

# Estudio del problema social en el Hospital La Fe de Valencia desde la Unidad de Trabajo Social Hospitalario: recursos

RAQUEL FUSTER RIBERA \* Y MARGARITA GUILLEM NAVARRO\*\*

\*Trabajadora Social

\*\*Trabajadora Social, Enfermera y Socióloga

Recibido: 17 de abril de 2012 . Aceptado: 7 de febrero de 2014

## RESUMEN

**Objetivos:** La investigación recoge los recursos aplicados por la Unidad de Trabajo Social Hospitalario valorando si son adecuados para solucionar la problemática detectada, así como la demora y satisfacción en los pacientes del Hospital Universitario La Fe de Valencia. Los recursos más solicitados y gestionados desde la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria son los sociales (discapacidad, dependencia, Servicio de Ayuda a Domicilio y Servicios Sociales) siguiéndoles los sanitarios (hospital y prestaciones sanitarias complementarias). El 87,6% de los recursos se consideran adecuados para resolver la problemática planteada. El 76,5% se muestra satisfecho o complacido. El 67,5% de los pacientes al alta hospitalaria se va al domicilio.

**PALABRAS CLAVE:** problema social, pacientes, recurso, dependencia.

## ABSTRACT

*Objectives:* This research examines resources used by the Social Worker Unit of La Fe University Hospital in Valencia, valuing whether they are appropriate to solve the problems detected, as well as the delay and the patients' satisfaction at the University Hospital La Fe de Valencia. The most-highly demanded resources managed by the Social Worker Hospital Unit are the social ones (handicap, dependence, Home Help Service, and Social Service), followed by the health ones (hospital and additional health services). 87.6% of the resources are considered appropriate to solve the problems brought up. 76.5% are satisfied or pleased. 67.5% of the patients that get their discharge go home.

**KEY WORDS:** social problem, patients, resources, dependence.

## CORRESPONDENCIA

fuster\_raq@gva.es | margagnqg@hotmail.com

## 1. INTRODUCCIÓN

En este artículo, consecuencia del trabajo de investigación realizado por la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario La Fe de Valencia, nos centraremos en los recursos aplicados tras la detección de la problemática socio-sanitaria en los pacientes que acuden a la Unidad de Trabajo Social Hospitalario (UTSH a partir de ahora), como una parte integrante del "Estudio sobre el tratamiento del problema social en el Hospital General Universitario La Fe de Valencia", realizado y reconocido por el Instituto de Investigación Sanitaria Fundación para la Investigación del Hospital La Fe y presentado al premio nacional de investigación "Ana Díaz Perdiguero" en enero del año 2011.

El artículo expone la diferencia entre la aplicación de recursos de la atención puntual (AP) y del proceso de intervención social (PIS), más complejo; también en qué medida las distintas actuaciones, prestaciones y servicios que aplicamos son los adecuados a la problemática detectada, o solo "parchean" la demora existente en la aplicación de los recursos y el destino del paciente con problema social, al alta hospitalaria.

### Fundamentos teóricos

El Hospital de agudos se define como lugar especializado de la asistencia sanitaria destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos siendo su función general la asistencial: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación física, mental y social.

Por otra parte el Trabajo Social Sanitario se define como "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 puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud" (Ituarte, 2009:277).

## 2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Toda investigación debe avanzar de forma científica, por lo que se ha realizado una revisión bibliográfica y análisis documental de ámbito nacional: documentos, artículos científicos, comunicaciones, estudios, bases de datos, revistas especializadas de Trabajo Social y búsqueda en la red, buscando antecedentes de investigaciones previas en el campo del Trabajo Social Hospitalario, sin encontrarse ningún estudio similar para poder realizar un análisis comparativo.

A pesar de esto, las investigaciones realizadas en el ámbito del trabajo social hospitalario vinculadas de algún modo con esta investigación son:

- "La planificación del Alta Hospitalaria" (Colom, 1992).
- "La identificación de procesos en la implantación de calidad total en el Trabajo Social Hospitalario" (Cabo et al. 2000).

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un cronograma de Gantt con el plan de actividades; el proceso de investigación se inició en julio de 2008 y finalizó en enero de 2011, aunque las entrevistas se realizaron entre enero y septiembre del 2010.

### 3.1. Diseño de técnicas de recolección de información

La investigación es documental y de campo puesto que posteriormente se apoya en informaciones que provienen de la observación, entrevistas personales, entrevistas familiares, reuniones de coordinación, consulta de

historia social y clínica en soporte papel y en formato informático, etc., ubicadas donde ocurren los fenómenos estudiados.

### 3.2. Técnicas

Destacamos la entrevista y la observación.

El objetivo de la entrevista de investigación pretende con la "recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo...sobre un tema definido en el marco de una investigación" (Alonso, 1988:76).

La entrevista semiestructurada que hemos utilizado es una técnica de investigación que va dirigida a personas clave (paciente, familiares, cuidadores), en las que el entrevistador (trabajadora social) conoce de antemano (directa o indirectamente) la situación sanitaria del enfermo, centrándose en la experiencia subjetiva del entrevistado. Se han realizado entrevistas semiestructuradas de valoración socio-sanitaria tanto a pacientes, familiares como a personal sanitario.

