

upna

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
*GIZA, GIZARTE ETA HEZKUNTZA ZIENTZIEN FAKULTATEA*

Grado en Trabajo Social  
*Gizarte Langintzako Gradua*

Trabajo Fin de Grado  
*Gradu Bukaerako Lana*

# ***La planificación del alta hospitalaria desde la perspectiva del Trabajo Social***

**Estudiante/ Ikaslea: Marina Barace Jara**

Tutor/Tutora: Paloma Fernández Rasines

Departamento/Saila: Departamento sociología y  
Trabajo Social

**Campo/Arloa: Trabajo Social**

**Mayo, 2024**

## Resumen

El presente Trabajo de Fin de Grado trata sobre la planificación del alta hospitalaria desde la perspectiva del trabajo social, examinando sus principales funciones y técnicas, así como los puntos clave y las limitaciones para abordar este proceso, junto con las causas de los reingresos hospitalarios. El trabajo empírico se ha realizado a través de la colaboración de profesionales del Hospital Universitario de Navarra, mediante entrevistas a tres profesionales de diferentes servicios y un cuestionario respondido por seis profesionales de medicina y enfermería. Los resultados obtenidos resaltan la importancia vital del trabajo social en este proceso, identificando tres funciones clave que son el apoyo psicosocial, la coordinación multidisciplinar y la técnica del diagnóstico social sanitario. Además, la falta de comunicación o coordinación interprofesional, la escasez de recursos y la carga laboral elevada limitan la efectividad de la planificación del alta, contribuyendo a los reingresos hospitalarios. Se destaca que para superar estos desafíos se requiere mejorar la coordinación entre equipos, aumentar el reconocimiento del trabajo social y priorizar una atención integral centrada en las necesidades del/de la paciente para facilitar transiciones más seguras hacia la atención post-hospitalaria.

*Palabras clave:* trabajo social; planificación del alta hospitalaria; coordinación multidisciplinar, reingresos hospitalarios.

## Abstract (Required)

The present Bachelor's Thesis focuses on the discharge planning from the perspective of social work, examining its main functions and techniques, as well as the key points and limitations to address this process, along with the causes of hospital readmissions. The empirical work has been carried out through the collaboration of professionals from the University Hospital of Navarra, by conducting interviews with three professionals from different services and a survey answered by six healthcare professionals. The results obtained highlight the vital importance of social work in this process, identifying three key functions, that are psychosocial support, multidisciplinary coordination, and the technique of social health diagnosis. Additionally, it was observed that lack of communication or interprofessional coordination, scarce resources and high workload limit the effectiveness of discharge planning, contributing to hospital readmissions. It is emphasized that overcoming these challenges requires improving coordination among teams, increasing recognition of social work, and prioritizing comprehensive care focused on patient needs to facilitate safer transitions to post-hospital care.

*Keywords:* Social work; hospital discharge planning; multidisciplinary coordination; hospital readmissions.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
1. MARCO TEÓRICO .....	6
1.1 Trabajo Social Sanitario .....	6
1.1.1 Protección de los derechos de los/as pacientes .....	6
1.1.2 Intervención del Trabajo Social Sanitario.....	8
1.2 El papel del Trabajo Social Hospitalario .....	11
1.2.1 Funciones y objetivos del Trabajo Social en el hospital .....	11
1.2.2 Coordinación con otras disciplinas.....	14
1.3 La planificación del alta hospitalaria .....	15
1.3.1 Descripción de la planificación del alta hospitalaria .....	16
1.3.2 El rol del Trabajo Social en la planificación del alta hospitalaria .....	18
1.3.3 Consideración de la perspectiva familiar y género en la planificación del alta hospitalaria ...	20
2. METODOLOGÍA.....	23
2.1 Objetivos generales y específicos.....	25
3. RESULTADOS.....	27
3.1 El papel del trabajo social en el hospital .....	27
3.1.1 El proceso e importancia del apoyo psicosocial.....	28
3.1.2 La coordinación multiprofesional.....	29
3.1.3 El diagnóstico social sanitario como herramienta clave para la planificación del alta hospitalaria.....	30
3.2 La planificación del alta hospitalaria .....	31
3.2.1 El papel del trabajo social en la planificación del alta hospitalaria.....	32
3.2.2 El papel de la perspectiva familiar y de género en la planificación del alta hospitalaria.....	34
3.3 La eficacia de la planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social .....	35
3.3.1 Puntos clave para el funcionamiento de la planificación.....	36
3.3.2 Limitaciones o dificultades para el desarrollo de la planificación del alta .....	38
3.3.3 Causas de los motivos de reingreso .....	40
5. CONCLUSIONES .....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
ANEXOS .....	49

## INTRODUCCIÓN

El trabajo social sanitario es la especialización del trabajo social dentro del sistema sanitario para abordar las dificultades que surgen alrededor de la enfermedad y su impacto en la vida de la propia persona y su entorno. Este enfoque implica profundizar en las vivencias de los/as pacientes y su entorno, examinando los efectos de la enfermedad en los diferentes aspectos de su vida a corto, medio y largo plazo. La enfermedad se convierte en un punto focal, no sólo como causa de desafíos sociales, sino también como consecuencia de los problemas subyacentes no resueltos. A través de esta perspectiva, el trabajo social sanitario puede identificar y abordar los efectos psicosociales de la enfermedad y puede adentrarse en esferas que requieren la intervención de otros/as profesionales de diversos servicios, tanto sanitarios como sociales (Colom, 2010). Actualmente, los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as no están oficialmente reconocidos/as, pero se está luchando por obtener este reconocimiento (Consejo General de Trabajo Social, 2021).

