

# SOCIOSANITARIO

Cristina SESMA ÁLVAREZ

COMPARACIÓN DE LOS  
PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE  
TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN  
EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO.

TFG/*GBL* 2014

**upna**  
Universidad  
Pública de Navarra  
Nafarroako  
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social



# Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado  
Gradu Bukaerako Lana

***COMPARACIÓN DE LOS PROCESOS DE  
INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL  
SANITARIO EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y  
PRIVADO.***

Cristina SESMA ÁLVAREZ

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA  
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**



**Estudiante / Ikaslea**

Cristina SESMA ÁLVAREZ

**Título / Izenburua**

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado.

**Grado / Gradu**

Grado en Trabajo Social

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea  
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

Maria Pilar GARCIA CASTELLANO

**Departamento / Saila**

Departamento de Trabajo Social

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2013/2014

**Semestre / Seihilekoa**

Primavera / Udaberrik



## Resumen

La OMS define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social”*. Salud y enfermedad se encuentran altamente influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales, que provocan la evolución de la persona hacia uno de los dos límites.

Ante la necesidad de abordar la perspectiva social de la salud, surge la figura del/a Trabajador/a Social Sanitario. En el caso de España, es durante la década de los 50 el momento en el que comienzan a introducirse en los equipos sanitarios las Asistentes Sociales de la época. Este largo recorrido de la profesión en el ámbito de la salud ha generado procedimientos de intervención propios en función de la demanda. A lo largo de este trabajo se analizará y se comparará cómo son y cómo se despliegan en el ámbito público y en el privado.

*Palabras clave:* Trabajo Social Sanitario; procesos de intervención; Complejo Hospitalario de Navarra; Clínica Universidad de Navarra

## Abstract

The WHO defines the health as "a condition of complete physical, mental and social well-being". Health and disease are highly influenced by social, cultural, economic and environmental factors, which provoke the evolution of the person towards one of both limits.

Before the need to approach the social perspective of health, arises the figure of the Medical Social Worker. In the case of Spain, it is during the decade of 50's the moment when the Social Assistants of the time begin to get into the sanitary teams. This long journey of the profession in the area of health has generated own procedures of intervention depending on the demand. Along this work it will be analyzed and compared how they are and how they develop in the public area and in the private one.

*Keywords:* Medical Social Work, Processes of intervention, Complejo Hospitalario de Navarra, Clínica Universidad de Navarra





## Índice

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. Marco Teórico</b>	<b>3</b>
1.1. El concepto de Salud	3
1.2. El Trabajo Social Sanitario	4
1.3. La importancia de la intervención de cara al alta	8
1.4. Dificultades para llevar a cabo el Trabajo Social Clínico, falta de visibilidad de nuestra profesión.	11
<b>2. Marco Normativo</b>	<b>14</b>
<b>3. Definición del Recurso</b>	<b>20</b>
3.1. Servicio Navarro de Salud, Complejo Hospitalario de Navarra	20
3.2. Clínica Universidad de Navarra	23
<b>4. Metodología de Trabajo Social</b>	<b>28</b>
4.1. Trabajo Social en la Clínica Universidad de Navarra	28
4.1.1. Trabajo Social en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica	32
4.1.2. Intervención con pacientes no psiquiátricos	43
4.2. Unidad de Trabajo Social Complejo Hospitalario de Navarra	45
4.2.1. Procedimiento de intervención (investigación, diagnóstico y tratamiento)	45
4.2.2. Trabajo Social en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)	48
4.3. Comparación de los recursos y su modelo de trabajo	56
<b>5. Metodología y técnicas empleadas</b>	<b>59</b>
<b>6. Análisis</b>	<b>63</b>
<b>Conclusiones</b>	
<b>Referencias</b>	



## **INTRODUCCIÓN**

Soy Cristina Sesma Álvarez, estudiante de cuarto curso del Grado en Trabajo Social, y a continuación expongo mi Trabajo Fin de Grado.

Para dar sentido al porqué de este proyecto, es necesario echar la vista atrás y hacer un repaso de los motivos por los cuales se llevó a cabo. Una vez iniciadas las prácticas de carácter especializado en la Clínica Universidad de Navarra, y habiendo realizado las anteriores prácticas en el Centro de Salud de Ermitagaña, comienzo a plantearme varias cuestiones que podrían resultar interesantes para analizar y desarrollar en este TFG.

Gracias a las prácticas de carácter generalista realizadas en un Centro de Salud perteneciente a Atención Primaria, pude conocer de primera mano los entresijos del primer nivel del Sistema de Salud de Navarra. Además tuve la oportunidad de conocer varios recursos, entre ellos el Complejo Hospitalario, donde hablé con varios profesionales de Trabajo Social, quienes me explicaron de manera superficial el trabajo que allí se desempeñaba.

Este año, me decanté por realizar las prácticas en un Centro Hospitalario, esta vez, en la Clínica Universidad de Navarra, de carácter privado, no perteneciente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y con unos valores cristianos propios muy marcados y significativos. Una vez transcurrido un tiempo desde mi inicio de prácticas y después de conocer cómo se trabaja en la CUN, consideré que sería interesante hacer una comparación entre los modelos de intervención de Trabajo Social que se llevan a cabo en el ámbito público (en este caso me centré en el Complejo Hospitalario de Navarra, por comparar dos recursos que estuviesen en el mismo nivel dentro de la atención especializada) y en el ámbito privado.

Lo que se expone a continuación es fruto del esfuerzo de estos últimos meses, en los cuales he contado con la ayuda de mi tutora de prácticas, Ainhoa Elizalde, que trabajó con anterioridad en el CHN, y que además de mostrarme cómo es el Trabajo Social en la CUN, ha aportado sus conocimientos del funcionamiento de esta profesión dentro del ámbito público.



## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. El concepto de Salud

Para la correcta comprensión de este trabajo, es necesario crear un marco teórico en el cual se pueda enmarcar los contenidos básicos para la comprensión del mismo. Lo que voy a realizar en este apartado es la búsqueda de fuentes documentales que permitan extraer y recopilar aquella información de interés en relación a mi ámbito de investigación.

Por lo tanto, un buen punto de partida para el desarrollo de este marco teórico, es hablar de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Preámbulo de su Constitución definió la salud como:

*“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948).*

A esta definición hay que añadir el primer punto de la Declaración de Alma-Ata (1978):

*“La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario”.*

Cuando hablamos de salud hay que hablar de enfermedad, existe una relación entre ambos conceptos que conforman un binomio entre ellos. Son palabras antónimas, es decir, su significado es completamente opuesto, se contraponen. Pero los límites entre esta dicotomía no siempre quedan del todo claros.

Tanto el concepto de salud como el de enfermedad tienen una dimensión biopsicosocial, en la que entran en juego tanto el estado biológico de la persona, como el psicológico, y lo social, sus redes de apoyo. Cuando existe un equilibrio entre las tres dimensiones hablamos de que una persona está sana. Esto supuso un cambio respecto a las definiciones anteriores, ya no se asocia la salud a la ausencia de enfermedad, sino que se tiene en cuenta este trinomio.

En el binomio Salud-Enfermedad tenemos en un extremo la salud, que vendría a ser lo bueno, lo óptimo, y en el otro extremo la enfermedad, o lo que se contrapone, la parte negativa, pero como hemos dicho el límite entre ambos es difuso y en el centro nos encontraríamos con una zona neutra en la cual sería imposible separar lo normal de lo patológico, pues ambos coexisten.

Salud y enfermedad como ya he dicho anteriormente, tienen una dimensión biopsicosocial, altamente afectadas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales, que influyen sobre la zona neutra de la que hablaba anteriormente, es decir, estos factores van a provocar la evolución de la persona hacia un extremo u otro, salud o enfermedad.

Se produce un cambio de un “modelo biomédico” con carácter puramente “clínico” y centrado en “curar la enfermedad”, hacia un modelo en el que la “salud” abarca también un funcionamiento óptimo en los niveles psicológico y social, que a su vez hace necesaria la participación e incorporación en el proceso de recuperación de nuevos profesionales sobre todo del ámbito de “lo social”.

La anexión de nuevos profesionales trae consigo la necesidad inherente de llevar a cabo “trabajo interdisciplinar”, lo cual va a proporcionar una mayor comprensión de la patología, llegando a conocer sus causas yendo más allá de lo meramente clínico. Lo que en la práctica se traduce en una mejoría en el desarrollo de técnicas de prevención de la enfermedad y en llevar a cabo una rehabilitación integral entendiendo al enfermo como persona que vive dentro de un espacio social que influye en su proceso de salud y enfermedad.

## **1.2. Trabajo Social Sanitario**

*“El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El Trabajador Social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”. (Dr. Richard C. Cabot. 1915)*

Para comenzar este apartado es necesario hacer un poco de historia, y uno de los pioneros y padres del Trabajo Social en el ámbito de la salud fue el Dr. Cabot. Apostó

por una medicina centrada en el enfermo más que en la enfermedad, introdujo el Trabajo Social en los equipos clínicos, impulsando los estudios sobre cómo influyen los aspectos sociales en la práctica médica. Su argumentación se basaba en el hecho de que si el médico (en su caso psiquiatra) era quién conocía el estado físico y psicológico de los pacientes, era también un gran desconocedor de las circunstancias que le rodeaban y cómo afectaban al proceso de enfermedad. En su argumentación afirmaba que el Trabajador Social disponía de información más completa puesto que además de conocer cuál era su estado de salud, era quien trabajaba dentro del entorno del paciente conociendo su situación familiar, condiciones sanitarias, financieras, laborales... los profesionales del Trabajo Social en el campo de la Salud aportaban una nueva dimensión social que afectaba de forma directa a la evolución, tratamiento y recuperación del paciente. (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, p. 11, año 2012)

*“Ante la necesidad de una intervención sanitaria, se considera necesario contextualizar a la persona, situarla en su realidad psicosocial.”* (A. Ituarte, 2009)

El tiempo y las evidencias científicas y clínicas nos han llevado a dar la razón al Doctor. En este enunciado, Amaya Ituarte resume en dos frases lo expuesto hasta ahora, y en el viene expuesto de manera intrínseca, la necesidad de incorporar nuevos profesionales a los equipos sanitarios, entre ellos a los y las trabajadores sociales.

Antes de centrarnos en la figura del/a trabajador/a social sanitario, hay que saber qué es el Trabajo Social, la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) lo define como:

*La profesión "que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social".*

El trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. La legislación va a marcar las bases del trabajo del profesional, pero surgirán necesidades dentro de la propia sociedad que provocarán cambios en las Leyes y en la cartera de servicios.

Amaya Ituarte durante el X Congreso nacional de la asociación española de trabajo social y salud lo definió así:

*“Una práctica psicoterapéutica cuyo objetivo general es ayudar a las personas a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, a través de un trabajo de análisis y profundización de sus sentimientos, emociones, vivencias, dificultades y de la manera en que todo ello se manifiesta en sus relaciones interpersonales en diferentes contextos significativos; y se realiza por medio y en la relación profesional con el trabajador social.”*

Algunos servicios y prestaciones propias del trabajo social sanitario son, entre otros y a modo de ejemplo (Bracht, 1983):

- La ayuda en la elaboración del duelo
- La intervención de crisis en los cuidados de enfermos agudos ante determinadas enfermedades
- El fomento y el apoyo a los grupos de ayuda formados por personas con diagnósticos médicos específicos (diabetes, insuficiencia renal, AVC u otros)
- El apoyo, la educación y la promoción de conductas sanas para mantener la salud ganada con el tratamiento médico
- La planificación del alta sanitaria
- El diseño y aplicación de programas preventivos.

El trabajador social llevará a cabo su trabajo empleando prácticas y técnicas propias de la profesión, pero adaptadas al ámbito sanitario en el que se mueve, pudiendo trabajar con individuos (casework), familias, grupos, trabajo social comunitario... contando siempre con una cartera de servicios a la disposición de los usuarios que serán los que de ella se beneficien.

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado



---

Dolors Colom dice en su artículo *“El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario”* que las competencias del trabajo social en el ámbito de la sanidad tienen como centro la atención a los aspectos psicosociales de la persona enferma en el momento en el que está siendo tratada médicamente, o cuando, una vez finalizado el tratamiento, se requiere un seguimiento. Es decir, en el momento en el que la persona entra o está en contacto con el sistema de salud.

Dice que el punto de partida de la intervención se encuentra en la enfermedad de la persona, el diagnóstico y la vivencia que se tiene de ella. Contextualizar esto es muy importante para elaborar el diagnóstico social sanitario, puesto que es en el entorno dónde se van a desarrollar los diferentes procesos de atención y apoyo.

Lo que va a hacer el profesional de Trabajo Social es aunar la perspectiva sanitaria con la social, *“ver a la persona como un todo, y no como la suma de partes”* (Colom 2010).

Dotar al paciente de individualidad, y trabajar con él en base a sus características y necesidades, y con los recursos con los que cuenta.

Como se ha dicho la intervención parte de la enfermedad, pero siempre teniendo en cuenta lo que esta enfermedad supone para la persona y su círculo. Cuando una persona cae enferma se produce una alteración de su vida diaria y si nos enfrentamos a una enfermedad crónica sus expectativas de futuro es posible que no sean las mismas.

Aquí entra en juego lo que Amaya Ituarte denomina *“concepto sistema paciente”*, es decir, *“para otros profesionales sanitarios su paciente es siempre la persona que presenta problemas de salud o está enferma, para los trabajadores sociales clínicos el o los paciente/s pueden ser el paciente, uno o varios de sus allegados o todos ellos conjuntamente”* (A. Ituarte, 2009).

En una intervención llevada a cabo dentro del sistema sanitario entra en juego todo el sistema relacional del paciente, de manera especial la familia, y les obliga a llevar a cabo una serie de cambios en sus hábitos y en su vida diaria con el paciente y con ellos mismos, se trata de un proceso de adaptación a la nueva situación. *“La forma en que cada una de esas personas se encuentra afectada y los consiguientes cambios que*

*precisa hacer dependen del lugar que el paciente ocupe en su mundo intersubjetivo, de la gravedad de la situación, del pronóstico y de la resolución del problema”*(A. Ituarte, 2009) Es habitual que entre los allegados del paciente comiencen a darse casos de sobrecarga, e incluso problemas de salud asociados al malestar que les provoca la situación y las permutas que trae consigo.

Durante el tiempo que el paciente está ingresado en un centro hospitalario, éste y los que le rodean se encuentran en una situación en la que los cuidados y la protección están siendo llevados a cabo por profesionales que velan por su salud las veinticuatro horas del día. A pesar de esto, como ya he mencionado anteriormente, la vida de los familiares y amigos más cercanos sufre una serie de alteraciones en función de las necesidades del paciente. Pero son los cambios que va a producir esta nueva condición en el momento de vuelta al domicilio los que generan situaciones de mayor estrés y desasosiego ante lo desconocido, el enfrentarse a cuidados y la posibilidad de desarrollar una sobrecarga en los cuidados.

### **1.3. La importancia de la intervención de cara al alta**

*“Dependiendo de cuál sea la resolución del problema la posición de los diferentes miembros irá volviendo a los parámetros previos a la enfermedad, o requerirá de modificaciones”* (A. Ituarte, 2009), con esto y con todo lo anterior surge la importancia de la intervención de cara al alta hospitalaria, trabajar con el paciente y los que le rodean para minimizar las consecuencias de la enfermedad y minimizar el impacto que estas puedan tener en la vida diaria de cada uno de ellos.

Para llevar a cabo una buena planificación de cara al alta de un paciente, es esencial desarrollar trabajo interdisciplinar entre todos los profesionales que intervienen y con aquellos que una vez abandone el centro hospitalario intervendrán, con la persona.

Amaya Ituarte señala que la intervención no será la misma en función de cuál sea la patología del paciente y cuáles sean los riesgos y secuelas que esta traiga consigo. *“No es lo mismo un problema de salud que amenace la integridad física, psicológica o relacional del paciente o conlleve un riesgo de incapacidad y/o muerte, que otro, que aun revistiendo cierta gravedad, sea un proceso de tipo agudo, sin riesgo de secuelas permanentes”* (A. Ituarte, 2009)

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

Además señala la importancia de llevar a cabo un diagnóstico y un pronóstico no solo centrado en lo clínico (pautas médicas a la hora de tomar la medicación, hacer las curas, reposo...), *“no es posible realizar un diagnóstico acertado sin comprender, valorar y tomar en cuenta el contexto relacional de la persona”* (A. Ituarte 2009). Por poner un ejemplo, a la hora de realizar una valoración de discapacidad lo que se le haya diagnosticado al paciente podrá decantar la balanza de un lado o de otro a la hora de concederle un porcentaje u otro. O, por poner otro ejemplo, en casos de personas que están siendo tratadas en el área de Psiquiatría, habrá que ser especialmente cautelosos con el diagnóstico que se les da, pues puede suponerle una estigmatización de por vida. De ahí también, la importancia del pronóstico y el modo en el que se le comunica al paciente puesto que *“suele tener mucho que ver con la manera en que éste evoluciona”* (A. Ituarte, 2009).