Observación, entendida como captura sistemática de información sobre acciones y reacciones conductuales mediante el uso de instrumentos específicos, lenguaje no verbal o impresiones profesionales, que confirme, complete o ponga en duda la información verbal obtenida. Con la observación accedemos a la conducta no verbal, que se puede agrupar en Kinésica, paralingüística y proxémicas.

### 3.3. Instrumentos

- Ficha social.
- Historia Social.
- Protocolo de derivación a la UTSH.
- Guía de recursos.
- El sistema de registro de datos informatizados para la UTSH de hospitales de la Comunidad Valenciana. Este programa distingue la Atención Puntual, intervenciones generada mayoritariamente en consultas externas y en el despacho, de los Procesos de Intervención Social (PIS a

partir de ahora) para intervenciones de la UTSH más complejas, generadas por los pacientes hospitalizados y que recogen más información que la atención puntual (problemas, recursos, actuaciones, etc.).

- Escalas específicas, indicadores de esta investigación. Estas escalas fueron probadas en el mes de junio de 2009.

### 3.4. Población y muestra

Descripción de la población del estudio: Hombres y mujeres, usuarios del pabellón general del Hospital la Fe, mayores de 14 años.

Hemos trabajado con dos universos diferenciados:

- Universo A: población total de usuarios del hospital general.
- Universo B: dentro del universo A, los pacientes que reciben intervención por la UTSH.

En el universo B, dado el volumen de los datos recabados y el tiempo necesario para la aplicación de las técnicas descritas, hemos utilizado una muestra representativa, utilizando el muestreo estratificado de Poisson, realizando una elección de la muestra independiente para cada estrato por el procedimiento de azar simple, por medio de sorteo riguroso sin reemplazamiento.

El tamaño de la muestra estuvo determinado por la aplicación de la tabla estadística de Arkin y Colton (Tables for Statisticins), la amplitud de la muestra sacada de una población finita para márgenes de error del  $\pm 5\%$  en la hipótesis de  $p=50\%$ . Con un margen de confianza del 99,7%.

El tamaño de la muestra de los usuarios determinado por la amplitud de la población atendida fue de 3202 consultas en atención puntual, y 7321 procesos de intervención social, lo que corresponde a una muestra de 1427 elementos durante los 9 meses.

### 3.5. Entorno

Se ha elegido el Hospital Universitario La Fe para realizar el estudio, por ser hospital de

referencia de la Comunidad Valenciana, con mayor número de camas y especialidades de los existentes en esta Comunidad, lo que supone mayor diversidad de población y situaciones problema.

Este está organizado en pabellones, y hemos centrado el estudio en el más grande de ellos, con más de 700 camas de hospitalización, con consultas externas, hospital de día y área de urgencias, al considerarse idóneo para este estudio.

## 4. RESULTADOS

### Referentes a los PROCESOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL (PIS)

“Un proceso es un conjunto de actividades interrelacionadas entre sí que, a partir de una o varias entradas de materiales o información, dan lugar a una o varias salidas de materiales o información con valor añadido.

El límite inicial del proceso es la demanda de valoración/intervención a la trabajadora social. Y el límite final del proceso es el alta social, que se produce cuando, a criterio de la trabajadora social se finaliza el proceso de intervención por resolución, abandono voluntario de la intervención, o éxitus.

El propietario del proceso es la trabajadora social de la UTSH responsable del servicio médico del que procede el paciente.” (Cabo et al., 2000)

Se identifica un proceso común que denominamos proceso base, con tres grados de complejidad: proceso I, proceso II y proceso III.

El Proceso de Intervención Social (PIS) supone el proceso II y III en los cuales se abre historia social para la realización del seguimiento secuencial del paciente.

La UTSH es la responsable de informar, orientar, facilitar y/o movilizar los recursos que mejor se adapten a la resolución de la problemática presentada.

Los recursos que se aplican desde el hospital que aquí se relacionan vienen definidos en el artículo “Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana” (Cava et al., 2009).

Según los datos que refleja la tabla 1:

El grupo de recursos sociales supone el 46,4% de la totalidad, y dentro de estos, el más frecuente es el “Servicio de Atención Domiciliaria” (SAD) que supone el 17,3%. Con respecto a este recurso hemos querido hacer una diferenciación de si se trata de un recurso público o privado para poder ofrecer una visión más real de su utilización (ver tabla 2).

SAD público es el ofrecido por las administraciones públicas, bien de forma gratuita o con participación económica por parte del beneficiario (co-pago), suponiendo el 66% de las demandas.

SAD privado contratado directamente por el paciente y/o familiares, asumiendo el coste del servicio.

El segundo recurso más utilizado en recursos sociales es el de solicitud de “Reconocimiento de la Discapacidad” que supone el 14% y también el que más demora tiene por el número elevado de solicitudes, pudiendo pasar 18 meses entre su solicitud y resolución. Esta demora supone un recorte de derechos por lo que sería aconsejable que las administraciones redujeran la lista de espera.

