrollo del marco teórico se ha realizado mediante un buceo bibliográfico, se han revisado y contrastado libros, artículos de revista, ponencias en congresos, leyes, guías, y manuales.

La elaboración de la evolución del Trabajo Social Sanitario se ha realizado mediante una revisión sistemática, relacionando 9 artículos de revista y dos libros para poder conformar una cronología completa.

5.2. Hipótesis

- a) La actual jornada laboral no es suficiente a la hora de cubrir las necesidades de los pacientes.
- b) Existe falta de modernización informática en la mayoría de las Unidades de Trabajo Social Hospitalario.
- c) El personal sanitario está desinformado en relación con el desempeño de trabajo social.
- d) La función de apoyo psicosocial es una de las grandes desconocidas.

5.3. Objetivos del estudio

- Conocer la situación actual de la disciplina del Trabajo Social Hospitalario.
- Evaluar el sistema de trabajo desde la perspectiva de los propios trabajadores/as sociales en los hospitales de Zaragoza.

5.4. Diseño

Con la finalidad de contrastar las hipótesis propuestas, en este apartado se describe el análisis que se ha llevado a cabo a través de una encuesta. Tras la revisión y fundamentación del tema que nos compete, se ha procedido a la construcción de una encuesta con el que se puedan obtener experiencias y datos estadísticos evaluables.

A continuación, se muestra en la siguiente tabla la disposición temporal en la que se llevado a cabo la parte metodológica del presente trabajo.

Tabla 3. Calendarización del procedimiento del estudio

	Marzo	Abril				Mayo				Junio	
	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Selección de la muestra	■										
Elaboración de la encuesta		■	■								
Envío del cuestionario				■							
Almacenamiento de datos					■	■	■	■			
Análisis y discusión									■		
Elaboración de conclusiones										■	■

Fuente: Elaboración propia.

5.5. Participantes

Los sujetos objeto de estudio conforman una muestra de los/las trabajadores/as sociales habitualmente en activo de los hospitales pertenecientes al municipio de Zaragoza.

Los hospitales seleccionados son:

- Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
- Hospital General de la Defensa de Zaragoza
- Hospital MAZ
- Hospital Nuestra Señora de Gracia
- Hospital Royo Villanova
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital Universitario Miguel Servet

Las encuestas estuvieron abiertas entre el 19 de abril y el 24 de mayo, de manera telemática a través del correo electrónico de los y las profesionales que accedieron a participar. Respondieron un total de 14 personas.

5.6. Instrumentos

Para la recogida de datos se ha elaborado una encuesta estructurada, se compone de 26 preguntas divididas en 5 ítems. Dicha encuesta ha sido creada mediante la aplicación Google Formularios. Los participantes contestaron una única vez la encuesta creada ad hoc (Ver Anexo I).

Se trata de una encuesta autoadministrada, la cual tiene una parte sociodemográfica en la que se preguntan, sexo, edad, nivel de estudios y pertenencia al hospital. La primera sección tiene la finalidad de recabar datos sobre los hospitales (N.º trabajadores y adecuación con la demanda, N.º camas, dependencia jerárquica, existencia de auxiliar administrativo y jefe de servicio), la segunda sección trata sobre la jornada laboral (días laborables, y adecuación con la demanda), la tercera sección pretende indagar acerca de la actual metodología de trabajo (uso de H. Social Electrónica, bases de datos, método habitual de trabajo, uso de escalas de valoración, frecuencia y tipo), y la cuarta sección hace referencia a las funciones desempeñadas diariamente (conocimiento por parte del personal sanitario, frecuencia y demanda, y valoración de la coordinación). Las preguntas son cerradas en su mayoría y de respuesta múltiple.

Para terminar, la encuesta finaliza con un espacio de agradecimiento y la opción de poder recibir el resultado de la presente investigación.

En cuanto al análisis de los datos, se ha realizado un análisis descriptivo de las características de los participantes en toda la muestra utilizando moda, frecuencias y porcentajes. Además, dicho análisis se llevó a cabo utilizando IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22, Chicago, IL.

5.7. Resultados

En el siguiente apartado se van a exponer de manera estadística y objetiva los resultados obtenidos de las respuestas de las encuestadas.

Tabla 4. Distribución por sexos.

Sexo	Mujer	Frecuencia	Porcentaje
		14	100 %
Hombre	0	0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- Nuestra población, compuesta por 14 participantes son en su totalidad mujeres (100%).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas edad y estudio.

Tipo de cualificación

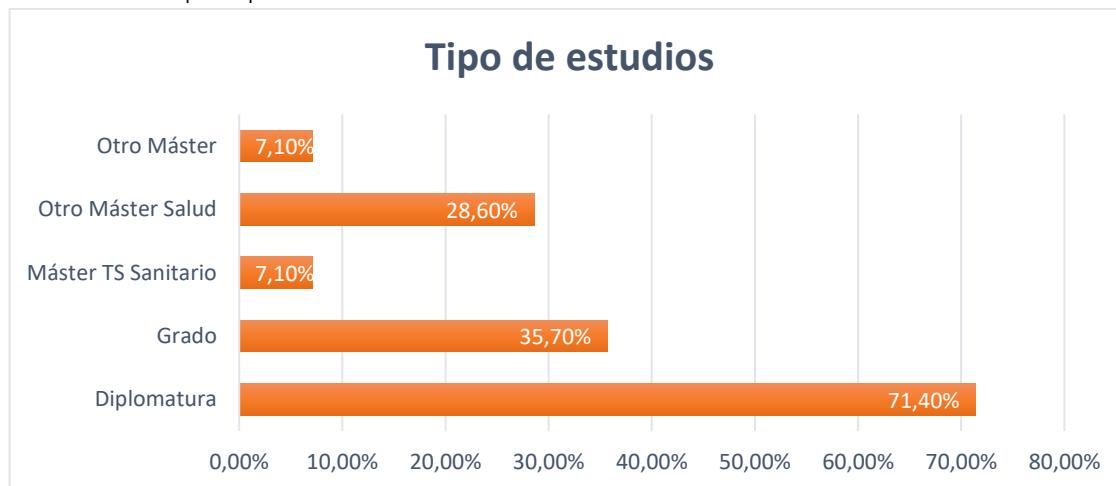
Edad (frec., %)	Diplomatura	Grado	Máster TS Sanitario	Otros Máster en Salud	Otros Máster				
	- 25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65
	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	0	1	0	0	1	0	0	0	0
	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	0	0	0	0	0	0	1
	2	1	0	0	2 (14,2%)	0	0	0	0
	4 (28,5%)	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	10 (71,4 %)	5 (35,7%)	1(7,1%)	4(28'6 %)	1(7,1%)				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

Nota: frec = frecuencia; % = porcentaje de casos.

- En cuanto a la edad, abarcan todo el rango establecido, siendo el intervalo entre 55 y 60 años el que más prevalece en la muestra, conformando la moda. A su vez, en relación con la edad encontramos más casos en los que la titulación con la que se ejerce es la Diplomatura en Trabajo Social (71,4 %).

