

Estudio sobre el tratamiento del problema social en el ámbito hospitalario

Margarita Guillén Navarro y Raquel Fuster Ribera
Trabajadoras Sociales, Valencia

Resumen

Objetivos: Conocer la situación actual y lagunas existentes en la detección, derivación e intervención de los problemas sociales en el ámbito hospitalario, para ofrecer alternativas que las subsanen.

Metodología: Se han utilizado las técnicas de arqueo bibliográfico, recogida y estudio de datos estadísticos hospitalarios, de historias sociales, entrevistas y aplicación de escalas.

Resultados: Existe un deficiente sistema de derivación intra-hospitalaria, habiendo una desconexión entre lo sanitario y lo social; la solución requiere de la difusión del Trabajo Social Sanitario y su integración en los equipos multidisciplinares. La intervención proactiva se demuestra más eficaz que la reactiva. Finalmente se ofrece un esbozo de Guía de Práctica Clínica del Trabajo Social Hospitalario.

Palabras Claves

Problema social, hospital, trabajadora social, bio-psico-social, Guía de Práctica Clínica.

1.- INTRODUCCIÓN

Este artículo da a conocer de forma resumida, el trabajo de investigación realizado en el Hospital Universitario La Fe de Valencia por la Unidad de Trabajo Social que corresponde a la recogida de datos del periodo comprendido entre enero y septiembre de 2010 y a la programación establecida en el proyecto de investigación “Estudio sobre el tratamiento del problema social en el Hospital General Universitario La Fe de Valencia”, reconocido por el Instituto de Investigación Sanitaria Fundación para la Investigación del Hospital La Fe.

El paciente antes que enfermo es persona, con características individuales, familiares, situación laboral, económica y circunstancias específicas, con las que vivía antes de ser usuario del sistema hospitalario, y cuya situación sanitaria tiene consecuencias a nivel personal, familiar y social, repercutiendo a su vez estas mismas, en su proceso de salud.

Los problemas sociales interactúan con los problemas de salud, produciendo en ocasiones un vínculo de interdependencia que hace que mientras no se resuelvan unos, tampoco se resolverán los otros, por lo que es necesaria la intervención profesional en ambos ámbitos para resolver el problema socio-sanitario.

La investigación da a conocer la situación actual de cómo se están tratando los problemas socio-sanitarios en el entorno hospitalario, proponiendo mejoras en el sistema.

Fundamentos teóricos.

Según la definición de la OMS: “El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social”¹.

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 pueda ser adecuados para el logro de los objetivos de salud”².

2.- DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN. METODOLOGÍA

Antecedentes del problema:

Toda investigación pretende 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

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Función de los hospitales en los programas de protección de la salud” *Serie de informes técnicos*, nº 122. Ginebra. 1957

² ITUARTE TELLAEHE, A. “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Revista de Trabajo Social y Salud* nº 20. Marzo 1995

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”³
- “La identificación de procesos en la implantación de calidad total en el Trabajo Social Hospitalario”⁴

Técnicas e instrumentos:

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 a pacientes se realizaron entre enero y septiembre del 2010.

La investigación ha sido documental y de campo. El estudio documental 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.

Entre las técnicas utilizadas 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”⁵.

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.

Los instrumentos utilizados han sido:

- Ficha social.
- Historia Social.
- Protocolo de derivación a la Unidad de Trabajo Social Hospitalario (UTSH a partir de ahora)

.....
3 COLOM, D. “La Planificación del Alta Hospitalaria” *Revista Trabajo Social y Salud*, nº12. 1992.

4 CABO, C. et al. “La identificación de procesos en la implantación de calidad total en el Trabajo Social Hospitalario” *Trabajo social: compromiso y equilibrio* vol. 2, 2000.

5 ALONSO, L.E *La mirada cualitativa en Sociología: Una aproximación interpretativa*. Madrid, España. Fundamentos. 1998. 268 pp.

- 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 (AP a partir de ahora), 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)
- Lista de códigos V (problema social) recogidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) que es la clasificación que utiliza el personal médico en el Hospital Universitario la Fe en el diagnóstico de enfermedades.
- Escalas: Índice de Barthel, Test de Zarit, Escala de Gijón
- Escalas específicas, indicadores de esta investigación. Estas escalas fueron probadas en el mes de junio de 2009.

Población y muestra:

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, al considerarse idóneo para el estudio.

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.

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)⁶, su amplitud está 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 3.202 consultas en atención puntual, y 7321 procesos de intervención social, lo que corresponde a una muestra de 1427 elementos durante los 9 meses.

.....
⁶ ARKIN, Herbert y Raymond R. COLTON. *Tables for Statisticins*. New York: Barnes & Noble. 1967.

3.- RESULTADOS

A) La detección y derivación de la problemática social.

A través del Servicio de Documentación Clínica y Admisión del hospital se han detectado los casos con las características que a continuación se detallan y que deberían derivarse para valoración/intervención a la UTSH.

- Pacientes que tienen reflejado el código V en el diagnóstico, procedentes del pabellón general.
- Partes judiciales por violencia doméstica que se tramitan.
- Pacientes ingresados sin cobertura sanitaria.
- Pacientes que han acudido a puertas de urgencia sin proceder el ingreso hospitalario un número igual o mayor a 3 veces al mes.

En contraposición observamos el número de casos que llegan a la UTSH, introducidos en el programa PIS. (Anexo nº1)

Durante los 9 meses que comprende la investigación, se han detectado 1842 casos susceptibles de intervención por la trabajadora social de los cuales sólo han llegado 233.

Hay dos cifras que sobresalen, 1357 códigos V y 1115 pacientes que acuden a urgencias 3 o más veces en un mes, por lo que vamos a profundizar en ellos:

En la CIE-9-MC⁷ se distinguen los códigos V siendo una clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios. Son una clasificación de circunstancias que sin ser enfermedades ni lesiones, se registran como diagnósticos o problemas. Se identificaron una selección de códigos V que reflejan problemas que se deberían valorar por la trabajadora social (Anexo nº2) distinguiendo los relacionados con los programas de trasplante de órganos, dado que la dinámica de trabajo con el equipo de trasplantes es de intervención proactiva, y contrastándolos con del resto de códigos V donde la intervención es reactiva.

Dentro de esta selección de códigos V (Anexo nº 3) se observa la existencia de 940 pacientes en el programa de trasplantes según los datos del Servicio de Documentación Clínica, en los cuales la UTSH ha intervenido en 100 de ellos, lo que supone el 11,4% por lo que la coordinación en dicho programa es parcial y no adecuada.

Respecto a la intervención de la UTSH reactiva, los datos procedentes del Servicio de Documentación Clínica nos muestra 480 códigos V de los que se derivan a la UTSH 22, lo que supone el 4,5%.

Respecto a los pacientes que acuden a urgencias 3 o más veces en un mes, según los datos obtenidos, en un periodo de 9 meses han acudido 1115 pacientes con una frecuencia igual o superior a 3 en un periodo de 30 días, no procediendo en ningún caso el ingreso hospitalario, derivando tan sólo el 5,9% de los casos a la UTSH, para su valoración.

Otro dato a destacar es el número de partes judiciales por violencia doméstica que se han notificado desde el hospital al Juzgado, en el periodo de la investigación que ha sido de 60 casos, solo siendo derivados a la UTSH 22, el 36,6%.

.....
7 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. "eCIE9MC Clasificación internacional de enfermedades" 9ª revisión modificación clínica 6ª. España. 2008.

Otras variables que se han tenido en cuenta en la derivación a la UTSH son:

- Quien realiza la derivación intrahospitalaria distinguiendo puertas de urgencias, hospitalización o consultas externas, o si se trata de una derivación desde el exterior (Servicios Sociales, Centro de atención a los “Sin techo”, etc.) (Anexo nº 4)

Se observa que la procedencia difiere si se trata de la AP realizada en el despacho de la trabajadora social o de si se trata de un PIS.

En el PIS la procedencia mayoritaria es de las “Consultas Externas” que suponen el 56,3% seguido de “la Hospitalización” con un 29,7%. La procedencia “extrahospitalaria” supone un 4,1% siendo destacable la derivación desde Servicios Sociales de base, centro penitenciario, albergue municipal, asociaciones, ONG’s, etc. Otro 4,1% se trata generalmente de personal trabajador del hospital. El 5,6% restante procede del servicio de “urgencias”, de “iniciativa propia” del paciente o “se desconoce”.

En los PIS la vía de acceso mayoritaria es “la Hospitalización” que supone el 86,8% y el 11,7% proceden de “Consultas Externas”. El 1,5% restante procede del “Servicio de Urgencias”.