El tercer recurso más utilizado es el de “Servicios Sociales de Base” que supone el 11,9%. Son la puerta de entrada para prestaciones sociales y otros recursos especializados en el ámbito de lo social, existiendo una buena coordinación entre las trabajadoras sociales de ambos ámbitos.

El cuarto recurso más utilizado es el de “Valoración del grado de dependencia” que supone el 11,6%. Profundizaremos dado el perfil de los pacientes atendidos (ver tabla 3).

Tabla 1: Recursos aplicados

	Trimestre			TOTAL	% Grupal	% Total
	1er	2º	3er			
<b>CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>	18	6	11	35	7,4	2,5
<b>UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS</b>	4	12	9	25	5,3	1,7
<b>HOSPITAL</b>	78	57	58	193	40,7	13,5
<b>HOSPITAL DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA (HACLE)</b>	20	15	8	43	9	3
<b>PRESTACIONES SANITARIAS COMPLEMENTARIAS</b>	54	75	36	165	34,8	11,5
<b>COBERTURA SANITARIA</b>	2	2	2	6	1,2	0,4
<b>SERVICIO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE (SAIP)</b>	2	4	1	7	1,4	0,4
<b>TOTAL RECURSOS SANITARIOS</b>	<b>178</b>	<b>171</b>	<b>125</b>	<b>474</b>	<b>100</b>	<b>33</b>
<b>CENTRO RESIDENCIAL</b>	19	19	25	63	9,5	4,6
<b>CENTRO DE DÍA</b>	2	1	0	3	0,4	0,2
<b>RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD</b>	32	35	26	93	14	6,5
<b>VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA</b>	22	40	15	77	11,6	5,3
<b>CENTRO MUJER 24 HORAS</b>	0	0	8	8	1,2	0,5
<b>TELE-ASISTENCIA</b>	11	20	8	39	5,9	2,8
<b>OFICINA DE EXTRANJERIA</b>	6	3	4	13	1,9	1
<b>EMBAJADAS Y CONSULADOS</b>	4	0	0	4	0,6	0,2
<b>SERVICIOS SOCIALES DE BASE</b>	15	36	28	79	11,9	5,5
<b>MEDIACIÓN Y APOYO</b>	25	15	15	55	8,3	3,9
<b>INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO</b>	19	6	6	31	4,6	2,1
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>	54	41	20	115	17,3	8
<b>COMEDOR SOCIAL</b>	11	1	5	17	2,5	1,1
<b>ALBERGUE DE TRANSEUNTES</b>	11	1	5	17	2,5	1,1
<b>RECURSOS COMUNITARIOS</b>	21	4	24	49	7,3	3,4
<b>PROGRAMAS DE OCIO</b>	0	1	2	3	0,4	0,2
<b>TOTAL RECURSOS SOCIALES</b>	<b>252</b>	<b>223</b>	<b>191</b>	<b>666</b>	<b>100</b>	<b>46,4</b>
<b>AYUDAS DESTINADAS A LA FAMILIA</b>	4	3	1	8	4	0,5
<b>PRESTACIONES Y PENSIONES ASISTENCIALES</b>	14	16	5	35	17,6	2,5
<b>AYUDAS DE EMERGENCIA</b>	4	0	0	4	2	0,2
<b>AYUDAS PARA EL DESARROLLO PERSONAL</b>	11	2	3	16	8	1,1
<b>PRESTACIONES Y PENSIONES CONTRIBUTIVAS</b>	32	44	42	118	59,6	8,3
<b>AYUDAS PARA FINANCIAR ESTANCIAS EN CENTROS ESPECIALIZADOS</b>	3	8	6	17	8,6	1,2
<b>TOTAL RECURSOS ECONÓMICOS</b>	<b>68</b>	<b>73</b>	<b>57</b>	<b>198</b>	<b>100</b>	<b>13,8</b>
<b>SISTEMA EDUCATIVO</b>	4	1	2	7	70	0,5
<b>SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO ESCOLAR</b>	2	0	1	3	30	0,2
<b>TOTAL RECURSOS EDUCATIVOS</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>0,7</b>
<b>TALLER PRE-LABORAL DE INSERCIÓN SOCIAL</b>	0	1	0	1	100	0
<b>TOTAL RECURSOS LABORALES</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>0</b>
<b>MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL MENOR</b>	2	0	0	2	7,1	0,1
<b>MINISTERIO FISCAL</b>	1	1	1	3	10,7	0,2
<b>TRATAMIENTO AMBULATORIO FORZOSO</b>	7	4	1	12	42,8	0,9
<b>INCAPACITACIÓN</b>	1	1	1	3	10,7	0,2
<b>AUTORIZACIÓN DE INTERNAMIENTO</b>	1	1	1	3	10,7	0,2
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN JURÍDICA</b>	4	0	1	5	17,8	0,3
<b>TOTAL RECURSOS JURÍDICOS</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>1,9</b>
<b>OTROS</b>	26	16	16	58	100	4
<b>NINGUNO</b>	7	5	8	15	100	1
<b>TOTAL</b>	<b>546</b>	<b>492</b>	<b>397</b>	<b>1435</b>		<b>100</b>