En el artículo *“Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria”*, se parte de la necesidad de asegurar los cuidados al paciente durante todo su proceso de enfermedad, desde que ingresa en el hospital hasta la vuelta al domicilio.

Al igual que Amaya Ituarte hacen especial hincapié en la importancia del trabajo en interdisciplinar, y sobre todo la coordinación. Los trabajadores sociales del ámbito clínico son los que van a dar al equipo de trabajo el contexto social del paciente y cómo está siendo su vivencia de la enfermedad. Son los que conocen o deben conocer cuál es el contexto social del paciente, los apoyos con los que cuenta y sus puntos fuertes para poder mejorar.

*“Las situaciones de vulnerabilidad/fragilidad social (...) suelen en muchos casos mantenerse cuando vuelven a su entorno cotidiano”* (S. Urmeneta et. ál. revista AGATHOS, 2011, p. 43), es por ello por lo que es necesario no interrumpir la intervención en el momento del alta, se ha de llevar a cabo una búsqueda activa de recursos y servicios de los que se pueda beneficiar el/la paciente, y hay que trabajar con los compañeros/as de Atención Primaria, quienes deben ser conocedores/as del caso, puesto que van a ser, en muchos casos, los encargados/as de continuar la intervención.

La experiencia ha demostrado que trabajar de forma coordinada entre la red de salud y los recursos socio sanitarios garantiza una intervención continuada lo que *“hace posible por una parte no retrasar las altas hospitalarias por razones no clínicas, y por otra posibilitar que una vez se encuentre en el domicilio el/la trabajador social sanitario de AP pueda valorar, diagnosticar y aplicar tratamiento social para la superación de las dificultades que pudieran mantenerse tras el alta hospitalaria”*. (S. Urmeneta et. ál. revista AGATHOS, 2011, p. 43). Con todo esto se consigue una notable disminución de los ingresos provocados por causas sociales, puesto que, gracias a la labor de los y las trabajadores sociales de Atención Primaria se llevará a cabo una supervisión constante en el propio entorno familiar, lo cual permitirá descubrir carencias o necesidades que podrán ser abordadas lo más rápidamente posible reduciendo riesgos para el paciente y el entorno.

Durante este artículo recogen de forma clara y concisa los distintos objetivos que se suelen plantear cuando se lleva a cabo una intervención de cara al alta, y son los siguientes:

- *Realizar una valoración integral de las necesidades del paciente, previa al alta, que asegure la continuidad de la atención tras el alta.*
- *Captar las necesidades de las personas hospitalizadas, desde el momento del ingreso, realizando una primera evaluación a través de screening. (indicador de calidad, realizar en las primeras 24-48 horas del ingreso).*
- *Ayudar a la persona y a su familia a ajustar unos planes al alta hospitalaria que sean factibles, incluyendo la derivación a Atención Primaria de Salud, respetando el circuito sanitario.*
- *Optimizar la estancia hospitalaria, las prestaciones y recursos del propio sistema.*
- *Garantizar la continuidad del tratamiento social y sanitario, cuando regresa a su entorno.*
- *Evitar reingreso por causa social.*
- *Mejorar la comunicación y coordinación con el personal sanitario.*
- *Colaborar en la docencia del personal sanitario.*

- *Atender de forma prioritaria situaciones de vulnerabilidad/fragilidad social que han sido objeto de intervención en el HRS mediante la utilización de procedimientos y técnicas de trabajo social.*
- *Establecer prioridades en la intervención en función de los datos recogidos en el informe social de alta hospitalaria y/o información de la intervención realizada por trabajo social especializada.*
- *Detección mediante las técnicas adecuadas de las variables que condicionan la adecuada recuperación y/o mantenimiento del paciente tras el alta hospitalaria.*
- *Promover estructuras de cuidados intrafamiliares cuando sea posible.*
- *Favorecer la autonomía y ayudar mediante nuestra intervención a superar el desequilibrio consecuencia de la enfermedad aguda que provocó el ingreso hospitalario.*
- *Fomentar redes de apoyo tanto formal como informal.*
- *Informar, orientar sobre servicios, recursos prestaciones sociosanitarias.*
- *Coordinar la intervención con el resto de componentes del E.A.P. (medicina-enfermería).*
- *Coordinar con servicios y recursos sociosanitarios tanto de las Zonas Básicas de Salud, del Área de Salud, que favorezca la satisfacción de las necesidades que presenta el paciente, familia, entorno, etc.*

Con el cumplimiento de estos objetivos nos aseguramos llevar a la práctica una intervención de calidad, centrada en la persona, y en la que se mantiene coordinación constante con todos los profesionales que trabajan con el paciente.

Pero no todo son facilidades a la hora de trabajar, existen distintos aspectos que dificultan la labor del/a Trabajador/a Social en el ámbito de la salud, y que se exponen de manera detallada en el siguiente punto de este marco.

#### **1.4. Dificultades para llevar a cabo el Trabajo Social Clínico, falta de visibilidad de nuestra profesión.**

Lo dice Amaya Ituarte en una de sus publicaciones bajo el título “Sentido del Trabajo Social en Salud”, “*cuando los TTSS están presentes no siempre son considerados como*

*miembros naturales del equipo y a menudo encuentran grandes dificultades para realizar Trabajo Social” (A. Ituarte, 2009).*

A pesar de que la Ley General de Sanidad exigía la presencia de Trabajadores Sociales en los centros de Atención Primaria, muchos de ellos no cuentan con la figura de dicho profesional, o existe un solo trabajador que cubre grandes áreas de territorio.

Somos una profesión que actualmente se encuentra en peligro de extinción dentro del ámbito clínico. Pero esto no siempre ha sido así, si analizamos nuestra historia dentro del sistema sanitario hubo un tiempo en el que nuestra labor fue imprescindible, sobre todo en tiempos de cambio del sistema y de creación de nuevos recursos. Los profesionales de Trabajo Social eran vistos dentro del propio equipo de trabajo como miembros activos y participativos en la consecución de una serie de objetivos comunes.

Cristina Balaga Eguiluz describe muy bien esta evolución en su artículo “Visibilización del Trabajo Social en Salud Mental: modificando la mirada del otro y afianzando la autoimagen”. Establece como punto de inflexión del retroceso de la figura del trabajo social en salud el momento en el que se van introduciendo las nuevas tecnologías y el modelo biologicista de la salud. *“Hemos pasado a convertirnos en un colectivo situado, por el otro, en “tierra de nadie-tierra de todos”, alienado y reprimido desde la diferencia, hasta el punto de temer por la permanencia de esta profesión en el Sistema Sanitario”*(C. Balaga, 2009). Hasta llegar a la situación actual, en la que, como ya he dicho el trabajo social va desapareciendo del ámbito clínico.

El hecho de no ser profesionales clínicos nos diferencian del resto del equipo provoca que la visión de nuestra profesión dentro de haya variado tanto a lo largo del tiempo. De ahí surge la necesidad de conformarnos una nueva identidad, que nos diferencie del resto y que nos ubique en un lugar propio dentro del Sistema Sanitario, sin depender de otros a la hora de llevar a cabo nuestra profesión.

Cristina Balaga expone que estamos en un momento en el que es necesario plantear una serie de cambios y propuestas de trabajo que nos hagan identificarnos y diferenciarnos del resto, así como demostrar que nuestro trabajo es esencial dentro del Sistema. Pero además de ser una necesidad es también uno de los puntos débiles

de nuestra profesión, actualmente para demostrar algo hay que justificarlo por medio de estudios, planes, programas, centrados siempre en lo cuantitativo. La base de nuestra profesión se encuentra en trabajar de forma directa con las personas, con sus vivencias, necesidades, problemáticas... nunca nos encontramos dos casos iguales, por lo que es muy complicado el hecho de investigar y plasmar toda la información recogida en datos cuantitativos. No podemos permitirnos el hecho de generalizar porque pone en riesgo la calidad de intervención, puesto que nos centraremos en cuestiones superficiales, y se pasarán por alto muchas otras de gran importancia.

Actualmente, ya lo dice la autora de esta publicación, los profesionales del trabajo social del ámbito sanitario siguen manteniéndose dentro del sistema porque son los concedores de los recursos sociales necesarios para alcanzar los objetivos, disminuir ingresos por causas sociales y la frecuencia de consultas, mejorar las altas hospitalarias... *“El Trabajo Social corre el riesgo de terminar siendo instrumentalizado, vaciado de contenido en la relación con las personas”* (C. Balaga, 2009)

## 2. MARCO NORMATIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) define la salud *como el equilibrio entre lo psicológico, lo biológico y lo social y no tanto la ausencia de enfermedad o dolencia.*

La salud es un derecho, y como tal, viene recogido en la **Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea**, el artículo 35 hace referencia a la Protección de la Salud:

*“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.”*

**La Constitución de 1978** establece las competencias, en materia de salud, que han de ser asumidas por las CCAA y las que asume el Estado. Se pretende garantizar un acceso a los recursos sanitarios para todos los ciudadanos.

El artículo 43 hace referencia a la protección de la salud y dictamina lo siguiente:

- 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
- 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
- 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, fue promulgada con el fin de atender las necesidades de reforma que no se llevaron a cabo en la legislación que a dicha Ley le precedía.

Lleva a cabo en reconocimiento del artículo 43 de la Constitución que anteriormente ha sido mencionado, reconociendo el derecho a obtener prestaciones sanitarias a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España.

Art. 1



---

*“Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. “*

El objetivo con el que se desarrolla esta ley es el de conformar un Sistema Nacional de Salud con unas características generales y comunes. Que aseguren la igualdad de condiciones y que mejore el acceso de los usuarios al sistema.

La ley delega en las Comunidades Autónomas la responsabilidad de gestión y organización de sus propios sistemas de salud, que a su vez conformarán un Sistema General

Art. 50

*“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.”*

Además, dicha ley, en su exposición de motivos hace una primera referencia a la importancia que tiene el ámbito social dentro de la salud, y ve la necesidad inherente de centrar la atención en el individuo y no solo en su enfermedad.

Pero es en la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, la que define de manera clara y concreta el Trabajo Social como una prestación del sistema. En su artículo 14 lo define de la siguiente manera:

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

Así pues, nuestra Ley de Sanidad no sólo regula el derecho de todos los ciudadanos a la salud física, sino también a la social, positivizando así el derecho de los ciudadanos a una salud integral.

Además, en su artículo 12, establece la figura del Trabajador Social como una prestación dentro de la atención primaria de salud:

*“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.”* (capítulo I, Sección I, artículo 12)

La figura del o la trabajadora social dentro del equipo de profesionales sanitarios se va a ocupar de todo lo referente al aspecto social de su estado de salud, aspecto indispensable para lograr una atención integral del paciente:

*“prestación de atención especializada: La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.*

*La atención sanitaria especializada comprenderá: (...) d) el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y en su caso, la hospitalización a domicilio (capítulo I, Sección I, artículo 13)”*

El Real **Decreto 1030/2005 de 15 de Septiembre**, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización:

En su Anexo III, Cartera de servicios comunes de atención especializada, desarrolla el apoyo al alta: (punto 4)

*“Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz, y en su caso, hospitalización a domicilio. Comprende las actividades diagnósticas y terapéuticas que han de ser llevadas a cabo de forma coordinada y por atención primaria y especializada como consecuencia de procedimientos iniciados en el nivel de atención especializada y que ambos niveles, de forma consensuada, acuerden que pueden ser facilitadas a nivel*

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

*domiciliario, de forma que se garantice la continuidad en la atención prestada al usuario tras el alta hospitalaria, conforme a los programas especiales establecidos y la organización propia de cada servicio de salud. En los casos en que el paciente se encuentre en una situación clínica que requiera de atención continuada y no presente inestabilidad clínica que pudiera suponer un riesgo en su evolución, el servicio de salud podrá optar por la hospitalización a domicilio”.*

La descentralización del Sistema Nacional de Salud que delega responsabilidades en las Comunidades Autónomas hace que cada una de ellas desarrolle un Sistema de Salud propio, con su propia legislación, en el caso de la Navarra se promulga la **Ley Foral 10/1990, de 23 de Noviembre, de Salud de Navarra.**

La Ley General de Sanidad, define el marco básico al que han de adscribirse las comunidades autónomas, por lo que el objeto de esta Ley Foral es la regulación de la sanidad navarra en base a lo establecido anteriormente en materia de higiene, sanidad y asistencia sanitaria.

La Ley establece la universalización de la asistencia sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Navarra sin distinción alguna.

Sienta los criterios y principios generales de actuación sanitaria, orientándola a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Se vuelven a definir las Zonas Básicas de Salud en las que se estructura todo el territorio de la Comunidad Foral y se delimitan las Áreas de Salud.

Habla de la organización de la ley y los órganos de participación y actuación y se centra en la creación y definición del “Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea” que trata de dotar a la Administración Sanitaria Foral de una estructura organizativa y de gestión.

En definitiva mejora lo establecido en la Ley General de Sanidad sobre todo en lo referente al área de intervención y organización, así como en los derechos de las personas usuarias, tema que se abordará de forma individual en **Ley Foral 17/2010, de 8 de Noviembre, de Derechos y Deberes de las personas en materia de Salud en la Comunidad Foral de Navarra.**

Artículo 1. *Objeto de la Ley Foral.*

*La presente Ley Foral tiene por objeto:*

- 1. Regular y promover el cumplimiento de los derechos y deberes de las personas en relación con la salud.*
- 2. Regular y promover el cumplimiento de los derechos y deberes de los profesionales que desarrollan su actividad en el sistema sanitario público de Navarra. TÍTULO PRELIMINAR 9*
- 3. Determinar los criterios generales para su mayor eficacia y establecer el marco de las medidas administrativas dirigidas a su mejor protección y garantía que deben traducirse en criterios de gestión para las Administraciones Públicas.*

Dicha Ley contiene por primera vez la planificación del alta hospitalaria como derecho de la persona:

*“Se garantizarán a las personas ingresadas el derecho a la planificación del alta, de forma que en el caso de requerir cuidados con posterioridad al alta, se garanticen estos cuidados”* (Título I, Capítulo III, Artículo 18).

El **Decreto Foral 148/1986, de 30 de Mayo, por el que se regulan las estructuras de Atención Primaria de Salud en Navarra**, en su *Artículo 18*. señala cuáles son las funciones específicas del Trabajador Social dentro del equipo de atención primaria:

- a) Investigar, diagnosticar y registrar la situación socioeconómica, familiar, cultural, que permitan la programación de actuaciones sanitarias comunitarias.
- b) Atender los problemas sociales que se presenten, tanto a nivel individual o familiar, como colectivo en el marco de los diferentes programas de atención.
- c) Coordinarse con los de Servicios Sociales de Base correspondientes.
- d) Contribuir al conocimiento adecuado, por parte de la población de los recursos sanitarios disponibles, y de su correcta utilización.
- e) atención preferente a la organización de la comunidad de cara a su activa participación.
- f) Estudiar y analizar, de forma permanente, el grado de satisfacción de los usuarios.

- g) Atención preferente a la captación de población de alto riesgo primordialmente en los programas de la mujer y del niño.
- h) Realizar las visitas domiciliarias oportunas a la población de alto riesgo social, realizando una educación socio-sanitaria intensiva y programada.
- i) Realizar los informes socio/familiares específicos que puedan contribuir al abordaje integral, correcto y oportuno de un determinado problema de salud por parte del personal sanitario.
- j) Participar con los restantes miembros del Equipo en el control del medio laboral, escolar, viviendas, locales públicos, asumiendo el seguimiento de la corrección de las deficiencias encontradas.
- k) Control y seguimiento de enfermos crónicos en la comunidad, así como diseño y participación en los programas de reinserción social con especial apoyo a la desinstitucionalización.
- l) Registro estadístico de actividades sociales. m) Participar en los estudios epidemiológicos y cumplimentación de las encuestas que se precisen.
- n) Todas aquellas de análoga naturaleza que les sean encomendadas acordes con su capacitación y titulación.

### **3. DEFINICIÓN DEL RECURSO**

Uno de los elementos indispensables para comprender este proyecto y lo que se va a desarrollar en él. Puesto que se trata de una comparativa de los procesos de intervención desarrollados por Trabajo Social desde el ámbito público y privado, es fundamental conocer cuáles son las características del Servicio Navarro de Salud desde el lado de lo público y desde lo privado la Clínica Universidad de Navarra.

A continuación se presentarán algunos de los rasgos más distintivos de cada institución así como los valores que los representan y que marcarán el modelo de intervención de cada uno de ellos.