La transición del/de la paciente desde el entorno hospitalario hacia su hogar es un proceso crucial que puede tener un impacto significativo en la continuidad de los cuidados y el bienestar del individuo. En este contexto, el/la trabajador/a social desempeña un papel esencial al facilitar un alta hospitalaria exitosa y adaptada a las necesidades de la persona ingresada. Por esta razón, es fundamental que dentro de las funciones del trabajo social hospitalario se realice el diagnóstico social sanitario y una buena planificación del alta hospitalaria (Ochando et al., 2011).

El objetivo principal de este TFG es profundizar en el proceso de la planificación del alta hospitalaria desde la perspectiva del trabajo social. Se ha examinado la intervención del trabajo social en el entorno hospitalario, centrado en el análisis detallado de las responsabilidades y funciones específicas desempeñadas en los hospitales. Asimismo, conocer y analizar la eficacia de la planificación del alta hospitalaria desde esta profesión, y comprender cómo la familia y el género influyen en este proceso. La conexión entre la profesión del trabajo social y la planificación del alta hospitalaria es fundamental para garantizar una transición segura y exitosa de los/as pacientes desde el entorno hospitalario hasta su hogar o el siguiente nivel de atención.

Por otro lado, la elección de este tema se fundamenta en la experiencia durante las prácticas realizadas en el segundo semestre del cuarto grado de trabajo social de la Universidad Pública de Navarra, específicamente en la unidad de Trabajo Social Sanitario en el Hospital Universitario de Navarra (HUN). Este servicio especializado, técnico y profesional, forma parte del equipo multidisciplinario del HUN. La profesión desempeña un papel crucial en el apoyo a individuos que se enfrentan a dificultades personales y sociales ligadas a la protección de la salud, el proceso de enfermedad y sus repercusiones, la recuperación, y la readaptación de la persona ingresada y su entorno, actuando como un enlace esencial entre el hospital y la comunidad (Gobierno de Navarra, 2024).

Las principales funciones de esta labor se centran en ajustar los planes de alta o tratamiento, identificando indicadores de riesgo psicosocial y asegurando la continuidad de la atención al paciente para prevenir reingresos, optimizar la atención médica y los resultados de salud, promoviendo el bienestar y la independencia de la persona ingresada (Gobierno de Navarra, 2024).

Asimismo, la inclinación personal hacia el ámbito sociosanitario y el previo acercamiento a este sector han contribuido en mi interés para profundizar en esta temática. Además, tras cursar diversas asignaturas a lo largo de la carrera universitaria que se aproximaban con el trabajo social sanitario, como salud y dependencia y trabajo social, discapacidad y accesibilidad.

Durante el periodo de prácticas, se observaron los desafíos y retos que enfrentan los/as profesionales en la intervención de la planificación del alta hospitalaria. También, la planificación se puede ver afectada si no se realiza una coordinación tanto extrahospitalaria e intrahospitalaria por parte de todas las disciplinas profesionales (medicina, enfermería, trabajo social, Centro de Salud, Servicios Sociales, etc). Es esencial considerar tanto los aspectos sociales como clínicos para asegurar el bienestar y la atención integral de todos/as los/as pacientes ingresados/as y sus entornos.

Por lo tanto, el trabajo de campo se ha realizado a través de personas profesionales que desarrollan su perfil dentro del Hospital Universitario de Navarra.

La estructura del trabajo se divide en varios apartados. En primer lugar, el marco teórico, que se organiza en tres puntos principales: el trabajo social sanitario, que abarca la protección de los derechos de los/as pacientes y la intervención del trabajo social sanitario; el papel del trabajo social hospitalario, que incluye las funciones y objetivos del trabajo social en el hospital y la coordinación con otras disciplinas; y la planificación del alta hospitalaria, que describe el proceso de planificación del alta, el rol del trabajo social en dicho proceso, y la consideración de las familias y el género en la planificación del alta. En segundo lugar, se presenta la metodología, explicando los objetivos y técnicas utilizadas para la realización del trabajo. A continuación, se detallan los resultados obtenidos del trabajo de campo realizado. Finalmente, se exponen las conclusiones del trabajo, seguidas de la bibliografía y los anexos.

## 1. MARCO TEÓRICO

Este marco teórico incluye tres puntos principales. En primer lugar, se aborda el trabajo social sanitario, seguido por el papel del trabajo social hospitalario y la planificación del alta hospitalaria.

