

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA

PERFIL DEL PACIENTE Y PROPUESTAS DE
MEJORA.

Alumno/a: Dunia Kaouadji Porqueras

Director/a: M^a del Mar del Rincón y Montse
Navarrete.

Zaragoza, 3 de septiembre de 2013.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo

Universidad Zaragoza

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Justificación del trabajo.....	6
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3. Interrogantes de la investigación e hipótesis.....	9
1.4. Finalidad y objetivos.....	10
1.5. Marco conceptual.....	11
1.6. Población objeto de estudio.....	15
1.7. Ámbito de investigación.....	15
1.8. Metodología.....	16
1.8.1. Métodos.....	16
1.8.2. Técnicas.....	16
1.8.3. Sistema de citas.....	17
1.9. Estructura del trabajo.....	17
2. FUNDAMENTACIÓN.....	19
2.1. Salud.....	19
2.1.1. Modelo biopsicosocial.....	20
2.2. Trabajo Social Sanitario.....	21
2.3. Atención Sociosanitaria.....	24
2.3.1. Envejecimiento.....	25
2.3.2. Discapacidad.....	26
2.3.3. Dependencia.....	28
2.3.4. Programa de Atención al Enfermo Crónico Dependiente.....	30
2.4. Unidad de Valoración Sociosanitaria.....	32
2.4.1. Planificación del alta hospitalaria.....	35
3. DESARROLLO.....	39
3.1. Características sociales del paciente.....	39
3.1.1. Sociodemográficas.....	39
3.1.2. Familiares y de cuidados.....	44
3.1.3. Percepción de prestaciones y servicios previos.....	47
3.2. Características sanitarias del paciente.....	48
3.2.1. Patología.....	48

3.2.2.	Situación de dependencia para las ABVD.....	48
3.2.3.	Reconocimiento de dependencia.....	51
3.3.	Perfil sociosanitario del paciente.....	56
4.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	57
	BIBLIOGRAFÍA.....	60
	ANEXOS.....	63
I.	Ficha social.....	64
II.	Índice Barthel.....	66
III.	Relación de objetivos y variables.....	67
IV.	Definición de variables.....	68

1. INTRODUCCIÓN.

El Hospital Universitario Miguel Servet es un hospital de atención a pacientes agudos (agudizaciones de patologías o procesos sanitarios sobrevenidos), perteneciente al Sector sanitario Zaragoza II como hospital de referencia.

Dentro de dicho hospital existe una Unidad de Valoración Sociosanitaria. Se trata de un equipo multidisciplinar formado por una Geriatra, una Enfermera, una Trabajadora Social y personal Administrativo. Esta Unidad se encarga de la valoración y atención sociosanitaria del paciente durante su hospitalización.

El papel de la Trabajadora Social Sanitaria en una Unidad de Valoración Sociosanitaria se basa en la valoración de la situación sociofamiliar del paciente, el apoyo al paciente y a sus familiares durante el proceso sanitario y la toma de conciencia de enfermedad, informar y orientar acerca de los recursos y apoyos sociales adecuados a cada situación y facilitar el acceso a ellos. Otra de sus funciones es la coordinación con otras instituciones de igual o distinta índole, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno tras el alta hospitalaria.

Este estudio descriptivo parte de la observación realizada de manera constante y continuada durante cuatro meses en dicho servicio, además de la consulta y tratamiento de datos extraídos de las historias sociales de diversos pacientes.

El proyecto que a continuación se expone surge del interés por identificar el perfil de paciente atendido por la Unidad de Valoración Sociosanitaria, y a la vez, darlo a conocer. Para lograrlo, se ha trabajado con varias variables que hacen referencia a la situación social, sanitaria y familiar de los pacientes. La finalidad no es otra que identificar las problemáticas sociales y sociosanitarias de los pacientes, pudiendo así formular un proyecto de mejora, coordinación, comunicación o prevención de dicha problemática.

La muestra tomada para la realización de este estudio abarca a todos los pacientes valorados y atendidos por la Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital Universitario Miguel Servet – en concreto de las plantas de

hospitalización general- durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre de 2012.

Las fuentes bibliográficas consultadas hacen referencia al trabajo social sanitario, a la atención sociosanitaria y a los conceptos de dependencia, discapacidad y envejecimiento, entre otros.

Este estudio puede considerarse innovador por las inexistentes publicaciones y estudios realizados sobre esta temática.

La metodología del trabajo social hospitalario, y más concretamente, la del trabajador social en una Unidad de Valoración Sociosanitaria, se basa en el proceso de Planificación del Alta Hospitalaria. Según la Asociación Americana de Hospitales y la sociedad de Directores de Trabajo Social, tal y como recoge Dolors Colom (1991:62):

“La planificación del alta es un proceso centralizado, coordinado e interdisciplinario, en el cual, los miembros del equipo de salud, colaboran con los enfermos, con sus familias, y se anticipan a las necesidades de éstos después de la hospitalización, desarrollando un plan que les ayudará a ganar independencia y a mantener los beneficios ganados durante la estancia en el hospital”.

1.1. Justificación del trabajo.

Mediante el logro de los objetivos propuestos, se pretende, en primer lugar, conocer en profundidad, y a la vez, dar a conocer la existencia y funciones de la Unidad de Valoración Sociosanitaria ubicada en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Es un servicio relativamente joven y por tanto, algo desconocido, tanto para algunos profesionales del ámbito sanitario, como para la población en general. De hecho, existen pocas publicaciones acerca de dicho servicio u otros de la misma índole.

De manera más concreta, también se pretende ahondar en las funciones del trabajador social dentro de este servicio, y el rol profesional que adquiere dentro de un equipo multidisciplinar dentro del ámbito sanitario.

La segunda parte de este estudio, de carácter más cuantitativo, pretende, a través de un análisis de datos, el poder conocer e identificar las características sociosanitarias de los pacientes atendidos por este servicio, es decir, la población con la que se trabaja y a la que está destinado este servicio, y así crear un conocimiento más gráfico de las acciones e intervenciones realizadas por las profesionales que componen la Unidad de Valoración Sociosanitaria.

El tercer motivo que me lleva a realizar dicho proyecto, es la de poder elaborar, mediante los conocimientos adquiridos durante la realización de este estudio, una propuesta de intervención que se adecue a las problemáticas sociales y/o sociosanitarias de los pacientes que atiende dicho servicio.

Y por último, otro de los motivos que me llevan a realizar este estudio es el hecho de haber realizado durante los meses de septiembre a enero de este mismo curso las prácticas de intervención pertenecientes al Grado en Trabajo Social. Este periodo de aprendizaje me ha permitido conocer un ámbito del trabajo social del cual tenía pocas nociones teóricas y mucho menos prácticas, hecho que me ha facilitado el decantarme, después de esta experiencia positiva, ha centrar este estudio en dicho servicio.

1.2. Formulación del problema.

Las Unidades de Valoración Sociosanitaria (en otros sistemas de salud adoptan denominaciones similares) son las encargadas valorar de manera integral la situación de los pacientes. Es decir, la situación funcional, cognitiva, social, de su red de apoyo y de facilitar la inserción de las personas hospitalizadas en su entorno habitual una vez reciben el alta hospitalaria. De algún modo, se trata de un nexo entre el hospital y el paciente y su familia, gestionando y planificando el alta hospitalaria, para que la vuelta a la normalidad sea lo más

satisfactoria para el paciente y su familia en todas las dimensiones de la persona.

Se trata de un Servicio relativamente “joven”, y por tanto, algo desconocido por la población general, e incluso por algunos profesionales sanitarios.

Los pacientes a los que valoran y con los que intervienen, aunque poseen unas características comunes, también presentan rasgos propios y únicos. Se trabaja con problemáticas como el deterioro funcional y cognitivo, la pérdida de autonomía, la falta de apoyos formales y/o informales, la facilitación del cumplimiento terapéutico, el acceso a los recursos y prestaciones adecuadas a cada paciente, etc.

Se trata de una labor fundamental en el proceso de salud, que en ocasiones, no es lo suficientemente reconocida, posiblemente, por el desconocimiento acerca de las funciones y el esfuerzo que existe detrás de cada intervención.

Debido a la reciente creación de dicho servicio, no existen demasiadas publicaciones ni estudios acerca de este ámbito, el ámbito sociosanitario.

La Unidad de Valoración Sociosanitaria del Sector Sanitario Zaragoza II, ubicada en el Hospital Universitario Miguel Servet, sobre la que versa este estudio, es un equipo multidisciplinar, para facilitar el abordaje de todas las dimensiones del paciente, y realizar así, una intervención eficaz.

Los pacientes que se valoran desde dicho servicio, como antes he mencionado, presentan múltiples y diversas características, y debido a la falta de información acerca de la casuística y el perfil del paciente valorado por la Unidad de Valoración Sociosanitaria, considero de gran interés sociológico y sanitario el hecho de llevar a cabo un análisis de datos como el que se presentan a la largo de este mismo estudio.

Destacar también que la propuesta de intervención que aquí se presenta se hace con la intención de mejorar, en la medida de lo posible la accesibilidad al servicio, su funcionamiento o sus resultados, si cabe.

1.3. Interrogantes de la investigación e hipótesis.

Las preguntas de partida que han guiado este trabajo son las siguientes:

➤ Interrogantes de investigación.

- ¿Por qué motivo se crea la Unidad de Valoración Sociosanitaria?.
- ¿Qué es y cuáles son sus funciones?.
- ¿Cuál es el trabajo de un trabajador social en una Unidad de Valoración Sociosanitaria?.
- ¿Cuáles son las enfermedades que más suelen presentar los pacientes atendidos por este servicio?.
- ¿Existe comorbilidad en dichos pacientes?.
- Los pacientes de la Unidad que debido a su estado de salud sufren limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria tiene reconocido un grado de dependencia?.
- Los que lo tienen, ¿perciben la prestación que les corresponde a su grado reconocido?.
- ¿Son los pacientes atendidos por la Unidad, en la mayoría de los casos, personas mayores?.
- ¿Qué nivel de recursos económicos tienen?.
- Estos pacientes, ¿tienen un cuidador principal?.
- ¿Perciben algún tipo de prestación social de carácter público?.

➤ **Hipótesis.**

Así mismo, las hipótesis formuladas son:

- La mayor parte de los pacientes atendidos por la Unidad de Valoración Sociosanitaria son mayores de 75 años, con deterioro funcional, viven con un cuidador de similar edad y con unos ingresos alrededor del salario mínimo, aproximadamente.
- La mayoría de los pacientes reconocidos como dependientes por el SAAD, todavía no perciben la prestación que les corresponde.
- Un gran número de los pacientes atendidos por la UVSS son usuarios de alguna prestación de carácter público y privado, aunque la fuente principal de apoyo es el apoyo informal proporcionado por la familia.

1.4. Finalidad y objetivos.

La finalidad y los objetivos planteados para la realización de este estudio son:

1. Describir la Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital Universitario Miguel Servet.
 - 1.1. Definir el concepto y las funciones del servicio.
 - 1.2. Conocer las funciones del trabajador social en dicho servicio.
2. Analizar las características sociales y sanitarias de los pacientes valorados por la Unidad de Valoración Sociosanitaria.
 - 2.1. Conocer las principales características sociodemográficas de los pacientes.
 - 2.2. Identificar cuáles son los principales problemas de salud que presenta dicha población.
 - 2.3. Identificar la situación convivencial de dichos pacientes.

- 2.4. Identificar la situación de dependencia de dichos pacientes, si la hay, y los principales apoyos a la dependencia con los que cuentan.
- 2.5. Conocer si son usuarios de algún recurso o prestación social de carácter público.

1.5. Marco conceptual.

- Apoyo informal.

“Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención”.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. (2004) Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Autor.

- Atención sociosanitaria.

“Comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Art. 14.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. (2004) Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Autor.

- Autonomía.

“La capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. Art. 2.1.