#### **3.1. Servicio Navarro de Salud, Complejo Hospitalario de Navarra**

El sistema de salud navarro siempre ha sido considerado como uno de los mejores a nivel Estatal, es un hecho estadísticamente comprobado que la población navarra tiene una de las esperanzas de vida más longevas del país y de Europa. Este dato guarda relación directa con la calidad del Sistema de Salud y de sus intervenciones. Tal y como aparece reflejado en el “Plan de Gestión de la calidad docente” del Complejo Hospitalario de Navarra.

Navarra se divide en tres áreas de salud, que son las de Estella, Tudela y Pamplona. Es ésta última la que acoge a un número mayor de población y que además es referencia para las otras dos aéreas. Actualmente cuenta con dos hospitales, denominados con anterioridad como Hospital de Navarra y Residencia Virgen del Camino, y con la Clínica de Rehabilitación Ubarmin, así como con una serie de centros ambulatorios de asistencia especializada y varios Centros de Atención a la Mujer.

En el plan de Gestión de la Calidad Docente del Complejo Hospitalario de Navarra se cuenta la historia dispar de los centros sanitarios en Navarra. Hasta el año 1964 solo existía un Hospital que gestionado por la Diputación Foral de Navarra que combinaba atención de carácter benéfico, con atención privada y atención al personal de Diputación. Con la inauguración de la Residencia Virgen del Camino en el año 1964 aparece otro centro hospitalario, que se mantendría independiente al anterior hasta

que se produce la transferencia de la sanidad a Gobierno de Navarra, que fue quien asumió la asistencia sanitaria de la población.

A cada área de salud se le asignó un hospital, la Residencia Virgen del Camino le correspondería a Tudela, y el Hospital de Navarra a Estella. A su vez, en ese momento se distribuyó la población del área de Pamplona en dos subzonas, de manera que cada uno de los dos hospitales tuviera su población de referencia.

Ante la necesidad de armonizar y racionalizar la gestión asistencial y el modelo organizativo, el Decreto Foral 19/2010 de 12 de abril, reguló la creación del Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea. Consistió en la integración de los dos hospitales, y por consiguiente los recursos humanos, financieros y tecnológicos de ambos, con el objetivo de alcanzar la máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente y tratando de rentabilizar las intervenciones llevadas a cabo.

Actualmente se encuentra en proceso de cambio, y la vía para lograrlo se encuentra en el plan de salud 2014-2020, que busca mejorar lo que se ha hecho hasta ahora. A pesar de que la OMS define la salud como el “estado de bienestar físico, mental y social”, se ha trabajado sobre todo en base a un modelo biomédico, mediante este plan se quiere establecer una nueva visión de la salud en Navarra, un nuevo modelo de intervención con nuevas variables tales como la promoción de la salud, el bienestar emocional, la prevención del riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, la equidad en los resultados de salud, la promoción de la autonomía personal o la reducción de la discapacidad. Se busca crear un nuevo modelo en el que no solo se aborde la salud, sino que se tenga en cuenta también el trabajo en políticas entre departamentos, sobre todo con Educación y Políticas Sociales.

### **Estilo de trabajo y ética profesional**

#### **Misión:**

La Misión del sistema sanitario público es prestar atención sanitaria a los ciudadanos de Navarra y Contribuir a mejorar su nivel de salud.

**Visión:**

Aspiramos a lograr un sistema sanitario centrado en el paciente, sostenible y resolutivo, innovador, y abierto a la sociedad a la que se da servicio.

- Que desarrolle un modelo de atención orientado al ciudadano, respete plenamente su autonomía y amplíe sus posibilidades de elección informada.
- Que optimice sus procesos, procedimientos y circuitos.
- Que presente una atención de calidad, integral e integrada.
- Que esté abierto a cuantas innovaciones tecnológicas y cambios organizativos aporten valor añadido a los pacientes y demuestren su eficiencia social.
- Que promueva la responsabilidad personal y la autonomía organizativa y exija y reconozca resultados coherentes con los medios asignados.
- Que promueva la implicación activa de los profesionales en la mejora continua de la calidad total y se ocupe de incrementar su satisfacción.
- Que rinda cuentas públicas de sus resultados y rentabilice al máximo los recursos públicos asignados.

**Valores:**

Los valores que aspiramos a promover y compartir en el seno de la organización son los siguientes:

- Orientación al paciente y compromiso con su autonomía.
- Compromiso ético y social.
- Corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- Compromiso con la sostenibilidad del Sistema.
- Concepción integral de calidad (Calidad técnica + calidad percibida + eficacia social).
- Orientación a resultados. Práctica clínica basada en datos.
- Compromiso e implicación profesional en la mejora continua.
- Compromiso de desarrollo profesional.



## **Unidad de Trabajo Social**

La Unidad de Trabajo Social del Complejo Hospitalario de Navarra depende funcionalmente del Servicio de Soporte a la Estructura Asistencial junto a las restantes unidades orgánicas de carácter no asistencial.

Desarrolla su labor en los tres edificios que integran el CHN, A (Hospital de Navarra), B (Hospital Virgen del Camino) y C (Clínica Ubarmin).

### **3.2. Clínica Universidad de Navarra**

La Clínica Universidad de Navarra es un centro médico-hospitalario, que se creó como parte de la Universidad de Navarra en el año 1961, esta vinculación al mundo de la docencia es una de sus características más relevantes, ya que añade a la práctica clínica y la atención al paciente, el carácter docente e investigador, lo cual se traduce en un alto grado de especialización médica en constante renovación tecnológica.

Como ya se ha expuesto, en ella se integran la práctica clínica innovadora, con la enseñanza y la investigación situando las necesidades de cada paciente en el centro de su actividad. La práctica de la medicina se desarrolla mediante el enfoque multidisciplinar, el trabajo en equipo de los distintos profesionales y la compasión ante las necesidades del paciente.

La Clínica es una organización sin fines de lucro que reinvierte todos sus excedentes en mejorar la dotación tecnológica y en impulsar la investigación. Gracias a su modelo diferencial, la Clínica Universidad de Navarra ha sido pionera en la implementación de técnicas médicas en España y a nivel mundial, y es referencia internacional en numerosos procedimientos altamente especializados.

Esta estrecha relación con la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas clínicas tuvo como resultado en el año 2004 la inauguración del CIMA (Centro de Investigación Médica Aplicada de la Universidad de Navarra). Surge como consecuencia de medio siglo de experiencia en la Facultad de Medicina y la Clínica Universitaria, además de las facultades de Ciencias y Farmacia y el Centro de Investigación en Farmacobiología Aplicada. Aproxima la investigación básica a la aplicación clínica y colabora con la industria farmacéutica y biotecnológica en el desarrollo de productos para diagnóstico

y tratamiento. En definitiva, procura realizar un trabajo científico de calidad y servicio para combatir enfermedades que causan sufrimiento y aún no tienen curación.

La Clínica Universidad de Navarra está situada en Pamplona, ubicada en la Avenida Pío XII número 36, es un centro de 75.000 m<sup>2</sup>, en los que se encuentran distribuidos los 50 departamentos médicos y 10 áreas especializadas. Todas las pruebas analíticas, de radiodiagnóstico y de tratamiento médico o quirúrgico se realizan en el mismo centro. Dispone de 400 camas, 15 quirófanos, UCI de adultos y pediátrica, y una Unidad de Hospitalización Especial, entre otros recursos.

La Universidad de Navarra es una Obra Corporativa del Opus Dei, institución de la Iglesia Católica fundada por San Josemaría Escrivá de Balaguer. Su misión consiste en difundir el mensaje de que el trabajo y las circunstancias ordinarias son ocasión de encuentro con Dios, de servicio a los demás y de mejora de la sociedad.

En consecuencia, la labor de la Clínica no se limita a la tarea docente e investigadora o a la atención de los pacientes. Los profesionales que la conforman, católicos o no, se comprometen a que su actividad sea acorde con la ética y los valores cristianos.

Esta identidad cristiana es compartida con la Universidad de Navarra, y se refleja entre otros aspectos, en la dignidad con la que se busca tratar a los pacientes. Cada paciente es único y por ello el quehacer de los que trabajan en esta institución ha de centrarse en él de manera individualizada. De esta manera, promueve valores, comúnmente aceptados, vividos y compartidos por personas con fe o sin ella, como pueden ser el respeto mutuo, la libertad de conciencia, el espíritu de convivencia sin discriminaciones de ningún tipo, delicadeza en el comportamiento y justicia.

Los profesionales están comprometidos a realizar su trabajo con la mayor competencia profesional y humana. Esta forma de entender el trabajo lleva a cada uno a trabajar en equipo, a buscar la excelencia, a servir a los demás con su tarea y asumir la propia responsabilidad en sus decisiones y actuaciones profesionales.

Toda la información expuesta anteriormente se encuentra disponible en: <http://www.cun.es/> [consulta 5 de marzo 2014]

### **Estilo de trabajo y ética profesional:**

**Misión:**

La misión de la Clínica Universidad de Navarra consiste en prestar una excelente atención sanitaria a los pacientes a través de una práctica clínica innovadora que integre la investigación y la docencia en Ciencias de la Salud al más alto nivel nacional e internacional. Esta misión se lleva a cabo con espíritu cristiano de servicio a la persona y a la sociedad.

**Visión:**

La Clínica Universidad de Navarra se proyecta en el futuro como un hospital dinámico, flexible e innovador, con capacidad de adaptación, agilidad y creatividad.

Desde un modelo organizativo de atención y gestión clínica consistente en la agrupación de diversos especialistas en torno a pacientes con patologías similares. El enfermo y sus necesidades configuran la estructura asistencial y la investigación biomédica aplicada, la educación médica y la gestión o las nuevas áreas de conocimiento y trabajo multidisciplinar.

Así pues, un avanzado equipamiento tecnológico de alta calidad que soporte el modelo de hospital de vanguardia resulta imprescindible.

Por otro lado, la expansión territorial de la Clínica se ve necesaria y la utilización de las nuevas tecnologías de la información facilitará esa expansión y globalización.

La clínica ofrece sus servicios a todo el Estado Español, pero también a otros países de Europa e Iberoamérica convirtiéndose para éstos en un hospital de referencia.

**Valores:**

La Clínica promueve un modo de trabajar coherente con la ética cristiana. Lo que se concreta en una cultura y unos valores vividos y promovidos por sus profesionales. Aporta una manera de hacer la medicina y la investigación en la que cada persona es lo más importante. El código ético de la Clínica subraya, entre otros, los siguientes aspectos:

- El respeto a la vida, desde su inicio hasta su término natural.

- El respeto a la dignidad y libertad de cada persona, que se manifiesta en una actitud permanente de respeto hacia el paciente, su familia, y hacia todas las personas que trabajan en la institución.
- La atención a cada paciente es universal y no discrimina a ninguna persona por su nivel social, económico, su origen étnico, por sus creencias o por otro tipo de situaciones.
- La confidencialidad es exigida por el secreto profesional y cada paciente es informado de forma oportuna.
- El conocimiento, competencial y valores humanos de cada profesional se ofrecen al servicio del paciente. Para alcanzar el diagnóstico se ponen los medios adecuados con el mínimo riesgo, en el menor tiempo posible, con el menor coste, y en las condiciones menos gravosas para el paciente.
- El trabajo en equipo multidisciplinar fomenta la creatividad e innovación y facilita la integración de conocimientos y el abordaje de cada enfermedad con una perspectiva global.
- La puesta en marcha de terapias innovadoras fruto de la investigación que se realiza en todo centro universitario cumple siempre la legalidad vigente y debe ser aprobada por el Consejo de Dirección, con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación Científica de la Clínica. Además, el paciente debe ser informado de la utilización de esas terapias y expresar su consentimiento por escrito.
- El personal de la clínica respeta el entorno, cuidando el medio ambiente.

#### **Área de Trabajo Social:**

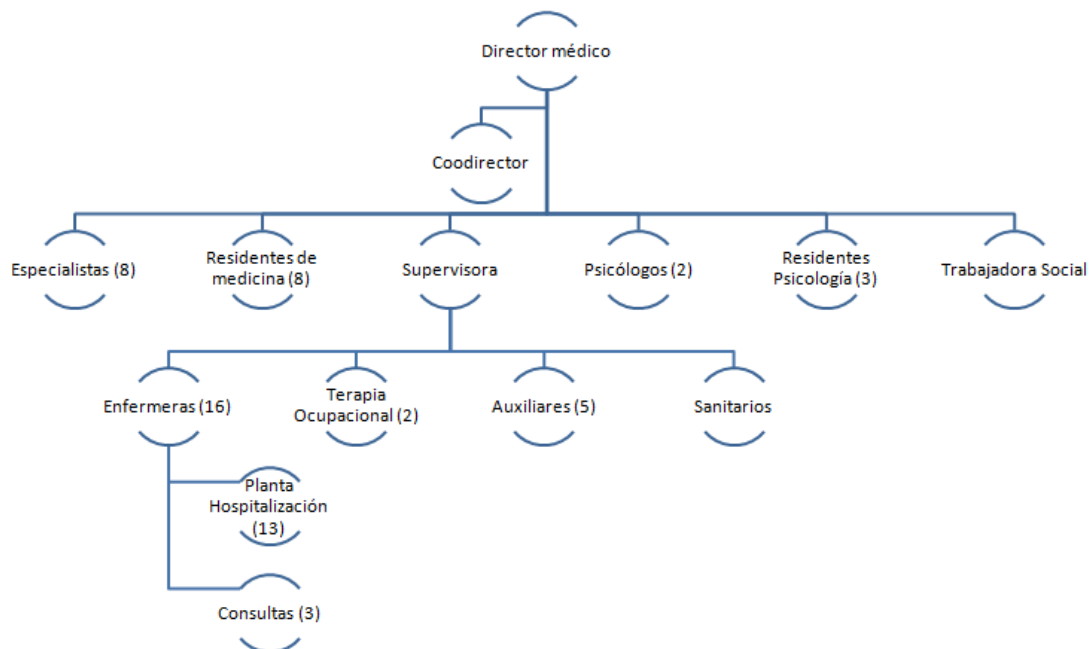
Trabajo Social dentro de la Clínica Universidad de Navarra, se encuentra ubicado dentro del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, y en el Centro Residencial, por lo tanto depende directamente del Director del Departamento de Psiquiatría que es, a su vez, el Subdirector Médico de la CUN.

A pesar de encontrarse ubicado en dos áreas diferenciadas y específicas es una prestación ofertada para todos los pacientes que requieran de la asistencia de trabajo social.

## 4. METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL

### 4.1. Trabajo Social en La Clínica Universidad De Navarra

Trabajo Social en la Clínica Universidad de Navarra se encuentra ubicado dentro del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, en la V Fase. El motivo por el cual lo encontramos en dicho departamento es porque en él se genera el mayor volumen de demandas a nivel social, puesto que por las características y patologías de los pacientes nos encontramos situaciones de mayor vulnerabilidad en las que es necesaria la intervención de los profesionales de Trabajo Social. A pesar de que esté ubicado específicamente en el área de Psiquiatría, la intervención no se limita a ella, se interviene en cualquier otro departamento siempre que surja la necesidad.



**Figura 1.** Organigrama Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica CUN

Como se observa en la Figura 1, trabajo social depende directamente del Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicología médica, que a su vez es el subdirector médico de la Clínica Universidad de Navarra.

El Trabajo Social desarrollado en la CUN es de carácter hospitalario, que atiende a un conjunto de población en el que la enfermedad o las consecuencias derivadas de la misma es su factor común.

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

El abordaje de la salud requiere que la atención a los pacientes y a sus familiares sea integral, es por ello que para realizar una buena intervención han de tenerse en cuenta todos los ámbitos que influyen y determinan la salud de las personas, siendo el medio social, en el que se mueven los pacientes, uno de ellos.

El Trabajo Social en la Clínica tiene como competencia, colaborar a partir del estudio, diagnóstico y tratamiento social sanitario, en la atención integral de las personas con dificultades personales y sociales. Se desarrolla dentro de un medio de trabajo interdisciplinar que tiene como objetivo la búsqueda de la salud y bienestar del paciente, consiguiendo de este modo una intervención de calidad.

Desde el área de Trabajo Social se hace especial hincapié en los factores psico-sociales detectados para establecer una planificación conjunta de los objetivos con el paciente y las medidas más adecuadas a poner en práctica para conseguirlos.

Las intervenciones se llevan a cabo en base a un método científico construido como proceso de ayuda, desarrollando una serie de técnicas y procesos que promueven los recursos propios de la persona y de su entorno, con el objetivo de empoderar al paciente para que sea capaz de superar, corregir y/o asumir las dificultades, necesidades, carencias y conflictos que hayan podido surgir de la interrelación entre la enfermedad, la persona y su entorno.