Gráfico 1. Distribución por tipo de cualificación.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- A su vez tan solo una de las participantes (7,1 %) está especializada en Trabajo Social Sanitario.

Tabla 6. Datos de estructura y composición de los hospitales.

	N.º de camas	N.º De trabajadoras	Dependencia jerárquica	Jefe de servicio	Auxiliar Adm.	Sí	Exclusividad ingresos (frec.) Consultas Externas
Hospital Clínico Universitario	802	8	Gerencia	Sí	Sí	1	3
Hospital Nuestra Señora de Gracia	165	3	Dirección médica	No	No	0	3
Hospital Royo Villanova	260	3	Dirección médica	No	No	0	1
Hospital San Juan de Dios	188	3	Dirección médica	Sí	No	3	1
Hospital Universitario Miguel Servet	1200	8	Dirección médica	Sí	No	0	2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

Nota: frec = frecuencia. (Datos recopilados de las respuestas de las encuestadas)

- Existe relación entre el volumen de camas y el número de trabajadoras. (Correlación de Pearson 0,898; La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). En el resto de las variables no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.
- El 80% de las trabajadoras sociales pertenece a una unidad jerárquica ajena a su índole profesional. Por otro lado, solo una Unidad de Trabajo Social cuenta con auxiliar administrativo.
- El desempeño laboral en camas hospitalarias y Consultas Externas no tiene relación con ninguna de las demás variables por lo que varía en función del servicio del que se esté a cargo.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable opinión de la adecuación del entre el volumen de camas y trabajadoras sociales.

Opinión sobre la relación entre el n.º de trabajadoras y el n.º de camas	Frecuencia		Porcentaje
	Suficientes (sí)	Suficientes (no)	
	2	12	14,3 %
			85,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- A pesar de existir relación entre el volumen de camas y el número de trabajadoras, un 85,7 % de ellas cree que son insuficientes para cubrir las necesidades sociales existentes.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la variable tipo de jornada.

<i>Tipo de jornada</i>	Frecuencia	Porcentaje
<i>Lunes-viernes de mañanas (sí)</i>	14	100%
<i>Lunes-viernes de tardes (sí)</i>	0	0%
<i>Alguna mañana (sí)</i>	0	0%
<i>Alguna tarde (sí)</i>	3	21,4%
<i>Findes de semana y/o festivos (sí)</i>	1	7,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- Todas las encuestadas tienen una jornada laboral de lunes a viernes en horario de mañanas, solo un 21,4% realiza turnos de tardes y solo una trabajadora ha afirmado trabajar algún fin de semana.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la variable adecuación de la jornada a las demandas y razones.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Opinión sobre la adecuación de la jornada a la demanda</i>	Adecuada	5	35,7 %
	No	9	64,3 %
<i>Razones por las que no se adecua la jornada con las demandas</i>	No hay cobertura de urgencias	5	35,7 %
	No hay tiempo de actualizar HS	1	7,1 %
	Necesidades complejas	1	7,1 %

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- Como se observa en la tabla, y como consecuencia de la anterior, un 64,3% considera que el horario es insuficiente a la hora de desarrollar plenamente su trabajo. La razón más común (35,7%) ha sido la falta de personal a la hora de cubrir las urgencias, siendo estas a horarios fuera del horario laboral, además de ser un campo de trabajo esencial.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la variable sistema de trabajo

Tipo de sistema de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
A demanda	9	64,3 %
Colaboración o Derivación	10	71,4 %
Por Protocolos	7	50,0%
Por programas	2	14,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

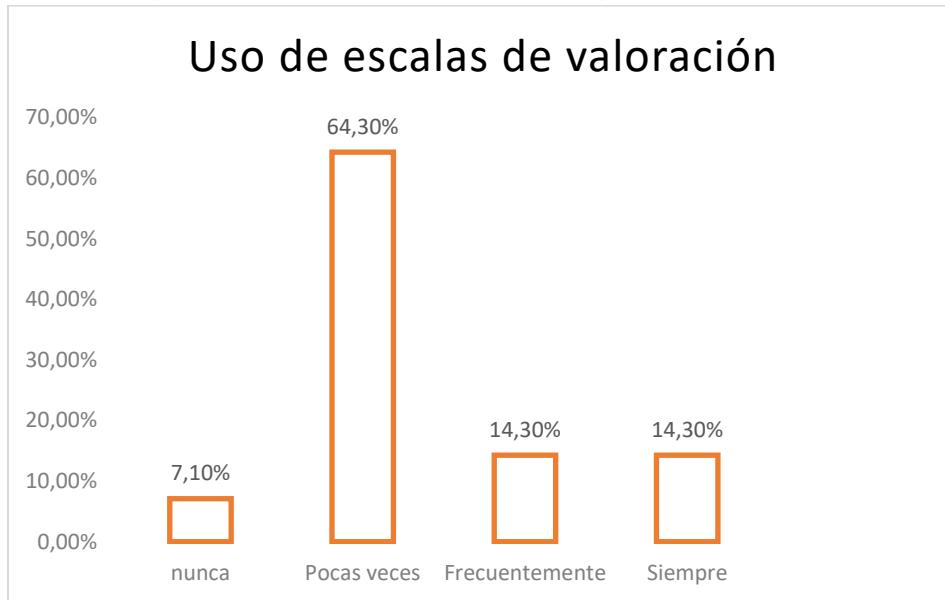
Gráfico 2. Estadísticos descriptivos de la variable tipo de sistema de trabajo adecuado a las demandas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- Los sistemas de trabajo actuales que más sobresalen son a demanda del usuario o de la familia (64,3%) y a colaboración o derivación tanto intra como extrahospitalaria (71,4 %). Siendo agentes externos los que inician la intervención.
- Por el contrario, la gran mayoría de ellas considera que, en relación con lo anterior, se cubren adecuadamente las necesidades sociales.

Gráfico 3. Estadísticos descriptivos de la variable frecuencia de empleo de escalas de valoración.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- En la frecuencia del uso de las escalas de valoración la variable más destacada es el uso de las escalas pocas veces (64,3%) en las intervenciones habituales. Por el contrario, más de la mitad de las encuestadas (57,2%) usa de manera frecuente y habitual las escalas de valoración.