- Ayuda a domicilio.

“Es un servicio básico del sistema de servicios sociales que presta una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, doméstico y técnico a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno natural. La limitación en la prestación de estos servicios está condicionada tanto por las necesidades a las que da respuesta como por el marco competencial de los propios servicios sociales”.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. (2004) Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Autor.

- Centros de día.

“Servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de discapacidad, promoviendo la permanencia en su entorno habitual. Su objetivo general es favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas usuarias del centro y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía”.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. (2004) Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Autor.

- Centros residenciales.

“Centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio”.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. (2004) Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Autor.

- Cuidadores formales.

“Profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras, que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos”.

Birren, J. (2006). Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. San Diego: Academic Press.

- Cuidadores informales.

“Familiares o personas cercanas a la familia que cuidan de la persona mayor, realizando la tarea del cuidado bien en la casa de la propia persona mayor o en la casa del cuidador”.

Birren, J. (2006). Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. San Diego: Academic Press.

- Dependencia.

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas u ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. Art. 2.3.

- Deterioro cognitivo.

“Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales o físicas de una persona. El conjunto de fenómenos mentales deficitarios debidos bien a la involución biológica propia de la vejez o bien a un trastorno patológico (arteriosclerosis, parálisis general, intoxicación, enfermedades mentales de larga duración, etc.)”.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO. (2004) Glosario de términos. Madrid: Autor.

- Discapacidad.

“Toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas”.

IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. (2002). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Madrid: Autor (Glosario 2002, Anejo B. pp.555-557).

- Envejecimiento.

Cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo.

Decs. (2006) Descriptores en Ciencias de la Salud. Brasil: BIREME.

1.6. Población objeto de estudio.

La población objeto de estudio son los pacientes de las plantas de hospitalización general del Hospital Universitario Miguel Servet que han sido valorados por la Unidad de Valoración Sociosanitaria durante los meses de octubre y noviembre de 2012.

1.7. Ámbito de investigación.

➤ Ámbito territorial.

El ámbito territorial son las plantas de hospitalización general del Hospital Universitario Miguel Servet ubicado en Zaragoza. Concretamente, en el Paseo Isabel la Católica.

➤ Ámbito temporal.

Este trabajo ha sido realizado durante los meses de enero a junio de 2013, siendo la entrega del estudio en el mes de junio, y la presentación de este en el mes de julio.

1.8. Metodología.

1.8.1. Métodos.

La metodología aplicada ha sido tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, debido a los objetivos planteados y a las técnicas utilizadas para la obtención de la información pertinente para la realización del estudio.

Dependiendo del tipo de metodología, se han aplicado unas técnicas u otras, siempre pensando en las más adecuadas para la obtención de todos los tipos de información necesarios para alcanzar los objetivos.

1.8.2. Técnicas.

Se ha realizado una revisión bibliográfica. La revisión bibliográfica ha sido llevada a cabo a partir de la revisión de artículos relacionados con la atención sociosanitaria, con la bibliografía disponible sobre la Unidad de Valoración Sociosanitaria, estudios sociológicos acerca de personas mayores y su estado de salud, así como sus características sociales.

Las técnicas aplicadas para la obtención de información han sido tanto de carácter cualitativo como cuantitativo.

En cuanto a las técnicas cualitativas, las llevadas a cabo han sido la *observación directa*, de forma participante y no participante, durante los meses de septiembre a enero, período de prácticas del grado en Trabajo Social que yo he realizado en la Unidad de Valoración sociosanitaria. He podido observar y así, comprender, las funciones, el concepto de dicho servicio, las tareas que se realizan, así como participar en todas ellas.

También se ha realizado una *entrevista en profundidad*. Se trata de una entrevista semi-estructurada, realizada a la trabajadora social de la Unidad de Valoración Sociosanitaria.

En la parte cuantitativa de investigación social se ha llevado a cabo un estudio de la información extraída personalmente en la Unidad de Valoración Sociosanitaria. Para ello, he utilizado como fuente de información la revisión y vaciado de las historias clínicas de los pacientes de la Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital Universitario Miguel Servet, así como las historias sociales y sanitarias de los pacientes pertenecientes a la población objeto de estudio. Se trata de datos totalmente medibles y cuantificables, ya que han sido tomados por las profesionales de dicho servicio. Por tanto, se trata de una fuente de información secundaria.

Para el análisis de dichos datos se han utilizado los programas *Excel* y *SPSS*.

1.8.3. Sistema de citas.

El sistema de citas utilizado para la redacción de este estudio son las Normas APA.

1.9. Estructura del trabajo.

Durante la lectura de este trabajo se podrán apreciar cuatro grandes bloques temáticos y de diversa metodología.

El primer gran bloque es el capítulo de fundamentación, de carácter más teórico, en el que se conceptualiza el tema principal del trabajo y se profundiza en las funciones de la Unidad de Valoración Sociosanitaria y el rol del trabajador social dentro de dicho servicio.

Seguidamente, encontramos un capítulo de desarrollo, donde se expone la parte del trabajo que presenta una parte más investigadora, más cuantitativa. Se hace referencia a los resultados obtenidos del análisis de datos cuantitativos, así como una interpretación de dichos resultados.

Tras esto, existe un apartado dedicado a exponer las conclusiones obtenidas tras la realización e interpretación de toda la información expuesta en los capítulos anteriores.

Por último, se exponen las propuestas de mejora a partir de los resultados obtenidos durante todo el estudio.

2. FUNDAMENTACIÓN.

2.1. Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición deja ver que la salud no se trata solamente de cuestiones médicas y biológicas, sino que en la salud, también existe una cuestión social, que como tal, también debe ser abordada.

Es considerada un derecho humano. En 1982, la OMS adoptó una Estrategia Global para la Salud en el año 2000. El objetivo general de esta estrategia era que la población de todos los países del mundo disfrutase de un nivel de salud suficiente para poder llevar a cabo tareas productivas y poder participar de manera activa en la vida social de su comunidad.

Son diversos los factores que influyen en la enfermedad, tanto en su desencadenamiento como en su exacerbación. Los factores o determinantes sociales de la enfermedad, según el Informe Acheson de 1998 evidencia cinco tipos de factores sociales que influyen en la enfermedad:

- Las características generales de la sociedad.
- Las condiciones de vida, trabajo y vivienda.
- Las redes sociales y comunitarias.
- Los estilos de vida individuales.
- La edad, el género y los factores constitucionales del individuo.

Se trata de elementos o dimensiones de las personas que, no siendo de carácter biológico, afectan e influyen directamente en el proceso de salud-enfermedad, así como en la manera de llevar a cabo ese proceso por parte del enfermo/paciente y de su entorno.

La salud integral se basa, por tanto, en el equilibrio de los factores físicos, mentales y sociales que forman la salud, permitiendo un desarrollo adecuado en todas las dimensiones vitales del ser humano.

2.1.1. Modelo biopsicosocial.

El modelo biomédico fue establecido en el siglo XIX por Bright. Se basa en la consideración de la persona como mente y cuerpo. La salud en este modelo es considerada como la ausencia de enfermedad, y no como el estado de completo bienestar del ser humano a partir del equilibrio de todas sus dimensiones. La enfermedad, es considerada un proceso fisiopatológico, sin más factores que los biológicos y fisiológicos, y únicamente son los síntomas físicos los que se abordan durante su tratamiento.

El modelo biopsicosocial se plantea por primera vez en 1977, por Engel. Dicho modelo se basa en que en todos los procesos de salud y enfermedad están involucrados diversos factores (biológicos, psicológicos y sociales) que interactúan entre sí. Se concibe al ser humano como una totalidad, y no como un cuerpo y una mente. Es el ser humano el que enferma, no solamente su cuerpo.

Según Macionis y Plummer (2007), la mayor característica del modelo biopsicosocial es que se pasa de una medicina centrada en la enfermedad, en lo biológico, a una medicina centrada en el paciente, en su entorno y forma de vida y en su contexto social y familiar.

La aplicación de este modelo en el ámbito sanitario requiere de una amplia y efectiva colaboración y comunicación interdisciplinar, puesto que no solamente es el médico el que se encarga de mejorar el estado de salud del paciente, sino que, debido a la cantidad de factores que intervienen en la enfermedad, es necesario que otros profesionales intervengan en el proceso de curación o mejora del estado de salud, como son psicólogos y trabajadores sociales, entre otros.

Sin embargo, no se trata de que desaparezca el modelo biomédico y se aplique el modelo biopsicosocial únicamente. Lo más adecuado y eficaz es integrar los dos modelos, adoptando los elementos más enriquecedores de uno y de otro.

2.2. Trabajo Social Sanitario.

La relación entre el Trabajo Social y el área sanitaria no es algo reciente. Se trata de una combinación histórica. A nivel internacional, el primer Servicio de Trabajo Social fue creado en 1905 por el Dr. R. Cabot y la trabajadora social (en aquel entonces denominadas "inspectoras sociales") Ida Canon en el Massachussets General Hospital de Boston. En el año siguiente, se inicia en el Bellevue Hospital Medical Center de Nueva York un programa de formación para auxiliares sociales.

En 1918 se crea la Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios, y en 1920, los primeros Comités para la realización de estudios acerca de los aspectos específicos del Trabajo Social Médico.

En los años 50, se crean en los hospitales los primeros Servicios de Asistencia Social. Aunque en España, la incorporación del trabajo social al área sanitaria no se dio hasta los años 60. A diferencia del trabajo social sanitario en Estados Unidos, aquí las trabajadoras sociales sanitarias, en sus inicios, se encargaban de las tareas administrativas, así como de intervenir en los problemas sociales puntuales que alteraban la dinámica del centro. Obviamente, no se tenía la concepción de que la atención a los factores sociales forma parte del tratamiento, dejando así en un segundo plano al trabajador social, no siendo integrado en los equipos de trabajo ni en la elaboración de planes y/o programas de salud.

Un hecho histórico que facilitó la incursión y el reconocimiento del trabajo social sanitario fue la declaración de Alma Ata de la OMS, en 1978, en la que se instaura un cambio en el concepto de salud, incorporando a la definición de salud el bienestar social de la persona. Esto no sólo impulsó el trabajo social

sanitario, sino que promovió la interdisciplinariedad en el área de la salud. Este carácter interdisciplinar incluyó al Trabajo Social como una de las profesiones de referencia para la dimensión social de la salud.

Existen cantidad de definición sobre el Trabajo Social Sanitario, Clínico u Hospitalario. Como referencia, he tomado definiciones de dos de las autoras más influyentes en el mundo del trabajo social, y concretamente, del trabajo social sanitario, como son Amaya Ituarte, Mary Ellen Richmond y Dolors Colom.

Amaya Ituarte define el Trabajo Social en Salud tal y como recogen Mondragón, J. y Trigueros, I. (1999:76):

“Una actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro lado, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que pueden ser adecuados para el logro de los objetivos de salud”.

Otra de las definiciones de Amaya Ituarte (1994:277) sobre el Trabajo Social Sanitario es la siguiente:

“La actividad profesional que tiene como objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas”.

Mary Ellen Richomnd, en su obra “El caso social individual” (1922:156), expone lo siguiente: “La buena trabajadora social de casos actúa como

intérprete entre la comunidad y el hospital y entre el hospital y la comunidad”. Considera a la profesión como el nexo de unión entre las instituciones sanitarias y la población usuaria, facilitando los procesos de salud y enfermedad para unos y otros.

Dolors Colom (2010) aporta otra definición de trabajo social sanitario. Lo define como:

“La especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. (...) La correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias, y no otras. Es preciso evitar la confusión del trabajo social sanitario con el practicado en otros ámbitos, como los servicios sociales, la educación, el trabajo o la justicia” (p. 109).