Tabla 2. Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)

	Trimestre			TOTAL	%
	1er	2º	3er		
<b>SAD PÚBLICO</b>	31	31	14	76	66
<b>SAD PRIVADO</b>	23	10	6	39	34
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>41</b>	<b>20</b>	<b>115</b>	<b>100,00%</b>

Tabla 3. Valoración de la situación de Dependencia

	Trimestre			TOTAL	%
	1er	2º	3er		
<b>NO PROCEDE</b>	116	62	103	281	51,30%
<b>VALORADO</b>	18	30	9	57	10,40%
<b>PENDIENTE DE VALORACIÓN</b>	83	26	5	114	20,80%
<b>SE INICIA SOLICITUD DE VALORACIÓN EN EL HOSPITAL</b>	22	40	15	77	13,70%
<b>NO LA QUIERE</b>	12	8	0	20	3,60%
<b>NO CONSTA</b>	4	63	29	96	15,10%
<b>TOTAL</b>	<b>255</b>	<b>229</b>	<b>161</b>	<b>645</b>	<b>100,00%</b>

En referencia a la tabla 3 se han utilizado los siguientes conceptos:

- Valorado: paciente que tiene en su poder una resolución emitida por la administración autonómica pudiéndolo reconocer o no como persona dependiente, con grado y nivel. Con dicha resolución se establecerá o ya se habrá establecido el Programa Individual de Atención (PIA), donde se determinan las modalidades de apoyo/asistencia.
- Pendiente de valoración: paciente que ha solicitado personalmente o a través de un representante, la valoración de dependencia, estando pendiente de resolución por parte de la Generalitat Valenciana.
- Se inicia solicitud de valoración en el hospital: la UTSH orienta, facilita documentación y en algunos casos gestiona la solicitud de valoración de dependencia. Puede tratarse de una primera solicitud o una revisión de grado y nivel.
- No la quiere: el paciente y/o familia rechazan la solicitud de valoración de dependencia.

Teniendo en cuentas estos conceptos y según la tabla 3, específica de Dependencia se puede observar que:

En el 15,1% de los casos se desconocen los datos.

En el 51,3% de los casos registrados "no procede" nivel de dependencia según la normativa, aunque necesiten apoyo de tercera persona en aspectos como el control de la medicación, higiene, alimentación acorde con su patología, etc. Hay casos que al alta hospitalaria son personas dependientes, pero no como algo definitivo.

El 20,8% de los casos registrados, presentada la solicitud, están "pendientes de valoración". A veces los pacientes fallecen sin resolución.

En el 13,7% de los casos registrados, "se inicia solicitud de valoración en el hospital" por desconocimiento de los derechos, o porque se ha producido una situación de dependencia a partir de la hospitalización. La percepción del paciente y/o familiar es de gratitud ante el apoyo que esto puede suponer en una

situación nueva y desbordante, pero puede generar falsas expectativas.

El 10,4% de los casos registrados están "valorados" encontrándonos con estas situaciones:

- Paciente valorado sin reconocimiento de dependencia o sin derecho a prestación.
- Paciente valorado y con derecho a prestaciones, esperando su aplicación.
- Paciente valorado, con los recursos y apoyos concedidos.

Esta última situación, supone un porcentaje muy bajo con respecto al resto.

El 3,6% de los casos registrados "no la quiere", bien por enfermedad grave con mal pronóstico, bien porque se relaciona la prestación social con la beneficencia o por tener recursos propios o contratados.

El recurso de "Centro residencial" supone el 9,5%. La plaza residencial suele ser la última opción de la persona y familiares, supone un cambio de vida que requiere de un tiempo para asumirlo; son situaciones en las que no hay alternativas para el paciente de permanecer en su medio.

El recurso "Mediación y apoyo" supone el 8,3% por situaciones de crisis familiares ante el cambio de dinámica con un familiar enfermo o ingresado en el hospital, o crisis personales ante un diagnóstico propio o de algún ser querido.

Los "Recursos comunitarios" son el 7,3% y suponen la participación de asociaciones de enfermos y familiares de enfermos, que ofrecen al paciente y/o familia recursos especializados.

La "tele-asistencia" supone el 5,9%. Existe la posibilidad del recurso a nivel público o privado, con diferencias en el precio del recurso y en la lista de espera para su obtención.

"Información y asesoramiento" supone el 4,6%, donde con frecuencia el paciente y familia desconoce las prestaciones socio-sanitarias existentes y a las que puede acceder, para resolver las problemáticas que se plantean ante la UTSH.

"Comedor social" y "Albergue de transeúntes" suponen el 2,5% cada recurso dentro del grupo de los recursos sociales, siendo inadecuado para personas enfermas o convalecientes, por tener normas estrictas de horarios.

Ante la inexistencia de otro recurso más adecuado, la Asociación Valenciana de la Caridad, ha habilitado un espacio para personas convalecientes acompañados por personal voluntario. La coordinación con la UTSH permite la estancia de estas personas al alta, evitando que permanezcan en la calle. Aunque solo disponen de 4 plazas.