Gráfico 4. Estadísticos descriptivos de la variable tipos de escalas de valoración



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- En cuanto a los tipos de escalas de valoración que las encuestadas emplean en sus intervenciones destaca el uso de la Escala Gijón (57,1%), siendo un instrumento de valoración del riesgo social, materia prima de intervención en trabajo social. La segunda más utilizada es la Escala Zarit (35,7%), la cual evalúa el nivel de sobrecarga del cuidador/a de una persona dependiente. Por otro lado, la existencia de escalas de valoración propias del servicio conforma un 14,3%, indicando un desarrollo de instrumentos propios significativos. Otra de las respuestas destacadas en que el 21,4% de las encuestadas no emplea ninguna escala de valoración a la hora de intervenir.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de las variables percepción del conocimiento de las funciones por parte del personal sanitario y dentro de los servicios en los que trabaja.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Personal Sanitario</i>	Sí, todos los profesionales	2	14,3 %
	Sí, pero solo en los servicios en los que se trabaja	7	50 %
	No, solo algunos profesionales del hospital	5	35,7 %
<i>Funciones Servicio</i>	Sí, saben cuándo deben hacer una colaboración	4	28,6%
	Sí, cuentan con la figura de trabajo social en cada intervención	4	28,6%
	No, solo acuden en casos extremos de riesgo y/o exclusión social	2	14,3%
	No, en la mayoría de los casos recurren cuando tienen un problema con el alta	4	28,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- A cerca de la visibilidad del profesional de TS en el hospital, por un lado, sobre el conocimiento de sus funciones y su desempeño, la mitad de las encuestadas (50%) afirma que son reconocidas en los servicios que trabajan y no en los demás. De otro modo, dentro del propio servicio el 57,2% afirman que el equipo multidisciplinar del servicio en el que trabaja les hace partícipes de las intervenciones integrales.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la variable frecuencia y demanda de las funciones desempeñadas.

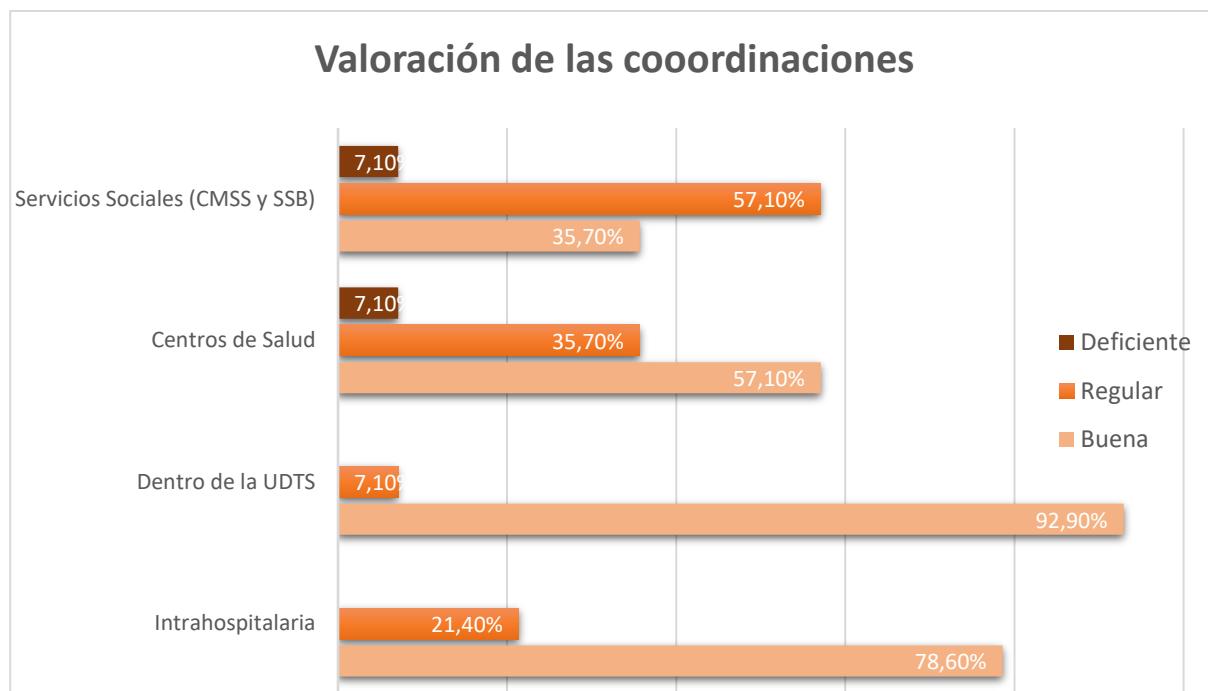
	Más frecuente	Menos frecuente	Más demandada	Más frecuente y demandada
Funciones (frec., %)	Información y Orientación	5 (35,7%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)
	Gestión de Recursos	4 (28,6%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)
	Valoración y Diagnóstico	11 (78,6%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)
	Coordinación y Derivación	8 (57,1%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)
	Mediación	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0
	Apoyo Psicosocial	12 (85,7%)	0	2 (14,3%)
	Investigación y Docencia	1 (7,1%)	13 (92,9%)	0
	Prevención	2 (14,3%)	12 (85,7%)	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

Nota: frec = frecuencia; % = porcentaje de casos

- Respecto a la frecuencia en la que se desempeñan las distintas funciones expuestas, el 85,6% de ellas (cómputo global frecuencia más demanda) considera que la función de Información y Orientación es una de las más frecuentes y la más demandadas; de manera similar en un 85,6% de las encuestadas afirma lo mismo sobre la función de Coordinación y Derivación. Otro dato estadísticamente significativo, es que la función de Apoyo Psicosocial es la más frecuente según la mayoría (85,7%). Y la función de Valoración y Diagnóstico otra de las más desempeñadas (78,6%), siendo una parte del método básico de intervención fundamental.
- Por otro lado, entre las funciones que se realizan con menos frecuencia nos encontramos con: Mediación (78,6%), Prevención (85,7%) e Investigación y Docencia (92,9%).

Gráfico 5. Estadísticos descriptivos de la variable grado de valoración de las coordinaciones



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

- Por último, en cuanto a la percepción que las encuestadas tienen sobre las relaciones de coordinación sobre las diferentes entidades que se plantean, hemos obtenido como resultados que un 92,9% considera buena la coordinación que se mantiene dentro de las UDTs de los hospitales y un 78,6% también cree que existe una buena coordinación con los diferentes profesionales del hospital.
- Acerca de la valoración con la variable regular, encontramos que un 57,1% califica de esta forma la coordinación existente con los Servicios Sociales Municipales y de Base; de mismo modo que un 35,7% tiene la misma percepción sobre la relación con los Centros de Salud.
- Sin embargo, solo un 7,1% considera deficiente las coordinaciones tanto con Servicios Sociales como con Centros de Salud.

5.8. Análisis y discusión

En el siguiente apartado se va a realizar la discusión de los resultados obtenidos de las encuestas, pudiendo así contrastar las hipótesis propuestas y aportar una reflexión acerca del colectivo de trabajadoras sociales hospitalarias.

Uno de los primeros puntos que cabe resaltar es la fuerte presencia femenina en el colectivo, la totalidad de las participantes del estudio son mujeres (100%), lo que supone que existe una potente feminización. Desde la configuración de la profesión, estaba clasificada como una disciplina femenina, del mismo modo que otras profesiones como la enfermería, dedicada a los cuidados. En otras áreas del Trabajo Social, como el sistema educativo, los Servicios Sociales Municipales o de Base, o la atención a la Salud Mental, se ha visto una incorporación progresiva de los hombres a la profesión, del mismo modo que en otras profesiones que habían

estado muy marcadas por el género como la enfermería o la terapia ocupacional. Al existir un incremento del número de hombres en las nuevas promociones de Trabajo Social podemos esperar que el Trabajo Social Hospitalario también progrese en la misma línea. Además, en la sociedad del siglo XXI las líneas de género que marcan la índole de las profesiones están cada vez más difusa, aunque el ámbito de los cuidados sea un sector que progresiona más lentamente a causa del fuerte rol femenino que ha venido dispuesto a lo largo de la historia en todas las sociedades.