Dolors Colom, deja entrever en este fragmento de su artículo, las diferencias que existen entre el trabajo social sanitario y el trabajo social llevado a cabo en otros ámbitos. Actualmente, una de las cuestiones de debate es si el trabajo social sanitario debería ser considerado una especialización dentro de la profesión de trabajo social, y tomar un camino complementario al del trabajo social en cuanto a la formación de los profesionales.

Y por último, Dolors Colom (2010) expone algunas de las funciones y servicios que se realizan desde el trabajo social sanitario:

“El acceso a la ayuda profesional que brinda el servicio de trabajo social sanitario permite, metafóricamente hablando, el encauce de las diferentes realidades antes de que se desborden. Así, se optimizan los recursos, materiales y humanos, no sólo los personales y familiares, sino también los colectivos y públicos, todos los empleados para restablecer a la persona. El trabajo social sanitario contempla todo el núcleo de convivencia, asume las proporciones o desproporciones que toman las circunstancias a medida que la enfermedad evoluciona o

involuciona, e interviene según las necesidades diagnósticas y no sólo las necesidades expresadas” (p.112).

2.3. Atención Sociosanitaria.

La atención sociosanitaria, puede definirse como la respuesta institucional ante las situaciones de dependencia o riesgo de pérdida de autonomía, para facilitar la mayor calidad de vida posible o mantener la que se posee e intentar mantener la autonomía del paciente. Más concretamente, y según Rodríguez, G. y Monserrat, J. (2002:13), la atención sanitaria “es aquel conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria”.

El volumen de demanda o necesidad de atención sociosanitaria por parte de la población varía si se tienen en cuenta factores como la edad, el género, los factores socioeconómicos y de vivienda, el nivel de salud, etc.

Para una adecuada y eficaz atención sociosanitaria, es necesaria la existencia de servicios que ofrezcan este tipo de atención, así como la coordinación entre servicios sociales y servicios sanitarios. Desgraciadamente, como también recoge el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (2011), en nuestro país todavía no existe un modelo sólido y coordinado de atención social y sanitaria como tal.

Debido a las competencias sanitarias de las comunidades autónomas, han sido muchas las que han creado órganos de coordinación entre el área social y el área sanitaria, así como han puesto en marcha diversos planes de atención sociosanitaria. Entre las comunidades autónomas que han desarrollado algún medio de coordinación sociosanitaria existen diferencias: unas autonomías han creado órganos nuevos para la coordinación y estructuras con esas competencias (Cantabria, Extremadura, etc.), mientras que otras (Andalucía,

Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, etc.) han apostado por la coordinación entre sus servicios sin crear nuevas estructuras en la administración.

En el caso de Aragón, la coordinación de servicios y prestaciones de carácter social y sanitario se lleva a cabo a través de una única gerencia que integra todo este tipo de recursos.

2.3.1. Envejecimiento.

Debido a diversos factores como el aumento de la calidad de vida y la esperanza de vida (de la que España tiene una de las mejores tasas), España se ha convertido en un país en continuo proceso de envejecimiento. La esperanza de vida, actualmente, es de 82 años de media.

El estado de salud es fundamental para poder explicar el envejecimiento. Mediante el proceso de transición sanitaria, las enfermedades degenerativas y crónicas sustituyeron a otras más importantes e imperantes históricamente. Debido a estos cambios, la muerte se produce a edades más avanzadas. Este hecho es comprobable, puesto que las personas mayores suponen el 39,94% de las altas hospitalarias, y también presentan las hospitalizaciones de más duración.

Según Abellán y Ayala (2012), el 1 de enero de 2012 había 8.221.047 personas mayores, que conformaban el 17,4% del total de la población española. También sigue creciendo el número de personas mayores de 80 años, que en esa fecha suponían el 5,3% de la población.

Debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, llegan a la vejez un 35% más de mujeres que de hombres.

La posibilidad de alcanzar una mayor edad, implica el aumento de probabilidades de vivir en soledad. Los hogares en pareja son cada vez menores debido al fallecimiento de uno de los dos cónyuges. Este hecho, en

muchas ocasiones provoca el cambio habitual del núcleo o lugar de convivencia (personas mayores que viven con sus hijos, en un centro residencial o con una persona interna en su domicilio). Estas personas viven en hogares de otro tipo suelen presentar problemas de salud y discapacidad.

Observando el estado de envejecimiento por Comunidades Autónomas, Andalucía, Cataluña y Madrid son en las que más personas mayores viven. Sin embargo, proporcionalmente, son Castilla y León, Asturias y Galicia son las comunidades más envejecidas, puesto que presentan mayores tasas de personas mayores.

A nivel internacional, Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los países de la Unión Europea que poseen mayores cifras de personas mayores, si bien es cierto que se trata de los países más poblados. En cifras relativas, son Alemania, Italia, Grecia y Suecia son los países más envejecidos.

Se prevé un proceso de envejecimiento de la población continuado durante los próximos años. Según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2049 las personas mayores supondrán en España el 31,9% del total de la población. La cifra dataría de 15 millones de personas mayores.

2.3.2. Discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la realización de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías publicada en 1980, define la discapacidad como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para ser un humano”.

Según la Encuesta sobre la Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) realizada en 2008 por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Política Social y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Federación de Organizaciones en favor de Personas con Discapacidad

Intelectual (FEAPS), existen 44 formas de discapacidad, organizadas en los siguientes apartados o tipos:

- Discapacidades de visión.
- Discapacidades de audición.
- Discapacidades de comunicación.
- Discapacidades de aprendizaje.
- Discapacidades de movilidad.
- Discapacidades de autocuidado.
- Discapacidades de vida doméstica.
- Discapacidades de interacción.

Observando los datos de esta encuesta, en España hay 3.787.000 personas mayores de 6 años y que residían en el hogar que presentaban alguna discapacidad. De estos, más de 1,5 millones eran hombres, siendo el número de mujeres notablemente mayor (2,3 millones).

Por sexos, se observó que desde los 6 a los 64 años de edad, la prevalencia era similar. Sin embargo, de los 65 años en adelante, las mujeres presentaban una mayor prevalencia que los hombres (casi el doble): 1.470.000 mujeres frente a 757.000 hombres.

La atención a las personas con discapacidad, también llamada atención sociosanitaria, puede clasificarse a través de dos tipos de ayuda para facilitar la vida de la población con discapacidad. En primer lugar se encuentran las ayudas técnicas. Se trata de aquellos instrumentos, herramientas, productos o sistemas técnicos dirigidos a este tipo de personas, para compensar o evitar en la medida de lo posible las consecuencias de la discapacidad (audífonos, sillas de ruedas, etc.). En segundo lugar, las ayudas personales, que son apoyos proporcionados por terceras personas para la mejor realización de actividades o acciones cotidianas, como son las ayudas en el aseo y la higiene personal, las tareas del hogar o los desplazamientos. Las personas que prestan este apoyo, normalmente y dependiendo de la intensidad y el rol que desarrollan respecto de la persona con discapacidad, se denominan cuidadores.

La discapacidad se encuentra estrechamente relacionada con las situaciones de dependencia. Las personas en situación de dependencia suelen presentar una o más discapacidades, que limitan sus capacidades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

2.3.3. Dependencia.

La dependencia, según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, es:

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

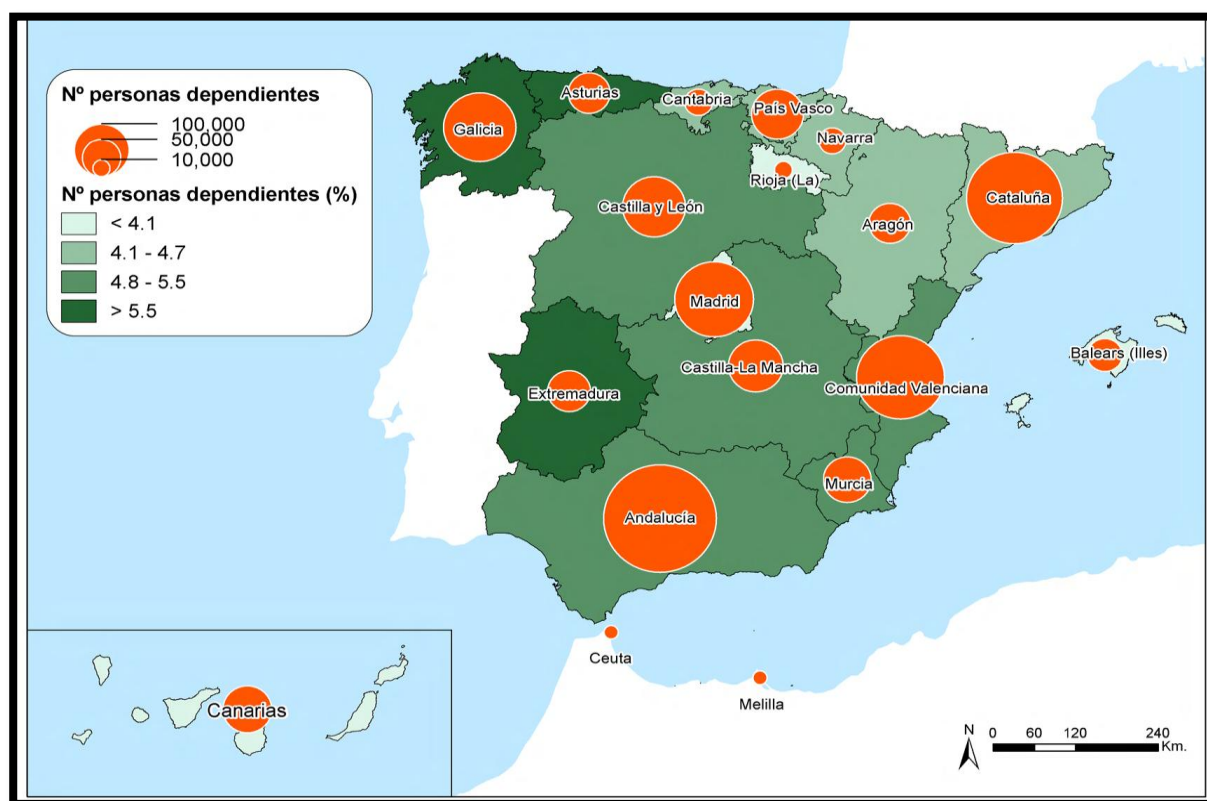
Como aclaración, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son

“Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”.

Según la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD) realizada en 2008, en España, existen 2. 148.548 personas dependientes. Dos de cada 3 dependientes en España son personas de 65 o más años. Las mujeres dependientes representan un 34,8% del total de dependientes, aunque su presencia aumenta conforme avanza la edad, debido en gran parte, a la mayor esperanza de vida de las mujeres.

A continuación, se muestra un gráfico que expone la distribución de las personas dependientes por Comunidades Autónomas:

Gráfico 1. Distribución geográfica de las personas en situación de dependencia.¹



En diciembre de 2006 se aprueba la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. El objeto de esta ley es, en líneas generales, regular unas condiciones básicas que garanticen la igualdad en la ejecución del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y garantizar la atención a las personas dependientes para las ABVD. Para ello, se crea el

¹ Esparza, C (2011). Discapacidad y dependencia en España. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108, p. p. 4. [Fecha de publicación: 08/04/2011]. <<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>>

Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Se formula un Catálogo de servicios de atención de dicho organismo.

Sin embargo, la aplicación de esta Ley no ha sido todo lo eficaz que se esperaba.

En primer lugar, se ha optado demasiado por la concesión de la prestación económica para cuidados en el domicilio, en lugar de potenciar y promocionar los servicios de ayuda a domicilio. Esto, ligado a la grave situación económica del país, ha repercutido desfavorablemente en el cuidado recibido por las personas dependientes, ya que en algunos casos, la cuantía percibida por la persona dependiente no ha sido invertida en sus cuidados, sino en el mantenimiento del núcleo familiar. Potenciando los servicios de ayuda a domicilio se hubieran asegurado mejores cuidados y se hubieran creado puestos de trabajo.