Es relevante contextualizar el tema, destacando que la planificación del alta hospitalaria es un proceso multidisciplinario, es decir, que intervienen diferentes disciplinas de dentro y fuera del hospital. Su propósito es asegurar una transición segura desde la salida del hospital y promover la autonomía del/de la paciente. Se subraya la importancia del rol del trabajo social en este proceso, ya que aporta una visión más amplia de la enfermedad y de las necesidades de la persona ingresada. Al realizar este proceso, es fundamental considerar aspectos como las limitaciones, puntos clave del proceso y las causas de los reingresos hospitalarios, con el objetivo de llevar a cabo una planificación efectiva.

### 1.1 Trabajo Social Sanitario

El trabajo social sanitario se centra en los aspectos psico-sociales que afectan en la salud de individuos, grupos y comunidades. Los/as profesionales de este campo investigan, diagnostican y tratan los factores sociales que inciden en la salud y la enfermedad, colaborando estrechamente con el equipo médico para fortalecer el enfoque social de la atención sanitaria. Asimismo, se enfocan en la prevención y promoción de la salud a través de programas preventivos que identifican y enfrentan los riesgos sociales, con el propósito de mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas en situación y vulnerabilidad (López, 2021).

En este primer apartado se abordan dos aspectos fundamentales: los derechos de los/as pacientes y la intervención del Trabajo Social Sanitario.

#### 1.1.1 *Protección de los derechos de los/as pacientes*

La OMS realiza una declaración social de los derechos humanos para las personas. En ella, recoge la importancia de garantizar el acceso a la atención médica y a la salud como derecho fundamental para todos los individuos. Asimismo, se resalta la necesidad de eliminar las barreras que impiden el acceso equitativo a la salud y promover políticas que fomenten la igualdad en ese ámbito. Además, la salud es vista no solo como un aspecto físico, sino también como un fenómeno social (OMS, 1948).

Esta visión de la salud es un derecho universal que viene recogido en la carta de los derechos fundamentales de la unión europea, específicamente en su artículo 35<sup>1</sup>, que alude a la protección de

---

<sup>1</sup> Unión Europea. (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, C 364/1, 18 de diciembre de 2000. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>

la salud. Esto se encuentra respaldado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>2</sup>, modificada en el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de junio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud<sup>3</sup>, la cual no solo asegura el derecho a la salud física, sino también al bienestar social. Es así como el trabajo social se define como una prestación del sistema. En el ámbito de la medicina, la protección de los derechos de los y las pacientes es un principio fundamental en la prestación de la atención médica de calidad y centrada en la persona. Estos derechos se basan en principios éticos y legales que garantizan que cada individuo reciba una atención equitativa, adecuada y respetuosa dentro del marco del sistema de salud.

El concepto de salud está influenciado por múltiples factores sociales, económicos, culturales, políticos y científicos, así como por el contexto histórico y cultural, ya que cada sociedad y época tiene su propia comprensión de salud. Es decir, la noción de salud es una construcción social que varía según el tiempo y el contexto social en el que se encuentra (Alcántara, 2008).

La definición más influyente de salud en la actualidad proviene de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la describe como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántara, 2008, p.96).

Por otro lado, en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en cuanto a información y documentación clínica<sup>4</sup>, en el artículo 2 se establecen los siete principios fundamentales que guían la actuación de los/as profesionales en el ámbito de la salud, destacando el respeto a la dignidad, privacidad y autonomía del individuo, y se enfatiza la necesidad del consentimiento informado para cualquier actividad médica. Asimismo, se recalca la responsabilidad del personal sanitario en la confidencialidad de los datos clínicos, asegurando así la integridad y privacidad del/de la paciente.

Todo ello debe tenerse en cuenta por los y las profesionales en sus intervenciones y atención a la persona, enfatizando la importancia de garantizar la protección de los derechos de los y las pacientes como parte integral (Ituarte, 2009).

Además, los y las profesionales del trabajo social deben intervenir desde “ el respeto a las diferencias, proporcionar la mejor atención posible a todos/as aquellos/as que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual, sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia”

---

<sup>2</sup>España, Cortes Generales. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 30-05-2003, 128. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>

<sup>3</sup> España, Cortes Generales. (2018). Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 31-07-2018, 183. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7/con>

<sup>4</sup> España, Cortes Generales. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, art 2. Boletín Oficial del Estado, 15-11-2002, 274, 5. Jefatura del Estado. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

(artículo 13), en colaboración con la persona usuaria, motivando su participación y respetando sus intereses (artículo 14). Con ello, los y las pacientes ingresadas y su entorno obtengan una intervención integral y adecuada (Mateos, 2022, pp. 22-23).