Existen distintas vías mediante las cuales acceder a la Unidad de Trabajo Social, bien por iniciativa propia del paciente, porque medicina o enfermería solicitan petición de intervención a Trabajo Social y derivan la situación, en base a algún indicador de riesgo, por propia iniciativa de la Unidad de Trabajo Social bajo autorización y consentimiento del Departamento responsable del paciente, o bien porque es derivado por organismos y recursos sociales comunitarios o sanitarios.

### **Las líneas de actuación**

A continuación se presentan las actividades, funciones y tareas que se llevan a cabo desde Trabajo Social de la CUN, y que todas ellas en su conjunto conforman las líneas de actuación que se han de seguir en las intervenciones.

- Primera entrevista, estudio socio familiar y análisis de dependencia funcional según el paciente y/o su familia. Estudio y atención directa de la demanda. Conocer la situación previa al ingreso. Recoger el autodiagnóstico del paciente.
- Informar al personal médico y de enfermería del resultado de esta primera entrevista y de las gestiones que se vayan sucediendo. Integración en el equipo multidisciplinar de planta.
- Identificación de los pacientes que tienen la situación social cubierta.
- Identificación de los pacientes que requieren seguimiento y de los que precisarán recursos extrahospitalarios. Planificación del alta hospitalaria.
- En ambos casos se abrirá Historia Social.
- Seguimiento telefónico y si fuese necesario visitas domiciliarias
- Derivaciones activas a otros servicios de atención primaria y especializada.
- Documentar los casos en los que se interviene. Registro de datos (estadísticas, notas de evolución, ficha social, historia social...)
- Diseñar el plan terapéutico individualizado de cada paciente, contemplando las necesidades sociales y las sanitarias.
- Coordinación y derivación extrahospitalaria con los profesionales de otros servicios comunitarios de salud.
- Sesiones de trabajo interdisciplinares para debatir la calidad de los procesos en la resolución de casos.
- Infomes sociales (procesos de incapacitación legal, valoración de dependencia, servicios sociales...)
- Información, orientación y soporte a los pacientes que, sin necesitar algún recurso, sus características sociales los sitúan en la definición de alto riesgo.
- Evaluaciones periódicas de la demanda y de las necesidades de los pacientes.
- Asistencia a cursos, jornadas de trabajo, etc. de interés profesional.



---

**Áreas de intervención:****Área Asistencial:**

- Atención directa al usuario. Valoración de su demanda.
- Valoración de la urgencia socio-sanitaria.
- Trabajo a nivel individual y/o familiar.
- Garantizar la continuidad de los casos en el medio social de los usuarios para evitar la institucionalización innecesaria.
- Valoración social que contribuya a un diagnóstico integral del paciente.
- Seguimiento y apoyo a las familias.
- Coordinación con otros servicios que garanticen y ayuden al tratamiento sociosanitario .

**Área de Prevención**

- Información, coordinación y contactos del Centro Hospitalario y con las demás Instituciones y servicios del Área Sanitaria.
- Coordinación con las Instituciones y Organizaciones ciudadanas.
- Educación para la salud.

**Área Rehabilitadora**

- Intervención en el área escolar para garantizar y apoyar la integración de los niños con problemas sanitarios.
- Intervención en programas comunitarios que posibiliten la integración de personas con dependencia.
- Promoción y utilización de recursos comunitarios adecuados para cada situación concreta, que contribuyan a la mejoría de la situación social del usuario y la familia.

**Área de investigación**

- Captación de los factores de riesgo para la planificación de programas de atención socio-sanitaria y estudio para conocer el área de Salud

#### *4.1.1. Trabajo Social en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica:*

Al desarrollarse el grueso de las intervenciones de Trabajo Social en el Área de Psiquiatría, es necesario desarrollar de forma más amplia el tipo de trabajo y de intervención que se lleva a cabo en ella.

La enfermedad mental es un problema con un alto contenido social ya que existen diversos factores sociales que influyen tanto en la aparición de un trastorno como en la evolución, pronóstico y mejoría del mismo. Dentro de un proceso de enfermedad se pueden identificar dos procesos relacionados con lo anteriormente citado, que son: por un lado, la alteración de la relación del enfermo con su medio (fenómeno que puede acabar terminando en una situación de exclusión) y por otro lado la disminución o pérdida de autonomía social.

Con todo esto podemos decir que el objetivo principal del Trabajo Social dentro de este ámbito no es otro que el de contribuir a una mejor adaptación entre los individuos y el medio que les rodea. Contribuyendo a mantener, mejorar y restablecer el funcionamiento social, favoreciendo los cambios y recursos necesarios.

No existe un perfil determinado de pacientes dentro del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, esto se debe al grueso de enfermedades mentales que existen y cuyos efectos no son los mismos en todas las personas, es por ello que no es posible llegar a realizar una clasificación.

Como ya he dicho el ámbito social que rodea al paciente va a ser un elemento clave tanto en cómo se de la enfermedad así como en su evolución. De ahí que una de las tareas principales desde el trabajo social sea la de informar y asesorar tanto a familiares como a pacientes de cómo es la enfermedad, cómo va a afectar a la vida de la persona que la sufre y de los que les rodean así como de los recursos existentes de los que se pueden beneficiar, estableciendo como una de las misiones principales la prevención de la enfermedad mental.

Para llevar a cabo sus funciones, utiliza los servicios sociosanitarios existentes en la comunidad, como por ejemplo:

- Recursos de carácter laboral: Centros Especiales de Empleo, Centros Ocupacionales, empresas de Inserción...

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

- Centros residenciales de media y larga estancia
- Hospitales y centros de día
- Solicitud de valoración de discapacidad. En base a si le conceden un porcentaje de discapacidad el paciente podrá beneficiarse de una serie de recursos propios para estas personas.
- Información y tramitación de la Valoración del grado de Dependencia, con los recursos y ayudas propias destinadas a la dependencia y recogidas en la cartera de servicios de la Ley de Dependencia.
- Tramitación de una Incapacidad Laboral con la Seguridad Social
- Servicios de ayuda en domicilio
- Orientación en temas legales (incapacitación, ingresos no voluntarios...)
- Búsqueda de recursos académicos y formativos
- (...)

Además de todo lo mencionado anteriormente, el profesional del Trabajo Social es el encargado de realizar la valoración social, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presenta el enfermo: situación familiar, situación económica, vivienda, potencialidades, posibilidades de rehabilitación en su entorno... para conseguir de este modo un diagnóstico social integral de cada uno de los pacientes

El método básico de actuación consiste en 5 fases:

- I. Estudio de la situación/investigación
- II. Interpretación diagnóstica
- III. Realización del plan de acción/intervención
- IV. Puesta en marcha de recursos
- V. Evaluación y seguimiento

## Cómo se interviene con la persona usuaria en el área de Psiquiatría

A continuación se presenta el modo en el que se lleva a cabo la intervención de Trabajo Social con un paciente psiquiátrico.

### Ficha Social

Para comenzar a intervenir en un caso, es necesaria la autorización y derivación del paciente por parte de su médico psiquiatra de referencia. Una vez se ha producido esto, desde Trabajo Social se le abre una Ficha Social, es un documento propio de trabajo social, al que solo tiene acceso el profesional de trabajo social. En ella, tras realizar una entrevista con la persona usuaria, se van a recoger los datos necesarios con respecto a los diferentes aspectos sociales que se han de tener en cuenta a la hora de llevar a cabo la intervención. La Ficha Social está compuesta por cuatro subapartados diferenciados, que son la Historia Social, Situación social actual, Diagnóstico social e Intervención social.

The screenshot shows a software interface for a social history questionnaire. The window title is "Cuestionario". At the top right, there is a summary of patient data: "Peso: 54,7 kg", "Talla: 155 cm", "Sup. Corp: 1,52", "IMC: 22,8", "TA S", and "TA D". Below this, there are fields for "Paciente:" and "Grupo: O+". The main content area is divided into two main sections: "Historia familiar" and "Historia personal".

**Historia familiar** includes:

- Composición familiar [...]
- Situación familiar destacable [...]
- Procedencia de la familia [...]:
  - Navarra urbana
  - Navarra rural
  - Otro país
  - Otra comunidad

**Historia personal** includes:

- Formación / Educación [...]:
  - No sabe leer, ni escribir
  - Bachiller superior / BUP / COU
  - Estudios universitarios
  - Rendimientos muy deficientes
  - Adaptación muy deficiente
  - Básica incompleta
  - Formación profesional superior
  - Rendimientos adecuados
  - Adaptación adecuada
  - Formación profesional
  - Estudios no reglados
  - Rendimientos deficientes
  - Adaptación deficiente
- Historia laboral [...]
- Relaciones sociales [...]
- Relaciones afectivas, de pareja [...]
- Otras situaciones significativas [...]

A left sidebar shows a tree view of the questionnaire sections: "Cuestionario al ingreso", "Motivo de Ingreso/Consulta", "Antecedentes personales", "Datos Clínicos", "Ingreso/Consulta Psiquiátrica", "Valoración 1ª 24h. Ingreso Psiquiátrico", "HORARIO DE PLANTA", "Datos paciente", "Peritencencias Personales", "Analítica y cultivos", "Analítica", "Microbiología", "Registro Terapia Ocupacional", "Terapia Ocupacional (T.O.)", "Historia Trabajo Social", "Historia social", "Situación social actual", "Diagnóstico social", and "Intervención social".

Figura 2. Historia Social

La historia social es el primer apartado a rellenar, en ella se recogerán los datos referentes a la historia familiar y personal del paciente. Va a contener los datos personales del paciente relativos a la composición familiar, nivel educativo, situación

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

laboral, situación social, relaciones sociales y de pareja, y cualquier otra información significativa para el desarrollo del caso.

Paciente: Grupo: 0+

Peso: 54,7 kg Sup. Corp: 1,52 TA S  
Talla: 155 cm IMC: 22,8 TA D

**Convivencia** 22/05/14 -

Composición familiar actual

Situación Familiar destacable

Dinámica Familiar [...]

Apoyo familiar e informál

Apoyo social y/o recursos sociales

**Vivienda** 22/05/14 -

Vivienda [...]  Vivienda tutelada/comunitaria/supervisada  Vivienda alquilada  Pensión  
 Sin vivienda  Domicilio familiar  Vivienda propia  
 Vivienda social  Otros

Condiciones de habitabilidad de la vivienda

**Actividad / ocupación** 22/05/14 -

Actividad / ocupación [...]  Trabajo fijo  Trabajo eventual  
 Autónomo  Trabajo doméstico no remunerado  Trabajo sumergido  
 Empleo u ocupación protegida  Parado (no cobra prestación)  
 Parado (cobra prestación)  Parado (paro coyuntural)  Jubilación  
 Inactivo: abandono del mercado laboral  Inactivo: exclusión del mercado laboral

Adaptación y rendimiento Act./ocup. [...]

Ajuste socio-laboral Act./ocup. [...]

**Recursos económicos** 22/05/14 -

Recursos económicos [...]  sin recursos  ingresos derivados del trabajo  pensión contributiva  
 pensión no contributiva  prestaciones familiares  prestaciones sociales  
 subsidios y ayudas  dependencia económica de la familia  desconoce el tipo de ingresos  
 Otros

los ingresos son [...]

**Participación social** 22/05/14 -

Participación social [...]

**Autonomía / discapacidad** 22/05/14 -

Cuidado personal [...]

Funcionamiento ocupacional [...]

Funcionamiento en la familia [...]

Funcionamiento en el contexto social [...]

**Reconocimiento de minusvalía** 22/05/14 -

Reconocimiento de minusvalía [...]  Sí  No

Grado minusvalía [...]

Fecha minusvalía [...] DD/MM/YYYY

Dictamen [...]

**Valoraciones Administrativas** 22/05/14 -

Situación civil (Incapacitación) [...]

Figura 3. Situación Social Actual

El segundo paso dentro de la Ficha Social hace un análisis más exhaustivo de la situación social actual de la persona. Sirve para ampliar parte de la información recogida en el primer apartado y añadir nueva.

Abarca de manera más específica la situación convivencial del paciente dentro del núcleo familiar, recoge cómo es, las dinámicas que se dan, problemáticas, soportes y recursos con los que cuenta el paciente por parte de su red de apoyo más cercana.

Dentro de la ficha encontramos un análisis sobre la vivienda, en el que se recoge que régimen de vivienda tiene, si es una vivienda en propiedad, en alquiler, vivienda social, domicilio familiar... así como las condiciones de habitabilidad de la vivienda y la existencia o no de barreras arquitectónicas en ella.

Se abre un apartado referente a la ocupación del paciente, su situación laboral actual, trabaja, se encuentra en desempleo, está jubilado, incapacitado... en caso de que se encuentre en una situación activa se recogerá también como afecta la enfermedad al ámbito laboral.

Asimismo se tiene en cuenta la situación económica del paciente, los recursos con los que cuenta, y de dónde provienen sus ingresos.

Por último se tienen en cuenta los aspectos relacionados con la autonomía del paciente, si es capaz de llevar a cabo las ABVDs, si existe una dependencia o una situación de discapacidad. Existe un apartado referente a las valoraciones administrativas en el que se recogerá la existencia o no de una valoración de dependencia o discapacidad, si hay algún proceso de incapacidad civil o laboral, etc.

The screenshot shows a software interface for a social diagnosis. At the top, there is a patient information bar with fields for 'Paciente:' and 'Grupo: O+'. To the right, there are several checked boxes for patient data: 'Peso: 54,7 kg', 'Talla: 155 cm', 'Sup. Corp: 1,52', 'IMC: 22,8', 'TA S', and 'TA D'. Below this, the main window is titled 'Diagnóstico social' and contains several checkboxes for assessment: 'Situación deficitaria coyuntural', 'Situación deficitaria de larga duración', 'Desventaja social', 'Exclusión social', and 'Marginación'. On the left side, there is a vertical navigation menu with various categories like 'Cuestionario al ingreso', 'Antecedentes personales', 'Datos Clínicos', 'Ingreso/Consulta Psiquiátrica', 'Valoración 1ª 24h. Ingreso Psiquiátrico', 'HORARIO DE PLANTA', 'Datos paciente', 'Pertenenencias Personales', 'Analítica y cultivos', 'Analítica', 'Microbiología', 'Registro Terapia Ocupacional', 'Terapia Ocupacional (T.O.)', 'Historia Trabajo Social', 'Historia social', 'Situación social actual', 'Diagnóstico social', and 'Intervención social'. The date '22/05/14' is visible in the top right corner of the main window.

**Figura 4.** Diagnóstico Social

Es la síntesis de todo lo recogido a lo largo de la Ficha Social, el Diagnóstico Social ha de recoger de forma concisa la situación del paciente, y ha de determinar cuál es la magnitud y la naturaleza de la problemática.

Figura 5. Intervención Social

Es el último apartado de la Ficha Social, en el se va a recoger cómo se va a llevar a cabo la intervención y que variará en función de cómo se trabaje. Se introducirán el número de entrevistas con el paciente o la familia y la finalidad de cada una de ellas, si ha sido de orientación, apoyo, seguimiento... las visitas domiciliarias, gestión de recursos y coordinación con los mismos y con los profesionales.

### Notas de Evolución

Además de introducir los datos del número de intervenciones llevadas a cabo en el apartado de Intervención Social de la Ficha, es habitual que parezcan reflejadas en la Historia Clínica del paciente como **Nota de Evolución**. Dicha nota, es el mecanismo que tienen todos los profesionales del Departamento para exponer la evolución del paciente a lo largo del ingreso en agudos, o durante una visita de seguimiento.

Se puede acceder a la Historia Clínica de los pacientes desde cualquier departamento de la Clínica, a excepción de la Historia Psiquiátrica. En el caso de Psiquiatría existe una restricción a la hora de acceder dicha información, por tratarse de un contenido más delicado. Solo los profesionales del departamento de psiquiatría pueden acceder a dichas notas.

The screenshot shows a software interface with a calendar on the left and a list of note types on the right. The calendar displays the months of May and June 2014. The right side features a 'Visión global' button and a green plus icon. Below these are five buttons, each with a corresponding description:

Nota	Descripción
Nueva nota de evolución	Permite añadir una nueva nota de evolución al paciente (Anamnesis, exploración y plan).
Nueva anotación subjetiva	Permite añadir una nota subjetiva, sólo visible por el médico que la ha introducido
Nueva anotación del dpto	Permite añadir una nota, sólo visible por el departamento del médico que la ha introducido
Nueva nota no médica	Permite añadir notas al personal no médico (enfermeras, foniatras, psicólogos, secretarias, etc)
Nueva evolución psiquiátrica	Permite añadir una nueva nota de evolución psiquiátrica al paciente, sólo visible por los usuarios de psiquiatría
Nueva nota psiquiátrica	Permite añadir notas no médicas para la historia psiquiátrica, sólo visible por psiquiatría

**Figura 6.** Notas de Evolución






Como se observa en la figura 6. desde trabajo social existen dos maneras de introducir estas notas, en caso de que sea paciente psiquiátrico aparecerán como “Nota Psiquiátrica” y solo serán visibles para los profesionales de Psiquiatría, y en caso de que sea un paciente perteneciente a otro departamento se introducirá como “Nota no médica”, siendo en este caso una información visible para todos los profesionales de la clínica.