En segundo lugar, y debido también a la grave crisis financiera que sufre el país desde hace aproximadamente cinco años, algunas de las medidas tomadas por las Administraciones Públicas en materia de recursos y presupuestos han mermado el carácter universal de esta Ley. Como consecuencia, existen muchas personas dependientes que no perciben el servicio o prestación que les corresponde, y también personas que han visto disminuida la cuantía de su prestación.

2.3.4. Programa de Atención al Enfermo Crónico Dependiente.

Las personas, en cada etapa de su vida, demandan una atención sanitaria distinta, puesto que el estado de salud y las necesidades no son las mismas. Van cambiando y surgiendo conforme pasa el tiempo. Bien es cierto, que durante toda la vida, las personas demandan una atención sanitaria rápida y accesible para el tratamiento y resolución de problemas de salud agudos, o exacerbaciones de enfermedades. Sin embargo, y de manera creciente, cada vez son más personas las que padecen enfermedades crónicas, que poco a

poco, producen dependencia y requieren de atenciones y cuidados diferentes y continuados.

La dependencia no es fenómeno nuevo, sin embargo, lo novedoso es la aceleración con la que crece en magnitud e intensidad. En la mayoría de los casos, son las enfermedades crónicas las que provocan la pérdida de autonomía, aunque también puede llegarse a la situación de dependencia debido a las secuelas de un proceso de salud agudo (como puede ser un Ictus).

Tras la consulta de datos del Instituto Aragonés de Estadística y el Instituto Nacional de Estadística, se puede estimar en torno a un 6 ó 7% de personas dependientes en algún grado en Aragón. Es decir, casi un 7% de la población aragonesa requiere de un apoyo para realizar algunas o todas las ABVD.

Tal y como se expone en dicho Programa, "está dirigido a pacientes diagnosticados de enfermedades que pueden afectar a su salud física y mental, a su vida social y a su actividad laboral de manera muy distinta.

Los cuidados que este tipo de pacientes reciben son distintos según la fase de la enfermedad en la que se encuentran. En la fase aguda, se llevan a cabo cuidados agudos, en la fase de convalecencia, cuidados de recuperación, en la fase de cronicidad, los cuidados recibidos son de mantenimiento, mientras que en la fase terminal, se trata de cuidados paliativos.

Para acceder al programa, existen tres vías: mediante la Atención Primaria, mediante la detección y valoración de la Unidad de Valoración Sociosanitaria, o, mediante las Unidades de Rehabilitación.

En cuanto a los recursos y el plan de actuación de este programa, se deben tener en cuenta los recursos existentes antes de la elaboración del programa. Sin embargo, eran muchos los recursos, soportes y servicios que a través de este programa se proponían crear. Sin embargo, actualmente, muchos de ellos siguen sin existir, como por ejemplo, la existencia de una Unidad de Valoración

Sociosanitaria en cada Sector de Salud, o la integración de un trabajador social en cada Centro de Salud.

2.4. Unidad de Valoración Sociosanitaria.

La Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital Universitario Miguel Servet se formó en el año 2003, y pertenece al Sector sanitario Zaragoza II. Se trata de un equipo interdisciplinar formado por una geriatra, una trabajadora social, una enfermera y una administrativa.

La finalidad de la Unidad de Valoración Sociosanitaria es la prestación de atención sociosanitaria a los pacientes, así como a los familiares del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, también cuenta con la colaboración y coordinación con los hospitales de convalecencia, como el Hospital San Juan de Dios (hospital de convalecencia del Sector). Este servicio es el encargado, después de la valoración de todos los aspectos necesarios, de planificar el alta hospitalaria.

La principal función de este servicio es valorar y realizar un seguimiento de los pacientes con falta de autonomía o en riesgo de perderla, así como de los pacientes crónicos, hospitalizados en el Sector. También valorar a pacientes a través de las demandas de otros servicios, como la Atención Primaria, orientando a los profesionales responsables acerca de los cuidados y tratamientos que más pueden satisfacer sus necesidades, teniendo en cuenta el estado de salud del paciente.

La población diana de este servicio se ajusta a unos rasgos determinados, que son:

- Pacientes mayores de 75 años.
- Presencia de enfermedades discapacitantes y/o que produzcan dependencia.
- Pacientes ya dependientes.
- Pacientes en situaciones de riesgo social y familiar.

- Pacientes con pluripatología.
- Pacientes con necesidades de cuidados paliativos.
- Pacientes con repetitivos reingresos.
- Pacientes que frecuenten el servicio de urgencias a menudo, sin necesidad de ingreso.

Es preciso destacar que también se realiza captación o búsqueda activa de pacientes. Se trata de una tarea que requiere de mucho tiempo y trabajo, pero que a la par, aporta muchos beneficios a pacientes, familiares y sistema sanitario.

La Unidad de Valoración Sociosanitaria se rige bajo los siguientes principios:

- Coordinación.
- Continuidad de los cuidados.
- Idoneidad del recurso sanitario y/o social.
- Necesidad de prevenir la dependencia o recuperar la autonomía del paciente.

La aplicación de estos principios se lleva a cabo a través del trabajo en equipo que realizan las cuatro profesionales que forman el grupo de trabajo, realizando las aportaciones adecuadas pertinentes a cada disciplina. De esta manera se logra la valoración y atención integral del paciente y su familia, abordando todas las dimensiones del ser humano (física, mental y social), logrando una mayor eficacia de la intervención sociosanitaria.

La cartera de servicios de la Unidad de Valoración Sociosanitaria (extraída de la página web) es amplia. Concretamente, este servicio realiza:

- Detección precoz del paciente frágil (dentro de las 72 horas del ingreso).
- Gestión del alta de pacientes frágiles (interconsulta al final).
- Consultor de pacientes frágiles o pacientes geriátricos.
- Colaborador en el proceso de enfermedad de pacientes frágiles o geriátricos.
- Valoración de pacientes dependientes.

- Coordinador de distintas unidades.
- Interconsultas.
- Garantía de la continuidad de cuidados.
- Evaluación de las necesidades de apoyos y gestión de recursos de apoyo.
- Formación de profesionales en las Ciencias de la Salud (Geriatría, Enfermería y Trabajo Social).
- Investigación.
- Colaboración en la planificación del alta del paciente.

Más concretamente, las funciones que la trabajadora social de la Unidad desempeña son:

- Valoración de la situación social y familiar de los pacientes e identificación de las necesidades.
- Prestar apoyo al paciente y a su familia en el proceso de aceptación de la enfermedad o el estado de salud y la situación social (mediante entrevistas).
- Informar y orientar acerca de recursos sociales y redes de apoyo, así como facilitar el acceso a dichos recursos.
- Coordinación con otros trabajadores sociales (Centros Municipales de Servicios Sociales, Centros de Salud, Asociaciones, etc.).
- Elaboración del informe social de cada paciente.

La valoración integral del paciente es el primer paso y el primer contacto con la situación problema. Se valoran las distintas dimensiones del paciente, es decir, se realiza una valoración física, una valoración funcional, una valoración cognitiva, una valoración afectiva y una valoración familiar y social, cada una de ellas realizada por la profesional competente.

Para la realización de estas valoraciones se utilizan diversas escalas e índices de medición. Los más destacados son:

- Índice de Barthel (ABVD).
- El test de Pfeiffer, y en caso necesario, el MEC de Lobo.
- Escala de Goldberg (depresión y ansiedad en cuidadores/as).

- La escala Gijon (riesgo social).

2.4.1. Planificación del alta hospitalaria.

La planificación del alta hospitalaria, según la definición elaborada por la Asociación Americana de Hospitales y la sociedad de Directores de Trabajo Social, recogida por Dolors Colom (1991) es:

“Un proceso centralizado, coordinado e interdisciplinario, en el cual, los miembros del equipo de salud, colaboran con los enfermos, con sus familias, y se anticipan a las necesidades de éstos, después de la hospitalización, desarrollando un plan que les ayudará a ganar independencia y a mantener los beneficios ganados durante la estancia en el hospital” (p. 62).

Esta definición pone de manifiesto la importancia de la coordinación entre profesionales y la interdisciplinariedad. Se trata de preparar al paciente y a su entorno para recibir el alta hospitalaria, es decir, la vuelta al domicilio o lugar de residencia de la manera más adecuada posible, satisfaciendo las necesidades actuales y previendo las que puedan surgir una vez fuera del hospital. La función principal del trabajador social en este aspecto es informar y orientar al paciente y su familia de los recursos y servicios necesarios para cubrir esas necesidades una vez se reciba el alta hospitalaria, así como asesorar en los aspectos sociales de la vuelta al domicilio.

Según Dolors Colom (1991):

“La planificación del alta, debidamente organizada y estructurada integra definitivamente los trabajadores sociales a equipos de trabajo estables, con cuyos miembros, comparte información de carácter social y sanitaria. También permite mantener unas relaciones con la atención primaria que sin el programa tendrían otro carácter y orientación” (p. 83).

Esta afirmación pone de manifiesto la utilidad y necesidad de integrar a los trabajadores sociales sanitarios en equipos interdisciplinarios, puesto que la función que desempeñan es fundamental para llevar a cabo una buena planificación del alta hospitalaria y así ofrecer una atención integral al paciente desde que entra en el hospital hasta su domicilio, debido a la coordinación con los equipos de atención primaria. La atención primaria es fundamental para que una persona reciba la atención que necesita y por tanto es de obligado cumplimiento llevar a cabo una comunicación rápida, concreta, completa y fluida entre los equipos de atención especializada y los equipos de atención primaria, puesto que son los más accesibles al y para el paciente.

Las orientaciones del trabajador social sanitario en la planificación al alta hospitalaria deben tener en cuenta diversos aspectos, como son, entre otros:

- La situación familiar del paciente: con quién vive, quién va a cuidarle, con quién va a vivir, etc.
- Las capacidades del paciente para realizar un buen cumplimiento terapéutico: es independiente o no, necesita ayuda o supervisión, tiene esa ayuda, etc.
- Las posibilidades de la familia o entorno social para garantizar las atenciones que necesita el paciente: tienen disponibilidad horaria, pueden darle ayuda, tienen recursos económicos para contratar a alguien, tienen contacto frecuente con él, pueden trasladarse a su domicilio con facilidad por la cercanía, etc.
- La disposición de la vivienda y las posibilidades que ofrece para llevar a cabo los cuidados necesarios del paciente: Salubridad e higiene, espaciosa, existencia o no de barreras arquitectónicas, línea de teléfono, etc.
- La comprensión y la consciencia del paciente ante su enfermedad: qué piensa de la enfermedad, qué información tiene, cómo espera que evolucione, cómo cree que le afectarán los cambios a nivel emocional, etc.

- Los sentimientos de la familia en cuanto a la enfermedad: culpabilidad, desprecio, tristeza, pena, sobreprotección, etc.
- Las facilidades y posibilidades de las redes sociales comunitarias del paciente: zona rural o urbana, servicios cercanos, redes sociales cercanas o de fácil acceso, etc.
- Facilidad y capacidad de acceso a la atención sanitaria: acceso a la atención primaria fácil o difícil (si debe desplazarse o necesita ayuda para hacerlo, etc.), servicios que ofrece la atención primaria más cercana, etc.
- Dificultades familiares que pueden surgir en cuanto a miembros de la familia y sus relaciones (niños, etc.): los riesgos que puede correr la familia, cómo van a afectar los cambios que se produzcan a las relaciones familiares, etc.

El hecho de que la figura del Trabajador Social Sanitario o las Unidades de Valoración Sociosanitaria sean poco conocidas incluso en entornos sanitarios hace que en muchas ocasiones, se acuda a este servicio cuando existe negativa por parte de la familia para llevarse al paciente a casa. En estas situaciones, el trabajador social llega a actuar como mediador entre la familia y los facultativos. Pero este no es el trabajo social sanitario como tal. Desgraciadamente, esta sea posiblemente una de las facetas más visibles del trabajo social sanitario, dejando en un segundo plano todas las intervenciones que se realizan a base de esfuerzo y tiempo con familias y pacientes.