Por otra parte, las leyes forales principales que encontramos son diversas. Han ido evolucionando significativamente para abordar diversos aspectos de la atención médica y los derechos de los/as pacientes. En la ley 22/1985, se estableció la diversificación de Navarra en diferentes zonas de salud para una gestión más eficiente<sup>5</sup>. En 1990, se establecieron principios de salud que incluyen la atención integral y consideración de los factores sociales y psicológicos<sup>6</sup>. En 2010, se reconoció el derecho a la planificación del alta hospitalaria<sup>7</sup>, mientras en 2011 se aseguró la dignidad de las personas en el proceso de la muerte<sup>8</sup>. Todas estas leyes reflejan un compromiso con la mejora continua de la atención de los/as profesionales de salud y la protección de los derechos de los/as pacientes en Navarra.

### **1.1.2 Intervención del Trabajo Social Sanitario**

El sistema sanitario y de protección social actual asume la responsabilidad de proporcionar cobertura tanto en el ámbito sanitario como asistencial. Sin embargo, emergen repercusiones alrededor de la enfermedad que genera sufrimiento y exponen tanto al individuo enfermo como a su entorno a una situación de vulnerabilidad psicológica, social y económica. Es por ello, la labor del Trabajo Social en este ámbito de salud consiste en atender y abordar aquellas deficiencias sociales que han sido desencadenadas o agravadas por la enfermedad. Además, se focaliza en las interrelaciones existentes entre la salud y los factores sociales, teniendo en cuenta el contexto social en el cual se desenvuelve. Esta profesión aporta una perspectiva social a las dificultades de la salud, actuando como puente entre los sistemas sanitarios y sociales, estableciendo una coordinación necesaria para realizar un enfoque integral que evite la fragmentación en la atención del usuario/a, y prevenga la duplicación de recursos e incongruencias en dicha atención (Agulló & Martín, 2020).

Es necesario que, a la hora de intervenir en el ámbito sanitario, se considere la importancia de situar a la persona dentro de su contexto psicosocial. Esto implica entender que cada individuo está inmerso

---

<sup>5</sup> Navarra, Parlamento. (1985). Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de zonificación Sanitaria de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra*, 13-11-1985, 140. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=1308>

<sup>6</sup> Navarra, Parlamento. (1990). Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra*, 3-12-1990, 146. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10641>

<sup>7</sup> Navarra, Parlamento. (2010). 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. *Boletín Oficial de Navarra*, 16-11-2010, 139. <https://www.boe.es/eli/es-nc/lf/2010/11/08/17/con>

<sup>8</sup> Navarra, Parlamento. (2011). Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial de Navarra*, 4-4-2011, 65. <https://www.boe.es/eli/es-nc/lf/2011/03/24/8/con>



en una realidad única, que no solo incluye su estado de salud, sino también su entorno familiar, socioeconómico y emocional. Al tener presente y comprender este contexto, los/as profesionales de la salud obtienen una visión más amplia de las necesidades de la persona, lo que les permite llevar a cabo una intervención más eficaz y completa. De este modo, no se limitan únicamente al aspecto médico de la enfermedad, sino que abordan de manera integral los diversos factores que influyen en la salud y bienestar del/de la paciente (Ituarte, 2009).

En definitiva, el Trabajo Social Sanitario se define como la actividad profesional de naturaleza clínica, por un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona afectada como contribución al diagnóstico integral y al plan terapéutico, y por otro lado, la intervención (ya sea individual, familiar o grupal) sobre la problemática psicosocial que influye o está vinculada al proceso de salud-enfermedad, dentro del marco global del tratamiento y en el contexto de los objetivos de salud a alcanzar (Ituarte, 2009).

Todo ello, lo vemos reflejado en la Ley General de Sanidad<sup>9</sup>: “la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales, no sanitarias, que concurren en situaciones de enfermedad garantizando la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales”. Engloba tanto las acciones orientadas para mejorar la salud, las cuales pueden ser individuales, centradas en fortalecer las habilidades de las personas, como colectivas, enfocadas a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas que afectan a la salud (Agulló & Martín, 2020, p.136).

El Consejo General de Trabajo Social enfatiza la importancia de incluir el trabajo social sanitario junto a otras profesiones, con el fin de proporcionar una atención integral y multidisciplinaria en el marco del sistema de salud español. Para garantizar los derechos de las personas usuarias, el funcionamiento y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (El Consejo General de Trabajo Social, 2013).

Por lo tanto, la misión del Trabajo Social Sanitario es proporcionar la valoración social, promover la salud, abordar los problemas sociofamiliares y garantizar la atención integral. Esto implica intervención con enfoque bio-psico-social, colaborando con el personal sanitario, detectar problemas sociales, coordinar servicios y fomentar el desarrollo de las habilidades psicosociales (Saavedra, 2016).

Las funciones de los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario pueden desarrollarse en diferentes campos de actividades y áreas de atención. Son las siguientes: incorporar la perspectiva social en todas las actividades sanitarias, identificar factores de riesgo social, elaborar planes de intervención social, participar en el desarrollo de procesos asistenciales y programas de salud, brindar orientación y apoyo psicosocial, promover la utilización adecuada de recursos sanitarios, fomentar la participación comunitaria en actividades de salud, facilitar la comunicación y coordinación entre servicios sociales y

---

<sup>9</sup> España, Cortes Generales. (1986). Ley General de Sanidad de 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, 29-4-1986, 102. Microsoft Word - ley\_14-86\_general\_de\_sanidad (colprodentaex.com)

de salud, participar en actividades de promoción y prevención de la salud, contribuir a la formación y la investigación en salud y factores psicosociales, y registrar la actividad realizada y emitir informes sociales cuando sea necesario (Castrillo et al., 2012).