### Cuestionarios

Además de lo anteriormente mencionado, trabajo social de la Clínica Universidad de Navarra cuenta con otros recursos en los que apoyarse para llevar a cabo su trabajo. Uno de los soportes más empleados es el cuestionario.

Dentro del propio sistema informático CUN, la trabajadora social cuenta con una serie de cuestionarios informatizados que le permiten detectar una serie de vicisitudes necesarias para desarrollar la intervención, la información que ofrecen queda recogida dentro de la historia clínica del paciente.



 <b>¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene?</b>		22/05/14 -
Nº de Amigos [..]	[+] Nº de familiares [..]	[+]
 <b>Apoyo Emocional / Informativo</b>		22/05/14 -
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar		▼
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas		▼
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación		▼
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones		▼
Alguien cuyo consejo realmente desee		▼
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos		▼
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales		▼
Alguien que comprenda sus problemas		▼
 <b>Apoyo Instrumental</b>		22/05/14 -
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama		▼
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita		▼
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo		▼
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo		▼
 <b>La interacción social positiva</b>		22/05/14 -
Alguien con quien pasar un buen rato		▼
Alguien con quien pueda relajarse		▼
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas		▼
Alguien con quien divertirse		▼
 <b>Apoyo afectivo</b>		22/05/14 -
Alguien que le muestre amor y afecto		▼
Alguien que le abraza [..]		▼
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido		▼

**Figura 7.** Cuestionario MOS de apoyo social

El cuestionario MOS está diseñado para valorar el nivel de apoyo social de las personas. En el año 2005, Luis de La Revilla, en aquel momento presidente de la Fundación Para el Estudio de la Familia, validó dicho cuestionario para su empleo en contextos clínicos.

En el trabajo que realizó lo define como *“un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social)”* (Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria, 2005).

Dicha brevedad lo hace de gran utilidad dentro del ámbito clínico, pues puede llevarse a cabo por cualquier profesional y es un elemento de fácil comprensión. Está compuesto por 20 ítems, el primero evalúa apoyo estructural (número de familiares y amigos con los que cuenta) y el resto apoyo funcional, en los que se diferencian cinco dimensiones: apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. El paciente ha de contestar a través de una escala de 5 puntos: nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), algunas veces (3 puntos), la mayoría de las veces (4 puntos) o siempre (5 puntos).

Una vez llevado a cabo el cuestionario se sumará los puntos de cada respuesta, y el resultado determinará el nivel de apoyo social de la persona, siendo 94 la puntuación máxima, un valor medio de 57 puntos y un mínimo de 19.

¿Con qué frecuencia...	
¿Siente que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesitá?]	
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar/pacienté?]	
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar/paciente ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	[...]
¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?	[...]
Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar/pacienté?]	
¿Se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar/pacienté?]	
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de la familia de forma negativa?	[...]
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/pacienté?]	
¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?]	
¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar frente a su familiar?]	
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/pacienté?]	
¿Cree que las relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/pacienté?]	
[Sólomente si el entrevistado vive con el paciente] ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa a causa de su familiar/paciente?	[...]
¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que quiere contar?	[...]
¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	[...]
¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar/paciente durante mucho más tiempo?]	
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	[...]
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?]	
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/pacienté?]	
¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?]	
En general, ¿se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar/pacienté?]	

**Figura 8.** Test o escala de ZARIT

La escala de Zarit, presenta una serie de frases que reflejan algunos de los sentimientos habituales de las personas encargadas del cuidado de otras. Se trata de un test que puede ser llevado a cabo tanto por profesionales, realizando ellos las preguntas, como autoadministrado, es decir, que sea la persona cuidadora la encargada de contestar por sí misma las cuestiones planteadas.

Está recomendada especialmente para aquellas personas que tengan bajo su cuidado a pacientes con algún tipo de demencia o síndrome demencial, ancianos aquejados de algún tipo de trastorno mental.

Consta de 5 puntos a la hora de dar respuesta: nunca (1 punto), rara vez (2 puntos, algunas veces (3 puntos), bastantes veces (4 puntos) o casi siempre (5 puntos).

Una vez sumada la puntuación nos encontramos con que los puntos de corte para interpretar los resultados son: no existencia de sobrecarga (hasta los 45 puntos), sobrecarga (de 46 a 54 puntos) y sobrecarga intensa (a partir de 55 puntos).

## Calendario/Organización del Tiempo en el Departamento de Psiquiatría

Dentro del área de Psiquiatría de la CUN se lleva a cabo una importante labor de trabajo interdisciplinar, buscando dar al paciente una atención de calidad, en la que todos los profesionales estén coordinados y trabajen con una serie de objetivos y estrategias comunes.

**Tabla 1.** Organización del Tiempo Departamento Psiquiatría

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Reunión de equipo	Reunión para incidencias	Pase de Planta	Reunión para incidencias	Reunión de equipo

### *Reunión de equipo:*

Se lleva a cabo lunes y viernes, tiene una duración aproximada de 90 minutos, y en ella participan todos los profesionales del área de hospitalización (en el caso de enfermería y auxiliares de enfermería suelen ir dos o tres personas en representación) Psiquiatras, Psicólogos, Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Terapia Ocupacional y Trabajo Social.

En dichas reuniones, cada profesional expone su punto de vista a cerca de la evolución de cada paciente y cuáles son sus propósitos, objetivos o planes a seguir, todo ello con la finalidad de conseguir una coordinación constante y eficaz.

### *Reuniones de incidencias:*

Se llevan a cabo los martes y jueves, con una duración aproximada de 15 minutos. En ella participan los Psiquiatras, Psicólogos, la Supervisora de planta y la Trabajadora Social.

La finalidad de dichas reuniones es de seguimiento y detección de posibles incidencias, para poder abordarlas de forma efectiva y que exista una coordinación interdisciplinar a la hora de trabajar con el paciente.

*Pase de Planta:*

Los miércoles se lleva a cabo el pase de planta, en el que se visita a cada uno de los pacientes hospitalizados, para conocer de primera mano su situación. Tiene una duración de 180 minutos y en él participan los Psiquiatras, la Enfermera de referencia del paciente, la Supervisora de planta, una Terapeuta Ocupacional y Trabajo Social en aquellos casos en los que esté interviniendo.

#### 4.1.2. Intervención con pacientes no psiquiátricos

Como ya he dicho anteriormente, la gran mayoría de la población diana atendida por Trabajo Social en la Clínica Universidad de Navarra son aquellos pacientes que tienen una o varias patologías psiquiátricas, y que acceden a él a través del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.

Pero todos los pacientes de la Clínica tienen derecho a beneficiarse de la intervención y los servicios ofertados desde Trabajo Social. Es por ello por lo que se puede recibir una derivación desde cualquier otro departamento ajeno a Psiquiatría.

En este caso se puede comenzar a intervenir mediante distintas vías, por un lado mediante derivación telefónica de la supervisora de planta o del médico de referencia del paciente. No existe hoja de derivación/interconsulta a Trabajo Social, pero sí que existe una solicitud o petición informática, que ha de ser rellenada y enviada a Trabajo Social, que ha de aceptar dicha derivación para poder acceder a la historia clínica del paciente, puesto que por protección de datos no se puede acceder

The screenshot shows a software window titled "Citación" (Scheduling). It contains several sections:

- Paciente:** N° Hist: T1, Nombre: NO CAMBIAR ESTE NOMBRE, HISTORIA PRUEBA.
- Actuaciones previstas del paciente:** A table with columns for Fecha, min., Actuación, and Recurso.
- Criterios de búsqueda de Huecos:** Desde: 23/05/2014, Hasta: 22/06/2014, with a "Buscar" button.
- Actuaciones a Citar:** Dpto: Psiquiatría y Psicología Médica, Prueba: Informe Trabajo Social, Recurso: Trabajo Social, Fecha: 23/05/2014. A red "OVERBOOKING" message is displayed.
- Calendar View:** A grid showing dates from May to June 2014. The date 23/05/2014 is highlighted in blue.

**Figura 9.** Hoja de Citación de un paciente no perteneciente al departamento de Psiquiatría

Por otro lado existe la posibilidad de comenzar intervención por petición expresa de otros recursos ajenos a la CUN, por ejemplo, la trabajadora social del Servicio Social de Base de una localidad se pone en contacto con Trabajo Social de la Clínica para

seguimiento de un paciente. En este caso, para que la trabajadora social pueda acceder a la Historia Clínica del paciente en cuestión ha de llevar a cabo una solicitud de su propia intervención.

El procedimiento con estos pacientes es exactamente igual al que se lleva a cabo con un paciente psiquiátrico. Se le abre una Ficha Social, que se va rellenando con los datos que recogemos del paciente en las entrevistas, y en caso de ser necesario se pasarán las escalas pertinentes.

En estos casos es muy importante la coordinación con los profesionales clínicos de referencia del paciente, se realiza mediante contacto telefónico y personal, mediante reuniones, con la supervisora de planta, médico y enfermera responsables.

## **4.2. Unidad De Trabajo Social Complejo Hospitalario De Navarra**

La Unidad de Trabajo Social (UTS) del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) depende funcionalmente del Servicio de Soporte a la Estructura Asistencial junto a las restantes unidades orgánicas de carácter no asistencial, como por ejemplo pueden ser admisión o archivos.

Desarrolla su labor en los tres edificios que integran el CHN, A (Hospital de Navarra), B (Hospital Virgen del Camino) y C (Clínica Ubarmin). Y actualmente está compuesta por 3 administrativos/as, uno/a por hospital y 16 profesionales de Trabajo Social, que reparten su actividad entre los diferentes centros y servicios hospitalarios.

En Hospital de Navarra cuentan con 8 trabajadores/as, en virgen del camino son 7 los profesionales que integran el equipo de trabajo social de los cuales 2 están en el área de maternidad, 1 en Medicina Interna, 1 en Traumatología, 1 en Cirugía, 1 en Urgencias, 1 en Neumología y otra trabajadora en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría (UHP). A este grupo de profesionales hay que sumarle la trabajadora social de la Clínica Ubarmin, siendo un total de 16 trabajadores y trabajadoras sociales los que conforman la Unidad.

### *4.2.1. Procedimiento de intervención (investigación, diagnóstico y tratamiento)*

Tuve la oportunidad de entrevistarme con Maribel Álvarez, Trabajadora Social de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Una profesional con largos años de experiencia en el ámbito de la salud, que tuvo la amabilidad de poner a mi disposición toda la documentación e información sobre el Trabajo Social que se desempeña en el CHN, y que a continuación se recoge.

Existen distintos procesos mediante los cuales puede iniciarse la intervención, por demanda propia de la persona atendida y/o familiares o del personal sanitario mediante interconsulta o bien, por proyecto propio de Trabajo Social.

De este modo, una de las primeras labores que se han de llevar a cabo es la revisión de posibles ingresos habidos durante el periodo de tiempo en el que el profesional se encuentra fuera de su puesto de trabajo. Dichos ingresos son proporcionados por los/as administrativos/as, y gracias a un código identifican los que son de su área.

A partir de la hoja de ingresos, de lo recogido en la historia clínica del paciente y en base de una serie de indicadores (tipo de usuario/a, cobertura sanitaria, edad, diagnóstico clínico) se lleva a cabo una valoración que determina hacer o no una entrevista o primer screening para determinar si procede o no realizar intervención psico-social.

Sea por demanda o proyecto, el primer paso de la intervención es siempre la investigación o recogida de la información. Los primeros datos del paciente los aporta la Historia Clínica; es importante conocer el motivo de ingreso, la patología y la situación clínica, en la medida en que son significativos para determinar la posible afectación en la vida de la persona y anticipar nuevas necesidades que se puedan generar a consecuencia de la enfermedad.

Una vez se han recogido los primeros datos relevantes del paciente, se planifica y realiza una entrevista de valoración, bien con el paciente o con algún familiar de referencia. En ella se llevará a cabo un análisis de aquellos aspectos imprescindibles sobre los que fundamentar el diagnóstico social y los futuros procesos de intervención, así como llevar a cabo una evaluación de cómo dichos procesos afectarán a las distintas áreas de la vida de la persona (sanitaria, social, familiar, económico-laboral, de vivienda y emocional).

Es importante conocer la situación de la persona atendida, su nivel de autovalimiento, si hay afectación cognitiva o es capaz de decidir con autonomía; si tiene o no cobertura sanitaria y de qué tipo; capacidad económica; identificar al familiar o persona de referencia; analizar la estructura y la dinámica familiar y la situación del cuidador/a principal para valorar su capacidad de soporte y de provisión de cuidados; las características de la vivienda o si está institucionalizado; nivel de integración y soporte social y estado emocional.

Con esta información, que puede ser complementada o verificada por otras fuentes, el Trabajador Social Sanitario completa la Historia Social que incluye los datos de la demanda, la caracterización de la situación social de la persona en las áreas señaladas (familiar, sanitaria, emocional...) y los indicadores de diagnóstico social que identifican las áreas de necesidad, únicas para cada caso.



Se completa también la ficha de Tratamiento Social donde se indica el servicio médico en el que ha ingresado, de quién parte la demanda de intervención y la evolución. En este apartado los aspectos más importantes son el diagnóstico social (refleja la situación de la persona, identifica la necesidad y apunta el tratamiento a seguir), puntos fuertes o indicadores de riesgo que pueden favorecer u obstaculizar el tratamiento, fuentes consultadas y coordinación inter, intra y extrahospitalaria.

Se recogen también los procesos de intervención psicosocial, valoración, información y orientación, concienciación, mediación, apoyo emocional, etc.

A partir de la Historia Social y la Ficha de Tratamiento Social, incluidas en la Historia Clínica se configura en Informe Social Sanitario que, al alta, se envía a los servicios a los que se deriva a la persona (hospitalarios, residenciales, de Atención Primaria...) para garantizar la continuidad asistencial.

En lo referente al trabajo en equipo varía en función del servicio. Es habitual que una misma Trabajadora Social sea la encargada de atender distintos servicios, lo cual dificulta participar de forma activa en las reuniones de equipo, en estos casos se acostumbra a reunirse periódicamente con el/la médico de referencia del paciente. En el caso de servicios como Neurología, Traumatología, Medicina Interna o Psiquiatría, Trabajo Social sí que está presente en las reuniones, puesto que por las características de la patología de los pacientes requieren de un mayor seguimiento.

### **Historia Clínica Informatizada**

Dentro del Sistema Navarro de Salud existe un modelo común de Historia Clínica Informatizada, a la cual tienen acceso todos los profesionales que trabajan tanto en Atención Primaria como en Especializada, lo cual permite conocer la evolución de los pacientes y su recorrido dentro del sistema sanitario.

La Historia Clínica Informatizada es un elemento indispensable en la intervención de Trabajo Social, a la hora de realizar este primer screening indagarán en las anotaciones clínicas y de otras profesionales de Trabajo Social que hayan intervenido con la persona usuaria. Tener acceso a las Historias Clínicas y Sociales de los pacientes facilita en gran medida la intervención, pero existe la necesidad de unificar la historia y los indicadores de diagnóstico social, puesto que en atención primaria no existe un

“Episodio” con un indicador propio de trabajo social, y dentro del propio Complejo Hospitalario no se emplean los mismos indicadores para establecer los mismos diagnósticos.

#### 4.2.2 *Trabajo Social en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)*

Como se ya se ha dejado entrever en el párrafo anterior, el Trabajo Social que se desarrolla en Psiquiatría del CHN no es igual al del resto de servicios. Cuenta con una serie de procedimientos y protocolos propios que marcan la manera en la que se inicia, desarrolla y finaliza la intervención.

El “*Procedimiento de Acogida y Estudio Social*”<sup>1</sup> para dispositivos de Salud Mental, será el documento que marque el inicio de la intervención. Los objetivos de trabajar mediante este procedimiento son los que se señalan a continuación:

1. Conocer las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias.
2. Identificar los factores psicosociales y los condicionantes socioeconómicos y culturales que influyen en el proceso de salud enfermedad.
3. Ofertar información y asesoramiento que facilite el acceso a los recursos sanitarios y sociales así como su correcta utilización.
4. Favorecer la participación de pacientes y familiares en su propio proceso de salud.

Se comienza a trabajar con un paciente en el momento en el que llega una solicitud de intervención, la demanda, como ya se ha explicado anteriormente puede proceder del propio paciente, de una interconsulta derivada por medicina o enfermería o bien por iniciativa de la profesional de Trabajo Social.