Los objetivos la planificación del alta hospitalaria, según Dolors Colom (1991:87), son cinco:

- "Asegurar la continuidad en la asistencia y los cuidados del enfermo cuando este se halle de nuevo en su domicilio.
- Garantizar el soporte psicológico para afrontar los cambios que la enfermedad puede haber ocasionado en el enfermo y su familia.

- Facilitar la disponibilidad de los servicios hospitalarios para otros enfermos que requieran un ingreso, ya sea programado, ya sea por urgencias.
- Promover la buena utilización de los recursos comunitarios, incluido el hospital.
- Conocer los déficits en servicios que tiene la comunidad atendida por el hospital”.

A través del análisis de estos objetivos, es fácil comprender cuál es el objetivo principal de la planificación del alta hospitalaria. Este objetivo podría definirse como: mejorar o mantener la calidad de vida del paciente tras su hospitalización.

3. DESARROLLO.

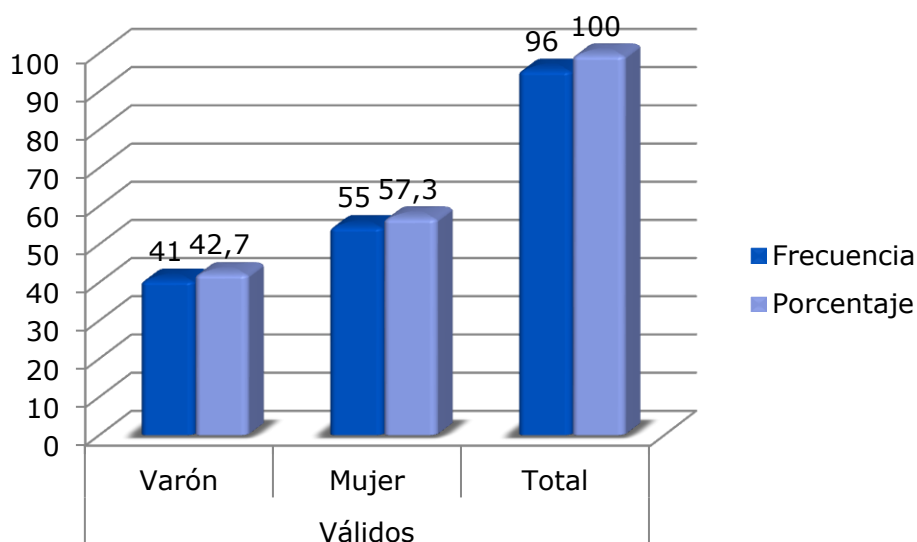
3.1. Características sociales del paciente.

Para el análisis de las características sociales de los pacientes, se han utilizado las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, ingresos económicos, núcleo de convivencia del paciente y existencia o no de cuidador, tanto formal como informal.

3.1.1. Sociodemográficas.

En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes, el primer rasgo a destacar es el predominio de la población femenina, aunque no exista una amplia diferencia, tal como cabría esperar: 57'3% de mujeres frente al 42'7% de hombres, como muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Distribución de pacientes según el sexo.



La edad media de estos pacientes es de 75'79 años. Solamente en 9 de los 96 casos analizados, el paciente era menor de 59 años (9'4%), siendo la franja de edad que va de los 75 años hasta los 84 la más común, pues representa el 41,6% de los casos valorados por la Unidad de Valoración Sociosanitaria. De 90 años en adelante, únicamente se encuentra el 8,3% de la población objeto de estudio.

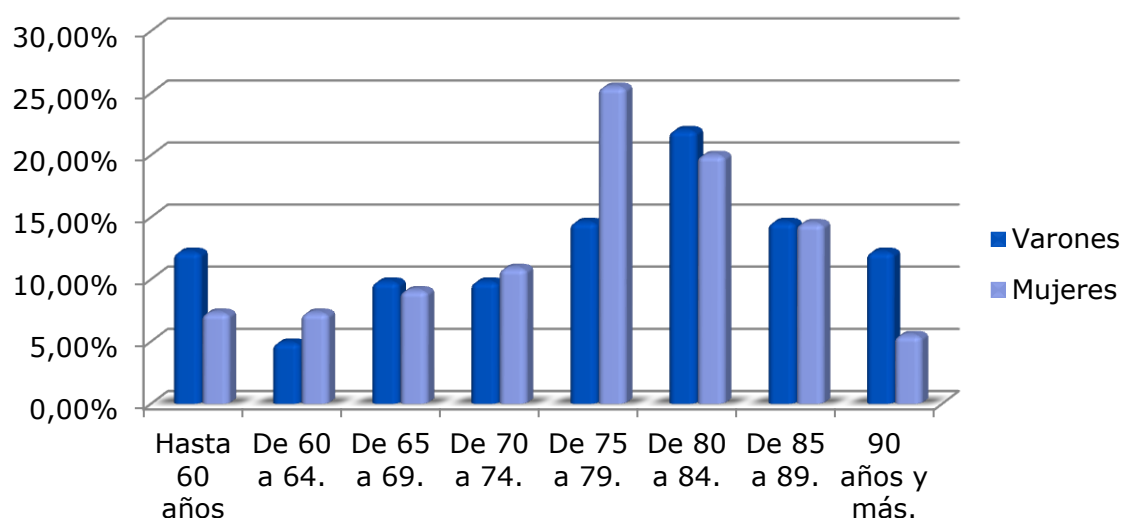
Los datos referidos a la edad y sexo de la población estudiada se presentan en la tabla que aparece a continuación, y pueden observarse entre hombres y mujeres algunas diferencias de interés. Entre los menores de 60 años, se observa mayor presencia masculina. También entre los octogenarios y nonagenarios.

Tabla 1: Distribución relativa de población según edad y sexo.

	Varones	Mujeres	Total
Hasta 60 años.	12,2%	7,3%	9,4%
De 60 a 64.	4,9%	7,3%	6,3%
De 65 a 69.	9,8%	9,1%	9,4%
De 70 a 74.	9,8%	10,9%	10,4%
De 75 a 79.	14,6%	25,5%	20,8%
De 80 a 84.	22%	20%	20,8%
De 85 a 89.	14,6%	14,5%	14,6%
90 años y más.	12,2%	5,5%	8,3%
Total.	100%	100%	100%

A continuación, el consiguiente gráfico visualiza el perfil de edad de la población según el sexo.

Gráfico 3: Edad de la población según el sexo.

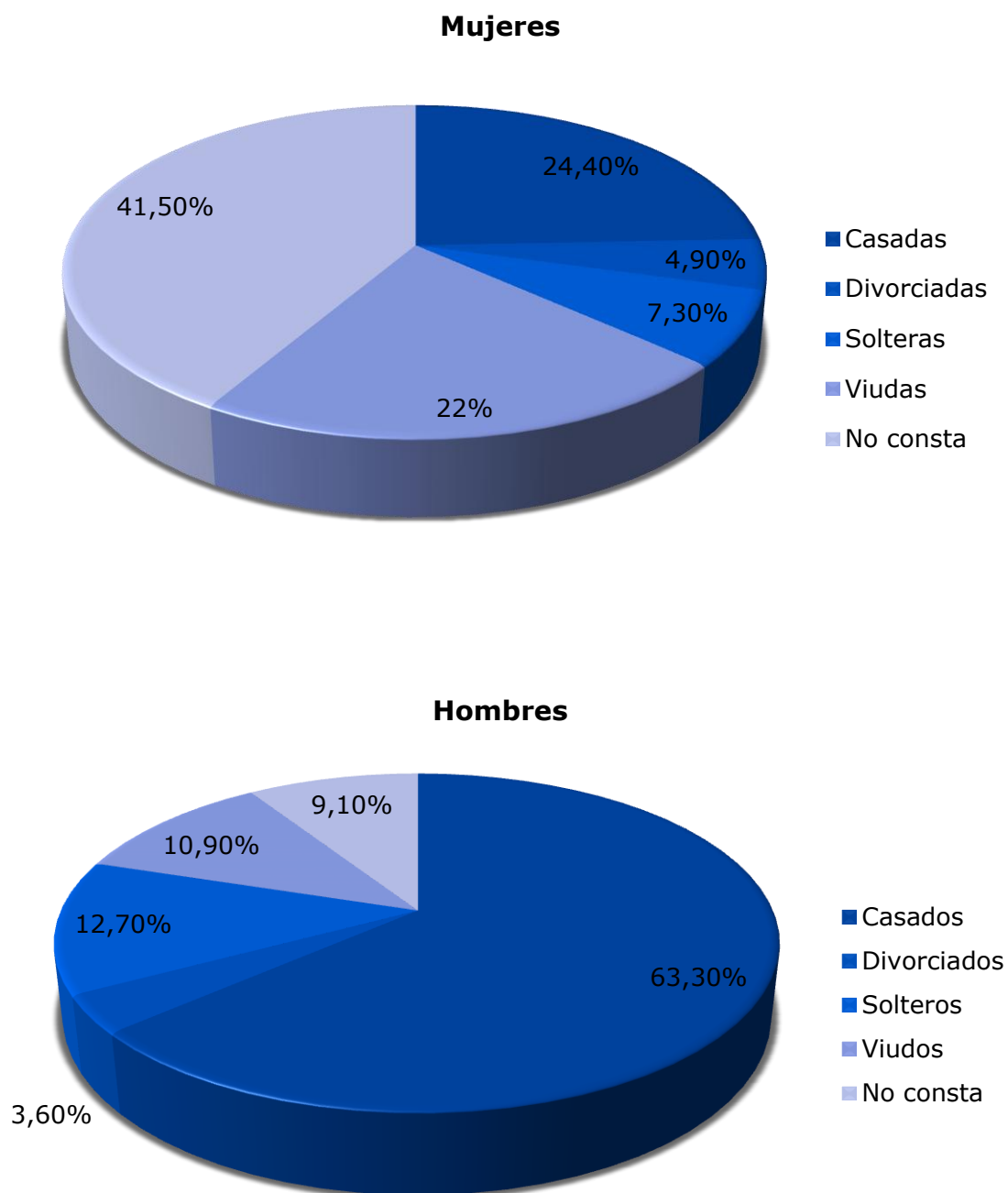


El resultado del análisis de los datos acerca del estado civil de los pacientes en el momento de la valoración ha dejado diversas cuestiones destacables. El 46'9% estaban casados, de los cuáles, el 63'6% eran hombres. Un 22% de las mujeres eran viudas frente al 10'9% de hombres. Los pacientes solteros suponen el 10'4% de la población analizada, y tan sólo 4 pacientes de toda la muestra (4'2%) estaban divorciados en el momento de la valoración.

Mencionar que en un 22'9% de los casos, la información sobre el estado civil no constaba ni en la historia médica ni social del paciente.

Los valores generales de esta variable se modifican de forma notable en función del sexo, tal como puede apreciarse a continuación. En los gráficos referidos a cada sexo, se muestran las diferencias entre hombres y mujeres en función al estado civil en el momento del ingreso. A continuación, dos gráficas según el sexo:

Gráficos 4 y 5: Relación entre sexo y estado civil de los pacientes.



La última de las variables seleccionadas para describir las características sociodemográficas de la población de la muestra es la de los recursos económicos. Esta es una de las variables de las cuáles ha resultado más complicado conseguir información. De hecho, en el 39'6% de los casos, esta información no constaba en la documentación.