El recurso "Centro Mujer 24 horas" supone el 1,2%, recurso especializado ante una situación de violencia de género, que muchas veces no genera en las mujeres la seguridad que necesitan para romper el círculo de la violencia. En otras ocasiones no hay disponibilidad de plazas o éstas no pueden ser ocupadas por mujeres que son víctimas de violencia y tiene otra patología, como una enfermedad mental.

El recurso "Embajadas y Consulados" supone el 0,6% suele tratarse de situaciones en las que la UTSH pide colaboración para concesión de visado de familiares, ante situaciones graves de enfermedad en pacientes hospitalizados o se solicita colaboración para la localización de familiares en caso de fallecimiento.

En relación al análisis de los recursos sanitarios, que suponen el 33% del total.

El más frecuente es el recurso de Hospital con el 40,7% que supone el 13,4% de la totalidad de recursos. Se trata de una derivación a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD).

"Las UHD son dispositivos asistenciales del área de salud enfocados a proporcionar asistencia especializada con el apoyo de cuidadores a aquellos pacientes cuya mejor ubicación asistencial, para el estadio evolutivo de su enfermedad, es el domicilio. Entendiendo como mejor ubicación asistencial aquella

donde se van a conseguir los objetivos terapéuticos en el menor tiempo posible, con menos complicaciones y al menor coste social." (Valdivieso, 2001:11).

Dentro de recursos sanitarios, el siguiente más utilizado es el de "Prestaciones sanitarias complementarias" suponiendo el 34,8% dentro del grupo, y el 11,5% del total. El mayor demandado es el reintegro de gastos por transporte y dietas para pacientes sometidos a tratamientos prolongados u otras circunstancias que marca la normativa.

El recurso "Hospital de crónicos y larga estancia" supone el 9%. Los pacientes son derivados a este recurso, ante la necesidad de rehabilitación, cuidados continuos y por insuficientes cuidados en el domicilio durante la convalecencia o en espera de un recurso social, residencia de tercera edad, principalmente.

La UTSH evidencia en su trabajo diario la necesidad de agilizar las resoluciones de concesión de plaza residencial.

El recurso "Centro de Atención Primaria" supone el 7,4%. Se requiere la coordinación con la trabajadora social sanitaria u otros profesionales de dicho centro. En ocasiones supone la derivación del caso, al ser el ámbito comunitario, el más idóneo.

El recurso "Unidad de Conductas Adictivas" supone el 5,3%. En las adicciones, la hospitalización, como situación de crisis, puede motivar el tratamiento terapéutico de deshabituación. Los pacientes reciben tratamiento para evitar el síndrome de abstinencia, lo que supone un primer paso. El equipo sanitario, entre el que se encuentra la trabajadora social, reflexiona junto con el paciente y lo motiva para proseguir el proceso terapéutico, al alta hospitalaria. Se realiza una derivación activa, aunque un porcentaje de dichos pacientes no llegan a las Unidades de Conductas Adictivas, desconociendo dicha cifra.

El recurso "Servicio de Atención e Información al Paciente" supone el 1,4%, utilizándose la figura del traductor y mediador in-

tercultural integrado en dicho servicio junto con la canalización de las reclamaciones de pacientes y familiares con respecto al funcionamiento hospitalario.

El recurso "Cobertura sanitaria" supone el 1,2%. El trabajador social es requerido ante la existencia de algún paciente hospitalizado sin cobertura sanitaria, quien averiguará su situación y si tiene acceso a dicha cobertura en alguna de sus modalidades, tramitando la tarjeta sanitaria cuando corresponda.

### Referentes a la INFORMACIÓN PUNTUAL

La información puntual mayoritariamente se ofrece, en el despacho de la UTSH donde acuden las personas (pacientes, familiares y personal trabajador del hospital) para recabar alguna información o exponer alguna problemática sencilla y/o breve.

La información puntual supone la realización del proceso base I o II.

La tabla 4 refleja que los grupos de recursos sociales y sanitarios son los más destacables, por lo que pasamos a su análisis comparativo.

El 58,1% de los recursos que se movilizan desde la UTSH en la Atención Puntual pertenece al grupo de recursos sociales, a diferencia de los utilizados en los PIS donde suponían el 46,4%.

Realizamos a continuación una gradación de los recursos para poder realizar una comparación entre los recursos propuestos en los PIS y en la atención puntual.

### Recursos Sociales

#### Recursos Sociales en los PIS:

- "Servicio de Atención Domiciliaria" (SAD) que supone el 17,3%.
- "Reconocimiento de la Discapacidad" que supone el 14%.
- "Servicios Sociales de Base" que supone el 11,9%.