Según podemos observar la UTSH ofrece servicio principalmente a pacientes hospitalizados (55,5%) y procedentes de consultas externas (36,2%).

- Coincidencia entre la demanda y la valoración del trabajador social.(Anexo nº 5)

El 95% de los casos la demanda solicitada ”coincide“ con la valoración profesional, lo que no significa que en todos estos casos haya problemática social asociada, dado que se considera adecuada la valoración social en programas hospitalarios, como el “Protocolo de pre y post trasplantes” y no siempre existe problemática social sobre la que intervenir. En el 5% restante no coincide la demanda con la valoración profesional.

- Ubicación temporal de la derivación (temprana, adecuada, tardía). (Anexo nº 6)

La derivación a la UTSH mayoritariamente se realiza en un espacio de tiempo que oscila entre el momento de detección y 48 horas posteriores, suponiendo el 81,3%.

La demora en la derivación entre 8 y 14 días, es del 3,7% y entre 15 y 21 días, es del 3,8%, y superior a 21 días, es del 0,9%. Pero se reconoce como igual de importante el tiempo del que se dispone hasta que se produce el alta hospitalaria, parámetro no recogido en este estudio, por lo que aunque la derivación resulta tardía en estos casos, no es tan grave si todavía se dispone de suficiente tiempo para realizar el diagnóstico social y la movilización de recursos.

B) Perfil de los pacientes con intervención social en el hospital de agudos:

Respecto al sexo hay una mayor intervención social en el caso de los hombres que suponen 62% sin resultar un dato significativo. (Anexo nº 7)

Respecto a la edad, la hemos dividido en 6 grupos, observando una mayor intervención en los grupos de edad de mayores de 80 años que suponen más de un cuarto de la población atendida (29,1%), siguiendo el grupo entre 30 y 50 años (24,1%) y a continuación el grupo entre 51 y 64 (22.6%). (Anexo nº 8)

La nacionalidad mayoritaria es la española, que supone casi el 90% de la población aten-

didia. (Anexo nº 9)

Se ha realizado una agrupación de diagnósticos clínicos en las especialidades médicas más relevantes de la intervención social, siendo los más representativos los trasplantes con el 15,5%, la enfermedad oncológica con el 14,7%, y siguiéndoles medicina interna, patología respiratoria, cardíaca y neurológica. (Anexo nº 10)

Respecto al rol familiar que ejerce el paciente en la unidad de convivencia, habiéndose analizado el 85% de los casos: (Anexo nº 11)

- En el 33,2% de los casos analizados, el paciente ejerce el rol de padre o madre teniendo hijos adultos.
- En el 25,2% de los casos analizados, el paciente ejerce el rol de esposo o esposa.
- En el 22,2% de los casos analizados, el paciente está solo, no tiene familia o no hay relación familiar.
- En el 8,9% de los casos analizados, el paciente ejerce el rol de padre o madre con hijos pequeños o adolescentes.

Respecto a generaciones de convivencia representadas mediante genograma, se ha recogido este dato en el 84,1% de los casos. Siendo destacable que en el 54,6% de los casos registrados se trata de la convivencia de una generación, ya sea personas solas o parejas y en el 24,7% de los casos se trata de la convivencia de dos generaciones (padres-hijos). (Anexo nº 12)

Otras circunstancias que influyen en la evolución del paciente y suponen “situaciones de riesgo” que hemos querido conocer han sido: (Anexo nº 13)

- “Sin techo”, supone el 4,3%
- “Otros dependientes en la unidad familiar” del paciente, supone el 3,1%
- “Piso compartido con desconocidos”, supone el 0,46%

Respecto a las respuestas familiares ante los cuidados que requiere el paciente hemos distinguido 7 posibilidades encontrándonos de mayor a menor frecuencia las siguientes: (Anexo nº 14). Se ha recogido este dato en el 85,2% de los casos.

- En el 63,5% de los pacientes que requieren cuidados “se identifica cuidador principal”
- En el 15,1% de los pacientes que requieren cuidados existe “Mala o ausencia de relación familiar”
- En el 10% “el trabajo de los familiares impide el cuidado del paciente”
- En el 3,1% de los pacientes que requieren cuidados, nos encontramos con la situación de “claudicación familiar”
- En el 2,9% de los pacientes que requieren cuidados se observa que “el cuidador principal es ahora paciente”
- En el 2,7% de los pacientes que requieren cuidados se observan “enfrentamientos familiares” existiendo una dinámica familiar viciada, pudiendo existir por parte de algún miembro el liderazgo no reconocido. En muchos de estos casos el paciente siente que es una carga para la familia, causa de más enfrentamientos y empeoramiento de las relaciones.

- En el 2,1% “algún familiar dejará de trabajar” para cuidar al paciente.

Respecto a la situación laboral del paciente los grupos más destacables son: (Anexo nº 15) Se ha recogido este dato en el 86,7 % de los casos.

- El 50,4% son pacientes “jubilados”
- El 16,1% son pacientes que tienen reconocida una “pensión de invalidez”, generalmente de carácter contributivo.
- El 10,9% son pacientes en “incapacidad temporal”.

Resultados en la aplicación de escalas: (Anexos nº 16, 17 y 18)

Escala de Gijón, solo ha podido ser aplicada al 49,8% de los casos, siendo los resultados:

- En el 36,1% se detecta una situación de “riesgo social”
- En el 34,9% se detecta una situación de “buena o aceptable situación social”
- En el 29% se detecta una situación de “problema social”

Escala de Barthel, solo ha podido ser aplicada al 30,7% de los casos, siendo los resultados:

- En el 47,4% se detecta una situación de “dependencia leve”
- En el 21,2% se detecta una situación de “dependencia moderada”
- En el 16,6% se detecta una situación de “dependencia total”
- En el 14,6% se detecta una situación de “dependencia grave”

Test de Zarit, solo ha podido ser aplicada al 33% de los casos, siendo los resultados:

- En el 56,8% “no hay sobrecarga” del cuidador
- En el 27,2% hay “sobrecarga leve”
- En el 16% hay “sobrecarga intensa”

Respecto a “los factores de riesgo” detectados, hemos recogido los que se establecen en el Programa de Planificación del Alta Hospitalaria⁸ incluyendo en el listado dos ítems más: personas “sin techo” y personas “sin recursos económicos: PNC o equivalente” y obteniendo los siguientes datos: (Anexo nº 19)

- El factor de riesgo más frecuente es “mayor de 70 años” suponiendo el 26,7%
- El factor de riesgo “mayor de 65 años que vive solo o con cónyuge de la misma edad” supone el 15,1%.
- Los factores de riesgo “mayor de 65 años y padecer enfermedad crónica” y “mayor de 65 años y haber ingresado anteriormente en el hospital” suponen el 12,4% cada uno.
- El factor de riesgo personas “sin recursos económicos: PNC o equivalente” supone el 10,8%
- El 5% son “enfermos terminales”
- El 4,5% son “personas que han sufrido un Accidente Vascular Cerebral (ACV)”

.....
8 COLOM, D. “La Planificación del Alta Hospitalaria” *Revista Trabajo Social y Salud*, nº12. 1992

- El 4,1% son “enfermos drogodependientes”
- El 3,6% suponen los “enfermos psiquiátricos” y el mismo porcentaje personas “sin techo”
- El 1,3% son “mayor de 65 años habiendo sufrido caída y/o fractura”

Recogemos a continuación la actitud del paciente/ familia en su relación con la UTSH haciendo una valoración cualitativa. (Anexo nº 20), dividida en 5 perfiles: agresividad, rechazo, pasividad, aceptación e implicación. Dicho dato se ha recogido en un 77% de los casos.

La actitud mayoritaria es la “aceptación”, con el 50,1%, seguida de la “implicación” donde el paciente o familiar muestra un mayor grado de interés, con un 23,6%; por lo que una actitud colaboradora y positiva en la búsqueda de soluciones adecuadas a la problemática surgida supone entre ambas el 73,7%.

Le sigue la “pasividad” con el 14,8%, la actitud “agresiva” con el 5,8%, y la actitud de “rechazo” supone el 5,6%.

A continuación los resultados de la vivencia de la situación socio-sanitaria por parte del paciente y/o familia, recogida en 5 grupos: gran afectación, competencia, indiferencia, niega la situación y sentimiento de soledad. (Anexo nº 21) Se ha recogido este dato en el 80,4 % de los casos.