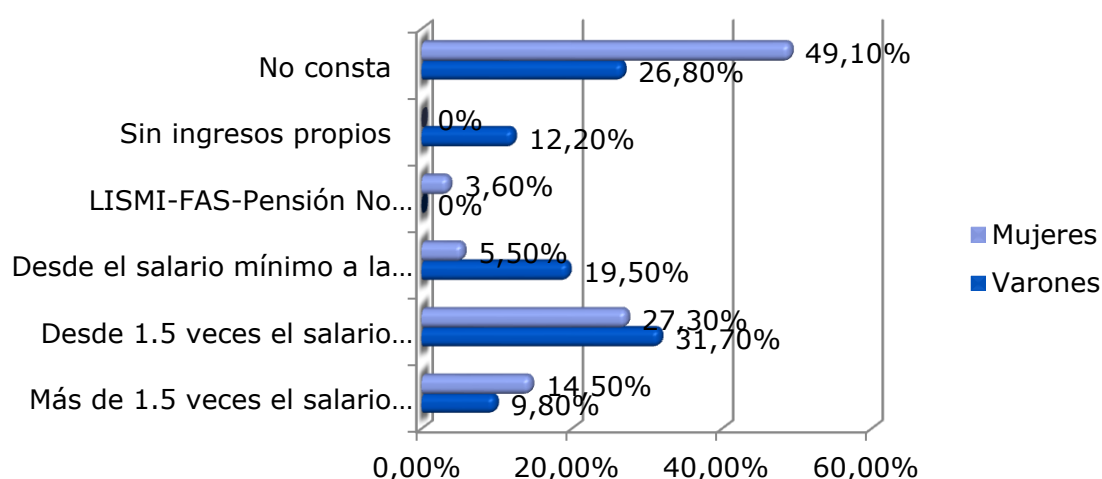
Los datos recogidos, han sido categorizados de la misma manera que lo hace la Escala Gijon², mediante cinco ítems, que son:

- Más de 1.5 veces el salario mínimo.
- Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo.
- Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.
- LISMI-FAS-Pensión no contributiva.
- Sin ingresos propios.

A nivel general, predominan los pacientes con unos ingresos que van desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo, constituyendo el 29'2%. Un 5,2% de la población objeto de estudio no posee ingresos propios.

Dentro de las mujeres, la cifras predominantes citadas anteriormente se elevan a un 31'7% y un 12'2% respectivamente. Sin embargo, ninguna de los pacientes consta sin ingresos propios.

Gráfico 6: Distribución de pacientes según sexo e ingresos económicos.



² La Escala Gijon tiene como función el detectar, mediante una serie de baremos, la existencia de riesgo social o predisposición del sujeto a este.

3.1.2. Familiares y de cuidados.

Para el análisis de las características familiares de los pacientes, se ha atendido a los datos referentes al núcleo convivencial y a la existencia de cuidador.

En cuanto al núcleo familiar o convivencial, el 42'7% de los pacientes valorados por la UVSS viven con el cónyuge o con su pareja, el 31'3% lo hacen solos, y el 26% viven en otra situación, como puede ser, con hijos, con cuidador formal (ajeno a la familia) las 24 horas, con sobrinos, en centro residencial, con los padres, etc. Esto puede deberse, a que en muchas ocasiones, cuando la persona es mayor, y entra en situación de dependencia, si está sola (por viudedad o por soltería), suele volver al hogar de los hijos o de otros familiares para poder así, recibir los cuidados necesarios. Esta situación es muy común en nuestro país y puede considerarse una forma de responder a situaciones de dependencia desde la solidaridad familiar.

Más de la mitad de los hombres (52'7%) viven con el cónyuge, mientras que las mujeres sólo lo hacen en el 26'8% de los casos. El porcentaje de los que viven solos respecto a mujeres y hombres es similar: 31'7% y 30'9% respectivamente.

Solamente tres pacientes han resultado vivir en centro residencial, de los cuáles, en 2 casos se trataban de mujeres, y en el otro, de un hombre.

Respecto a la existencia de cuidador, tanto formal como informal, en 2 de cada 3 casos, sí existe cuidador. Existe paridad entre sexos, como se puede comprobar a través de la siguiente tabla:

Tabla 2: Existencia de cuidador y sexo.

	No	Si	Total
Mujeres	31'7%	68'3%	100%
Hombres	30'9%	69'1%	100%
Total	31'3%	68'8%	100%

Durante el análisis, se han cruzado los datos obtenidos acerca de la puntuación de Barthel y la situación convivencial de los pacientes. El resultado ha sido que la menor puntuación de Barthel, y por tanto el mayor nivel de dependencia, ha sido obtenida por las personas que viven en otro tipo de situaciones no tan comunes, como puede ser: con sobrinas/sobrinos, con los padres, con hermanos, etc....

Llama poderosamente la atención el hecho de que las personas que viven solas tengan una puntuación media de Barthel de 26,72 puntos, hecho que demuestra una dependencia grave.

A continuación, una tabla con los datos:

Tabla 3: Relación entre núcleo convivencial y puntuación media de índice Barthel.

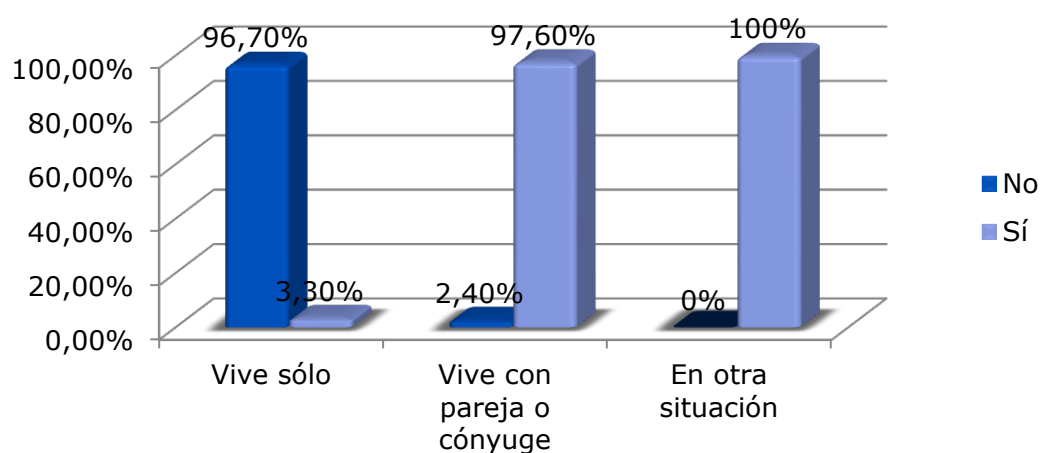
Núcleo convivencial.	Puntuación media de Barthel.
Vive solo.	26,72
Vive con pareja o cónyuge.	32,2
Otra situación.	7,6
Total.	24,05

El grupo de personas que viven solos, tras el análisis, podría considerarse un grupo de riesgo, puesto que poseen una serie de dificultades funcionales graves y además, no cuentan con los apoyos necesarios.

También se han analizado las variables “núcleo convivencial” y “existencia de cuidador” de manera conjunta. En dicho cruce de datos, se comprueba que casi el 97% de los pacientes que viven solos no tienen cuidador.

El gráfico que aparece a continuación muestra la disponibilidad o no de cuidador según el tipo de hogar.

Gráfico 7: Existencia de cuidador según situación convivencial.



El ítem “en otra situación”, como antes se ha mencionado, hace referencia al hecho de que los pacientes viven con otros familiares o personas, como puede ser, en un centro residencial, con hijos, sobrinos, padres, hermanos, etc.... Es por esto, que el 100% de estas personas sí tengan cuidador, puesto que el hecho de que se hayan trasladado de su hogar habitual hasta el de alguno de sus familiares implica generalmente la finalidad del cuidado.

El 3,3% de de las personas que viven solas (un caso) pero sí tienen cuidador se debe a que, pese a vivir sólo, tiene una persona cuidándole 24 horas, es decir, un profesional.

En cuanto a las personas que viven con su pareja o cónyuge, y tras analizar los datos, se comprueba que la mayoría de estas personas son hombres. Esto puede deberse a la mayor esperanza de vida de las mujeres, las cuáles, tienen una mayor presencia entre las personas que viven solas o en otra situación.

3.1.3. Percepción de prestaciones y servicios previos.

De todos los datos obtenidos, el 62,5% de los pacientes no son usuarios de ningún tipo de recurso o ayuda (ni de carácter público ni privado). Es decir, más de la mitad de los pacientes valorados por la UVSS no poseen ningún tipo de ayuda externa que facilite sus cuidados y/o su calidad de vida. De esta cifra, el 45% son mujeres, frente al restante 55%, que hace referencia a los hombres.

Tan sólo existen 3 casos en los que el recurso de ayuda sea una plaza en un centro residencial. De esos tres casos, dos han sido conseguidas a través del reconocimiento del grado de dependencia por el SAAD.

El recurso más utilizado es el Servicio de Ayuda a Domicilio Privado (SADPR), en uso por el 11,5% de los pacientes como único servicio de apoyo para sus cuidados.

Tan sólo un paciente, mujer, es usuaria de un Centro de Día.

En la mayoría de los casos, las personas que son usuarias de algún recurso de ayuda, suelen combinarlos con la utilización de otros. Por ejemplo, contratar un Servicio de Ayuda a Domicilio (privado o público) y además ser usuario del Servicio de Teleasistencia.

3.2. Características sanitarias del paciente.

En cuanto a los problemas y/o características de salud, las variables escogidas para la realización del análisis han sido el diagnóstico clínico, la puntuación del índice Barthel de los pacientes y el hecho de tener o no el reconocimiento de dependencia por parte del SAAD.

3.2.1. Patología.

En cuanto al diagnóstico, el más extendido es el ACV³, más conocido como Ictus, tanto en hombres (38'2%), como en mujeres (39%). El siguiente problema de salud más común es el EPOC⁴. Esta enfermedad es padecida por el 10'9% de hombres y por el 7'3% de mujeres.

3.2.2. Situación de dependencia para las ABVD.

Para determinar la situación de dependencia para la realización de las ABVD, se suele utilizar el índice Barthel. En cuanto al análisis del índice Barthel, es fundamental conocer sus principales características y su funcionamiento para la interpretación de los resultados obtenidos. Este índice tiene como función el medir el grado o nivel de limitaciones funcionales de un paciente.

La puntuación que puede obtenerse mediante la aplicación de este índice, que va de 0 a 100 puntos. A mayor puntuación, mayor grado de deterioro funcional

³ Accidente Cerebro Vascular.

⁴ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

y dependencia. A continuación, una tabla explicativa donde se exponen las puntuaciones en relación al grado de dependencia:

Tabla 4: Puntuación de índice Barthel y grado de dependencia correspondiente.

Resultado	Grado de dependencia
< 20 puntos	Total
20-35 puntos	Grave
40-55 puntos	Moderado
≥ 60 puntos	Leve
100 puntos	Independiente

Cabe apuntar que la máxima puntuación para personas que utilizan silla de ruedas es de 90 puntos.

Tras el análisis de los datos sobre la puntuación del índice Barthel obtenidos de los informes médicos, el resultado ha sido que el 61'1% de los pacientes tenían un grado de dependencia total, es decir, no superaban los 20 puntos. En cuanto al sexo, el 62'5% de mujeres eran totalmente dependientes y el 60% de hombres, también.