Para iniciar la intervención hay que tener en cuenta todos los criterios de riesgo social que puedan existir y el diagnóstico clínico de la persona, para ello se lleva a cabo un primer screening a partir de la información obtenida de los profesionales que derivan para valoración social, de las reuniones de equipo en las cuales se obtendrán datos tales como el diagnóstico, las características propias de cada caso, la existencia o no de

---

<sup>1</sup> Información obtenida del documento “PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA Y ESTUDIO SOCIAL TRABAJO SOCIAL SANITARIO SALUD MENTAL” de la Dirección de Salud Mental del SNS-O  
Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

intervenciones anteriores, etc. y de la revisión y análisis de la Historia Social del paciente en su Historia Clínica.

La Trabajadora Social diferencia:

- Si es un caso conocido y atendido con anterioridad desde el servicio; en este caso se revisa Historia Social, y se recogen los datos más significativos que han ocurrido hasta el momento.
- Si es un caso nuevo. Se iniciará la elaboración de la Historia Social con los datos que facilite el paciente, la familia, desde servicios sociales, etc.

Tras esto se realiza un segundo screening con entrevista de acogida en la que se recoge, dentro de la Historia Clínica, toda la información social del paciente.

Historia Clínica Informatizada NHC: [HISTÓRICO] [H.Digitalizada] - [Edición de Ficha]

Historia Clínica Ficha Ayuda

Alergias: Sin alergias conocidas

Datos de la Ficha

**SITUACIÓN SOCIAL ACTUAL** A  Protegida

Recogida: 26/05/2014 Modificada: 26/05/14 Servicio: Psiquiatría (HN)

Responsable: [ ] Nº Caso: 0

Tipo Asistencia: [ ] C/F Episodio: [ ]

Formativos: →  
 Ocupacionales/laborales: →  
 Residenciales: →  
 Mantenimiento en la comunidad: →  
 Ocio y tiempo libre: →  
 Recurso psiquiátrico de rehabilitación: →  
 {Coordinación  
 Coordinación (telefónica): →  
 Documentación/Tramitaciones: →

Condiciones de habitabilidad de la vivienda ? Decodificar(F7) Valor Normal(F8) Códigos(F4)

**Figura 9.** Situación Social Actual

Se llevará a cabo una entrevista de acogida y recogida de información social, con la familia, en un plazo de 24 a 72 horas desde el ingreso. En general se realizará a continuación de la entrevista mantenida con el facultativo que corresponda.

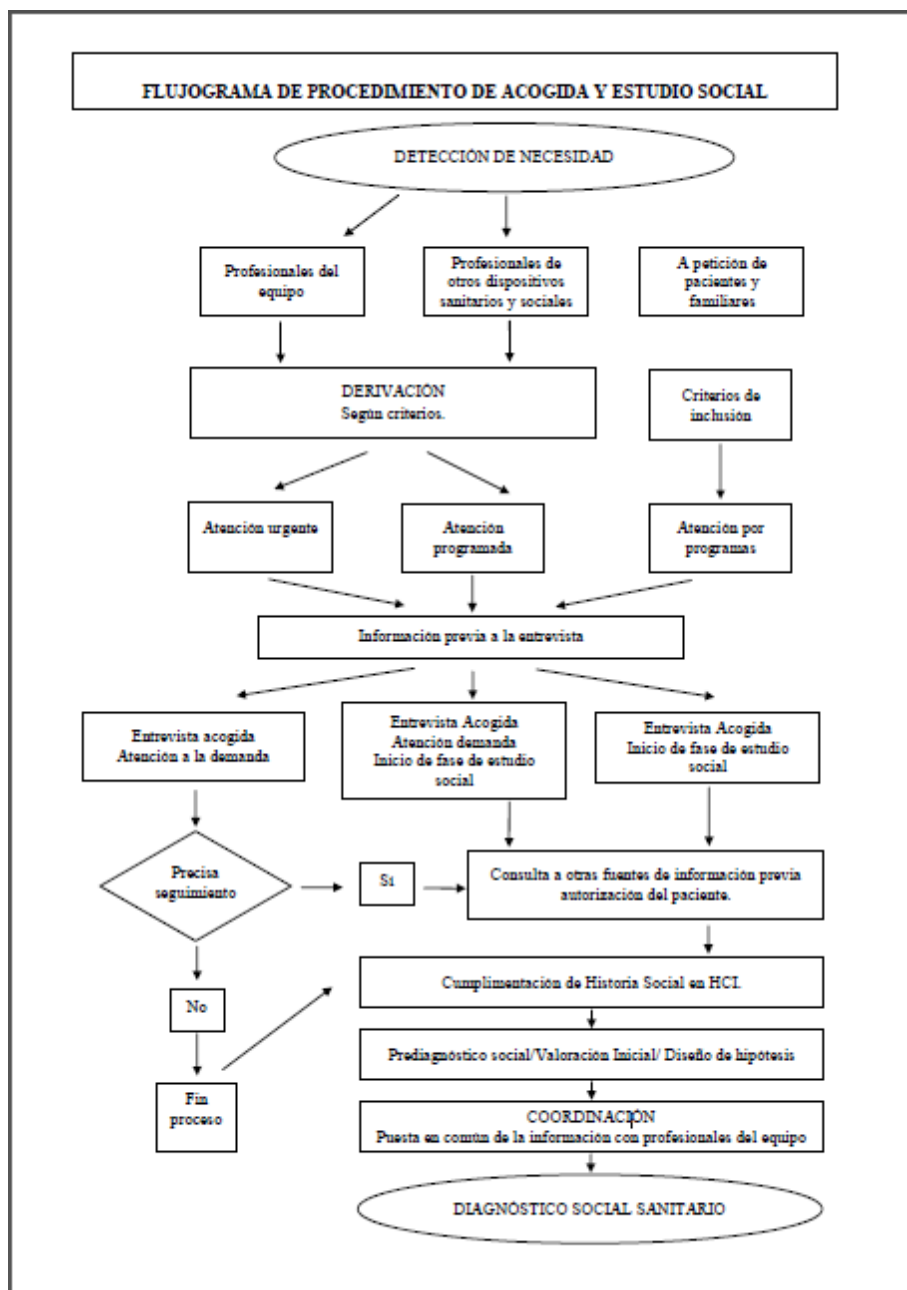
Así mismo se realizará entrevista con el propio paciente, y en caso de que sea necesario se contactará con otros servicios que estén interviniendo.

Dichos datos se recogerán dentro de la Ficha Social en el apartado “Situación Social Actual”, donde se hace un análisis exhaustivo de su situación en este momento. En él hay que cumplimentar una serie de subapartados relacionados con el ámbito de la vivienda y situación convivencial, situación laboral, actividad u ocupación, relaciones con el entorno y la comunidad, en qué emplea el tiempo libre, si ha participado ya en algún programa de rehabilitación de carácter psiquiátrico... entre otras cuestiones.

Una vez realizado esto se discriminará:

Cuando se plantea una demanda puntual, respondiendo a ésta y realizando una aproximación a su realidad social, con la intervención y orientación que se considere más adecuada, finalizando el proceso.

Cuando la complejidad de la intervención así lo requiere, se mantendrán las entrevistas necesarias con paciente, con sus familiares y personas de referencia, así como con los servicios y profesionales que puedan aportar datos relevantes para realizar un diagnóstico social sanitario que orienten el tratamiento, siempre con autorización expresa por parte del paciente. Se realiza el pre-diagnóstico social que se pondrá en común con el resto de los profesionales del equipo para el inicio de un plan consensuado de intervención.



**Figura 10.** Flujograma de Procedimiento de Acogida y Estudio Social

Pero todo ingreso tiene su final, y planificar el alta hospitalaria es una de las principales y más importantes labores que llevan a cabo los profesionales de Trabajo Social. Dentro de la UHP del CHN existen una serie de protocolos y procedimientos para su realización.

Por un lado se ha desarrollado un **“Procedimiento Standard del Programa de Planificación del alta hospitalaria de pacientes ingresados en la UHP”**<sup>2</sup>. Se inicia con el acceso del paciente a la unidad a través del servicio de urgencias, interconsultas o de forma programada desde alguno de los servicios de la Red de Salud Mental de Navarra; y finaliza con su alta social, al domicilio u otro recurso específico.

En dicho procedimiento se identifican cuatro fases diferenciadas; las primeras fases serían *la Fase de Estudio y la Diagnóstica*, que se desarrollan en el *Procedimiento de Acogida y Estudio Social*, tras ellas nos encontramos con la Fase correspondiente al *Proceso de tratamiento*, en ella se inician los procesos de Trabajo Social, que se concretan en el conjunto de actividades orientadas a facilitar los recursos y/o servicios de apoyo vinculadas a la planificación y ejecución del alta:

- Trabajar la implicación familiar
- Orientar e informar en relación a los recursos sanitarios y/o sociales, que precisará tras el alta, y forma de acceso a los mismos.
- Coordinación con la trabajadora Social de su CSM de referencia.
- Elaboración de Informe Social, en aquellos casos que se realiza derivación a un servicio específico (Clínica Josefina Arregui/Unidad de Media Estancia Padre Menni)
- Alta Social.

Durante el tiempo que lleve la intervención con el paciente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, todas actuaciones realizadas desde Trabajo Social, entrevistas tanto de seguimiento como de recogida de información (con el paciente y/o familiares), coordinación con recursos, visitas domiciliarias... han de ser reflejadas dentro de su Historia Clínica Informatizada, en el apartado de Evolución Social, tal y como aparece en la Figura 11.

---

<sup>2</sup> Información obtenida del “PROCECIMIENTO STANDARD DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UHP” realizado por M<sup>a</sup> Victoria Lizarraga  
Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

The screenshot shows a web-based medical record system. At the top, the header includes 'Historia Clínica Informatizada NHC:' and '[HISTÓRICO] [H.Digitalizada] - [Edición de Ficha]'. Below the header, there are navigation tabs for 'Historia Clínica', 'Ficha', and 'Ayuda'. A toolbar contains icons for home, save, print, and other functions. The main content area is titled 'Evolución Social' and includes a sub-header 'A' and a 'Protegida' checkbox. The form contains several input fields: 'Alergias' (Sin alergias conocidas), 'Datos de la Ficha', 'Recogida' (26/05/2014), 'Modificada' (26/05/14), 'Servicio' (Psiquiatría (HN)), 'Responsable', 'Nº Caso' (0), and 'Tipo Asistencia'. Below the form, there is a scrollable text area with the following content: 'Evolución social 1', 'Fecha: ->', 'Intervención social', 'Entrevistas con el paciente con el objetivo ->', 'Entrevistas con la familia con el objetivo ->', 'Entrevistas con los profesionales con el objetivo ->', 'Entrevistas con otros con el objetivo ->', '{Plan de intervención', 'Plan de intervención: ->', and 'Visitas domiciliarias: ->'.

**Figura 11.** Evolución Social

Esto se correspondería con la última Fase de “*Gestión de la información y evaluación de los resultados*” en la que además de recoger los datos obtenidos, se ha de llevar a cabo una interpretación de los mismos, diagnóstico, planificación y plan de alta. Así como un estudio de los riesgos que se producen donde el aspecto social, tiene una incidencia directa.

Y por otro lado encontramos el “**Protocolo de planificación del Alta de pacientes que ingresan en la UHP para desintoxicación**”<sup>3</sup> (en los casos de ingresos programados). El objetivo es el de “planificar el alta de aquellos pacientes con un patrón de consumo de alcohol crónico, cuyo ingreso está orientado a la desintoxicación”.

La intervención consta de tres fases y la evaluación. La primera es la *Fase de Estudio* en la que se realiza un trabajo multiprofesional coordinado y con una filosofía base, de continuidad de cuidados entre el servicio ambulatorio (CSM) y el específico. La intervención y planificación llevada a cabo por su CSM será la referencia y orientación para las actuaciones posteriores en la unidad de hospitalización.

El plan de intervención se realizará en base a tres posibilidades al alta:

<sup>3</sup> Información obtenida del “PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN DEL ALTA DE PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UHP PARA DESINTOXICACIÓN (en los casos de ingresos programados), realizado por M<sup>a</sup> Victoria Lizarraga.

- Derivación que especifica acceso posterior a Comunidad Terapéutica (CT Proyecto Hombre, CT Ibarre, CT Larraingoa-Antox)
- Derivación que prevé acceso a Hospital de Día Zuría
- No existe plan al alta, por no haber sido posible trabajar desde su CSM de referencia la motivación de acceso a un recurso específico. En ese caso, al finalizar el periodo de desintoxicación, se deriva al paciente, al ámbito ambulatorio especializado con la finalidad de que puedan continuar con su tratamiento.

Se confirma que el Trabajador Social del centro correspondiente, que se ha reservado plaza en el recurso. En caso de que fuera una Comunidad Terapéutica se llevan a cabo los trámites necesarios.

Durante las primeras 24 horas de ingreso se lleva a cabo una entrevista inicial, de acogida y recogida de datos. E igualmente, y con el consentimiento del paciente, se realiza entrevista a la familia o persona de referencia.

La segunda fase es la *Fase Diagnóstica*, en ella se elabora la síntesis diagnóstica a partir de la interpretación científica de los datos recogidos en la Historia Clínica, entrevistas, servicios sociales... y se traslada al equipo interdisciplinar de la unidad. Se establecen las líneas del plan de tratamiento.

La siguiente es la *Fase de Procesos de Tratamiento*, donde se refleja que servicio se va a prestar tras el alta, tipología de apoyo y profesionales que van a estar implicados. Es el momento de la derivación, concretando fecha y hora de acceso. Se refuerza la motivación al cambio del paciente, y se informa y orienta en la gestión y tramitación de recursos económicos y/o materiales en caso de ser preciso. En esta fase a su vez se suelen detectar situaciones de sobrecarga familiar y se interviene proponiéndoles apoyo a través de grupos de autoayuda. Además hay que coordinar e informar a la trabajadora que seguirá el caso tras el alta.

Y por último se llevará a cabo la *Evaluación* en la que se valorará la eficacia de la intervención.



---

## **Modelo de organización horaria de Trabajo Social UHP**

*De 07:30 a 08:30:*

- Ver correo electrónico: posibles comunicaciones de la Jefatura de la Unidad, posibles mensajes de T. Sociales de otros Centros solicitando trabajar en coordinación por alguna de las personas ingresadas.
- Consultar lista de pacientes ingresados, analizar Historia Clínica de nuevos ingresos para detectar posibles situaciones que requieran intervención de Trabajo Social.

*De 08:30 a 09:30:*

- Reunión de Equipo que se celebra a diario en la Sala de Reuniones, a la que asisten psiquiatras, personal de enfermería, auxiliares y Trabajadora Social. El objetivo de la misma es comentar la evolución de cada paciente, poner en común las intervenciones profesionales que se están realizando y coordinar el plan de Alta.
- Tomar nota de evolución de las personas ingresadas, sobre todo de las de interés para el desarrollo del Trabajo Social.

*De 09:30 a 11:00 y de 11:30 a 14:00:*

- Gestiones de coordinación telefónica con otros profesionales de referencia del paciente y/o familias: T.Sociales de CSM-SSBB-UB-Servicios Penitenciarios y de otros Recursos de Salud Mental, que hayan iniciado líneas de intervención con la persona enferma previas al ingreso.
- Entrevistas de valoración, recogida de información y apoyo a las personas ingresadas.
- Entrevistas con familiares, conformar datos, completar la información, apoyo y asesoramiento de las necesidades que se planteen.
- Puesta en común con el/la psiquiatra de referencia de cada ingresado en UHP, transmisión de información para el Plan de Alta específico de cada persona.

*De 14:00 a 15:00:*

- Elaboración de Historia Clínica Social.

### 4.3. Comparación de los recursos y su modelo de trabajo

A continuación se presenta una tabla, mediante la cual se recoge de manera más sencilla y esquemática los datos que se han desarrollado hasta ahora sobre la Clínica Universidad de Navarra y el Complejo Hospitalario de Navarra. Va a facilitar la búsqueda de diferencias y similitudes que se desplegarán de manera más minuciosa en el análisis de este proyecto.