- El 43,4% de la población estudiada muestra “competencia” ante esta crisis individual o familiar que requiere de la movilización de recursos personales o materiales para su solución.
- El 19,3% de la población muestra “gran afectación” y suele ser éste el motivo que les lleva hasta la intervención de la trabajadora social, porque el bloqueo que sufren les paraliza en la toma de decisiones adecuadas
- El 17,3% de la población “niega la situación”
- El 13,3% de la población expresan “sentimiento de soledad”.
- El 6,5% de la población muestra “indiferencia” ante la situación socio-sanitaria

B) Problemas sociales detectados en la UTSH:

Los problemas sociales quedan recogidos en los siguientes grupos: sanitarios, personales y/o familiares, laborales, educativos, de integración social, de vivienda, económicos y otros, definidos en el artículo “Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana”.⁹ (Anexo nº 22).

La problemática más frecuente en la UTSH son los “**Problemas personales y familiares**”, que supone el 47,3% del total.

Dentro de este grupo sobresalen “La limitación de la autonomía en el cuidado personal” y “La limitación de la autonomía en el funcionamiento físico”, suponiendo el 59% dentro de este grupo, íntimamente relacionados con la edad avanzada de la mayoría de los pacientes atendidos así como con la gravedad de la patología, que requiere de una asistencia espe-

.....
9 CAVA, A.I et al. “Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana” *Revista Trabajo Social y Salud* nº 64. 2009. pp 305-336.

cializada.

La segunda problemática social más frecuente es la “Falta de apoyo socio-familiar” con el 22,8%, lo que dificulta los cuidados de estos pacientes al alta.

Con menos representación encontramos:

- La “Limitación de la autonomía en el funcionamiento psíquico o mental” representa el 6,8%.
- Los “Desajustes en la convivencia” con el 4,2%.
- La problemática “Aislamiento” con el 2,7%.
- Los “Malos tratos físicos” con el 1,4%
- El “Abandono” con el 1,4%
- La “falta de habilidades sociales” y la “falta de higiene personal” suponen conjuntamente el 1,3%

Los **“problemas económicos”**, suponen el segundo grupo mayoritario, representando el 18,5% del total.

“Falta de recursos para la subsistencia” y “Falta de recursos para gastos extraordinarios ineludibles” representan el 99,6% dentro del grupo, siendo estas problemáticas no discriminatorias en cuanto a la edad y sexo.

Los **“problemas sanitarios”**, con el 13,2% del total, destacando:

- “De acceso a prestaciones sanitarias” con el 44,3%.
- La “No aceptación de la enfermedad” con el 23,7%
- La problemática “Adicción a sustancias o comportamientos nocivos” con el 23,7%.

Los **“Problemas de Integración Social”**, con el 6,7% del total, destacando:

- “Transeúntes e Indigentes” representan el 31% dentro del grupo.
- La “discriminación social” está representada con el 27,7%.
- El “Inmigrante en situación irregular” con el 18,5%.
- La “privación de libertad” que representa el 11,8%.
- El “Indocumentado” representa el 10,9%.

Los **“problemas educativos”** representan el 4,3%, abarcado por el “analfabetismo”.

Los **“problemas laborales”** representado por el 2,9% del total, en el que destaca el “desempleo” con el 55,7% dentro del grupo.

Los el 2,4%, sobresaliendo “condiciones de habitabilidad inadecuada” y “barreras arquitectónicas en la vivienda”

C) Recursos aplicados por la UTSH:

Los recursos adecuados son aquellos que cubren las necesidades surgidas en la problemática socio-sanitaria. La UTSH es la responsable de informar, orientar, facilitar y/o movili-

zar los recursos que mejor se adapten a la resolución de la problemática presentada.

Los recursos que se aplican desde el hospital de agudos quedan recogidos en los siguientes grupos: sanitarios, sociales, económicos, educativos, laborales, jurídicos y otros, y vienen definidos en el artículo “Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana”¹⁰ (Anexo nº 23)

El grupo más demandado es el de **“recursos sociales”** que supone el 46,4% de la totalidad, y dentro de estos, el más frecuente es el “Servicio de Atención Domiciliaria” (a partir de ahora 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, suponiendo el SAD público el 66% de las demandas. (Anexo nº 24).

Otros recursos dentro de este grupo ordenados gradualmente son:

- Solicitud de “Reconocimiento de la Discapacidad” que supone el 14%
- “Servicios Sociales de Base” que supone el 11,9%.
- “Valoración del grado de dependencia” que supone el 11,6%. Profundizaremos dado el perfil de los pacientes atendidos.

Dentro de este recurso hemos distinguido 5 posibilidades: no procede, valorado, pendiente de valoración, se inicia solicitud de valoración en el hospital, habiendo registrado este parámetro en el 85,1% de los casos.

- 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”.
- El 10,4% de los casos registrados están “valorados”.
- 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.

Continuando con la gradación de “recursos” sociales utilizados encontramos:

- El recurso de “Centro residencial” supone el 9,5%.
- El recurso “Mediación y apoyo” el 8,3%.
- Los “Recursos comunitarios” son el 7,3%.
- La “tele-asistencia” supone el 5,9%.
- “Información y asesoramiento” supone el 4,6%.
- “Comedor social” y “Albergue de transeúntes” suponen el 2,5% cada recurso dentro

.....
¹⁰ CAVA, A.I et al. “Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana” Revista Trabajo Social y Salud nº 64. 2009. pp 305-336.

del grupo de recursos sociales.

- El recurso “Centro Mujer 24 horas” supone el 1,2%
- El recurso “Embajadas y Consulados” supone el 0,6%

Análisis de los “**recursos sanitarios**”, que suponen el 33% del total, siendo el segundo grupo más demandado.

El más frecuente es el recurso de “Hospital” con el 40,7% tratándose mayoritariamente de una derivación a “la Unidad de Hospitalización Domiciliaria”.

Dentro de recursos sanitarios, el siguiente más utilizado es el de “Prestaciones sanitarias complementarias” suponiendo el 34,8% dentro del grupo, 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.

Posteriormente y por orden de demanda:

- El recurso “Hospital de crónicos y larga estancia” supone el 9%.
- El recurso “Centro de Atención Primaria” supone el 7,4%.
- El recurso “Unidad de Conductas Adictivas” supone el 5,3%.
- El recurso “Servicio de Atención e Información al Paciente” supone el 1,4%, utilizándose la figura del traductor y mediador intercultural 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 resto de grupos de recursos son utilizados de forma mucho menos destacable, siendo:

- “**Recursos económicos**” es el 13,7%. Dentro de este grupo destacan “Prestaciones y pensiones contributivas” representando el 59,5%.
- “**Recursos jurídicos**” el 1,9%
- “**Recursos educativos**” el 0,6%
- “**Recursos laborales**” el 0,06%

Hemos elaborado una escala en la aplicación de los recursos distinguiendo entre recurso adecuado e inadecuado/insuficiente, valorados por la trabajadora social para la cobertura las necesidades detectadas, habiendo recogido este dato en el 81,87% de los casos. Siendo el 87,6% considerados adecuados. (Anexo nº 26).

Respecto a la satisfacción del paciente y/o familia de los recursos aplicados hemos distinguido insatisfecho, satisfecho o complacido aplicando la siguiente fórmula:

Rendimiento percibido – Expectativas = Nivel de Satisfacción

Se ha recogido este dato en el 76,5% de los casos, (Anexo nº 27) resultado que el 42,5% se siente “satisfecho”, el 34% se siente “complacido” de los recursos ofrecidos y/o gestionados y el 23,3% se siente “insatisfecho”.

Respecto a la demora en la aplicación de recursos, existen recursos de consecución inmediata y otros con demora, habiéndose recogido este dato en el 65,12% de los casos, y detectando demora en el 41%. (Anexo nº 28).

4.- DISCUSIÓN

A) La detección y derivación de la problemática social.

Existe un deficiente sistema de derivación intrahospitalaria, ya que sólo el 12,6% se ha derivado correctamente, por lo que se deduce que el equipo sanitario no tiene conciencia de la necesidad de una intervención social intrahospitalaria, pudiera ser, entre otros motivos por:

- Desconocimiento de la existencia de la UTSH
- Consideran que los factores sociales no son objeto de intervención
- El hospital debe ofrecer atención clínica exclusivamente

Para poder corregir esta deficiencia habría que ahondar en las causas que la motivan, que a priori podrían encontrarse en el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios del servicio del Trabajo Social Sanitario y/o el escaso número de trabajadores sociales sanitarios que dificulta su integración en los equipos sanitarios, entre otras razones.

En las tablas específicas de códigos V se observa una clara diferencia numérica entre los casos procedentes del programa de trasplantes y los casos con problemática social asociada a la clínica, observando que en la intervención proactiva hay una derivación de 2,5 veces superior a la intervención reactiva.