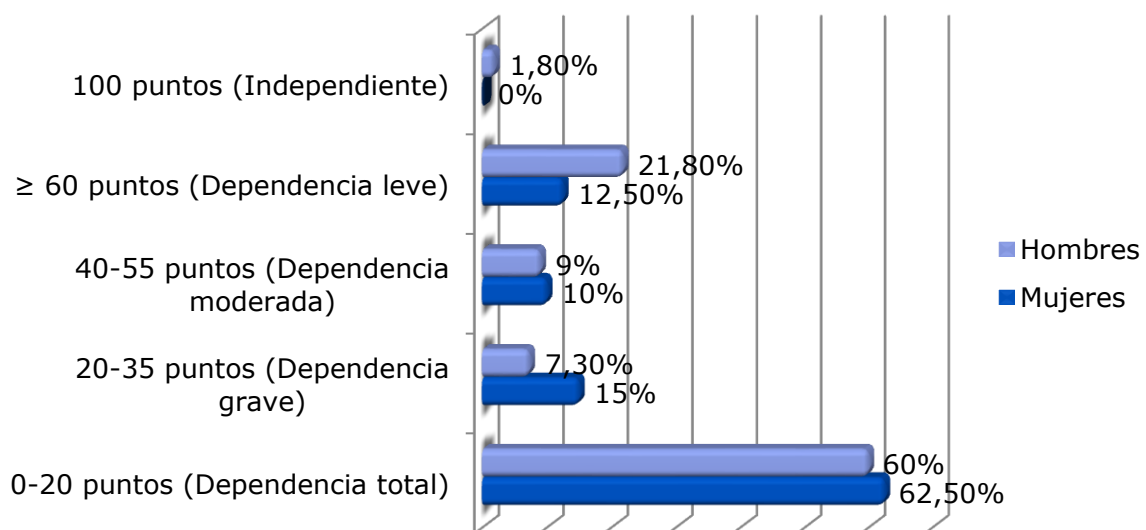
Tan sólo el 18'1% de los pacientes obtuvieron 60 ó más puntos (dependencia leve). Del total de mujeres, sólo el 12'5% y de hombres, el 21'8%.

Ninguna mujer había obtenido 100 puntos, es decir, era independiente, y sólo un hombre constaba como independiente. Por tanto, del total, sólo el 1'1% de

los pacientes valorados por la Unidad de Valoración Sociosanitaria eran independientes.

A continuación, un gráfico que muestra los datos en referencia al sexo:

Gráfico 8: Puntuación obtenida en índice Barthel según el sexo.



La puntuación Barthel, teóricamente debería ser proporcionalmente inversa a la edad, es decir, a más edad, menos puntuación de Barthel, y por tanto, mayor grado o nivel de dependencia. Sin embargo, tras el análisis de los datos, se observa que esta correlación solamente existe a partir de la franja de edad que va desde los 75 a los 79 años en adelante.

A continuación, una tabla con los datos obtenidos donde se puede apreciar lo expuesto anteriormente:

Tabla 5: Puntuación media de índice Barthel según la edad.

Edad.	Puntuación media de Barthel.
Hasta 60 años.	23,75
De 60 a 64.	17,5
De 65 a 69.	38,89
De 70 a 74.	29
De 75 a 79.	36,25
De 80 a 84.	19,5
De 85 a 89.	14,64
90 años y más.	3,75
Total	24,05

Como antes se ha señalado, no existe una relación totalmente inversa como se preveía por lógica. Por ejemplo, la puntuación media de Barthel de los pacientes entre 60 y 64 años es de 17,5 puntos, inferior a la de los pacientes entre los 80 y los 84 años de edad, con una puntuación de 19,5., lo que indica mayor grado de dependencia

En cuanto a la relación entre deterioro funcional y sexo, no existen demasiadas diferencias entre hombres y mujeres. Los varones, tienen como puntuación media de Barthel 20,88 puntos, mientras que las mujeres, 26,36. Sin embargo, entre las mujeres predominan entre las categorías con mayor nivel de dependencia.

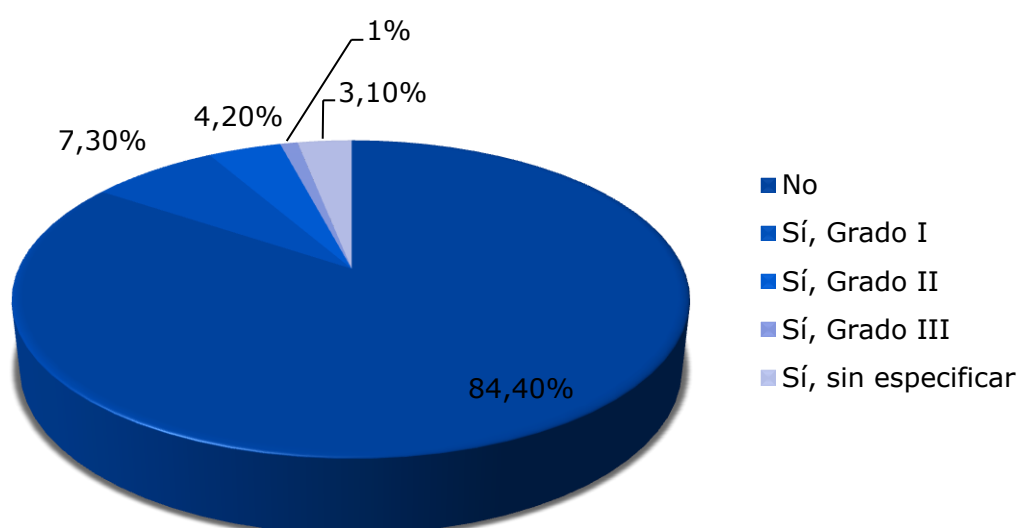
3.2.3. Reconocimiento de dependencia.

Para poder conocer y describir estas características de los pacientes, se han escogido las variables “reconocimiento de dependencia” y “perceptor de recurso de ayuda a la dependencia”.

Por reconocimiento de dependencia, se entiende el hecho de que los pacientes tengan, o no, reconocido un grado de dependencia por el SAAD⁵.

Tras el análisis de los datos, el resultado es que el 84,4% de los pacientes valorados por la UVSS no tienen reconocido ningún grado de dependencia por el SAAD. Del 15,6% que ha sido reconocido por el SAAD como dependientes, tan sólo un paciente tiene reconocida la dependencia con un Grado III, tal como queda reflejado en el siguiente gráfico:

Gráfico 9: Reconocimiento de grado de dependencia por el SAAD.



Tras observar estos datos, y los de la puntuación del índice Barthel, cabe destacar que los datos, son incoherentes, puesto que, la gran mayoría de los pacientes valorados por la UVSS, según el índice Barthel, son dependientes en mayor o menor medida y sin embargo, administrativamente no tienen reconocida como tal esa dependencia y las limitaciones funcionales que padecen. Es decir, son dependientes sanitaria y clínicamente, pero no administrativamente. Por lo tanto, no se les reconoce derecho alguno a prestaciones o beneficios del sistema de dependencia.

⁵ Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

También se han obtenido las puntuaciones medias del índice Barthel en relación al reconocimiento de dependencia, y aunque sí demuestran una progresión lineal, las puntuaciones medias obtenidas son realmente bajas, como se puede comprobar en esta tabla:

Tabla 6: Relación entre el reconocimiento de dependencia por el SAAD y la puntuación media obtenida de índice Barthel.

Reconocimiento de dependencia por SAAD.	Puntuación media de índice Barthel.
No.	27,31.
Sí, Grado I.	10,71.
Sí, Grado II.	6,25.
Sí, Grado III.	0
Sí, sin especificar.	0
Total.	24,5.

Como se puede apreciar, incluso el grupo de pacientes que no tiene reconocido ningún tipo de grado de dependencia por el SAAD posee una puntuación media de Barthel de 27,31 puntos, situada entre los 20 y 35 puntos que denotan una dependencia grave según el índice Barthel. Los grupos de pacientes que poseen un Grado III de dependencia reconocido por el SAAD, tienen una puntuación media de 0 en el índice Barthel. Por tanto, no existe una correspondencia entre los sistemas de valoración.

Otras variables incluidas en el análisis han sido la del nivel de ingresos de los pacientes según la escala Gijón y su puntuación media de Barthel. Los resultados han sido los siguientes:

Tabla 7: Relación entre el nivel de ingresos de los pacientes y la puntuación media de índice Barthel.

Nivel de ingresos	Puntuación media de índice Barthel.
Más de 1.5 veces el salario mínimo.	15
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo.	18,21
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.	25
LISMI-FAS-Pensión no contributiva.	40
Sin ingresos propios.	23
No consta.	30,41

Siendo todas estas puntuaciones bajas, la mínima puntuación se encuentra entre las personas que más ingresos tienen, es decir, las que más apoyos pueden contratar de manera particular. Sin embargo, las personas sin ingresos propios, tienen una puntuación media de Barthel de 23 puntos, lo que les sitúa en una situación de dependencia grave. Podemos encontrarnos ante un grupo de riesgo, puesto que además de poseer graves limitaciones funcionales, no poseen recursos suficientes para paliar esta dependencia, como puede ser, a través de la contratación de servicios de ayuda a domicilio, ayudas técnicas, etc....

En cuanto a la asignación y utilización de recursos y servicios de apoyo a la dependencia, se ha encontrado un dato curioso. Un caso, concretamente, en el que teniendo una puntuación media de Barthel de 50 puntos (relativamente alta respecto al contexto del estudio), el paciente recibe una prestación económica por reconocimiento de dependencia por el SAAD, es usuario del Servicio de Teleasistencia municipal, y recibe el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) municipal. Se trata de un caso peculiar, puesto que el resto de pacientes tienen una puntuación menor del Barthel y la mayoría o todos los recursos de los que son usuarios son remunerados de manera particular, es decir, por el propio paciente o su familia. Esto demuestra que, aunque la asignación de recursos públicos/municipales debería llevarse a cabo según el nivel de

dependencia, en muchos casos no es así, cayendo en una mala utilización y gestión de los recursos y ayudas.

3.3. Perfil sociosanitario del paciente.

Tras el análisis de todas las variables anteriormente expuesto, las conclusiones de este estudio de la realidad derivan en la realización de un perfil, el más común, del paciente que se valora a diario en la Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

El perfil sería el siguiente:

Mujer, de entre 75 y 79 años de edad, viuda, con unos ingresos económicos que oscilan de los 641,40€ a los 962,10€ (desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo, en 2012), hospitalizada por un ACV (ictus), con menos de 20 puntos en el índice Barthel (es decir, totalmente dependiente), que vive con diversos familiares (hijos, nietos, sobrinos, hermanas...) y que posee un cuidador que atiende a sus necesidades. No tiene reconocido ningún grado de dependencia por el SAAD y por lo tanto, tampoco percibe ninguna ayuda para su situación de dependencia para las ABVD, así como tampoco es usuaria de ningún recurso o servicio, tanto público o privado, en el momento de la valoración.

4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

Tras la realización de este estudio y la aplicación de diferentes técnicas para la recogida de datos, así como el análisis e interpretación de estos, se han obtenido una serie de conclusiones que a continuación se exponen.

En primer lugar, la Unidad de Valoración Sociosanitaria podría considerarse como un servicio de valoración integral que actúa como nexo de unión entre pacientes, personal sanitario y otras instituciones externas al hospital y al servicio, tanto públicas como privadas. Este hecho facilita que el paciente pueda tener una mejor adaptación en su entorno una vez reciba el alta hospitalaria, puesto que durante su ingreso en el hospital, se ha creado una red de apoyo formada a partir de la familia y/o los profesionales pertinentes, así como una gestión de recursos y servicios adaptados a sus necesidades. El objetivo final de la intervención siempre es lograr que el paciente tenga sus carencias cubiertas una vez salga del hospital, así como mejorar la calidad de vida que se ha visto afectada por un proceso de enfermedad, manteniendo la autonomía del paciente.

Se trata de un servicio relativamente reciente, pero a la vez, efectivo, en gran medida por su interdisciplinariedad, y rápido en sus valoraciones e intervenciones, a pesar de la gran carga de trabajo que las profesionales que lo componen tienen a diario. Esto se consigue gracias a la coordinación interna existente en el servicio y la coordinación externa que se lleva a cabo para la resolución de todos los casos.

Si bien la gran mayoría de los pacientes valorados por la UVSS son pacientes con una gran dependencia, no siempre se trata de personas mayores, aunque este sea el grupo de edad que más peso tenga dentro de la población valorada. También se valora a personas de mediana edad, e incluso en casos excepcionales, a jóvenes y adolescentes. Lo cierto es que se trabaja con los pacientes que presenten o puedan presentar mayores dificultades para mantener su autonomía, es decir dependientes, sin embargo, la situación de dependencia no es sinónimo de tercera edad. Existen enfermedades

discapacitantes que afectan a colectivos de población joven, así como procesos de salud sobrevenidos que también pueden desembocar en situaciones de dependencia, como pueden ser, los accidentes de tráfico.