Con relación a la edad, observamos que el predominio de la edad entre 55 y 60 años y la incorporación de nuevas promociones al sector, va a significar en los próximos años un relevo generacional del que se espera que vaya acompañado de un mayor progreso y desarrollo del Trabajo Social Sanitario en España.

Por otro lado, en cuanto al tipo de estudios, al encontrarnos ante una muestra del colectivo relativamente envejecida, hemos podido observar que la mayoría (71,4 %) tiene Diplomatura en Trabajo Social y de ellas un 14,2% ha homologado sus estudios a Grado, lo que puede significar una falta de progreso en la continuidad académica. Acerca de la especialización, solo se ha encontrado una participante que hubiera realizado el Máster en Trabajo Social Sanitario, teniendo en cuenta que se configuró como un estudio oficial en 2013 (Ver tabla 2) y la edad de la mayoría de las trabajadoras sociales, puede entenderse que una formación de este tipo no sea asumible a estas alturas de su carrera profesional y todo el conocimiento específico del campo ya lo hayan adquirido mediante su experiencia profesional. Continuando con los másteres, un 28,6% está especializada en alguna problemática relacionada con la salud como puede ser Máster en Gerontología o Máster en Salud Mental, algo que nos indica que, aunque no se tenga especialización en atención sanitaria u hospitalaria como tal, sí se tiene conocimiento del Trabajo Social en Salud. Por consiguiente, debemos potenciar la continuidad y la especialización académica en la disciplina de Trabajo Social, debido a que en determinadas prácticas y sectores se tienen sistemas metodológicos diferentes y es necesario que el aprendizaje se dé de manera formal, de manera que se pueda ofrecer la mejor atención de calidad posible al usuario.

Otro de los puntos a destacar concierne sobre la creencia de las encuestadas de si la ratio de trabajadoras es suficiente a la hora de realizar su labor. Para analizar este dato se ha relacionado el número de camas con el número de trabajadoras, de manera estadística están relacionados y es esperable que el hospital haya tenido esto en cuenta. Sin embargo, este dato es relativo, ya que no todas las camas del hospital pueden ser objeto de Trabajo Social, se deberían contar por unidades asistenciales, es decir servicios potencialmente susceptibles de intervención. Por ejemplo, en el Servicio de Dermatología la estancia cada vez se reduce más (Martínez-Morán, 2017), por lo que también incide el de rotación de camas. La necesidad de que haya más trabajadoras en un hospital no viene dada solo por la relación del volumen de pacientes, sino que también inciden otros factores que se explicaran a continuación.

La pregunta relacionada con la jornada laboral venía precedida por la observación en el campo de trabajo de que una jornada matinal estándar no era suficiente para satisfacer plenamente las necesidades de los pacientes, por lo que conforma una de las hipótesis planteadas. Por ello, primero se preguntó por la jornada actual, siendo en el 100% de los casos una jornada de lunes a viernes en horario de mañanas, un 21,4% también realizaba algún turno de tarde y solo un 7,1% trabajaba en fin de semana y/o festivo. Acerca de este dato es interesante relacionarlo con los horarios laborales del resto de profesiones sanitarias, siendo este por turnos, diurno (tarde o mañanas), nocturno o rotatorio, puesto que, los hospitales son instituciones que funcionan las 24 horas del día y los 365 días del año, debido a que las necesidades y afecciones que se tratan no pueden realizarse de manera

ambulatoria. Por tanto, si queremos ser una profesión sanitaria también deberíamos avanzar y estar dispuestos a realizar la labor que nos compete en cualquier horario laboral, algo que también supondría una mayor contratación de trabajadores/as sociales.

Para comprobar si era un horario laboral adecuado se les preguntó por ello y un 64,3% de las encuestadas contestaron que no, siendo un dato significativo, aunque subjetivo, por lo que podemos confirmar en parte la primera de nuestras hipótesis. Además, se dejó un espacio libre para que si querían dejasesen sus argumentos de por qué no es una jornada adecuada, entre las que contestaron que no, un 35,7% de ellas hizo referencia a la falta de cobertura de urgencias, relacionado con lo comentado anteriormente, extraemos que es necesario que la figura de trabajo social esté presente en todos los turnos de trabajo. De modo que, sería interesante plantearnos la necesidad de que haya exclusivamente un/a profesional del Trabajo Social Sanitario en el Servicio de Urgencias, ¿no es ahí donde mejor se puede hacer una intervención precoz? ¿acaso no es la puerta de entrada de la mayoría de las grandes problemáticas sociales?, debemos reflexionar acerca de ello.

En relación con la segunda hipótesis planteada: "Hay desfase informático en la mayoría de las Unidades de Trabajo Social Hospitalario", hemos podido comprobar que recientemente ha habido un progreso y evolución en este campo, un 92,8% de las encuestadas (Ver tabla 15) tiene acceso a Historia Social Electrónica, una herramienta esencial de Trabajo Social, la sociedad avanza tecnológicamente a un ritmo cada vez más elevado y las profesiones deben adaptarse y optimizar así su desempeño. Por otro lado, un 78,6% también tiene una base de datos común informatizada, es esencial y necesario poder disponer de informes e historias sociales de manera práctica de cada uno de los pacientes, puesto que la habilidad organizacional es imprescindible.

Acerca del sistema de trabajo actual con el que se inician las intervenciones, hemos podido observar cómo siguen prevaleciendo los sistemas *A demanda del usuario o la familia* en un 64,3% y *A colaboración o derivación*, tanto intra como extrahospitalaria en un 71,4% de los casos, lo que supone que son en su mayoría agentes externos los que inician la petición de la intervención. Es un dato relevante ya que significa que la detección de riesgos y problemáticas sociales puede retrasarse llevando una mayor complejidad de los casos y por ende una mayor dificultad en la resolución de estos. Por otro lado, el 50% de las trabajadoras también trabaja por protocolos, lo que quiere decir que atienden problemáticas específicas y legalmente reguladas para actuar de una forma concreta, como puede ser con el abuso, maltrato o negligencia de menores.

Con relación a lo anterior, el 78,6% de los participantes afirmó que con su actual sistema de trabajo se cubren adecuadamente las demandas sociales, puede parecer un dato contradictorio, pero no lo es, se trata de una percepción subjetiva, ya que independientemente del sistema de trabajo la demanda como tal puede llegar a cumplirse de manera eficiente. Para poder evaluar mejor estos datos sería necesaria la valoración de los usuarios, esto se puede conseguir con encuestas de satisfacción en las que se realiza una valoración de la cobertura de las necesidades. El T.S. en el hospital se diferencia con otras disciplinas en la cobertura de las necesidades, ya que un médico puede cubrir las necesidades de manera más inmediata poniendo un tratamiento, el cual mayoritariamente tiene cobertura universal. Por el contrario, las prestaciones sociales no son universales ni son inmediatas, algo que puede suponer insatisfacción en el usuario o la familia y, por tanto, su percepción de que la demanda no ha sido cubierta adecuadamente.