Dentro de los objetivos que llevan a cabo los/as profesionales del trabajo social dentro del ámbito sanitario se destacan varios. Por un lado, realizan el diagnóstico social mediante el análisis de las variables socioeconómicas y culturales que influyen en la enfermedad y sus implicaciones sociales, y aportarlo al resto del equipo médico. Otro objetivo es brindar orientación y capacitación a los/as pacientes, a sus familias sobre los problemas derivados de la enfermedad, con el propósito de empoderarlos como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Por último, colaborar en el desarrollo, la implementación y la valoración de las políticas relacionadas con la salud y los servicios sociales, desde la perspectiva de su área (Saavedra, 2016).

Las diferentes áreas de intervención del Trabajo Social Sanitario se dividen en tres niveles principales. En primer nivel, encontramos la intervención del trabajo social en centros de atención primaria de salud. En segundo nivel, se sitúa la intervención del trabajo social en centros hospitalarios. Finalmente, en el tercer nivel, se encuentra la intervención del trabajo social en unidades de apoyo (Guía de intervención de trabajo social sanitario, 2012).

Existen diversos modelos que se utilizan en el trabajo social sanitario y se aplican en tres niveles diferentes: el individual, el grupal y el comunitario.

En primer lugar, a nivel individual encontramos diversos modelos: psicosocial, intervención en crisis, clínico normativo, sistémico, de gestión de casos, narrativo, de asesoramiento del duelo y de la labor del consejo o counselling. A su vez, a nivel grupal destacan dos modelos principales: el de ayuda mutua y basado en las redes y en los sistemas de apoyo. Por último, a nivel comunitario, se distinguen el modelo centrado en los problemas y los grupos de población y el modelo de potenciación (Ávila, 2020). Por otro lado, las técnicas más utilizadas en la intervención del trabajo social son varias. Entre ellas se encuentra la observación directa e indirecta, la documentación y registro, las entrevistas (estructuradas, semiestructuradas o abiertas) y las escalas para la clasificación y detección de factores de riesgo. Cada una de estas técnicas se utilizarán dependiendo de los objetivos específicos de cada profesional (Martin, 2018).

Por último, esta profesión en el ámbito hospitalario tiene que tener presente los principios de la bioética que son los siguientes: el principio de autonomía (respetar lo que la persona decida teniendo en cuenta sus intereses y beneficios que a veces no corresponde con los mismos que la familia o profesionales), el principio de beneficencia (todas las intervenciones que se realizan tiene que ir en beneficio de la persona atendida), el principio de no maleficencia (nunca se ejercerá ningún tipo de actuación que puede ser perjudicial o no corresponda a los intereses de la persona) y por último, el principio de justicia (tratar casos iguales de forma igual para evitar al máximo las situaciones de

desigualdad). Es decir, los y las profesionales del trabajo social utilizan como guía el código deontológico del trabajo social para proporcionar a las personas ingresadas una atención integral y cumplan con sus derechos (Feito, 2022).

## **1.2 El papel del Trabajo Social Hospitalario**

En el ámbito hospitalario, es necesario entender y reconocer que las necesidades de la persona ingresada van más allá de la atención médica directa. El trabajo social hospitalario juega un papel vital al abordar las dimensiones sociales y emocionales que afectan a la salud y el bienestar de las personas y sus familias (Díaz, 2003). También, es necesario adoptar una perspectiva integral para asegurar una atención equitativa y efectiva teniendo en cuenta diferentes aspectos para promover el bienestar y la autonomía de los/as pacientes (Colom, 2010).

En este apartado se abordan dos aspectos fundamentales: las funciones y objetivos del trabajo social en el hospital y la coordinación con otras disciplinas.

### **1.2.1 Funciones y objetivos del Trabajo Social en el hospital**

El Trabajo Social Hospitalario contribuye en la asistencia a individuos con dificultades personales y sociales ligados a la protección de la salud, el desarrollo de la enfermedad y sus efectos, el proceso de recuperación, y la readaptación de la persona ingresada y su entorno, actuando como enlace entre el hospital y la comunidad (Colom, 2010). Los enfoques y las habilidades inherentes de esta disciplina se centran en la atención a los aspectos psicosociales de los/as pacientes durante el tratamiento médico o el seguimiento posterior. Su labor está orientada y ajustada a los planes de alta o tratamiento, identificando los posibles riesgos psicosociales y elementos de protección, asegurando la persistencia de la atención al paciente, la prevención de reingresos, el fortalecimiento de la asistencia y los efectos en la salud, promoviendo su independencia, bienestar y la coordinación con recursos socio-sanitarios y sociales (Rodríguez et al., 2013). Esta profesión ayuda a enfrentar las dificultades emocionales, económicas y sociales que puedan surgir durante el transcurso de la enfermedad, ofreciendo un apoyo psicosocial y facilitando el acceso a recursos y servicios necesarios. Además, el plan de cada profesional del trabajo social no será igual en todas las intervenciones, ya que cada individuo, aunque sufra el mismo problema de salud, tiene limitaciones personales únicas (Colom, 2010).