Aunque la gran mayoría de los pacientes valorados por la UVSS son reconocidos dependientes por el servicio, sólo una pequeña parte de ellos son beneficiarios del SAAD, confirmando así la no correspondencia entre los dos sistemas de valoración.

El perfil del paciente obtenido, tan sólo es orientativo, aunque sí muy aproximado a la realidad, ya que los datos son totalmente reales y así lo indica la observación participante y no participante llevada a cabo durante un largo período de tiempo.

El trabajo realizado por la trabajadora social de la UVSS es verdaderamente útil y eficaz para la obtención de buenos resultados durante la intervención con los pacientes. Es la encargada de coordinar en muchas ocasiones las acciones del equipo, así como de llevar a cabo diferentes labores, como el acompañamiento, la información, el facilitar el acceso a instituciones o recursos adecuados.

Se trata, así pues, de una profesión imprescindible en el ámbito sanitario, ya que, tanto los problemas de salud pueden provocar problemas sociales, como puede ser al revés, que un problema social desemboque en un problema de salud.

Para finalizar este estudio, mencionar algunas de las líneas o propuestas que podrían mejorar todavía más y/o facilitar el trabajo realizado desde la Unidad de Valoración Sociosanitaria.

En primer lugar, sería muy provechoso el hecho de poder informatizar todas las historias médicas y sociales. Esto facilitaría y agilizaría en gran medida el trabajo diario de consulta de datos que realizan las profesionales que trabajan en dicho servicio, así como las acciones en general que se realizan desde la UVSS. Bien es cierto que el hecho de informatizar toda la documentación

supone mucho tiempo, del que actualmente no se dispone debido a la gran carga de trabajo de las profesionales.

En segundo lugar, y haciendo referencia a los resultados obtenidos del análisis de la realidad, sería beneficioso el poder llevar a cabo una serie de protocolos de coordinación y actuación con algunas instituciones externas al hospital, tanto de carácter público como privado. Creo necesaria la creación de estas dinámicas de trabajo debido a la existencia de numerosos grupos de riesgo, como pueden ser las personas que viven solas, las personas que no tienen cuidador, las personas con menos ingresos, e incluso personas que poseen varias de estas características. Estos colectivos tienen mayores dificultades para acceder a algunos recursos o servicios y en muchas ocasiones, las necesidades a cubrir son urgentes. Sería una forma de conseguir que los pacientes en situaciones sociosanitarias más críticas tuvieran sus necesidades cubiertas desde la salida del hospital por organismos externos a este, que ya conocieran de antemano la situación del paciente y hubieran podido trabajar en su caso.

También, establecer mecanismos de coordinación sociosanitaria entre la UVSS y el SAAD.

Y por último, lograr, a través de diferentes técnicas de difusión (folletos en plantas de hospitalización, en centros de salud, etc.), que la Unidad de Valoración Sociosanitaria tuviera más presencia entre la población, es decir, lograr que cualquier usuario del sistema sanitario conozca qué es y para qué sirve dicho servicio.

BIBLIOGRAFÍA.

Abellán, A. y Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Portal de Mayores, nº 131. [Fecha de publicación: 1/06/2012.].

Birren, J. (2006). Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. San Diego: Academic Press.

Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria / Revista de servicios sociales, 47, 109-119.

Colom, D. (1991). La planificación del alta hospitalaria. Trabajo social y salud, 10, 13-138.

Decs. (2006) Descriptores en Ciencias de la Salud. Brasil: BIREME.

Esparza, Cecilia (2011). Discapacidad y dependencia en España. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108. [Fecha de publicación: 08/04/2011]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>>

Gaspar, J. I. (dir.). (2006). Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.

IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. (2002). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Madrid: Autor (Glosario 2002, Anejo B. pp.555-557).

Ituarte, A. (1994). El papel del trabajador social en el campo sanitario. Trabajo Social y Salud, 20, 275-290.

Laham, M. (2011). Salud y estilo de vida. Hacia una psicología social de la salud. Campo Grupal, 134, 10.

Macionis, J. y Plummer, K. (Eds.) (2007). Sociología. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Mondragón, J. y Trigueros, I. (1999). Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IMSERSO. (2011) Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid: Autor.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. (2004) Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Autor.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO. (2004) Glosario de términos. Madrid: Autor.

Pérez, L. (2012). El sector de la discapacidad: realidad, necesidades y retos futuros. Análisis de la situación de la población con discapacidad y de las entidades del movimiento asociativo y aproximación a sus retos y necesidades en el horizonte de 2020. Madrid: Grupo Editorial Cinca S.A.

Richmond, M. E. (1996). El caso social individual. Madrid: Talasa.

Rodríguez, G. y Monserrat, J. (2002). Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Salvà, A. y Rivero, T. (2006). Dependencia y envejecimiento. Valoración. Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española, 73-90.

Webgrafía.

Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud. (n.f.). Recuperada 1 de abril, 2013, de <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/index.php/mod.pags/mem.detalle/reImenu.251/relcategoria.1101/idpag.387>

Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud. (n.f.). Recuperada 1 de abril, 2013, de

<http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/index.php/mod.pags/mem.detalle/re/menu.251/relcategoria.1101/idpag.388>

Legislación.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Art. 14. (BOE número 128 de 29/5/2003).

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE número 299 de 15/12/2006).

ANEXOS.

A continuación, se presentan los siguientes documentos de carácter metodológico, con el fin de facilitar la comprensión de este estudio y de complementar todo lo anteriormente expuesto.

I. Ficha social.

VALORACION SOCIAL

NOMBRE:

HBTC: Edad: Hª: Fecha:

PROCEDENCIA DEL PACIENTE: Domicilio propio/familiares R. Pública R. Privada Otro Hospital

DIAGNOSTICO

BP: BA:

ESCALA GIJON

Situación familiar		Apoyo de la red social	
Vive con familia sin dependencia psicofísica	1	Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	1
Vive con cónyuge de similar edad	2	Recibe ayuda a domicilio formal o voluntariado social.	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.	3	No tiene apoyo.	3
Vive solo pero tiene hijos próximos.	4	Pendiente de ingreso en residencia de ancianos.	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	5	Necesita cuidados permanentes que no son dados.	5
Vivienda		Situación económica (ingresos/mes)	
Adecuada a necesidades	1	Más de 1.5 el salario mínimo.	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños)	2	Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo.	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción)	3	Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4	LISMI-FAS- pensión no contributiva.	4
Vivienda inadecuada (chabola, declarada en ruina, sin equipamiento mínimo)	5	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	5
Relaciones y contactos sociales		PUNTUACIÓN TOTAL _____	
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1		
Solo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa.	2		
Solo se relaciona con la familia o vecinos; sale de casa.	3		
No sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (> una vez a la semana).	4		
No sale del domicilio ni recibe visitas (o < una vez a la semana).	5		

RECURSO PREVIO AL INGRESO: ST SADP SADPR CD RP RPR PREST.DEPEND NO RECURSO

CUIDADOR PRINCIPAL: SI NO

Nombre:

Parentesco:

Teléfonos:

OTROS FAMILIARES:

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

DINAMICA FAMILIAR:

DIAGNOSTICO SOCIAL

<u>INTERV. CON FAMILIAS:</u> SI NO	<u>INTERV. CON PACIENTES:</u> SI NO
Primera entrevista:	
Fecha:	Hablado con:
Entrevistas sucesivas:	
Fecha:	Hablado con:
<u>INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS:</u> ST CD SADP SADPR RP RPR HSJD EST.TEMP	
LD (solicitud) LD(Rev. grado) S° comida a domicilio Ayudas técnicas Rec. Minusvalía Ayudas económicas IASS	
<u>OBSERVACIONES:</u>	

COORDINACIÓN CON: SS.SS. Municipales SS.SS. Autonómicos T.Social EAP Resid. Asociaciones Otros
INFORME SOCIAL SI NO

<u>CONTACTO CON UTS DEL HOSPITAL:</u> SI NO
--

<u>RECURSO SOCIAL AL ALTA:</u> ST RP SADPR CD S° Comida a domicilio
<u>DESTINO:</u> HSJD Resd. Privada Resd pública Domicilio propio Domicilio familiares Exitus

II. Índice Barthel.

COMER

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- 5 NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- 0 DEPENDIENTE.

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda

DEPOSICIÓN

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
- 0 INCONTINENTE.

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
- 0 INCONTINENTE.

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)

- 15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
- 10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- 5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
- 10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
- 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
- 0 DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

III. Relación de objetivos y variables.

Objetivo 1. Describir la Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital Universitario Miguel Servet.

- Revisión bibliográfica.
- Entrevista a Trabajadora Social de UVSS.

Objetivo 2. Analizar las características sociales y sanitarias de los pacientes valorados por la Unidad de Valoración Sociosanitaria.

- Características sociodemográficas:
 - Sexo.
 - Edad.
 - Estado civil.
 - Recursos económicos según Gijón.
- Principales problemas de salud.
 - Diagnóstico.
- Situación convivencial.
 - Núcleo familiar.
 - Existencia de cuidador.
- Situación de dependencia y apoyos.
 - Reconocimiento de grado de dependencia por SAAD.
 - Perceptor de recurso de ayuda a la dependencia.
- Si son usuarios de algún recurso de ayuda o apoyo, público o privado.
 - Recurso previo.

Objetivo 3. Elaborar una propuestas de mejora.

IV. Definición de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA VARIABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
<u>V1.</u> N° de Historia Clínica.	Número de identificación personal de cada paciente ingresado en el Hospital Universitario Miguel Servet.	Historia clínica del paciente.
<u>V2.</u> Sexo.	Género femenino y masculino.	Historia clínica del paciente.
<u>V3.</u> Diagnóstico.	Motivo de ingreso del paciente en el Hospital Universitario Miguel Servet según valoración médica.	Informe de la Unidad de Valoración Sociosanitaria.
<u>V4.</u> Servicio.	Servicio o Unidad en la que el paciente ha sido hospitalizado y de la cual ha sido derivado a la Unidad de Valoración Sociosanitaria.	Informe de la Unidad de Valoración Sociosanitaria.
<u>V5.</u> Barthel	Puntuación obtenida de la aplicación de la escala Barthel, de medición funcional por parte de la UVSS en el momento de la valoración integral.	Informe de la Unidad de Valoración Sociosanitaria.
<u>V6.</u> Reconocimiento de dependencia.	Si, según el Sistema de Atención a la Dependencia y mediante	Historia social del paciente.

	la aplicación de los diversos instrumentos de medición, el paciente posee el reconocimiento de un grado de dependencia.	
<u>V7.</u> Usuario del SAAD.	Si el paciente recibe o no cualquiera de los servicios y/o prestaciones reconocidas por la Ley de Dependencia.	Historia social del paciente.
<u>V8.</u> Edad.	Edad del paciente en el momento de la valoración, medida en años cumplidos.	Historia clínica del paciente.
<u>V9.</u> Estado civil.	Estado civil del paciente en el momento de la valoración.	Historia social del paciente.
<u>V10.</u> Recursos económicos según Gijón.	Ingresos económicos del paciente, según los ítems establecidos por la escala de riesgo social Gijón.	Historia social del paciente.
<u>V11.</u> Núcleo familiar.	Personas con las que el paciente convive de manera habitual.	Historia social del paciente.
<u>V12.</u> Cuidador.	Existencia o no de cuidador del paciente, ya sea formal o informal, que se encarga de llevar a cabo los cuidados y las	Historia social del paciente.

	ayudas necesarias para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.	
<u>V13.</u> Recurso previo.	Si el paciente es usuario de algún recurso o servicio social, de manera previa al ingreso, ya sea de carácter público o privado.	Historia social del paciente.