**Tabla 2.** Comparación de los recursos

	CUN	CHN
	Privado	Público
<i>Acceso al servicio</i>	<p>Contratación del servicio de manera privada.</p> <p>A través de seguros privados.</p> <p>Que sean o hayan sido personal de la CUN o UNAV.</p> <p>Conciertos con Gobierno de Navarra.</p>	<p>La Ley Foral de Derechos y Deberes de las personas en materia de salud en su Artículo 11, dictamina cuáles son los/las titulares de derecho a la asistencia sanitaria pública, de cobertura universal:</p> <p><i>“Todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Foral de Navarra (...)”</i></p>
<i>Misión, Visión y Valores</i>	<p>La Clínica promueve un modo de trabajar coherente con la ética cristiana. Lo que va a marcar el camino de todas las intervenciones.</p> <p>Buscan la calidad y la excelencia en la asistencia, con ese enfoque de dignidad, respeto a la vida y valores humanos.</p>	<p>Se busca lograr una atención sanitaria de calidad para la sociedad a la que se le da el servicio.</p> <p>Comprometiéndose con el paciente y su autonomía desde una perspectiva ética y social. A la vez que se implican en la sostenibilidad del sistema</p>
<i>Lugar que ocupa TS dentro del recurso</i>	<p>1 Trabajadora Social.</p> <p>Su despacho se ubica dentro del departamento de psiquiatría, pero atiende demandas de toda la Clínica.</p> <p>Depende del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.</p>	<p>16 Trabajadores/as Sociales, repartidos entre los diferentes servicios hospitalarios.</p> <p>Depende funcionalmente del Servicio de Soporte a la Estructura Asistencial</p>

<i>Protocolos y procedimientos</i>	No existen protocolos de intervención propios de Trabajo Social. Pero si que existe un procedimiento de intervención que se sigue con todos los pacientes.	A lo largo de los años se han desarrollado una serie de protocolos y procesos como por ejemplo: -Procedimiento de intervención -Procedimiento de Acogida y Estudio Social -Procedimiento Standard del Programa de Planificación del alta hospitalaria de pacientes ingresados en la UHP -Protocolo de planificación del Alta de pacientes que ingresan en la UHP para desintoxicación
<i>Historia Clínica Informatizada (HCI)</i>	TS tiene acceso a la Historia Clínica de los pacientes ingresados en psiquiatría y de aquellos con los que está interviniendo o ha intervenido de otras áreas.	TS tiene acceso a la Historia de todos los pacientes ingresados dentro del CHN. Así como a la HCI de los pacientes en atención primaria de salud y otros centros de la red pública de salud.
<i>Ficha Social</i>	Solo puede acceder a ella el/la profesional de Trabajo Social. Compuesta por cuatro subapartados diferenciados, que son la Historia Social, Situación social actual, Diagnóstico social e Intervención social.	La estructura de la ficha social contiene: Historia Social, Ficha de tratamiento social, Diagnóstico Social, puntos fuertes o indicadores de riesgo para la intervención e intervención social.
<i>Cómo se inicia la intervención</i>	A través de derivación del médico de referencia del paciente.	Mediante tres vías: 1. A demanda del paciente 2. A través de interconsulta de otro profesional clínico (medicina o enfermería) 3. Por proyecto: a iniciativa del/a propio/a profesional de trabajo social.

<i>Relación que se establece con el paciente/Tipos de pacientes.</i>	Observamos que se dan dos situaciones: 1. Paciente-Cliente (contratan los servicios) 2. Pacientes vinculados al servicio (personas que son o han sido personal de la CUN/UNAV)	Paciente-Usuario (se parte del derecho a la atención)
<i>Trabajo Interdisciplinar</i>	Gran importancia del Trabajo Interdisciplinar, y participación en los procesos de equipo.	Varía en función del Servicio. Hay servicios que por sus características requieren de mayor trabajo en equipo y otros en los que se tiende a trabajar solo con los profesionales de referencia del/la paciente.

## 5. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS EMPLEADAS

Antes de comenzar con el análisis, es necesario desarrollar la metodología empleada a la hora de recoger la información para llevar a cabo este proyecto. Se han empleado técnicas de investigación tanto cuantitativas como cualitativas.

Una de las técnicas más importantes, si no es la más, que llevadas a cabo para recabar datos para este proyecto ha sido **la observación**. La observación es una metodología cualitativa de recopilación de datos observables. Se basa en el seguimiento atento del comportamiento de la población, sin voluntad de cambiarlo.

Existen dos tipos de observación:

- Observación dirigida: observamos directamente, sobre el terreno, lo que queremos estudiar.
- Observación participativa: constituye una inmersión en el medio. Estudiar una comunidad participando en las actividades de la misma e interesándose por sus preocupaciones y objetivos.

La observación nos permite conocer el contexto físico y social del estudio, vivirlo en primera persona y observar cómo se llevan a cabo interacciones entre los diferentes objetos de estudio.

En este caso, la observación se ha llevado a cabo durante los dos periodos de prácticas del Grado de Trabajo Social. En mi caso tuve la oportunidad de llevar a cabo las prácticas generalistas en un Centro de Salud perteneciente al nivel de Atención Primaria del Sistema Navarro de Salud. Gracias a ellas pude conocer el entramado y el funcionamiento del Sistema de Salud Público en Navarra, cómo se coordina con otros recursos de carácter público como por ejemplo Unidades de Barrio o el Hospital.

Me permitieron conocer y aprender a desenvolverme con recursos y trámites, así como con diversos protocolos de salud.

Otro de los aspectos que pude desarrollar durante estas prácticas, fue la toma de contacto con el lenguaje clínico a través de la realización de informes sociales y lectura de informes médicos tanto de atención primaria como de atención especializada.

Además, pude visitar el Complejo Hospitalario de Navarra: Hospital de Navarra y Virgen del Camino. Lugar donde conocí a algunos/as de los profesionales que allí trabajan que tuvieron la amabilidad de enseñarme como desempeñan su profesión y explicarme de forma rápida el funcionamiento del departamento de Trabajo Social dentro de un Hospital. Esto despertó mi interés por el Trabajo Social Hospitalario, motivo por el cual escogí las prácticas de carácter especializado en la CUN.

Durante este segundo periodo de prácticas he tenido la oportunidad de conocer el funcionamiento del Trabajo Social en un recurso de gestión privada, con unas características propias a la hora de trabajar, que les hace diferentes del ámbito público. Lo que me llevó a comparar ambos ámbitos, y buscar diferencias entre el trabajo desarrollado en los centros y recursos de salud pública y el que se lleva a cabo en la CUN. Centrándome en la metodología, la relación que se establece con el paciente, el lugar que ocupa el profesional de Trabajo Social dentro del equipo de trabajo, las diferencias de valores que marcarán la intervención, etc.

Pero para fundamentar esta observación era necesario contrastarla con hechos, por lo que se necesita de unos métodos de investigación cuantitativa. Basada en el paradigma de lo explicativo, utiliza aquella información que es medible o cuantificable para describir aquellos fenómenos que estudia.

**La entrevista** es una de las técnicas más importantes a la hora de desarrollar el Trabajo Social, y en la mayoría de los casos va a ser la base de nuestra intervención.

Según la RAE una entrevista es mantener una conversación con una o varias personas para un fin determinado. La forman el entrevistador que es quién conduce la entrevista y el entrevistado que en el caso del trabajo social, es quién proporciona y/o demanda información, solicita ayuda o consejo.

A través de las entrevistas realizadas con los pacientes, a lo largo de las prácticas en la CUN, he logrado recoger gran cantidad de información. En dichos encuentros con las personas usuarias hay comunicación verbal y no verbal entre los interlocutores, se intercambian ideas, actitudes, sentimientos, se produce una interacción, lo cual me ha permitido hacerme una idea clara del tipo de paciente con el que nos encontramos,

---

cómo y cuáles son las demandas que se llevan a cabo con ellos/as, la relación que se establece con el profesional, y el rol que este adopta en la intervención, etc.

Toda la información obtenida a través de la entrevista se recogía en **informes e historias sociales**, otra de las técnicas de carácter cuantitativo empleadas para la realización de este trabajo.

El informe social es una herramienta exclusiva del Trabajo Social, es un documento que facilita datos e información referente a la situación de una persona, institución o grupo, estableciendo la interpretación, opinión y/o juicio del trabajador social que lo emite.

Es una técnica de registro, que da testimonio de una determinada situación social. Es decir, en él se recogen el conjunto de condiciones y circunstancias concretas que determinan cuál es el estado o condición de una persona o colectividad dentro de la propia sociedad.

Es un documento técnicamente escrito, que pone en conocimiento de una persona o institución la situación de la persona/familia o aspectos de su situación con el fin de informar, solicitar ayuda o cualquier otro fin relacionado con la intervención. Que en este caso ha sido de gran utilidad a la hora de organizar y clarificar la información obtenida en las entrevistas.

Pero además de la realización de informes sociales propios, he dedicado parte de mi tiempo a la lectura de otros ya existentes, que han aportado nueva información de utilidad, sobre todo a la hora de definir el tipo de paciente y el modo en el que se ha trabajado desde Trabajo Social.

En último lugar, una vez realizado un esquema claro con el paciente tipo de la CUN y todo el proceso que se desarrolla en una intervención de Trabajo Social, concerté una cita con Maribel Álvarez, Trabajadora Social de la UHP del CHN. Se trató de una entrevista de aproximadamente dos horas de duración, en la cual tuvo la amabilidad de explicarme el funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social en el CHN y más específicamente en la UHP, además de facilitarme documentación sobre los procesos y modelos de trabajo que allí se desarrollan.

Una vez recogida dicha información se organizó y se le dio forma en función de las características de este proyecto, intentando plasmarla del modo más sencillo y claro posible, de modo que se facilitase la comparación de los procesos llevados a cabo en el CHN y en la CUN.



## 6. ANÁLISIS

Este proyecto se ha llevado a cabo dentro del contexto clínico. Con el cambio en el modelo de salud, se evoluciona desde una visión de la salud puramente biológica, en la que solo eran aplicables aquellas prácticas que fuesen médicas y farmacológicas, hacia una mirada más global, en la que se demuestra que existen otros factores que influyen directamente sobre el binomio salud-enfermedad, se genera un nuevo modelo biopsicosocial, en el que se engloban tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

Con la introducción de la perspectiva social en la salud, surge la necesidad y obligación, respaldada por las Leyes, de que en los equipos de trabajo aparezca una nueva figura profesional, la del Trabajador/a Social. Serán los encargados de analizar e intervenir con los pacientes, con el objetivo, tal y como señaló Amaya Ituarte durante el X Congreso nacional de la asociación española de trabajo social y salud, de ayudar a las personas a superar conflictos, malestar y lograr unas relaciones personales más satisfactorias, lo cual repercutirá de manera positiva en su salud.

El desarrollo de la práctica clínica puede llevarse a cabo tanto desde lo público como desde lo privado. En el caso de Navarra, cuando nos referimos a “lo público” hablamos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que depende administrativa y económicamente del Departamento de Salud de Gobierno de Navarra, y cuando hablamos de “lo privado”, en este caso nos centraremos en la Clínica Universidad de Navarra.

El eje central de este análisis es la comparación del modelo de intervención de Trabajo Social que se lleva a cabo en dos recursos tan dispares como son el Complejo Hospitalario de Navarra y la Clínica.

La presencia de Trabajadores/as Sociales dentro de los equipos de salud no es algo nuevo. En el caso de España hay que remontarse a los años 50, momento en el que comienzan a introducirse Asistentes Sociales de la época, creando los Servicios de Asistencia Social en Hospitales. Pero tal y como indica el Consejo General de Trabajo Social en el artículo “*La Especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*”<sup>4</sup>, fue

---

<sup>4</sup> Artículo disponible en:

[http://ascane.org/trabajadores\\_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf](http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf) [consulta 27 de mayo de 2014]

con la reforma psiquiátrica de 1984 cuando se produce el lanzamiento del Trabajo Social, incluyéndose dentro de los equipos de profesionales de los servicios de salud. En la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se define de forma clara y concisa el Trabajo Social como prestación del Sistema, lo que garantiza la figura del profesional de lo social dentro del equipo sanitario, para lograr una atención integral de calidad.

Esto se traduce de la siguiente manera, en el ámbito público de la salud el Trabajo Social es una profesión que lleva años instaurada dentro de los equipos de trabajo, que ha sido capaz de desarrollar una serie de procesos y protocolos de intervención propios, que diferencian y hacen única su labor. En el caso del CHN encontramos que el Trabajo Social que allí se desarrolla está estructurado y dividido en áreas, la unidad la conforman 16 profesionales distribuidos entre los distintos servicios médicos.

En el caso de la clínica nos encontramos con un panorama diferente. La legislación establece una serie de normativas que han de ser aplicables al ámbito público de la salud, la organización y gestión de una entidad privada es distinta, dentro de la propia entidad existen órganos que rigen el funcionamiento y que establecen un régimen interno propio.

El Trabajo Social en la Clínica Universidad de Navarra es un servicio de reciente creación, ofertado a sus pacientes desde el año 2008. Cuenta con una Trabajadora Social que se encuentra ubicada dentro del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, puesto que son los pacientes con patologías psiquiátricas los que por las características propias de su enfermedad generan mayor demanda social y más volumen de trabajo. Pero su labor no se limita simplemente al área de Psiquiatría, sino que atiende las demandas que surjan desde cualquier otro Departamento Médico. Además de ser un pilar indispensable en el Centro Residencial de la CUN.

Si nos paramos a analizar cómo se estructuran, en la teoría, los procesos de Trabajo Social dentro del CHN y de la CUN es probable que encontremos más similitudes que diferencias.

Bien es cierto que la figura del Trabajador/a Social dentro del ámbito público de la salud lleva asentada desde mucho tiempo atrás, por lo que los procesos de

intervención se han desarrollado mucho más de lo que se ha podido hacer en la clínica. Cuenta con Protocolos y acciones de intervención específicas para cada Servicio en el que se trabaja.

Pero para realizar una buena comparación hay que comenzar por el principio de la intervención, que no es otro que el ***modo en el que se accede al servicio***.

Es en este momento cuando se aprecia una de las principales diferencias en la manera de trabajar entre ambos recursos. Como se ha indicado en el análisis anterior, en el CHN, la intervención de trabajo social puede darse mediante tres vías: puede ser iniciada mediante petición del propio paciente, a través de una interconsulta llevada a cabo por otro profesional del equipo o de cualquier otro servicio que detecta una necesidad que ha de ser abordada desde Trabajo Social, o bien, por el/la propio/a profesional de Trabajo Social. Sin embargo, en el caso de la CUN, la intervención no podrá iniciarse si no se ha producido una derivación previa del/la médico de referencia del paciente. Con esto se observa que desde el ámbito público se dota de mayor autonomía el ejercicio profesional de Trabajo Social, permitiendo gestionar su propia intervención, establecer sus límites y otorgándoles autoridad a la hora de detectar casos susceptibles de ser atendidos desde la Unidad de Trabajo Social.

El Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea es un servicio de carácter público, la Ley Foral de Derechos y Deberes de las personas en materia de salud en su Artículo 11, dictamina que son titulares de derecho a la asistencia sanitaria pública, de cobertura universal:

*“Todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Foral de Navarra. También se extiende a los inmigrantes que residan en los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa.*

*A los transeúntes en el territorio de la Comunidad Foral (...) personas menores de edad y a las mujeres gestantes (...) Además, se garantiza a todas las personas la atención sanitaria en situación de urgencia y emergencia.”*

Mientras que el acceso a los servicios que ofrece la Clínica Universidad de Navarra están restringidos a aquellas personas que puedan acceder a ellos mediante la contratación de manera privada, a través de seguros, también de carácter privados, o

que hayan trabajado a lo largo de su vida bien en la CUN como en la UNAV<sup>5</sup>. Existen conciertos con Gobierno de Navarra consistentes en la derivación de aquellos pacientes que necesiten ser intervenidos de carácter urgente o que necesiten algún tipo de tratamiento médico que en Navarra solo se realiza en la Clínica, pero no representan un número significativo dentro del total, y actualmente a causa de la crisis estas derivaciones han disminuido.

Con lo recogido hasta el momento queda evidenciado que el ***tipo de paciente*** atendido en un recurso y en otro no es el mismo. Las expectativas de la asistencia que se les va a prestar tampoco van a ser las mismas y por lo tanto la manera de intervenir será diferente.

En el caso de la CUN existen dos tipos de pacientes fácilmente identificables, por un lado aquellos pacientes que llegan a la clínica a través de seguros o de manera privada, que han contratado un servicio, y que por lo tanto han pagado por la atención sanitaria que se les va a proporcionar.

Se genera una *relación paciente-cliente*<sup>6</sup>. Al fin y al cabo cuando hablamos de un recurso de carácter privado estamos hablando de una empresa que ofrece sus productos, los pone en venta. En este caso, al encontrarnos dentro del ámbito sanitario, este cliente que contrata los servicios, pasa a ser paciente, pero con unas características que le van a identificar y diferenciar del resto.

La persona que llega a la Clínica de manera privada trae consigo unas expectativas muy altas del trato y la calidad de la intervención que allí se le va a dar, por lo que, como es de esperar, el nivel de exigencia en la atención es elevado.