Otro de los instrumentos por los que se ha preguntado en la encuesta es sobre el uso de escalas de valoración en las intervenciones, el dato más destacable con relación a la frecuencia del uso de las mismas es que un 64,3% ha referido usar *pocas veces* las escalas. Por el contrario, un 28,6% de ellas (entre la variable *frecuentemente* y

siempre) las usa de manera habitual, lo que refleja un buen dato ya que debemos potenciar el uso de las escalas de valoración como un instrumento esencial, válido y eficaz en las intervenciones de Trabajo Social. En cuanto al tipo de escalas que se emplean, la más común es la Escala Gijón (57,1%), dato esperable ya que se trata de una escala de medición específica de la situación social. Otro dato destacable es que un 14,3% ha referido usar escalas de valoración propias, es decir, construidas por ellas mismas, lo que añade valor al uso de las escalas, ya que de esta forma se percibe como un instrumento necesario y esencial en la realización de diagnósticos.

El uso de instrumentos validados tiene una gran importancia, tanto para valorar objetivamente y de manera homogénea al paciente, como para validar nuestro propio trabajo. Por ejemplo, en otras disciplinas sanitarias como la enfermería, tanto al ingreso como al alta hospitalaria se realiza el Índice de Barthel o el Mini Mental de Lobo, escalas con las que se puede; a) valorar el estado en el que el paciente ingresa y b) valorar si el paciente ha mejorado con la intervención o no. Es necesario implementar esta práctica también en Trabajo Social, ya que es también una manera de formalizar y visibilizar a la profesión en el mundo sanitario.

Continuando con la visibilización del colectivo, la tercera hipótesis que se planteó fue que “el personal sanitario está desinformado en relación con el desempeño de Trabajo Social”, para contrastarla se les preguntó a las participantes en qué grado sus funciones eran conocidas por parte del personal sanitario. Los resultados nos indican que en la mitad de las encuestadas consideran que dentro de los servicios en los que trabajan son figuras reconocidas, pero un 35,7% admite que solo unos pocos profesionales saben cuál es su labor. Por el contrario, un 42.9% de ellas afirman que en su propio servicio no se tienen claras las funciones, la derivación se realiza en casos de alto grado de exclusión social o con problemáticas sociales de cara al alta. Es decir, podríamos concluir que la premisa general se basa en que sí se conoce la figura de trabajo social pero aún no se sabe para qué está.

De este modo, no somos figuras totalmente invisibles dentro de la institución hospitalaria pero aún queda camino por recorrer, para que los demás profesionales nos tengan en cuenta y valoren la función que se cumple desde T.S. se pueden realizar algunas acciones como: reuniones con el propio servicio para explicarles de manera didáctica cuál es nuestro cometido y como pueden colaborar para que el paciente reciba la mayor atención de calidad posible; también se pueden hacer campañas para visibilizar la figura de T.S. dentro del hospital, poniendo carteles informativos, celebrando el día del Trabajo Social y el Trabajo Social Sanitario o incluso potenciando la información a la ciudadanía desde las redes sociales.

Hablando de las funciones de Trabajo Social Sanitario, se vio pertinente tras la revisión bibliográfica de las mismas, comprobar cuales y en qué frecuencia se desempeñaban de manera habitual. Como era de esperar las funciones de Información y Orientación (85,6%); Coordinación y Derivación (85,6%); y Valoración y Diagnóstico (78,6%) son las más frecuentes y demandadas de manera general. Sin embargo, al contrario de lo que esperábamos con nuestra última hipótesis “La función de apoyo psicosocial es una de las grandes desconocidas”, el 85,7% de las participantes afirma que es una función frecuente en el trabajo diario. Dicho dato es significativo, ya que a pesar de haber conocido desde la experiencia que es una de las funciones fundamentales de Trabajo Social, y aún más del Trabajo Social Sanitario debido a la especial vulnerabilidad en la que se encuentran las personas, podemos caer en el trabajo formal y meramente burocrático dejando a un lado la verdadera intervención en lo social. Resulta un dato muy bueno, debido a que lo que se pretende es que, con nuestra ayuda, el individuo logre superar sus dificultades desde sí mismo.

Por otro lado, las funciones que menos se realizan son Mediación (78,6%), Prevención (85,7%) e Investigación y Docencia (92,9%); la baja realización de procesos de mediación era un dato que se podrá esperar, ya que se debería tener algún programa para ello y la institución hospitalaria puede no ser el mejor lugar para ello. El dato en la realización de prevención sí que ha sido algo destacable, no solo es necesario paliar la necesidad social que está relacionada con una problemática de salud, sino que es de vital importancia prevenir que dicha problemática no vaya a más o no vuelva a darse. Como hemos podido ver en el apartado de *Historia y evolución del Trabajo Social Sanitario*, la primera tarea de las primeras trabajadoras sociales sanitarias fue la prevención ante la epidemia de tuberculosis que se padeció en la época. Además, de las primeras es de las primeras funciones que se establecieron en la profesión, la función educativa con relación a hábitos y procesos de salud; y no solo con el individuo, sino que a través del T.S. Comunitario también se puede trabajar la prevención en salud de cara a colectivos vulnerables o a la población en general. Por ende, es una función que debemos rescatar y potenciar, y con aún más razón con la situación de pandemia mundial que estamos viviendo, es necesario reflexionar que el Trabajo Social Sanitario, al igual que el médico, no solo cura, también previene.

Acerca de la investigación y docencia, podemos decir que es un dato un tanto abrumador, pero también esperable, ya que los documentos dedicados exclusivamente al Trabajo Social Sanitario son pocos y escasos. Asimismo, es una de las razones por las que esta investigación se está llevando a cabo, el interés por esta profesión viene dado por la desinformación que hay sobre el mismo, es decir, aún en la misma formación de Trabajo Social rara vez se ha podido hablar de ello. Animo a todas las compañeras a seguir desarrollando esta especialidad tan importante y maravillosa del Trabajo Social.