La atención especializada en el sistema sanitario se organiza a través de las diferentes estructuras diseñadas para la atención en cada especialidad. Los hospitales, de manera general, tienen como funciones proporcionar atención especializada, promover la salud, prevenir enfermedades, llevar a cabo investigaciones y enseñanza, y coordinarse con otros centros de salud (Díaz, 2003). Además, el

enfoque actual de la asistencia sanitaria se conoce como la atención integral. Esto implica la evaluación del individuo desde una perspectiva bio-psico-social y el diseño de un plan de atención integral, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar cuya composición puede variar según las necesidades del/de la paciente, pero la composición básica está formada por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social (Saavedra, 2016). Por lo que, “la intervención social sanitaria es sobre todo una herramienta favorecedora del cambio del individuo y de su red social respecto a los problemas originados por la presencia de una o varias enfermedades y/o episodios de ingreso” (Saavedra, 2016, p.171 en Colom, 2008).

En el Hospital Universitario de Navarra realizan una atención psicosocial, apoyo en la gestión, la captación de riesgo sociosanitario, la planificación del alta hospitalaria, garantizar la continuidad de los cuidados, la valoración sociofamiliar para la atención integral, el diagnóstico y tratamiento social sanitario, información, orientación y/o prestaciones, la coordinación intra y extrahospitalaria la derivación y la formación e investigación (Gobierno de Navarra, 2024). En el Artículo 26 de la Orden Foral 54/2016, de 30 de junio, se establecen las funciones de la Unidad de Trabajo Social Sanitario en el complejo Hospitalario de Navarra<sup>10</sup>. Se desarrollan las siguientes funciones:

- Brindar atención integral a los aspectos psicosociales de las personas hospitalizadas y sus redes de apoyo cercanas para preservar su calidad de vida y autonomía, mediante una atención interdisciplinaria de calidad que asegure la eficacia y continuidad de los cuidados.
- Identificar tempranamente situaciones de riesgo sociosanitario y las necesidades de los individuos atendidos en los servicios de salud, considerando aspectos como la dependencia, la discapacidad, la cronicidad, situaciones de vulnerabilidad y debilidad tanto en adultos como en menores y los procesos relacionados con el morir y la muerte.
- Ayudar a la persona, así como a su familia y círculo cercano, en la adaptación a los planes de salida del hospital, con el propósito de asegurar la continuidad de los cuidados.
- Realizar el diagnóstico social sanitario y proporcionar al equipo interdisciplinario la valoración socio-familiar de los/as pacientes.
- Implementar tratamiento social sanitario individual y familiar.
- Coordinar la atención del/de la paciente tanto dentro como fuera del hospital cuando requiera apoyo.
- Informar, orientar y asesorar sobre los recursos necesarios, favoreciendo el acceso a la información.

---

<sup>10</sup> Navarra, Consejería de Salud. (2016). Orden foral 54/2016, de 30 de junio, por la que se establece la estructura orgánica a nivel de secciones no asistenciales y unidades no asistenciales del Complejo Hospitalario de Navarra, art.26. Boletín Oficial de Navarra, 8/08/2016, 151, 14.  
<https://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=37764>

- Administrar el acceso a recursos y servicios que contribuyan al tratamiento social sanitario.
- Promover la formación e investigación dentro del ámbito competencial.
- Colaborar y apoyar en la gestión de servicios y áreas, identificando aspectos sociales y dificultades en la atención más allá de los datos clínicos.
- Realizar otras tareas relacionadas que le sean asignadas por la Jefatura del Servicio de Admisión y Atención al Ciudadano/a.

Los/las trabajadores/as sociales en el ámbito hospitalario intervienen de manera proactiva por iniciativa profesional cuando se identifica necesidades o riesgos socio-sanitarios o por proyecto, por propia iniciativa de la persona o su entorno, o por demanda de otros/as profesionales, tanto internos como externos al centro hospitalario (Viñuela et al., 2020). Asimismo, a cada profesional se le asigna un servicio médico principal en el cual intervendrá dentro del hospital.