Por otro lado, están aquellas personas que son o han sido trabajadoras de la clínica a lo largo de su vida. Forman parte de la entidad colaboradora, son *pacientes que han*

---

<sup>5</sup> UNAV: Universidad de Navarra, universidad de inspiración cristiana, promovida por San Josemaría Escrivá de Balaguer, fundador del Opus Dei. Tiene como misión buscar y transmitir la verdad, contribuir a la formación académica, cultural y personal de sus estudiantes; promover la investigación científica y la actividad asistencial. La Clínica Universidad de Navarra se creó como parte de la Universidad de Navarra en el año 1961 siendo la vinculación al mundo de la docencia es una de sus características más relevantes. Información disponible en: <http://www.unav.edu/web/conoce-la-universidad/ideario-de-la-universidad> [consulta 27 de Mayo de 2014]

<sup>6</sup> No se entiende la palabra "Cliente" definida como persona que refiere ayuda o usuario de Trabajo Social, sino que se concibe desde una enunciación de carácter económico mercantil, de aquella persona que compra o contrata productos y/o servicios.

Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

---

*estado vinculados al recurso* durante toda su vida y tienen el derecho a recibir atención sanitaria allí.

En el caso de estos pacientes suelen darse situaciones diferentes de las que se dan con pacientes que acuden de manera privada a la CUN. Al tratarse de trabajadores de la Clínica, la relación profesional-paciente que se genera no es la misma que se puede generar en el ámbito público, puesto que son personas que han formado parte de la entidad y en muchas ocasiones va a existir una relación previa con la persona que le está atendiendo. El nivel de exigencia en estos casos es elevado pero se traduce de diferente manera al anterior, puesto que las expectativas con las que llegan estas personas guardan relación con la calidad y calidez, con un trato cercano y familiar, que refleje en su persona la dignidad y los valores con los que ellos/as trataron a los pacientes.

No hay que olvidar que la CUN es una entidad con una misión y unos valores muy marcados, basados en la doctrina cristiana, apoyados en el servicio a los demás y la mejora de la sociedad. Por lo tanto la actividad que allí se desempeña ha de ir acorde con lo anterior, el trato humano y la dignidad en la atención a los pacientes serán las máximas de los profesionales que allí trabajan.

En el caso del Complejo Hospitalario de Navarra, el trabajo de sus profesionales y el funcionamiento de la entidad como tal, dependerá de aquello que se encuentre en recogido en la legislación que lo regula. Se busca la calidad y la excelencia al igual que en la CUN, pero no se lleva a cabo una intervención con una mirada más global, al fin y al cabo lo que se pretende es proporcionar una asistencia sanitaria de calidad para todas las personas que tienen derecho ella.

En el caso del CHN, se establece una relación paciente-usuario, es decir, partimos del derecho que tiene toda persona a ser atendida y a que se le proporcionen los recursos necesarios para prosperar. Como ya hemos dicho el modelo en base al que se trabaja desde el Hospital es un modelo bio-psico-social, que proporciona asistencia clínica (medicina, enfermería, auxiliares...) pero también social. Existen distintos procesos mediante los cuales puede iniciarse la intervención de Trabajo Social, por demanda propia de la persona atendida y/o familiares o del personal sanitario mediante interconsulta o bien, por proyecto propio de Trabajo Social.

Desde la Unidad de Trabajo Social, se hace especial hincapié en conocer cuáles son las necesidades y expectativas<sup>7</sup> para/con el paciente y familiares. Habitualmente resumidas de la siguiente manera:

De los/as pacientes:

- Recibir un trato bueno, digno, respetuoso y humano.
- Poder expresar sus necesidades y expectativas.
- Recibir información veraz y comprensible, que les permita la toma autónoma y responsable de decisiones sobre su propia salud.
- Recibir información que les permita el acceso a servicios y prestaciones.
- Recibir atención integral y coordinada entre profesionales y servicios.

De los familiares:

- Recibir un trato respetuoso y humano.
- Recibir información comprensible sobre la enfermedad, pronóstico y tratamiento de su familiar.
- Poder expresar sus vivencias y necesidades.
- Apoyo emocional para poder afrontar las consecuencias de la enfermedad, sobre todo en los momentos de crisis o descompensación aguda.

De los profesionales:

- Disponer de procedimientos que faciliten una intervención de calidad y coordinada entre profesionales.
- Continuidad asistencial entre dispositivos de salud mental.
- Abordaje bio-psico-social.

Tras esta primera fase se pone en marcha todo el procedimiento de intervención explicado en el apartado “4.2. Unidad de Trabajo Social en el CHN”. Se llevan a cabo toda una serie de screenings y entrevistas para recoger la información y trabajar con el paciente y la familia en la búsqueda y generación de recursos para superar la problemática planteada.

---

<sup>7</sup> Información recogida del documento “PROCEDIMIENTO BÁSICO DE INTERVENCIÓN SOCIAL” de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del CHN (enero, 2014)  
Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado

---

Aparentemente, en la teoría, el proceso de intervención de Trabajo Social que se sigue en el CHN no guarda grandes diferencias con el que se emplea en la CUN. Si analizamos los dos procesos encontramos que en el momento en el que un paciente llega a la Unidad la intervención se inicia con una primera entrevista y con la búsqueda activa para recoger los datos de interés más relevantes para trabajar con la persona usuaria. Datos que se almacenan en una Ficha Social individualizada, ubicada en la Historia Social de la persona, que será un elemento indispensable en el desarrollo de la intervención, en ella se almacenarán todas las actuaciones llevadas a cabo a lo largo del proceso.

No obstante es necesario señalar que en este punto el CHN juega con ventaja, la Historia Clínica de un paciente del ámbito público es compartida tanto en atención primaria, especializada y en otros recursos de la red pública de salud, por lo que pueden conocer si se ha producido alguna otra intervención, la evolución del paciente, y otros muchos datos que pueden ser de interés para el trabajo que se va a llevar a cabo.

Otro punto que hay que analizar dentro de la intervención son los procesos de equipo, que en el caso de la CUN son fundamentales y de gran importancia. Como ya se ha señalado con anterioridad la mayoría de las demandas hacia Trabajo Social se realizan desde la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. La figura de la Trabajadora Social dentro del equipo es fundamental, bien es cierto que no interviene con todos los casos, pero su criterio se tiene en cuenta a la hora de trabajar con los pacientes.

El trabajo multidisciplinar es imprescindible si se quiere efectuar una asistencia de calidad. Por ello la Trabajadora Social acude a todas las reuniones de equipo y pases de planta, llevando un trabajo muy coordinado con el resto de profesionales, para así lograr una asistencia integral de todas las áreas que afectan a la enfermedad del paciente.

En el caso del CHN, la división del trabajo entre los profesionales hace habitual el hecho de que varios servicios estén bajo la responsabilidad de un solo profesional, lo cual dificulta llevar a cabo un trabajo en equipo tan metódico y estructurado como el que se realiza en la CUN.

Pero la gran diferencia a la hora de intervenir reside en los valores tan marcados y característicos de la Clínica, busca la excelencia en la atención, siempre basada en el espíritu cristiano, *“promueve un modo de trabajar coherente con la ética cristiana. Lo que se concreta en una cultura y unos valores vividos y promovidos por sus profesionales”*.

A lo largo de mi periodo de prácticas he tenido la oportunidad de conocer distintos casos en los que se aprecia la influencia de los valores en las intervenciones con los pacientes. Se detecta la importancia de llevar a cabo una intervención humana, muchas veces, sobre todo en los casos en los que se trabaja con personas de la entidad colaboradora, se llega a una protección familista. Es decir, la Clínica hace las veces de familia en la provisión de recursos en todos los niveles.

La familia dentro de la doctrina cristiana juega un papel muy importante, y que hay que respetar y mantener. Es por ello que siempre se tiende a intervenir manteniendo a las personas en su entorno familiar. Y trabajar con ella para proveerla de recursos y estrategias.

En muchas ocasiones la rigidez de estos valores dificulta la labor del Trabajo Social, puesto que llega un punto en el que las intervenciones toman un camino que rompe con determinados criterios asociados al cristianismo como pueden ser la caridad o el apiadarse de la persona.

Intervenciones que aparentemente en el lado de lo público podrían resultar sencillas, en la Clínica se complican por todo lo referente a la moralidad y los valores propios.



## **CONCLUSIONES**

Con el objetivo de poner fin a este proyecto, es necesario hacer un repaso de los contenidos que en él se recogen. Para lograr una completa comprensión de lo que en él se expone, era preciso sentar unas bases teóricas y legales. Por una parte, la teoría para contextualizar el tema en torno al que gira, que es la comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social Sanitario en el ámbito público y privado; por otra parte las leyes para conocer el *modus operandi* a todos los niveles (global, nacional y de comunidad autónoma) que está establecido en materia de salud, haciendo hincapié en todo lo que dictaminan acerca del Trabajo Social Sanitario.

Una vez realizado un proceso de investigación, recogida de datos y observación del funcionamiento de los mecanismos de Trabajo Social en un centro hospitalario de carácter público y otro privado, se ha llegado a la conclusión que a continuación se expone.

En la teoría, los procesos de Trabajo Social que se desarrollan en una y otra entidad son prácticamente iguales, con diferencias poco significativas. La divergencia aparece en el momento en el que se llevan a la práctica.

La Clínica Universidad de Navarra forma parte de la Universidad de Navarra que es una Obra Corporativa del Opus Dei, institución de la Iglesia Católica fundada por San Josemaría Escrivá de Balaguer. Se trata de una entidad con una ideología y unos valores muy marcados que coinciden con los del cristianismo, por lo que la actividad que desarrollan los profesionales que la conforman ha de ser acorde a la ética y valores cristianos.

Esta identidad cristiana se ve reflejada, entre otros aspectos, en la dignidad con la que se busca tratar a los pacientes. Como se ha analizado en el apartado anterior, nos encontramos con dos tipos de pacientes diferenciados. Por un lado, aquellos que acuden a la clínica de manera privada, puesto que consideran que los servicios que allí se ofertan son de la más alta calidad, y por otro lado, aquellos pacientes de la Entidad Colaboradora vinculados al servicio a través del trabajo a lo largo de su vida, y que va a buscar en la clínica, a nivel de cuidados, algo parecido a lo que su familia les pudiese aportar.

Sea por un motivo u otro, se observa que hay pacientes con alto nivel de empoderamiento. De este modo, la relación profesional-paciente no es la misma que se daría en el CHN, por ejemplo. Los primeros han contratado un servicio, han pagado por él, y es esto lo que les proporciona derecho a exigir la mejor calidad en su intervención. A los segundos, por su parte, el haber trabajado en la Clínica a lo largo de su vida les da derecho a demandar una asistencia de la misma calidad y calidez que la que ellos proporcionaron en su día.

Este nivel de exigencia determinará la intervención de todos los profesionales que participan en el proceso asistencial de una persona paciente. La labor que realiza Trabajo Social se ve muchas veces afectada por dichos requerimientos. Se producen situaciones con un alto nivel de enfrentamiento ético y moral, que hacen a la Trabajadora Social debatirse entre lo que dictamina la profesión en su código deontológico o lo que aparece reflejado en los valores cristianos de la CUN, compartidos en muchos casos por el/la propio/a paciente.

El peso de la Institución y su Misión suelen decantar la balanza hacia los intereses del paciente y la ideología cristiana, por lo que, en ocasiones, la labor de Trabajo Social es la de mediar y hacer ver que existen recursos y servicios que pueden resultar igual o incluso más beneficiosos para la persona atendida que los que se le están proporcionando desde la propia entidad.

Esta labor de derivación, aparentemente sencilla, vista desde la perspectiva del Trabajo Social en el ámbito público, se complica enormemente en un organismo como la CUN, en la que nos encontramos con personas muy arraigadas a la institución y con unos valores de cuidado y atención continuada, que en situaciones de vulnerabilidad del paciente se basan en la caridad. El propio fundador del Opus Dei reivindicaba el hecho de *“ayudar por puro amor a los necesitados, sin obligación de publicar esas tareas en servicio a los demás y, mucho menos, de poner al descubierto la intimidad de su alma”* (J. ESCRIVA DE BALAGUER, Es Cristo que pasa, 69).

En una institución pública son las leyes las que gestionan cómo se trabaja y cuáles han de ser los objetivos para/con la persona paciente. Desde Trabajo Social Sanitario del ámbito público se trabaja por el bienestar individual de la persona usuaria, pero también hay un trabajo a nivel global, que busca el bienestar de todos los pacientes,

procurando que exista una repartición justa y adecuada de los servicios en función de las necesidades que planteen.

Como se ha podido observar, los valores de una entidad van a marcar el trabajo de todos los profesionales que la componen: desde una persona que está atendiendo el teléfono, pasando por un profesional médico o de enfermería, hasta por supuesto el/la Trabajador/a Social, que tendrá que adaptar su intervención en base a la misión del recurso y la demanda del paciente.





## REFERENCIAS

1. ALEMAN BRANCHO, C. (2011) "Servicios Sociales Públicos" Edit. TECNOS-UNED, Madrid.
2. BALAGA EGUILUZ, C. (2009) "Visibilización del Trabajo Social en Salud Mental: modificando la mirada del otro y afianzando la autoimagen". *Revista de trabajo y acción social*, 39-47.
3. BRACHT, N. F. (1983): "Preparing new generations of social workers for practice in health setting", en ROSENBERG, G.; y REHR, H.: *Advancing Social Work Practice in the Health Care Field*, Nueva York, Haworth Press, págs. 29-44.
4. Clínica Universidad de Navarra, información del recurso [consulta 5 marzo 2014] disponible en:  
<http://www.cun.es> consulta 5 marzo 2014  
<http://www.cun.es/quienes-somos> consulta 5 marzo 2014  
<http://www.cun.es/quienes-somos/la-clinica> consulta 5 marzo de 2014  
<http://www.cun.es/nuestros-profesionales> consulta 5 marzo de 2014
5. COLOM MASFRET, Dolors (2010) "El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario"
6. Constitución Española (1978)
7. CIMA [consulta 5 marzo de 2014] disponible en:  
<https://www.cima.es/que-es-cima>
8. Complejo Hospitalario de Navarra (2013) "Plan de Gestión de la Calidad Docente del Complejo Hospitalario de Navarra"
9. Consejo General de Trabajo Social. "La especialización en ciencias de la salud del Trabajo Social"
10. Decreto Foral 148/1986, de 30 de mayo, por el que se regulan las estructuras de Atención Primaria de Salud en Navarra.
11. Departamento de psiquiatría y psicología clínica de la CUN[consulta 12 marzo 2014] disponible en:  
<http://www.cun.es/nuestros-profesionales/servicios-medicos/psiquiatria-psicologia-medica>
12. DECLARACIÓN DE ALMA-ATA (1978)

13. ELIZALDE, Ainhoa (2014) *“Recursos para la atención a las personas con trastorno mental grave”*
14. ELIZALDE, Ainhoa *“Trabajo Social en la Clínica Universidad de Navarra”*
15. ESTEBAN, Ainara (2013) *“Memoria de prácticas 2013 Clínica Universidad de Navarra”*
16. GENERALITAT VALENCIANA, Consellería de Sanitat (2012), *“Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario”*
17. Gobierno de Navarra (2012). *“Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria en Navarra”*
18. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud (2014) *“Plan de Salud de Navarra 2014-2020)”*
19. GÓMEZ LAVIN, C., ZAPATA GARCÍA, R. (2000) *“Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social”*
20. Historia Clínica CUN
21. Historia Clínica CHN
22. ITUARTE, Amaya (2009) *“Sentido del Trabajo Social en salud”*
23. ITUARTE, A. (2009) *“Trabajo Social Clínico en el Contexto Sanitario: Teoría y Práctica”*
24. LIZARRAGA, M<sup>a</sup> Victoria (2014), CHN, *“Protocolo de Planificación del alta de pacientes que ingresan en la UHP para desintoxicación (en los casos de ingresos programados)”*
25. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
26. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
27. Ley Foral 22/1985, de 13 de Noviembre , de Zonificación Sanitaria de Navarra
28. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra.
29. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
30. Ley foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.
31. LIZARRAGA, M<sup>a</sup> Victoria (2012), CHN, *“Procedimiento Standard del Programa de Planificación del alta hospitalaria de pacientes ingresados en la UHP”*
32. NACIONES UNIDAS. (10 diciembre 1948) *“Carta de la Declaración Universal de los Derechos Humanos”*
33. Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

34. REVILLA AHUMADA, L; LUNA DEL CASTILLO, J; BAILÓN MUÑOZ, E; MEDINA MORUNO, I. (abril 2005)“Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria”  
*Revista Medicina de Familia* Vol. 6, N.º 1, 10-18.
35. SERVICIO NAVARRO DE SALUD, Dirección de Salud Mental. “*Memoria Salud Mental de Navarra*”
36. SNS-Osasunbidea (2014), Trabajo Social Sanitario Salud Mental, “*Procedimiento básico de intervención en UHP de CHN*”
37. UNION EUROPEA. (18 diciembre 2000) “*Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea*”
38. URMENETA AGUILAR, S et. ál. (2011) “Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria”. *Revista AGATHOS, número 3*, 42-51.