Tabla 4: Recursos adecuados

	Trimestre			TOTAL	% Grupal	% Total
	1er	2º	3er			
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA	8	4	4	16	6,6	1,6
UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS	2	6	8	16	6,6	1,6
HOSPITAL	0	2	0	2	0,8	0,2
HOSPITAL DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA (HACLE)	2	8	2	12	4,9	1,2
PRESTACIONES SANITARIAS COMPLEMENTARIAS	36	52	73	161	66,5	16,6
COBERTURA SANITARIA	6	7	6	19	7,8	1,9
SERVICIO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE (SAIP)	5	7	4	16	6,6	1,6
<b>TOTAL RECURSOS SANITARIOS</b>	<b>59</b>	<b>86</b>	<b>97</b>	<b>242</b>	<b>100</b>	<b>24,7</b>
CENTRO RESIDENCIAL	4	6	11	21	3,6	2,1
CENTRO DE DIA	1	1	2	4	0,7	0,4
RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD	43	93	74	210	36,9	21,5
VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA	10	22	31	63	11	6,4
CENTRO MUJER 24 HORAS	1	4	5	10	1,7	1
SERVICIOS SOCIALES DE BASE	8	19	18	45	7,9	4,6
MEDIACIÓN Y APOYO	7	12	8	27	4,7	2,8
INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO	42	32	51	125	21,9	12,7
SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	7	9	12	28	4,9	2,9
ALBERGUE DE TRANSEUNTES	3	13	11	27	4,7	2,8
RECURSOS COMUNITARIOS	1	3	5	9	1,6	0,9
<b>TOTAL RECURSOS SOCIALES</b>	<b>127</b>	<b>214</b>	<b>228</b>	<b>569</b>	<b>100</b>	<b>58,1</b>
PRESTACIONES Y PENSIONES ASISTENCIALES	6	14	6	26	21,1	2,6
PRESTACIONES Y PENSIONES CONTRIBUTIVAS	12	54	31	97	78,9	10
<b>TOTAL RECURSOS ECONÓMICOS</b>	<b>18</b>	<b>68</b>	<b>37</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>12,6</b>
<b>TOTAL RECURSOS EDUCATIVOS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>0</b>
TALLER PRE-LABORAL DE INSERCIÓN SOCIAL	1	0	4	5	100	0,5
<b>TOTAL RECURSOS LABORALES</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>0,5</b>
AUTORIZACIÓN DE INTERNAMIENTO	1	0	4	5	23,8	0,5
SERVICIOS DE ATENCIÓN JURIDICA	3	7	6	16	76,2	1,6
<b>TOTAL RECURSOS JURÍDICOS</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>2,1</b>
OTROS	3	5	10	18	100	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>380</b>	<b>386</b>	<b>978</b>	<b>100</b>	

- "Valoración del grado de dependencia" que supone el 11,6%.
- "Centro residencial" supone el 9,5%.
- "Mediación y apoyo" supone el 8,3%.
- "Recursos comunitarios" son el 7,3%.
- "tele-asistencia" supone el 5,9%.
- "Comedor social" y "Albergue de transeúntes" suponen el 2,5% cada recurso.
- "Oficina de Extranjería" supone el 1,9%.
- "Centro Mujer 24 horas" supone el 1,2%.
- "Embajadas y Consulados" supone el 0,6%.
- "Centro de Día" y el recurso "Programas de ocio" suponen 0,4% cada uno de ellos.
- "Prestaciones sanitarias complementarias" con el 34,8%.
- "Hospital de atención a crónicos y larga estancia" con el 9%.
- "Centro de Atención Primaria" con el 7,4%.
- "Unidad de Conductas Adictivas" con el 5,3%.
- "Servicio de Atención e Información al Paciente" con el 1,4%.
- "Cobertura sanitaria" con el 1,2%.

#### **Recursos Sociales en la Atención Puntual:**

- "Reconocimiento de la Discapacidad" que supone el 36,9%.
- "Información y asesoramiento" supone el 21,9%.
- "Valoración del grado de dependencia" que supone el 11%.
- "Servicios Sociales de Base" que supone el 7,9%.
- "Servicio de Atención Domiciliaria" (SAD) que supone el 4,9%.
- "Mediación y apoyo" y "Albergue de transeúntes" suponen el 4,7% cada recurso.
- "Centro residencial" supone el 3,6%.
- "Centro Mujer 24 horas" supone el 1,7%.
- "Recursos comunitarios" son el 1,6%.
- "Centro de Día" supone el 0,7%.

El 24,7% de los recursos que se movilizan desde la UTSH en la Atención Puntual pertenece al grupo de recursos sanitarios, a diferencia de los utilizados en los PIS donde este grupo de recursos suponían el 33%.

#### **Recursos Sanitarios**

##### **Recursos Sanitarios en PIS:**

- "Hospital" con el 40,7%.

#### **Recursos Sanitarios en Atención Puntual:**

- "Prestaciones sanitarias complementarias" con el 66,5%.
- "Cobertura sanitaria" con el 7,8%.
- "Centro de Atención Primaria", "Unidad de Conductas Adictivas" y "Servicio de Atención e Información al Paciente" cada uno de ellos con el 6,6%.
- "Hospital" con el 0,8%.
- "Hospital de atención a crónicos y larga estancia" con el 4,9%.

Recurso adecuado: Conjunto de recursos valorados por la trabajadora social como necesarios para la cobertura las necesidades detectadas.