El último punto por destacar es acerca de la percepción del grado de eficacia que tienen las participantes sobre las coordinaciones. En general, se considera que se realizan buenas coordinaciones, los resultados de esta variable son: Intrahospitalaria (78,6%), dentro de la UDTs (92,9%), Centros de Salud (57,1%) y Servicios Sociales (CMSS y SSB) (35,7%). La coordinación es otra de las grandes funciones del Trabajo Social, debemos trabajar en equipos multidisciplinares y garantizar que el usuario reciba la mejor atención integral posible, para ello es necesario poder trabajar de manera cómoda y eficaz con los integrantes del equipo. Como se puede observar, los resultados con CS y SS son más bajos, y, por el contrario, el porcentaje restante cree que se trata de coordinaciones regulares, incluso un 7,1% cree que son deficientes, de lo que podemos aportar una explicación aproximada. En el panorama actual, con la pandemia del COVID-19, los Servicios Sociales y Los Centros de Salud, al igual que muchos otros servicios, han reducido las visitas presenciales y ante la alarma social los servicios se han saturado, así como su personal también. En el caso de los Servicios Sociales, las profesionales que quieran ponerse en contacto con ellos/as encuentran mayores dificultades ya que no tienen teléfonos directos a los despachos porque se ha dispuesto una centralita de manera general para cualquier persona. Este hecho hace que las coordinaciones sean más difíciles y complejas de realizar, una simple consulta puede demorarte mucho tiempo y, por tanto, tener la percepción de que el sistema no funciona de la manera correcta.

Finalmente, podemos decir que ha sido un estudio fructífero ya que hemos podido contrastar las hipótesis propuestas y descubrir datos que quizás no habíamos tenido en cuenta.

6. CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de este trabajo, se ha indagado a cerca del Trabajo Social Sanitario, una especialidad del Trabajo Social que se formó desde los inicios de la disciplina y que ha sido poco estudiada en comparación con otras especialidades. A pesar de esto último, hemos podido comprobar que en la última década ha habido un aumento de publicaciones acerca del Trabajado Social Sanitario, un hecho positivo que indica que está resurgiendo el interés en esta especialidad de Trabajo Social.

El análisis de la metodología y los procesos de trabajo de cualquier profesión es fundamental para poder trazar líneas de futuro. Hemos podido observar cómo se ha ido configurando esta disciplina, desde la metodología y las competencias más básicas hasta la construcción de instrumentos propios. La elaboración de este trabajo siempre ha pretendido conformar un documento dedicado único y exclusivamente al Trabajo Social Sanitario, podemos encontrar cientos de publicaciones que tratan sobre la especialidad, pero siempre ligadas a la intervención de problemáticas y enfermedades específicas, dejando a un lado las practicas generales. Por esa misma razón, se cree pertinente que esta especialización se haga de manera formal, de modo que todos estos conocimientos que rodean al Trabajo Social Sanitario sean adquiridos y así, se obtenga como resultado una práctica más homogénea en todos los hospitales.

Grandes influyentes de esta disciplina como Amaya Ituarte o Dolors Colom, siempre han luchado por el progreso y la modernización de las prácticas, así como por la visibilización de la misma. También, abogan por el tratamiento psicoterapéutico, creando una relación de ayuda con los pacientes en la que ellos mismos son los artífices de su cambio, dejando de lado la perspectiva paternalista del tratamiento de la salud. Punto de reflexión, y que no se debe olvidar, el apoyo psicosocial una función primordial.

Por otro lado, después de la revisión de los objetivos del Trabajo Social Sanitario de varios autores se ha visto pertinente realizar una aportación propia que engloba y las ideas de los autores estudiados (Gámez et al. 1993; Mondragón y Trigueros, 1999; Viñuela et al. 2020) y que reflejan de manera concreta el quehacer profesional. A continuación, la aportación personal como objetivos del Trabajo Social Sanitario:

- a) Detectar e intervenir en las necesidades y problemáticas sociales que surgen en el proceso salud-enfermedad, tanto si la enfermedad se produce como reacción a los problemas sociales, como si estos se producen a consecuencia de la enfermedad.
- b) Colaborar con el personal médico en la elaboración del diagnóstico global aportando los aspectos sociales.
- c) Aplicar técnicas y métodos específicos del trabajo social con el fin de reestablecer el bienestar psicosocial.
- d) Lograr una coordinación eficaz con los distintos servicios de salud, con los Servicios Sociales del área de referencia, así como entidades de recursos sociales del medio procurando mayor inserción social tras el alta hospitalaria.
- e) Contribuir y participar en las políticas sociales de la institución y el desarrollo del sistema sanitario.

Concluyendo, se han podido analizar diferentes aspectos que rodean a la práctica del Trabajo Social Sanitario, se trata de una especialidad con las bases bien sentadas y con unas perspectivas de futuro prometedoras. Debemos partir de que toda disciplina es potencialmente susceptible al cambio, y una disciplina que es social por

naturaleza aún más. Se observan los puntos débiles, pero también los fuertes, como la unión existente entre las compañeras en las Unidades de Trabajo Social de los hospitales, la implicación con la dimensión afectiva del paciente, así como la lucha constante por formar parte de los profesionales sanitarios. Es esencial que el colectivo de Trabajo Social Sanitario siga creciendo y se mantenga unido para afrontar los retos de la segunda década del siglo XXI.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abreu Velázquez, M. C.; Arricivita Amo, A. L.; Ballester Albarracín, M.; Colom Masfret D.; Juan Germán, M. L.; Napal Lecumberri, C.; Xavier Medina Luque, F. (coord.) (2014) El trabajo Social Sanitario en la atención especializada. Intervención según ámbitos sanitarios. Universitat Oberta de Catalunya (UOC), 16-43.
- Agulló Porras, A., Alfaro Ramos, R., López Guillem, B., Rubio Fernández, M.D., Sahuquillo Mompó, M. C., Sempere Juan M. A. Y Vilaplana Amat, M. C. (2012) Trabajo Social y gestión de casos. *Documentos de Trabajo Social*, (51), 268-284.
- Alcántara Montero, G. (2008) La definición de salud de La Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107.
- Alvarado Cortés, J.C., Ramírez Chávez, J., y Ramos Jaubert, R.I. (2019) Tipos de trabajador social sanitario y clínico: diferencias. *Revista Perspectivas Sociales*, 21, (2), 889-109.
- Bellogín García, M. (2008) Factores económicos y sociales que influencian la salud y la enfermedad. *Trabajo social y salud*, (60), 175-231
- C. Martínez-Morán (2017) Hospitalización del paciente dermatológico, ¿dónde, cuándo y por qué? *Actas Dermatológicas*, 188 (5) 395-399.
- Calvete González, M. C., Delgado Velasco, R., Gutiérrez Barreno, R., Herrero Ramos, R., Ortega, A., Pizarro Reyes, R., Rodríguez García, M.J., Rojas Arnau, S., Rojas Obregón, A., Sancho López, I. Y Torres Echevarría, C., (2007) Unidad de Trabajo Social en Hospitales. Evolución en la última década. Trabajo Social Hoy, Monografía: Trabajo Social Y Sistema Público de Salud, 75-102.
- Colom Masfret, D. (2003) El Trabajo Social Hospitalario en transformación hacia nuevos retos y la mejora de competencias. *Servicios sociales y política social* (64), 75-102.
- Colom Masfret, D. (2008) El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. Colección Trabajo Social. Serie Libros. Siglo XXI de España Editores S. A.
- Colom Masfret, D. (2010) El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizka-ria= Revista de servicios sociales*, (47), 109-119.
- Colom Masfret, D. (2010) La especialización del trabajo social sanitario: el primer eslabón para su reconocimiento como profesión sanitaria. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, (89), 29-44
- Consejo General del Trabajo Social (2017). Trabajo Social y salud. https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud
- Cosano Rivas, F. (1993) El Trabajo Social en Salud. Documentos de Trabajo Social, (0), 39-51.
- Díaz de Mera, E. (2017) El trabajo Social Sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad

- social en España. *Comunitaria Revista Internacional del Trabajo Social y las Ciencias Sociales*, (13), 101-120.
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 25 de abril de 1986, núm. 102.
 - Gámez Lomeña, C., Sánchez Martín, A., Pérez Amores, I., Ríos Vidales, I. y De la Torre Delgado, C. (1993) El Trabajo Social hospitalario. *Documentos de Trabajo Social*, (0), 69-82
 - Garcés Carranza, C. M. (2014) El trabajador social en el centro hospitalario. Intervenciones. Palibrio: Edición Revisada.
 - Garcés Trullenque, E. (marzo 2016) La Especialización en Trabajo Social Sanitario. De lo profesional a lo académico. En M. Ureña (Decana). CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID, trabajo social hoy: una profesión, múltiples ámbitos. Congreso llevado a cabo en Madrid, España.
 - Gijón Sánchez, M. T. y Colom Masfret, D. (2016) Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social. Universidad de La Rioja.
 - Giménez-Salinas Colomer, E., Blasco Esteve, A., Viader Junyent, M. y Isabel García Izquierdo, I. (2005) Libro Blanco Título de Grado en Trabajo Social. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (AENECA)
 - González Rodríguez, R., Verde Diego, C. y Pastor Seller, E. (2018) El Trabajo Social en los sistemas de salud: nuevos espacios de intervención. *Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social*, 8 (2), 139-149.
 - Ituarte Tellaeche, A. (1992) Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Colección Trabajo Social. Serie textos universitarios. Siglo veintiuno de España Editores.
 - Ituarte Tellaeche, A. (coord.) (2017) Prácticas del Trabajo Social Clínico. Nau Libres.
 - Lima Fernández, A. I. y González Rodríguez, R. (2019) El trabajo social sanitario. Capítulo 4, Origen e importancia de la especialización para la coordinación social y sanitaria. En A. I. Lima (Ed.), Trabajo Social Sociosanitario. Claves de la salud pública, dependencia y trabajo social. (pp.) UNED, Sanz y Torres.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (2000) Guía de Organización del Trabajo Social en Atención Especializada. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Coordinación Administrativa.
 - Miranda Aranda, M. (2008) Historia e identidad del Trabajo Social en Salud. *Trabajo Social y Salud* (60), 7-24.
 - Mondragón Lasagabaster, J. y Trigueros Guardiola, I. (1999) Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. Siglo veintiuno de España Editores.
 - Moore, C. (1986). Capítulo 2, Cómo funciona la mediación. *El proceso de mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Jossey Bass Publishers. (pp. 44-69)
 - Palafox, J. (1987). Importancia del Trabajo Social en el campo sanitario. *Cuadernos de Trabajo Social*. (0), 125-134.
 - Raquel Fuster Ribera, R. y Guillén Navarro, M. (2012) Estudio sobre el tratamiento del problema social en el ámbito hospitalario. *Documentos de Trabajo Social*, (51), 145-180.
 - Ruth, B. J. and Marshall, J. W. (2017) A History of Social Work in Public Health. *Public Health Then and Now*, 107 (3), 236-242.

- Vázquez González, S., Guadalupe Cid de León Bujano, B., y Pimentel Martínez, J. (2014) La práctica del Trabajo Social en salud desde la perspectiva de los modelos de intervención. *Comunitaria Revista Internacional del Trabajo Social y las Ciencias Sociales*, (7), 51-67.
- Viñuela Villa, C., Alonso Pérez, S., Corvo Mendoza, M.J., González Casatejada, F., Jiménez Fernández, J.M. y Paniagua Paredes, N. (2020) Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria. Organización y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Junta de Extremadura.

8. ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIO

Desde la Universidad de Zaragoza, como parte del Trabajo de Fin de Grado de Candela Enguita dirigido por Ana López, se está realizando una investigación acerca del Trabajo Social Sanitario en el ámbito hospitalario en este municipio, más concretamente sobre el actual desempeño del mismo. El presente formulario tiene la finalidad de recabar datos y experiencias por parte de los y las trabajadoras sociales de los hospitales de Zaragoza, de modo que se pueda arrojar luz a la práctica de esta profesión y seguir progresando.

La encuesta tiene vigencia hasta el 20 de mayo de 2021.

Este cuestionario está compuesto por 26 preguntas, divididas en 5 ítems. Se emplea la abreviatura T.S. para referirnos a Trabajo Social. Las preguntas con (*) son obligatorias

Las respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.

Si tienes alguna duda o comentario acerca de la investigación puedes enviar un correo electrónico a:
756441@unizar.es

¡Gracias de antemano!

Consentimiento

Si estás de acuerdo en participar, por favor, acepta el siguiente consentimiento:

"Entiendo que esta investigación está diseñada para promover el conocimiento científico y que los datos que yo proporcionaré se usarán exclusivamente para esta investigación. Cualquier información personal y/o identificativa no se harán públicos en ninguna presentación o publicación de la investigación. El procesamiento y uso de mis datos se llevará a cabo de forma anónima y se almacenará confidencialmente en formato electrónico"

Acepta el siguiente consentimiento	
	Doy mi consentimiento

Sección Primera: Datos Sociodemográficos

¿Cuál es tu sexo?	
	Mujer
	Hombre
	Otro
¿Cuál es tu edad? (Rangos de 5 años)	
	Menos de 25
	25-30
	30-35

	60-65
¿Cuál es tu nivel de estudios?	
<input type="checkbox"/>	Diplomatura en Trabajo Social
<input type="checkbox"/>	Grado en Trabajo Social
<input type="checkbox"/>	Máster en Trabajo Social Sanitario
<input type="checkbox"/>	Otros Máster relacionados con la salud
<input type="checkbox"/>	Otro tipo de Máster
¿A qué hospital perteneces?	
Esta pregunta es opcional, el uso de esta información es meramente estadístico y no pretende la identificación a ninguno/a de los participantes, de forma que se pueda mantener el anonimato.	
<input type="checkbox"/>	Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
<input type="checkbox"/>	Hospital General de la Defensa de Zaragoza
<input type="checkbox"/>	Hospital MAZ
<input type="checkbox"/>	Hospital Nuestra Señora de Gracia
<input type="checkbox"/>	Hospital Royo Villanova
<input type="checkbox"/>	Hospital San Juan de Dios
<input type="checkbox"/>	Hospital Universitario Miguel Servet