Considerando que los códigos V, como parte del diagnóstico, los registra el personal médico, no pudiendo registrarlos actualmente las trabajadoras sociales, por lo que entendemos que la problemática social registrada (a través de un código V) influye lo suficiente en el estado de salud del paciente como para haberse añadido a otros diagnósticos clínicos. Pero, ¿qué sentido tiene registrar un problema social si no se realiza la derivación y posterior intervención para tratarlo?

Respecto a las hipótesis posibles del uso recurrente de las urgencias podrían ser entre otras:

- Desconocimiento del sistema sanitario.
- Incapacidad y/o desconocimiento del tratamiento adecuado a la patología crónica.
- Incumplimiento terapéutico
- Falta de cobertura sanitaria para acceder a otro nivel asistencial.

Dicho uso recurrente produce un gasto extra en el sistema sanitario, además de una sobrecarga en el servicio de urgencias demorando la atención de otros pacientes que sí requieren atención urgente y vital. La cobertura de la problemática social en el servicio de urgencias supondría la presencia de la figura del trabajador social dentro del equipo.

El 36,6% de los casos de violencia doméstica no han sido derivados a la UTSH lo que nos indica que hay una gran descoordinación en un tema tan importante provocando una falta de atención psico-social adecuada inmediata, falta de información, falta de acompa-

ñamiento y asesoramiento, etc.

En un 5% de las derivaciones no coincide la demanda con la valoración profesional, lo que nos indica que todavía hay un desconocimiento de la figura del trabajador social sanitario, tanto por parte de los pacientes como del personal sanitario.

A) Perfil de los pacientes con intervención social en el hospital de agudos

Persona española, mayoritariamente mayores de 80 años, aunque también un número significativo de personas en edad laboral comprendidas entre 30 y 64 años.

Referente al diagnóstico médico, la mayor carga asistencial está relacionada con los trasplantes y los procesos oncológicos, sin grandes diferencias con otros grupos importantes como patologías respiratorias, cardíacas, neurológicas y de medicina interna.

Según el rol familiar del paciente, nos encontramos con 3 situaciones principalmente:

- El paciente ejerce el rol de padre o madre teniendo hijos adultos, generalmente se trata de personas mayores pensionistas que durante su estancia hospitalaria tienen el apoyo de los hijos. La familia es el principal proveedor de cuidados y atenciones de los enfermos, convalecientes y dependientes.
- El paciente ejerce el rol de esposo o esposa, no estando presentes los hijos en caso de haberlos, y contando con el apoyo de la pareja sentimental. Debemos señalar que los hijos funcionales son los que están disponibles en caso de necesidad. Los hijos reales y los funcionales pueden o no coincidir como se observa en estos datos. Se comprueba el papel cada vez más pasivo de la familia por dificultades para atender al enfermo.
- El paciente está solo, porcentaje elevado que supone una situación de riesgo socio-sanitario en la que se debe recurrir a recursos externos a los familiares para cubrir sus necesidades.

Respecto al genograma en el 54,6% de los casos se trata de la convivencia de una generación, ya sea personas solas o parejas. La situación más frecuente y más desprotegida, dado que la hospitalización se da con mayor frecuencia en personas mayores, es cuando estas conviven con su pareja también de edad avanzada; la convivencia se mantiene gracias a un delicado equilibrio donde el apoyo y soporte es mutuo. Ante la hospitalización el otro cónyuge sufre con frecuencia un desequilibrio emocional elevado que puede provocar una depresión o gran ansiedad ante la incapacidad para ofrecer los cuidados que el paciente requiere.

En los pacientes que requieren cuidados “se identifica cuidador principal” por lo que nos encontramos con familias que saben resolver adecuadamente la situación nueva surgida a través de los recursos propios. Si bien, se identifica cuidador principal, suele tratarse de un periodo inmediato al alta hospitalaria y temporal, ya sea porque los cuidados necesarios no se alargan en el tiempo o bien por la movilización de otros recursos.

Laboralmente, el 50,4% son pacientes jubilados, dado que el 46,5% de los pacientes que atiende la UTSH son mayores de 65 años según se comprueba en la tabla de edades, significa que la diferencia entre ambos porcentajes corresponde a los pacientes que optaron por una jubilación anticipada a la edad requerida.

Los datos obtenidos tras la aplicación de la Escala de Barthel (Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria) indican en la mayoría se detecta una situación de “dependencia leve” en el paciente, lo cual requiere una supervisión o apoyo durante el periodo que dure esta dependencia. Generalmente estos pacientes vuelven al domicilio de origen. En los casos de “dependencia moderada” suele haber una modificación de la dinámica familiar en la convalecencia para cubrir las necesidades requeridas. Ante una situación de “dependencia total”, situación que se prolonga durante más tiempo que las anteriores o que puede ser definitiva, requiere de la movilización de recursos públicos y/o privados. Y cuando se detecta una situación de “dependencia grave” ya sea transitoria o permanente, requiriendo de apoyo continuo, una persona (generalmente un miembro de la familia) asume el rol de cuidador principal.

En el domicilio, existe generalmente la figura del cuidador que según los datos obtenidos tras la aplicación del Test de Zarit, en el 27,2% hay “sobrecarga leve” del cuidador, en comparación con el 16% donde hay “sobrecarga intensa” del cuidador, lo cual supone un factor de riesgo tanto para el cuidador como para el paciente, debiendo buscar elementos protectores que disminuyan la sobrecarga. La ansiedad y sobrecarga del cuidador, generalmente un familiar allegado suponen un desgaste físico y emocional acompañado de pérdida de la salud (preocupación, pérdida de peso, mala alimentación, depresión, etc.), que requiere de una atención que actualmente no se está dando y las trabajadoras sociales tenemos mucho que hacer en este campo de intervención.

En la previsión de retorno al domicilio de los pacientes con intervención social y tras aplicarse la Escala de “Gijón” se obtiene que en el 36,1% se detecta una situación de “riesgo social”, en el 34,9% se detecta una situación de “buena o aceptable situación social” y en el 29% se detecta una situación de “problema social”, por lo que se observa que los tres grupos tienen porcentajes no muy dispares.

Como factor de riesgo más frecuente sobresale “mayor de 70 años” suponiendo el 26,7% lo cual confirma los datos referidos a las edades sobre el perfil mayor de los usuarios de la UTSH.

La actitud mayoritaria del paciente y/o familia en su relación con la trabajadora social es colaboradora y positiva en relación con la búsqueda de soluciones.

Otras actitudes que nos hemos encontrado, aunque de modo minoritario han sido la “pasiva” que puede tener relación con la personalidad del paciente y/o familiar por insatisfacción de sus expectativas ante las soluciones que se pueden ofrecer; la “agresiva” que generalmente puede modificarse con la intervención psico-social como consecuencia de la reflexión y razonamiento con la trabajadora social y familiar o paciente, sumándose el factor tiempo, y la de “rechazo” siendo posibles causas de dicha actitud: malas experiencias anteriores, imagen negativa y relacionada con la escasez de recursos, etc.

Ante estas situaciones problemáticas que debe afrontar el paciente y/o familia, y que requiere de la movilización de recursos personales o materiales para su solución, se muestra mayoritariamente “competencia” lo cual indica que el perfil del usuario en la UTSH es de personas normalizadas.

B) Problemas sociales detectados:

Destacar que la problemática detectada más frecuente es la integrada por los “Problemas personales y familiares” y dentro de este grupo destacan “La limitación de la autonomía en el cuidado personal” y “La limitación de la autonomía en el funcionamiento físico”, íntimamente relacionados con la edad avanzada de la mayoría de los pacientes atendidos y previsiblemente en progresión dado que los datos demográficos indican un envejecimiento de la población por el aumento de la esperanza de vida consecuencia de los avances sanitarios.

A esta situación se añade la segunda problemática social más frecuente dentro del mismo grupo de “Problemas personales y familiares”, que es la “Falta de apoyo socio-familiar”, lo que dificulta enormemente los cuidados de estos pacientes al alta, por lo que se requerirá la movilización de otros recursos (no familiares) para cubrir las nuevas necesidades.

El segundo grupo de problemas que se dan con mayor frecuencia son los problemas económicos, “Falta de recursos para la subsistencia” y “Falta de recursos para gastos extraordinarios ineludibles” nos encontramos con situaciones en las que muchos de estos pacientes deben recurrir a los recursos públicos en una situación de grave vulnerabilidad y aún accediendo a los mismos, al ser éstos insuficientes no resuelven la problemática.

Considerando que la situación de crisis económica se incrementa y prolonga, afectando cada vez a un mayor número de población, se puede prever la agudización de dicha problemática.