Recurso inadecuado o insuficiente: Considerado por la trabajadora social como que no cubre adecuadamente las necesidades detectadas, aunque puede paliarlas.

Según los datos que refleja la tabla 5:

El 18,1% de los recursos no ha sido valorado.

De los PIS valorados, el 87,6% han sido adecuados, aunque en los recursos públicos existe demora que puede mantener la situación de riesgo en que se encuentra el paciente y/o familia.

De los PIS valorados, el 12,3% eran inadecuados o insuficientes, no disponiendo de recursos que resuelvan la problemática socio-sanitaria. Hay situaciones para los que no existen recurso, como pacientes terminales

Tabla 5. Escala en la aplicación de los recursos en los Procesos de Intervención Social

	Trimestre			TOTAL	%
	1er	2º	3er		
<b>ADECUADO</b>	190	134	139	463	71,8
<b>INADECUADO / INSUFICIENTE</b>	40	14	11	65	10
<b>SE DESCONOCE</b>	26	74	17	117	18,1
<b>TOTAL</b>	<b>256</b>	<b>222</b>	<b>167</b>	<b>645</b>	100

solos en casa, pacientes dependientes sin ningún apoyo, necesidad de rehabilitación domiciliaria, enfermo mental con problemas de adicción o violencia doméstica, sobrecarga intensa en el cuidador, etc. Y hay otras situaciones en las que los recursos aplicados son insuficientes como el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) que ofrece apoyo personal

y/o doméstico durante un periodo de tiempo tan limitado que no cubre la necesidad (1hora/día, 2 días/semana, etc.).

Philip Kotler define la satisfacción al cliente como "el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas" y "Evaluación de la sa-

Tabla 6. Satisfacción del paciente y/o familia de los recursos

	Trimestre			TOTAL	%
	1er	2º	3er		
<b>INSATISFECHO/A</b>	65	36	14	115	17,9
<b>SATISFECHO/A</b>	112	58	40	210	32,6
<b>COMPLACIDO</b>	75	56	37	168	26
<b>SE DESCONOCE</b>	4	72	75	152	23,5
<b>TOTAL</b>	<b>256</b>	<b>222</b>	<b>167</b>	<b>645</b>	100

tisfacción como el resultado de una relación entre expectativas traídas y cumplidas” (Kotler, 1996: 40-41)

Se aplica la siguiente fórmula:

Rendimiento percibido – Expectativas = Nivel de Satisfacción

Al rendimiento percibido se le asigna el valor:

Excelente 10; Bueno 7; Regular 5; Malo 3.

A las expectativas se le asigna el valor:

Expectativas elevadas 3; Expectativas moderadas 2; Expectativas bajas 1.

Para el nivel de satisfacción:

Complacido: de 8 a 10; Satisfecho: de 5 a 7; Insatisfecho: menor o igual a 4.

Según refleja la tabla 6:

En el 23,5% de los PIS no se ha podido recoger este parámetro.

Del resto de procesos, el 42,5% se siente **satisfecho** de los recursos ofrecidos y/o gestionados, siendo la UTSH parte de los mismos. Los pacientes y familiares expresan su satisfacción ante la inmediatez del apoyo ofrecido por el trabajador social en situaciones de crisis, como supone la hospitalización.

El 34% se siente **complacido** de los recursos ofrecidos y/o gestionados. En gran medida esto puede deberse a la empatía y relación de ayuda establecida con los profesionales.

El 23,3% se siente **insatisfecho** de los recursos ofrecidos y/o gestionados, tanto por la inexistencia de recurso, por la inaccesibilidad al mismo dada la prioridad para los casos más urgentes, como por la lentitud en la concesión.

Pero la medición de la satisfacción debería implicar tanto al cliente directo (paciente), al cliente indirecto (familiar), y al personal de asistencia (trabajador social y resto de personal sanitario). Asimismo, la evaluación debería contener aspectos más detallados, no incluidos en esta investigación, como la valoración de la relación paciente-familia-trabajador social, satisfacción en la inmediatez o demora del recurso, etc.

Recurso con consecución inmediata: Grupo de recursos aplicados que están disponibles para el paciente y/o familia con prontitud.

Recurso con demora: Grupo de recursos pendientes de aplicación, no disponibles para el paciente y/o familia al alta, siendo prioritarios para la resolución de la problemática socio-sanitaria, que supone una espera de tiempo (meses).

Tabla 7. Demora en la aplicación de recursos

	Trimestre			TOTAL	%
	1er	2º	3er		
<b>CONSECUCIÓN INMEDIATA</b>	108	71	71	250	38,7
<b>CONSECUCIÓN CON DEMORA</b>	89	56	29	174	26,9
<b>NO CONSTA</b>	59	95	67	221	34,3
<b>TOTAL</b>	<b>256</b>	<b>222</b>	<b>167</b>	<b>645</b>	100

Según refleja la tabla 7:

En el 34,2% de los PIS, no consta la demora.

En el 59% de los PIS la consecución de los recursos es inmediata, ya sea a través de recursos públicos o privados. Hay que destacar que la UHD supone un recurso inmediato y muy satisfactorio, pero su cobertura es temporal.