La metodología que se utiliza en el ámbito hospitalario generalmente es la gestión de casos o casework, que se centra en la atención individualizada de la persona afectada por la enfermedad y su red familiar o social cercana. El objetivo es brindar el apoyo necesario para que estas personas puedan alcanzar la mayor autonomía posible y mejorar su calidad de vida en todos los aspectos (física, psicológica y socialmente). Esto puede implicar proporcionar recursos, servicios y orientación adaptados a sus necesidades específicas, con el fin de ayudarles/as a enfrentarse a su situación y afrontar los desafíos de manera más efectiva (Colom, 2008). Desde este enfoque los/as profesionales del trabajo social sanitario acompañan a enfrentar los problemas conjuntamente. Para llevar a cabo esta metodología se enfocan en la comprensión del plan de alta, en cómo se entiende la enfermedad, que supone la nueva situación, definir las necesidades post alta y establecer como se van a garantizar los cuidados en caso de ser necesario. Además, se esfuerzan por centrarse en los aspectos y factores positivos de la persona como de su entorno, con el objetivo de generar motivación y confianza (Cardona et al., 2017).

Finalmente, el trabajo social hospitalario adopta una visión y un enfoque holístico que reconoce la importancia de considerar a la persona en su totalidad, comprendiendo que su vida está formada por diversas dimensiones interconectadas. También, se caracteriza por una visión humanizadora, que se basa en un modelo de intervención centrado en la persona, respetando sus valores, capacidades y creencias. Su objetivo es que la persona ingresada se sienta escuchada, aceptada y comprendida. Todo esto guiado por unos principios éticos que promueven la libertad, dignidad e igualdad (Gobierno de Navarra, 2024).

### **1.2.2 Coordinación con otras disciplinas**

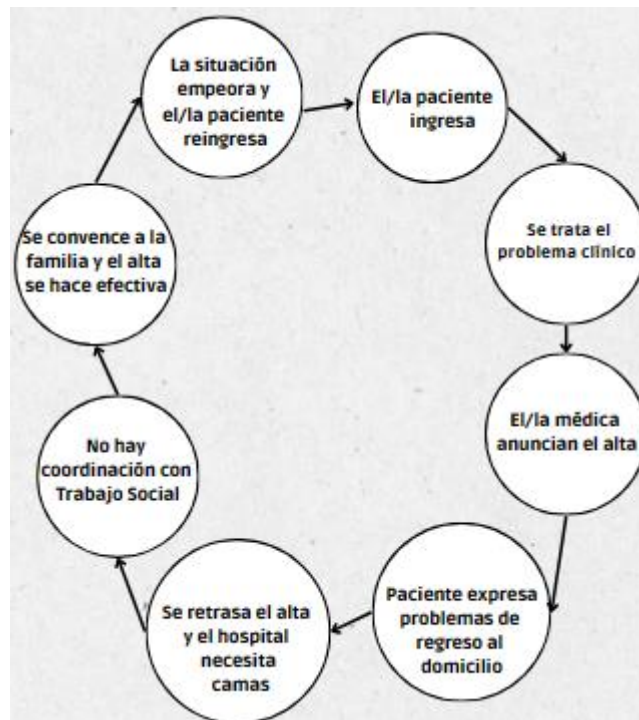
En la historia de la medicina, en diversas ocasiones se ha priorizado la atención individualizada del/de la paciente, reconociendo que es un ser social con capacidad de razonamiento, de experimentar emociones y de tener una situación familiar, laboral y financiera (Miranda, 2008). Aunque la salud es un derecho fundamental de las personas, su preservación o restablecimiento requiere un enfoque interdisciplinario debido a la multiplicidad de factores que influyen en ella (Casas, 2023).

La enfermedad no solo provoca malestar físico, sino también emocional y social. La respuesta del entorno puede tener un impacto significativo en la experiencia de la persona enferma, ya sea actuando como apoyo o aumento de su malestar. Por tanto, el proceso de atención sanitaria va más allá de la atención médica en sí misma, ya que implica considerar y abordar el impacto que la enfermedad genera en el entorno social del individuo afectado. Es crucial abordar tanto las dimensiones físicas como las sociales y emocionales para ofrecer un cuidado integral y efectivo (Casas, 2023).

Por todo ello, es necesario que todas las disciplinas médicas tengan en cuenta los aspectos psicosociales en los contextos hospitalarios (Fernández, 2013). El trabajo social sanitario en los hospitales tiene como objetivo principal evitar que la enfermedad afecte a la pérdida de la calidad de vida de la persona enferma, ni los/as coloque en situaciones de discriminación o marginación social (Casas, 2023). Asimismo, es esencial que el resto de los/las profesionales del hospital reconozcan el papel crucial del trabajo social en este proceso, evitando así el círculo vicioso de las altas hospitalarias que ocurre cuando no se aborda o no se tienen en cuenta por los/as profesionales sanitarios la importancia de abordar los aspectos sociales durante el ingreso (Colom, 2000).

En esta figura se muestra el círculo vicioso de las altas hospitalarias cuando no existe una coordinación y una planificación adecuada por parte de todos/as los/as profesionales del ámbito sanitario (Casas, 2023). Para romper este ciclo, se requiere una coordinación con el equipo del hospital, la identificación de posibles riesgos socio-sanitarios y una intervención basada en protocolos establecidos por el propio servicio. Del mismo modo, es crucial detectar las posibles necesidades sociales del/de la paciente tras la salida del hospital para garantizar el alta en el ámbito médico y social, evitando así retrasos o reingresos. Además, dependiendo de las características de la persona ingresada, es fundamental coordinarse con los servicios sociales, los centros de salud o salud mental para llevar a cabo un seguimiento post-hospitalario, asegurando así un cuidado continuo más allá del entorno hospitalario (Colom,2000).