El tercer grupo de problemas que se dan con mayor frecuencia son los problemas sanitarios, destacando el “De acceso a prestaciones sanitarias”, aquí la UTSH observa diariamente una situación de agravio comparativo, dado que referente al reintegro de gastos para dietas y traslados en los tratamientos prolongados, sí que tienen derecho los de otras provincias y no los que residen en la provincia donde se ubica el hospital que presta dicho tratamiento; cuando a veces siendo de la misma provincia hay mayor distancia en kilómetros y menos facilidad de utilizar el transporte público que otros municipios de otra provincia, pero más cercanos.

El resto de problemas detectados en el estudio realizado, aunque cuantitativamente son minoritarios, cualitativamente pueden suponer unas dificultades mayores para su superación y una mayor intervención por parte de la trabajadora social.

C) Recursos sociales

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”.

El segundo lugar lo ocupa el grupo de recursos sanitarios, siendo el más frecuente el recurso del “Hospital”, el siguiente más utilizado es el de “Prestaciones sanitarias complementarias”.

Los recursos aplicados se valoran 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 procesos 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 Conselleria de Justicia y Bienestar Social, para agilizar la gestión de estos recursos desde el ámbito hospitalario.

5.- PROPUESTAS INNOVADORAS

El estudio realizado nos brinda la ocasión de conocer el perfil del paciente del hospital de agudos y cómo se está interviniendo desde la UTSH, pudiendo ofrecer en este punto alternativas innovadoras aplicadas a la práctica social para resolver las carencias detectadas, siendo:

- Promover un plan de comunicación a fin de difundir el servicio de Trabajo Social Sanitario.
- Integración de la figura del trabajador social dentro de los equipos multidisciplinares, para lo que se requiere el aumento de la plantilla de estos profesionales.
- Promover la intervención proactiva, a través de la implantación de programas de salud y protocolos hospitalarios.
- La coordinación sociosanitaria que implicaría que el ciudadano fuera considerado de forma global y no por sistemas compartimentales.
- Gestión directa por la UTSH de recursos sociosanitarios.
- Promover el trabajo social con grupos, a través de equipos multidisciplinares con una función socioeducativa para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, como por ejemplo la formación de cuidadores de pacientes dependientes.
- La Guía de Práctica Clínica en Trabajo Social Hospitalario favorecería la unificación de pautas y criterios en la actuación profesional.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

Las guías de práctica clínica (GPC) contienen todas las actividades que se deben aplicar a los pacientes con determinadas condiciones clínicas, en todos los niveles de atención y por parte de todos los profesionales implicados, recorriendo así la historia natural de la enfermedad.(Orton, 1994¹¹; Hunter y Fairfield, 1997)¹².

Las GPC son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas (Field y Lohr, 1990)¹³.

Para concluir se propone la elaboración de una Guía de Práctica Clínica en Trabajo Social Hospitalario que comprendería al menos

INFORMACIÓN PREVIA

Ante un nuevo caso, la información previa que se precisa en el campo de trabajo social hospitalario y que se recaba a través del propio paciente/familiar, equipo sanitario (personal médico/personal de enfermería) y sistema informático del hospital o bien combinando varios de ellos es:

- Datos del paciente (datos personales, domicilio, cobertura sanitaria, unidad de convivencia, situación laboral)
- Diagnóstico clínico y servicio médico responsable
- Pronóstico clínico
- Duración prevista de la hospitalización
- Situación de acompañamiento durante la hospitalización (familiares /amigos/ nadie).
- Situación de importante cambio en su calidad de vida al alta hospitalaria (nueva situación de dependencia, otras)

INTERVENCIÓN

- Valoración de la adecuación, de si es el momento adecuado para realizar la entrevista social. Si la entrevista se realiza en la habitación, no por demanda del paciente, sino por protocolo o programa, se debe observar el grado de afectación emocional del paciente/familia. en su proceso de enfermedad, considerando si procede realizar entrevista de valoración social o contención emocional, y posponerla, dejando la valoración social para otro momento.

- El profesional del Trabajo Social durante la entrevista debe mostrar empatía, escucha activa, y una actitud de ayuda que rebaje el grado de ansiedad o preocupación del usuario.

- Disponer de un despacho donde poder realizar la entrevista individual/familiar con intimidad y sin interrupciones.

.....
11 ORTON P. "Shared care". *Lancet* Essex, UK. 1994 pp. 344.

12 HUNTER David J y Gillian FAIRFIELD "Disease management". *British Medical Journal* 1997. pp.315

13 FELD Marilyn J y Kathleen N LOHR (Eds). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Institute of Medicine, Washington, D.C: National Academy Press, 1992.

- Durante la entrevista y tras una valoración diagnóstica inicial, realizar una devolución al paciente/familia del riesgo o problema social principal detectado y las posibles vías de solución a corto y medio plazo.
- No decidir por el paciente, aunque si que se puede orientar de forma justificada en la toma de decisiones.
- Ante una propuesta por parte demanda del paciente que suponga un cambio en su forma de vida, como ingreso en residencia, inicio de tratamiento de desintoxicación, internamiento en centro específico, solicitud de incapacidad laboral, solicitud de incapacitación judicial, etc. dejar un espacio de reflexión de 24 horas
- La periodicidad de las entrevistas vendrá marcada por la necesidad del paciente/familia, pero a modo orientativo sería:
 - Situaciones de crisis en pacientes hospitalizados (familiar en cuidados intensivos, situación de violencia doméstica o agresiones, etc.): entrevistas diarias.
 - Situaciones de crisis en pacientes de consultas externas (diagnóstico con mal pronóstico, situación de violencia doméstica o agresiones, etc.): entrevistas semanales.
 - Intervención en pacientes ingresados, entrevistas cada 24-48 horas.
 - Intervención en pacientes de consultas externas, preferiblemente se realizará la derivación al trabajador social de zona por lo que la relación profesional del trabajador/a social hospitalario/a debe perder peso. Quincenalmente o mensualmente para pasar luego al seguimiento.
 - Seguimiento de pacientes en consultas externas, preferentemente se harán coincidir con los días de su cita con el especialista en consultas externas, evitando desplazamientos para e interferir lo mínimo en su dinámica social, familiar y laboral. Cada dos meses o trimestralmente.

COORDINACIÓN / DERIVACIÓN

- Se contacta telefónicamente con la trabajadora social de referencia del paciente, fundamentalmente Servicios Sociales de base, trabajadora social sanitaria de un Centro de Atención Primaria, de una Unidad de Salud Mental, de un Centro Residencial, Centro de día o cualquier otra institución., o incluso varias. En este contacto nos podemos encontrar con dos situaciones:
 - El paciente tiene expediente, es conocido actualmente o en el pasado por el profesional por lo que se producirá una retroalimentación de su situación actual y una visión más global de su situación socio-sanitaria.
 - El paciente no tiene expediente, por lo que se valorará conjuntamente la necesidad de derivación a dicho servicio.
- Realizar un informe social de derivación a la trabajadora social de referencia (centro residencial, domicilio, etc.) en el que se exponga problemática detectada durante la estancia en el hospital, actuaciones realizadas y propuestas de intervención. Tras contacto telefónico dicho informe se hará llegar vía correo electrónico o vía fax preferentemente.

Para finalizar es importante destacar que toda intervención social debe realizarse con competencia profesional entendida como indica la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: la competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean.

ANEXOS: TABLAS**Anexo nº 1. Derivación**

	DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	UTSH
CÓDIGO V	1357	122
VIOLENCIA DOMÉSTICA	60	22
SIN COBERTURA SANITARIA	310	23
3 o + VECES SERVICIO URGENCIAS	1115	66
TOTAL	1842	233

Anexo nº 2. Listado de códigos V utilizados en esta investigación

Código V	Descripción
V11.3	HISTORIA PERSONAL DE ALCOHOLISMO
V42.0	ESTADO DE TRANSPLANTE RENAL
V42.1	ESTADO DE TRANSPLANTE DE CORAZÓN
V42.6	ESTADO DE TRANSPLANTE DE PULMÓN
V42.7	ESTADO DE TRANSPLANTE DE HÍGADO
V42.81	MÉDULA ÓSEA SUSTITUIDA MEDIANTE TRASPLANTE
V42.83	PÁNCREAS SUSTITUIDO MEDIANTE TRASPLANTE
V46.11	ESTADO DE DEPENDENCIA DE RESPIRADOR
V46.2	ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO
V46.8	DEPENDENCIA DE OTRAS MÁQUINAS CAPACITANTES
V49.83	ESTADO DE ESPERA DE TRASPLANTE DE ÓRGANO
V60.0	FALTA DE ALOJAMIENTO
V60.1	ALOJAMIENTO INADECUADO
V60.2	RECURSOS MATERIALES INADECUADOS
V60.4	NINGÚN OTRO COMPONENTE DEL HOGAR CAPAZ PRESTAR CUIDADOS
V60.6	PERSONA QUE VIVE EN RESIDENCIA
V61.8	OTRAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES ESPECIFICADAS
V61.9	CIRCUNSTANCIA FAMILIAR NO ESPECIFICADA
V62.1	EFECTOS ADVERSOS DEL AMBIENTE DE TRABAJO
V62.4	INADAPTACIÓN SOCIAL
V62.81	PROBLEMAS INTERPERSONALES, NCOC
V62.9	CIRCUNSTANCIA PSICOSOCIAL NO ESPECIFICADA
V65.2	PERSONA QUE SIMULA ENFERMEDAD
V69.0	CARENCIA DE EJERCICIO FÍSICO