En el 41% de los PIS la consecución de los recursos tiene una demora significativa, no cubriéndose las necesidades ni con recursos privados ni con públicos. La demora en la aplicación de recursos supone: ingresos hospitalarios, el paciente regresa a una vivienda en malas condiciones o con barreras arquitectónicas que lo aíslan, dependencia del apoyo vecinal, gastos extraordinarios y necesarios en familias con economía precaria, problemas en el aseo personal, etc.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En los PIS los recursos sociales más utilizados son por este orden: el de "Servicio de Atención Domiciliaria", el de "Reconocimiento de la Discapacidad", el de "Servicios Sociales de Base", el de "Valoración del grado de dependencia" y el de "Centro residencial".

Respecto a los recursos propuestos y/o aplicados por la UTSH en los PIS el grupo de recursos sociales supone el 46,4% de la totalidad, y dentro de estos, destaca es el "Servicio de Atención Domiciliaria".

En la Atención Puntual los recursos sociales también son los más frecuentes, aunque su utilización y/o propuesta varía con respecto a los anteriores, siendo por orden de mayor a menor uso: el de "Reconocimiento de la Discapacidad", el de "Información y Asesoramiento", el de "Valoración del grado de dependencia" y el de "Servicios Sociales de Base".

El 33% de los recursos que se movilizan desde la UTSH pertenece al grupo de recursos

sanitarios, siendo el más frecuente el recurso del "Hospital" con el 40,7%, el siguiente más utilizado es el de "Prestaciones sanitarias complementarias" con el 34,8%, mientras que el recurso "Hospital de atención a crónicos y larga estancia" supone el 9% de los recursos sanitarios aplicados.

En la Atención Puntual los recursos sanitarios también son los segundos más frecuentes, representando el 24,7%, siendo el más frecuente el de "Prestaciones sanitarias complementarias" con el 66,5%, "Cobertura sanitaria" con 7,8% y "Centros de Atención Primaria", "Unidad de Conductas Adictivas" y "Servicio de Atención e Información al Paciente", cada uno de ellos con el 6,6%.

Los recursos aplicados se valoran en el 87,6% como adecuados.

El 42,5% de los pacientes y/o familiares se siente satisfecho de los recursos ofrecidos y/o gestionados, siendo la UTSH parte de los mismos. Los pacientes y familiares expresan su satisfacción ante la inmediatez del apoyo ofrecido por el trabajador social en situaciones de crisis, como supone la hospitalización.

En el 41% de los PIS la consecución de los recursos tiene una demora significativa, y es que las dificultades establecidas para acceder a los recursos sociales (ayuda a domicilio, residencias, centros de día, estancias temporales, etc.) son de tanta envergadura que muchas familias ven que el destino final de sus solicitudes es una lista de espera en la que a veces nunca llega a producirse la entrada al servicio solicitado.

Nos encontramos con muchas familias a las que se les deniega el servicio público por sobrepasar el nivel de renta establecido en los baremos, no pudiendo pagar un servicio privado. El acceso a los recursos debe disponer de circuitos que consideren la ecología humana ahorrando pasos y barreras burocráticas a las personas, evitándoles inconvenientes añadidos a la problemática socio-sanitaria que viven.

Existe demanda suficiente de recursos socio-sanitarios que faciliten temporalmente los cuidados post-hospitalarios y la convalecencia, por lo que sería necesario el establecimiento de acuerdos consensuados entre la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Bienestar Social.

El 67,5% de los pacientes al alta hospitalaria se va al domicilio.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, Luis Enrique (1988): *La mirada cualitativa en Sociología: una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.

CABO, C.; ILLA, C.; SORIANO, F. y VALLINA, M. (2000): "La identificación de procesos en la implantación de calidad total en el Trabajo Social Hospitalario". *Trabajo social: compromiso y equilibrio*, Vol. 2.

CAVA, A.; ILLA, C.; LÓPEZ, B.; MONRÓS, M.J.; MURCIANO, H. y SAYAS, P. (2009): "Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana". *Revista Trabajo Social y Salud*, nº 64.

COLOM MASFRET, Dolores (1992): "La Planificación del Alta Hospitalaria". *Revista Trabajo Social y Salud*, nº12.

FUSTER, R. y GUILLEM, M. (2012): "Estudio del problema social en el Hospital la Fe de Valencia: Detección y derivación de los pacientes con problemática social". *Trabajo Social y Salud* (en prensa).

ITUARTE TELLAECHÉ, A. (2009): "Sentido del Trabajo Social en Salud". [Consulta: 25 septiembre 2009]. Disponible en: [http://www.cgtrabajosocial.es/alicante/documentos/congreso/09\\_Amaya\\_Ituarte\\_Tellaeche.pdf](http://www.cgtrabajosocial.es/alicante/documentos/congreso/09_Amaya_Ituarte_Tellaeche.pdf)

KOTLER, P. (1996): *Dirección de Mercadotecnia*. Ed. Prentice-Hall. 8ª Edición.

VALDIVIESO, B. et al. (2001): "Hospitalización a domicilio". *Viure en Salut*, nº 50.