Sección Segunda: Acerca del hospital en el que trabajas

¿Cuántos trabajadores/as sociales hay en tu hospital?	
<input type="checkbox"/>	Rango del 1 al 10
<input type="checkbox"/>	Más de 10
¿Crees que son suficientes?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿Cuántas camas hay en tu hospital?	
<input type="checkbox"/>	Respuesta corta
¿Cuál es el área jerárquica de la que depende la Unidad de TS de tu hospital?	
<input type="checkbox"/>	Gerencia
<input type="checkbox"/>	Dirección de enfermería
<input type="checkbox"/>	Dirección médica
<input type="checkbox"/>	Otro
¿Hay jefe/a o coordinador/a de la Unidad de T.S.?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿Se cuenta con un/a auxiliar administrativo en la Unidad T.S.?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿Tu desempeño laboral es exclusivo en unidades de camas hospitalarias?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No, también se trabaja en Consultas Externas
<input type="checkbox"/>	Otra...*

Sección Tercera: Sobre la jornada laboral

¿Cuál es tu jornada laboral habitual? (Selecciona todas las que consideres)	
<input type="checkbox"/>	Lunes a viernes de mañanas
<input type="checkbox"/>	Lunes a viernes de tardes
<input type="checkbox"/>	Alguna tarde
<input type="checkbox"/>	Alguna mañana
<input type="checkbox"/>	Findes de semana y/o festivos
<input type="checkbox"/>	Otra...
¿Crees que se cubren adecuadamente las necesidades de los pacientes con tu actual jornada laboral?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
Si en la pregunta anterior has contestado que no, explica el por qué. (opcional)	
<input type="checkbox"/>	Respuesta larga

Sección Cuarta: Metodología de trabajo

¿La unidad dispone de un sistema informatizado de trabajo (Historia Social Electrónica)?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿La Unidad dispone de una base de datos común informatizada entre las trabajadoras sociales?	
Si existe un fichero en el que estén todas las Historias Sociales y pueda acceder cualquier compañera de la Unidad de Trabajo social del Hospital	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿Cuál es el sistema de trabajo más común? (Selecciona todas las que consideres)	
<input type="checkbox"/>	A demanda del usuario o la familia
<input type="checkbox"/>	Colaboración/ derivación
<input type="checkbox"/>	Protocolizado
<input type="checkbox"/>	Por programas específicos
<input type="checkbox"/>	Otro
¿Crees que se cubren adecuadamente las demandas sociales con el actual sistema de trabajo?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
En tu servicio/s, ¿Se valora a cada paciente? (Aunque solo sea de manera inicial)	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿Se emplean escalas de valoración dentro de la UDTs?	
<input type="checkbox"/>	No, nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces
<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
<input type="checkbox"/>	Siempre
¿Cuáles se emplean? (Selecciona todas las que consideres)	

	Escala Zarit
	Escala Gijón
	Escala ECISACH – BCN PSMAR
	Otra
¿Crees que es necesario que se utilice de forma homogénea y unificada un sistema básico de trabajo en todos los hospitales de Aragón?	
	Sí
	No

Sección Quinta: Sobre las funciones que desempeñas

¿Consideras que las funciones del T.S. Sanitario son conocidas por parte del personal de tu hospital?			
	Sí, todos los profesionales conocen en qué consiste la figura de trabajo social		
	Sí, pero solo en los servicios en los que se trabaja		
	No, solo una parte de los profesionales tiene constancia		
	No, hay mucha desinformación		
En tu servicio, ¿El equipo multidisciplinar tiene claras las funciones?			
	Sí, saben cuándo deben hacer una colaboración		
	Sí, cuentan con la figura de trabajo social en cada intervención		
	No, solo acuden en casos extremos de riesgo y/o exclusión social		
	No, en la mayoría de los casos recurren cuando tienen un problema con el alta		
De las siguientes funciones que se presentan, selecciona todas las que consideres en cada columna (funciones que más desempeñas diariamente, funciones que menos desempeñas y las funciones que más son demandadas por la población)			
	Más frecuente	Menos frecuente	Más demandada
Información y orientación			
Gestión de recursos			
Apoyo psicosocial			
Valoración y diagnóstico social			
Coordinación y derivación			
Prevención			
Mediación			
Investigación y docencia			
En cuanto a la coordinación, valora cómo es con los diferentes agentes que se presentan (personal sanitario, colegas, CS y SS)			
	Buena	Regular	Deficiente
Coordinación Intrahospitalaria (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.)			
Coordinación entre compañeros/as de TS del hospital			
Coordinación con Centros de Salud			
Coordinación con Servicios Sociales (Municipales y de Base)			

Fin de la encuesta

El tratamiento de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará al que se dispone al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales. Se acuerda con lo que se establece en dicha legislación, pueden ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y supresión de los datos de carácter personal dirigiéndose a la responsable del tratamiento de datos a través del correo electrónico (756441@unizar.es)

¡¡Muchas gracias por tu colaboración!!

Si estás interesado/a en conocer el resultado de la encuesta y el trabajo final

Deja tu correo electrónico en el siguiente espacio:

Quiero que se me envíe el resultado a _____

ANEXO II. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 13. Estadísticos cuantitativos relación número de camas y de trabajadoras sociales por hospital

<i>Hospital</i>	<i>N.º de camas (frec.)</i>					<i>N.º De trabajadoras (frec.)</i>		
	165	188	260	802	1200	3,00	4,00	8,00
<i>Hospital Clínico Universitario</i>	0	0	0	4	0	0	0	4
<i>Hospital Nuestra Señora de Gracia</i>	3	0	0	0	0	2	1	0
<i>Hospital Royo Villanova</i>	0	0	1	0	0	1	0	0
<i>Hospital San Juan de Dios</i>	0	4	0	0	0	4	0	0
<i>Hospital Universitario Miguel Servet</i>	0	0	0	0	2	0	0	2

Nota: frec = frecuencia

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las variables de soporte informático.

Base de datos informatizada común en la UDTs			
	Sí	No	Total
<i>Historia Social Electrónica (frec.; %)</i>	Sí	11 (78,5%)	2 (14,2%)
	No	0	1 (7,1%)
	Total	11(78,6%)	3 (21,4%)
			14 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

Nota: frec = frecuencia; % = porcentaje de casos.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la variable tipos de escalas de valoración empleadas.

<i>Tipo de escala de valoración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Escala Zarit (sí)</i>	5	35,7%
<i>Escala Gijón (sí)</i>	8	57,1%
<i>Escala ECISACH – BCN PSMAR (sí)</i>	2	14,3%
<i>Ninguna</i>	3	21,4%
<i>Otras:</i>	<i>Propias de la UDTs</i>	2
	<i>OARS</i>	1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de la variable grado de valoración de a las coordinaciones.

		Buena	Regular	Deficiente
Coordinaciones (frec., %)	Intrahospitalaria	11 (78,6%)	3 (21,4%)	0
	Dentro de la UDTs	13 (92,9%)	1 (7,1%)	0
	Centros de Salud	8 (57,1%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)
	Servicios Sociales (CMSS y SSB)	5 (35,7%)	8 (57,1%)	1 (7,1%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las encuestas

Nota: frec = frecuencia; % = porcentaje de casos.