Anexo nº 3. Derivación de códigos V

CÓDIGO V	INTERVENCIÓN UTSH PROACTIVA	DOCUMENT CLÍNICA	UTSH
V 42.0	ESTADO DE TRASPLANTE RENAL	268	
V 41.1	ESTADO DE TRASPLANTE DE CORAZÓN	190	
V 42.6	ESTADO DE TRASPLANTE DE PULMÓN	92	
V 42.7	ESTADO DE TRASPLANTE DE HÍGADO	248	
V 42.81	MÉDULA OSEA SUSTITUIDA MEDIANTE TRASPLANTE	7	
V 42.83	PÁNCREAS SUSTITUIDO MEDIANTE TRASPLANTE	9	
V 49.83	ESTADO DE ESPERA DE TRASPLANTE DE ÓRGANO	63	
	TOTAL	877	100
CÓDIGO V	INTERVENCIÓN UTSH REACTIVA	DOCUMENT	
CLÍNICA	UTSH		
V 11.3	HISTORIA PERSONAL DE ALCOHOLISMO	125	3
V 46.11	ESTADO DE DEPENDENCIA DE RESPIRADOR	14	
V 46.2	ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO	265	
V 46.8	DEPENDENCIA DE OTRAS MÁQUINAS CAPACITANTES	2	
V 60.0	FALTA DE ALOJAMIENTO	2	
V 60.1	ALOJAMIENTO INADECUADO	1	
V 60.2	RECURSOS MATERIALES INADECUADOS	7	1
V 60.4	NINGÚN OTRO COMPONENTE DEL HOGAR CAPAZ PRESTAR CUIDADOS	23	1
V 60.6	PERSONA QUE VIVE EN RESIDENCIA	4	
V 61.8	ESCASO APOYO SOCIAL	1	1
V 61.9	CIRCUNSTANCIA FAMILIAR NO ESPECIFICADA	1	
V 62.1	EFFECTOS ADVERSOS DEL AMBIENTE DE TRABAJO	1	
V 62.4	INADAPTACIÓN SOCIAL	24	12
V 62.81	PROBLEMAS INTERPERSONALES NO CONOCIDOS	2	1
V 62.9	CIRCUNSTANCIA PSICOSOCIAL NO ESPECIFICADA	5	3
V 65.2	PERSONA QUE SIMULA ENFERMEDAD	1	
V 69.0	CARENCIA DE EJERCICIO FÍSICO	2	
	TOTAL	480	22

Anexo nº 4. Procedencia de la derivación

	ATENCIÓN PUNTUAL	PIS	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	233	560	793
CONSULTAS EXTERNAS	441	76	517
URGENCIAS	16	9	25
EXTRAHOSPITALARIA	32	0	32
INICIATIVA PROPIA	4	0	4
OTROS (Trabajadores...)	32	0	32
SE DESCONOCE	24	0	24
TOTAL	782	645	1427

Anexo nº 5. Coincidencia entre la demanda y la valoración del trabajador social.

COINCIDE	613
NO COINCIDE	32
TOTAL	645

Anexo nº 6. Ubicación temporal de la derivación

0-2 DÍAS	525
03-7 DÍAS	24
8-14 DÍAS	25
15-21 DÍAS	7
MAS DE 21 DÍAS	6
SE DESCONOCE	58
TOTAL	645

Anexo nº 7. Variable de sexo:

HOMBRE	397
TRANSEXUAL	1
MUJER	247
TOTAL	645

Anexo nº 8. Variable de edad:

14-18 AÑOS	15
19-29	28
30-50	156
51-64	146
65-79	112
80 Y MÁS	188
TOTAL	645

Anexo nº 9. Variable de nacionalidad:

	TOTAL
ESPAÑA	577
AMÉRICA DEL SUR	21
ÁFRICA	21
ASIA	4
RESTO DE EUROPA	22
TOTAL	645

Anexo nº 10. Variable de diagnóstico médico:

TRASPLANTES	100
PATOLOGÍA NEUROLÓGICA	78
PATOLOGÍA RESPIRATORIA	87
PATOLOGÍA CARDÍACA	81
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	95
ENOLISMO, ADICCIONES	23
MEDICINA INTERNA	89
OTROS	92
TOTAL	645

Anexo nº 11. Rol familiar que ejerce el paciente

Madre/Padre con hijos adultos	182
Madre/Padre con hijos pequeños o adolescentes	49
Esposo/a	138
Solo/a	122
Hijo/a adulto con padres	31
Otros familiares	26
Se desconoce	97
Total	645

Anexo nº 12. Generaciones representadas en el genograma:

1 GENERACIÓN	296
1 GENERACIÓN+FAMILIA EXTENSA	74
2 GENERACIONES	134
2 GENERACIONES+FAMILIA EXTENSA	12
3 GENERACIONES	11
3 GENERACIONES+FAMILIA EXTENSA	4
4 GENERACIONES	0
OTRAS SITUACIONES	11
SE DESCONOCE	103
TOTAL	645

Anexo nº 13. Otras situaciones en el núcleo de convivencia

OTROS DEPENDIENTES	20
PISO COMPARTIDO CON DESCONOCIDOS	13
SIN TECHO	28

Anexo nº 14. Circunstancias familiares ante los cuidados que requiere el paciente:

MALA O AUSENCIA DE RELACIÓN	83
ENFRENTAMIENTOS FAMILIARES	15
EL TRABAJO DE LOS FAMILIARES IMPIDE EL CUIDADO	55
ALGÚN FAMILIAR DEJARÁ DE TRABAJAR	14
SE IDENTIFICA UN CUIDADOR PRINCIPAL	349
CLAUDICACIÓN FAMILIAR	17
CUIDADOR PRINCIPAL ES AHORA EL PACIENTE	16
SE DESCONOCE	96
TOTAL	645

Anexo nº 15. Situación laboral del paciente:

ACTIVO	19
INCAPACIDAD TEMPORAL	61
INVALIDEZ	90
JUBILACIÓN	282
DESEMPLEO CON PRESTACIÓN	31
DESEMPLEO SIN PRESTACIÓN	47
TRABAJO IRREGULAR	11
AMA DE CASA	10
ESTUDIANTE	6
PENITENCIARÍA	2
SE DESCONOCE	86
TOTAL	645

Anexo nº 16. Escala de Gijón

BUENA/ACEPTABLE SITUACIÓN SOCIAL	112
RIESGO SOCIAL	116
PROBLEMA SOCIAL	93
SE DESCONOCE	324
TOTAL	645

Anexo nº 17. Escala de Barthel.

DEP. TOTAL	33
DEP. GRAVE	29
DEP. MODERADO	42
DEP. LEVE	94
SE DESCONOCE	447
TOTAL	645

Anexo nº18. Test de Zarit.

NO HAY SOBRECARGA	121
SOBRECARGA LEVE	58
SOBRECARGA INTENSA	34
SE DESCONOCE	432
TOTAL	645

Anexo nº 19. Factores de riesgo detectados:

MAYOR DE 70 AÑOS	218
MAYOR DE 65 AÑOS SOLO O CON CÓNYUGE DE LA MISMA EDAD	123
MAYOR DE 65 AÑOS, ENFERMO CRÓNICO	101
MAYOR DE 65 AÑOS Y HABER INGRESADO ANTERIORMENTE EN EL HOSPITAL	101
PERSONAS QUE HAYAN SUFRIDO ACV	37
MAYOR DE 65 AÑOS HABIENDO SUFRIDO CAÍDA Y/O FRACTURA	11
ENFERMOS TERMINALES	41
ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS	30
ENFERMOS DROGODEPENDIENTES	34
“SIN TECHO”	30
SIN RECURSOS ECONÓMICOS: PNC O EQUIVALENTE	88
TOTAL	814

Anexo nº 20. Actitud con la trabajadora social:

	TOTAL
AGRESIVIDAD	29
RECHAZO	28
PASIVIDAD	74
ACEPTACIÓN	250
IMPLICACIÓN	118
SE DESCONOCE	146
TOTAL	645

Anexo nº 21. Vivencia de la situación socio-sanitaria por parte del paciente y/o familia:

	TOTAL
GRAN AFECTACIÓN	100
COMPETENCIA	225
INDIFERENCIA	34
NIEGA LA SITUACIÓN	90
SENTIMIENTO DE SOLEDAD	69
SE DESCONOCE	127
TOTAL	645

Anexo nº 22. Problemas socio-sanitarios detectados:

	TOTAL
DE ACCESO A PRESTACIONES SANITARIAS	112
DE ACCESO A COBERTURA SANITARIA	6
NO ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD	60
LUGAR TERAPÉUTICO INADECUADO	0
ENFERMEDAD QUE AFECTA A LA SALUD PÚBLICA	15
ADICCIÓN A SUST. COMPORT. NOCIVOS	60
TOTAL PROBLEMAS SANITARIOS	253
FALTA DE APOYO FAMILIAR	192
LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN EL CUIDADO PERSONAL	248
LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN EL FUNCIONAMIENTO FÍSICO	248
LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN EL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO O MENTAL	58
LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	NC
FALTA DE HABILIDADES SOCIALES	9
FALTA DE HIGIENE PERSONAL	2
AISLAMIENTO	23
DESAJUSTES EN LA CONVIVENCIA	35
GESTACIÓN EN CONFLICTO	2
ABANDONO	12
DESAMPARO	0
MALOS TRATOS FÍSICOS	12
MALOS TRATOS PSÍQUICOS	0
ABUSOS SEXUALES	0
TOTAL PROBLEMAS PERSONALES/FAMILIARES	841
FALTA DE CUALIFICACIÓN	9
DESEMPLEO	29
TRABAJO ILEGAL	14
TOTAL PROBLEMAS LABORALES	52
ABSENTISMO ESCOLAR	0
DESESCOLARIZACIÓN	0
DE RELACIONES EN EL CENTRO ESCOLAR	0
MENOR CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES	1
FRACASO ESCOLAR	0
ANALFABETISMO	24
TOTAL PROBLEMAS EDUCATIVOS	77
DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD	14
DE PROTECCIÓN JUDICIAL	0
DISCRIMINACIÓN SOCIAL	33
TRANSEÚNTES E INDIGENTES	37
INMIGRANTE EN SITUACIÓN IRREGULAR	22

REFUGIADOS Y EXILIADOS	0
EMIGRANTES RETORNADOS	0
DE INCOMUNICACIÓN POR EL IDIOMA	0
INDOCUMENTADO	13
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL ENTORNO	0
FALTA DE REDES DE APOYO COMUNITARIO	0
TOTAL PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL	119
DE ACCESO A LA VIVIENDA	7
OCUPACIÓN ILEGAL DE LA VIVIENDA	0
BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN LA VIVIENDA	17
CONDICIONES DE HABITABILIDAD INADECUADAS	19
TOTAL PROBLEMAS DE VIVIENDA	43
FALTA DE RECURSOS PARA LA SUBSISTENCIA	164
FALTA DE RECURSOS PARA GASTOS EXTRAORDINARIOS INELUDIBLES	164
INCORRECTA ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO ECONÓMICO	1
TOTAL PROBLEMAS ECONÓMICOS	329
OTROS	64
PROBLEMA SOCIO-SANITARIO PENDIENTE DE CONFIRMAR	0
NINGÚN PROBLEMA SOCIO-SANITARIO	48
TOTAL	1778

Anexo nº 23. Recursos adecuados:

	TOTAL
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA	35
UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS	25
HOSPITAL	193
HOSPITAL DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA (HACLE)	43
PRESTACIONES SANITARIAS COMPLEMENTARIAS	165
COBERTURA SANITARIA	6
SERVICIO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE (SAIP)	7
TOTAL RECURSOS SANITARIOS	474
CENTRO RESIDENCIAL	63
CENTRO DE DÍA	3
RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD	93
VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA	77
CENTRO MUJER 24 HORAS	8
TELE-ASISTENCIA	39
OFICINA DE EXTRANJERÍA	13
EMBAJADAS Y CONSULADOS	4
SERVICIOS SOCIALES DE BASE	79
MEDIACIÓN Y APOYO	55
INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO	31

SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	115
COMEDOR SOCIAL	17
ALBERGUE DE TRANSEÚNTES	17
RECURSOS COMUNITARIOS	49
PROGRAMAS DE OCIO	3
TOTAL RECURSOS SOCIALES	666
AYUDAS DESTINADAS A LA FAMILIA	8
PRESTACIONES Y PENSIONES ASISTENCIALES	35
AYUDAS DE EMERGENCIA	4
AYUDAS PARA EL DESARROLLO PERSONAL	16
PRESTACIONES Y PENSIONES CONTRIBUTIVAS	118
AYUDAS PARA FINANCIAR ESTANCIAS EN CENTROS ESPECIALIZADOS	17
TOTAL RECURSOS ECONÓMICOS	198
SISTEMA EDUCATIVO	7
SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO ESCOLAR	3
TOTAL RECURSOS EDUCATIVOS	10
TALLER PRE-LABORAL DE INSERCIÓN SOCIAL	1
TOTAL RECURSOS LABORALES	1
MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL MENOR	2
MINISTERIO FISCAL	3
TRATAMIENTO AMBULATORIO FORZOSO	12
INCAPACITACIÓN	3
AUTORIZACIÓN DE INTERNAMIENTO	3
SERVICIOS DE ATENCIÓN JURÍDICA	5
TOTAL RECURSOS JURÍDICOS	28
OTROS	58
NINGUNO	15
TOTAL	1435

Anexo nº 24. SAD público o privado

	TOTAL
SAD PÚBLICO	76
SAD PRIVADO	39
TOTAL	115

Anexo nº 25. Valoración de la situación de Dependencia

	TOTAL
NO PROCEDE	281
VALORADO	57
PENDIENTE DE VALORACIÓN	114
SE INICIA SOLICITUD DE VALORACIÓN EN EL HOSPITAL	77
NO LA QUIERE	20
NO CONSTA	96
TOTAL	645

Anexo nº 26. Escala en la aplicación de los recursos en los Procesos de Intervención Social

	TOTAL
ADECUADO	463
INADECUADO/INSUFICIENTE	65
SE DESCONOCE	117
TOTAL	645

Anexo nº27. Satisfacción del paciente y/o familia de los recursos

	TOTAL
INSATISFECHO/A	115
SATISFECHO/A	210
COMPLACIDO	168
SE DESCONOCE	152
TOTAL	645

Anexo nº28. Demora en la aplicación de recursos

	TOTAL
CONSECUCCIÓN INMEDIATA	250
CONSECUCCIÓN CON DEMORA	174
NO CONSTA	221
TOTAL	645

BIBLIOGRAFÍA:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARKIN, Herbert y Raymond R. COLTON. *Tables for Statisticians*. New York: Barnes & Noble. 1967.
- ALONSO, L.E *La mirada cualitativa en Sociología: Una aproximación interpretativa*. Madrid, España: Fundamentos. 1998. 268 pp.
- CABO, C. et al. “La identificación de procesos en la implantación de calidad total en el Trabajo Social Hospitalario” *Trabajo social: compromiso y equilibrio* vol. 2, 2000
- CAVA, A.I et al. “Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana” *Revista Trabajo Social y Salud* nº 64. 2009. pp 305-336.
- COLOM, D. “La Planificación del Alta Hospitalaria” *Revista Trabajo Social y Salud*, nº12. 1992
- FIELD Marilyn J y Kathleen N LOHR (Eds). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Institute of Medicine, Washington, D.C: National Academy Press, 1992.
- HUNTER David J y Gillian FAIRFIELD “Disease management”. *British Medical Journal* 1997. pp.315
- ITUARTE TELLAECHÉ, A “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Revista de Trabajo Social y Salud* nº 20. Marzo 1995
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. “eCIEgMC Clasificación internacional de enfermedades” 9ª revisión modificación clínica 6ª. España. 2008.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Función de los hospitales en los programas de protección de la salud” *Serie de informes técnicos*, nº 122. Ginebra. 1957.
- ORTON P. “Shared care”. *Lancet* Essex, UK. 1994 pp. 344.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- AGUILAR VILLANUEVA, L. *La hechura de las políticas*. 2ª ed. Méjico: Porrúa Editores. 2007. 434 pp.
- ALONSO, L.E *La mirada cualitativa en Sociología: Una aproximación interpretativa*. Madrid, España: Fundamentos. 1998. 268 pp.
- AMADASI, Enrique y Liliana PANTANO. *Política social argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Hvmanitas. 1989
- ANDER-EGG, E. *Técnicas de investigación social*. 21 ed. Buenos Aires, Argentina: Hvmanitas, 1987
- ANDER-EGG, E. *Diccionario del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Ed.Hvmanitas.1994.
- ANIBARROA, L et al. “Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra” *Gaceta Sanitaria*,18, 2004. pp. 38-44

- ARGIMON PALLÁS, Josep María y Josep JIMÉNEZ VILLA. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 3ª ed. Barcelona, España: Elsevier. 2007
- ARKIN, Herbert y Raymond R. COLTON. *Tables for Statisticians*. New York: Barnes & Noble. 1967.
- BARRANCO EXPÓSITO, Carmen e Isabel BARRANCO PASTOR, I. “Personas y redes sociales: alternativas a los ingresos en residencia de las personas con discapacidad” *Revista de Trabajo Social y Salud*. N°4, Marzo, 2004. pp 185-193
- BENACH, Joan y Marcelo AMABLE. “Las clases sociales y la pobreza” *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl 1), 2004. pp 16-23
- CABO, C. et al. “La identificación de procesos en la implantación de calidad total en el Trabajo Social Hospitalario” *Trabajo social: compromiso y equilibrio* vol. 2, 2000
- CARRASCO et al. “La investigación en el Servicio Social profesional”. *Servicio Social interamericano*, n.º 10. 1987
- CAVA, A.I et al. “Sistema de registro de trabajo social sanitario en la intervención individual y familiar en la Comunidad Valenciana” *Revista Trabajo Social y Salud* n° 64. 2009. pp 305-336.
- COLOM, D. “La Planificación del Alta Hospitalaria” *Revista Trabajo Social y Salud*, n°12. 1992
- COLOM, D. *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. (Colección Trabajo Social). España: Siglo XXI. 2008. 408 pp.
- COLOM, D et al. “Validación y eficiencia en la aplicación del programa de planificación del alta en un hospital de agudos” *Revista de Trabajo Social y Salud*, marzo n°44. 2003.
- COLOMER, M. “Método básico de Trabajo Social”. FEISS. Madrid. Euramérica. 1996
- CONSEJO GENERAL - IMSERSO “Presentación del plan de formación y aportaciones del Trabajo Social a la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social* n° 76. España. 2006
- CONSELLERÍA DE SANITAT. “Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria” España. Generalitat Valenciana. 2004
- CONSELLERÍA DE SANITAT. “Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009”. España. Generalitat Valenciana. 2006
- CONSELLERÍA DE SANITAT. “Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)”. España. Generalitat Valenciana. 2008.
- Documentos DEFENSOR DEL PUEBLO. “La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológico y otros aspectos conexos”. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e Informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. 2000.
- ECHEBURÚA, E et al. “Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección”. *Serie documentos 15*. Generalitat Valenciana. 2009. 180 pp.

- ESCALADA, M. *El Diagnóstico Social*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial. 2001
- ESCALADA, M. et al. *Acción, estructura y sentido en la investigación diagnóstica*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial. 2001.
- FIELD Marilyn J y Kathleen N LOHR (Eds). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Institute of Medicine, Washington, D.C: National Academy Press, 1992.
- GARCÍA SALORD, S. *Especificidad y rol en Trabajo Social. Currículo, saber, formación*. Buenos Aires, Argentina: Ed Humanitas. 1991
- GÓMEZ GÓMEZ, F. *Investigación sobre un nuevo método de supervisión profesional: las constelaciones en trabajo social*. E.U. de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid. 2005
- HORTON, P. “Problemas sociales”. Buenos Aires, Argentina: Ed. El Ateneo.1978
- HUNTER David J y Gillian FAIRFIELD “Disease management”. *British Medical Journal* 1997. pp.315
- ITUARTE TELLAECHÉ, A “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Revista de Trabajo Social y Salud* nº 20. Marzo 1995
- ITUARTE TELLAECHÉ, A. “Sentido del Trabajo Social en Salud”. 2009. XI Congreso Estatal de Trabajo Social. Trabajo Social: Sentido y Sentidos. Zaragoza.
- KISNERMAN, N. *El método: investigación*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Humanitas. 1987. 171 pp.
- KOTLER, P. *Dirección de Mercadotecnia*. México: Ed. Prentice-Hall. 8va Edición. 1996. 800 pp.
- LEON, M. et al. “Aportación del trabajador social del sistema de salud en la atención domiciliar de la Comunidad Valenciana”. *Revista de Trabajo Social y Salud*. Nº47. 2004 pp. 271-281
- MARTÍN MUÑOZ, M. et al. *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Bilbao: Ed. Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca. 1996. 39 pp
- MARTIN U et al. “Desigualdades sociales en salud” Monográfico Especial *Revista Inguruak*. Nº 44. 2009. 351pp
- MARTINELLI, ML. *Servicio Social: identidad y alienación*. Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora. 1992
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Dirección General de Salud Pública y Consumo. “La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud” Parte Dos. Libro de Evidencia. España. 2002
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. “eCIEgMC Clasificación internacional de enfermedades” 9ª revisión modificación clínica 6ª. España. 2008.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. IMSERSO. “Atención a las personas en situación de dependencia. Libro blanco” España. 2004
- NAVARRO LÓPEZ, Vicente y Joan BENACH DE ROVIRA. “Comisión científica de estudio de las desigualdades sociales de salud en España”. *Revista Española de Salud*

- Pública*. 70. 1996 pp. 505-636.
- NETTO, JP. *Capitalismo monopolista y Servicio Social*. Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora. 1997.
 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores” Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2005.
 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Función de los hospitales en los programas de protección de la salud” *Serie de informes técnicos*, nº 122. Ginebra. 1957
 - ORTON P. “Shared care”. *Lancet Essex*, UK. 1994 pp. 344.
 - PANTANO, L. *La discapacidad como problema social*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.. 1993
 - PÉREZ ANDRÉS, C. “Sobre la metodología cualitativa” *Revista Española Salud Pública*. 76. 2002
 - PICHARDO MUÑOZ, A. *Planificación y programación social*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Lumen-Hvmanitas. 1997
 - PINILLA, A. *Psicología social: conocimiento de la interacción humana*. Lima, Perú: Universidad de Lima 1998. 214 pp.
 - POVEDA et al. “La agresividad” Universidad Autónoma de Madrid. 2000
 - QUIVY Raymond y Luc van CAMPENHOUDT *Manual de investigación en Ciencias Sociales*. México. Limusa. 2004
 - REGIDOR, E. et al. “Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX.” *Revista española de Salud Pública*. Vol 76. 2002.
 - ROMERO RODRÍGUEZ, I. “Trabajo social y medicina en Extremadura”. *Revista de estudios extremeños*. Vol. 59. 2003. pp. 343-367
 - ROVERE, M. “Planificación estratégica de recursos humanos en salud”. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, N° 96. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 1993
 - ROZAS, M. *La intervención profesional en relación con la cuestión social*. Buenos Aires, Argentina. Espacio Edit. 2001
 - RUEDA, J.R. *Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias*. Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2005
 - SÁNCHEZ LÓPEZ, Juan y Aurora BUENO CAVANILLAS. “Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario” *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* Vol. 17, nº 3 .2005. pp. 138-144
 - SÁNCHEZ SÁNCHEZ, C. “Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España.” Madrid. Informe. FEEN. 2006
 - SAÑUDO GARCÍA, Soledad y Teresa GARROTE SASTRE. “Los problemas sociosanitarios en atención especializada, analizados a través del CMBD” *Papeles Médicos*. Vol

15, nº1. 2005

- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.” Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico”. Desarrollo e Innovación en cuidados de enfermería. España. 2008.
- SIERRA, Francisco. En Galindo Cáceres, J. (coord.) “Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social” *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Naucalpan de Juárez, México: Pearson Addison Wesley. 1998 pp. 277-346
- SIERRA BRAVO, R. “Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios” 7ª edición revisada. Madrid. Paraninfo. 2001.
- VALDIVIESO, B. et al. “Hospitalización a domicilio” *Viure en Salut* nº50. 2001
- VANDER ZANDEN J. *Manual de psicología social*. Barcelona. Paidós. 1986. 617 pp.
- VÁSQUEZ HIDALGO, I. “Tipos de estudio y métodos de investigación” 2005. [Consulta: 8 – diciembre - 2008] Disponible en: http://www.wikilearning.com/monografia/tipos_de_estudio_y_metodos_de_investigacion/7169
- ZAFRA GALÁN, E. “La Asistencia Sociosanitaria en la Comunidad Valenciana. Situación actual y propuestas de futuro”. Dirección General de Asistencia Sociosanitaria. Agencia Valenciana de Salud. Consellería de Sanitat. 2005