**Figura 1: El círculo vicioso de las altas hospitalarias.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Casas (2023).

En relación con la importancia de una coordinación efectiva entre disciplinas médicas y sociales, es esencial considerar los hallazgos del estudio realizado en la revista de atención primaria, que examinó los factores asociados con los reingresos hospitalarios. Según este estudio, los periodos prolongados de hospitalización pueden aumentar la probabilidad de reingresos, especialmente entre pacientes de edad avanzada que viven solos/as, enfrentan dificultades económicas o tienen limitaciones en su capacidad funcional. Estos factores socioeconómicos y familiares, que no siempre son considerados inicialmente, juegan un papel significativo en la experiencia del/de la paciente después del alta hospitalaria (Martín et al., 2011).

### **1.3 La planificación del alta hospitalaria**

La transición de la persona ingresada desde el entorno hospitalario de vuelta a su hogar u otros entornos de cuidado representa un momento crítico en la atención médica. Durante este proceso, es fundamental asegurar una transición efectiva y segura en la que se tengan en cuenta las necesidades sociales, emocionales y médicas del/de la paciente y su entorno (Saavedra, 2016). La planificación del alta hospitalaria es un componente clave en este proceso, involucrando a diversos/as profesionales de la salud en la anticipación y preparación para garantizar el bienestar y los cuidados tras el alta (Budinich & Sastre, 2020).

La colaboración interdisciplinaria entre las diferentes disciplinas como la medicina, enfermería y trabajo social es esencial para identificar las necesidades específicas del/la paciente y garantizar una

transición sin contratiempos.

En este apartado, se explicará la descripción de la planificación del alta hospitalaria, el rol del trabajo social en esta planificación y la consideración de la perspectiva familiar y de género en este proceso.

### ***1.3.1 Descripción de la planificación del alta hospitalaria***

El proceso que sigue una persona desde su llegada al centro hospitalario hasta su alta y derivación es un procedimiento estructurado y multidisciplinario que abarca diversas fases cruciales para el bienestar integral de la persona ingresada (Colom, 2000).

En primer lugar, el ingreso puede ocurrir de diversas formas: por urgencias, de manera programada o derivado desde consultas externas. Una vez en el centro hospitalario, la persona se dirige al servicio de admisiones, donde el personal médico realizará una evaluación inicial para establecer un diagnóstico y determinar el curso de acción necesario (Colom, 2000).

Posteriormente, si se determina la hospitalización, durante este periodo se lleva a cabo un estudio, diagnóstico y tratamiento por parte de los/as diferentes profesionales, entre ellas el trabajo social, medicina y enfermería. Este enfoque multidisciplinario garantiza una atención integral que aborda tanto las necesidades médicas como las sociales de la persona ingresada (Colom, 2000).

La hospitalización conlleva frecuentemente síntomas de ansiedad, temor e incertidumbre para los/as pacientes, así como para sus familiares y entorno. Aunque los/as médicos/as y enfermeros/as brindan atención médica, son los/as profesionales del trabajo social quienes dan apoyo emocional a las personas ingresadas y familiares durante la hospitalización. Esta intervención es crucial para asegurar un resultado positivo. El trabajo social está capacitado para trabajar con individuos y familias, ayudándoles a afrontar las crisis provocadas por el ingreso. La labor de esta profesión desempeña una función imprescindible en el bienestar de los/as pacientes durante el ingreso y facilitando la transición hacia el domicilio, centro residencial o centros de rehabilitación (Garces, 2013). Además, la intervención no puede ser uniforme, ya que el enfoque y las estrategias de intervención deben adaptarse a la naturaleza y a las implicaciones específicas de cada condición de salud (Ituarte, 2009).

El cuidado de las familias al paciente tras su ingreso hospitalario está influenciado por factores sociales y culturales que presentan características distintas según la región y el país. En España, la provisión de cuidados está influenciada por creencias arraigadas y transmitidas de generación en generación, presentando diferencias significativas entre hombres y mujeres. Por lo que, es más probable que las mujeres asuman el rol de cuidadoras en comparación con los hombres (Sanjuán et al., 2023). Esto se ve reflejado en el análisis de datos del INE y un estudio de la Cruz Roja que muestra que el 89% de las personas cuidadoras son mujeres (Cruz Roja, 2018).

A medida que progresa la estancia hospitalaria, se desarrolla un plan de alta, en el cual colaboran el



personal del hospital, el/la paciente y su entorno cercano (Colom, 2000).

En la 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<sup>11</sup>, se puede observar que por primera vez la planificación del alta hospitalaria es un derecho de la persona.

La planificación del alta hospitalaria es un procedimiento centralizado, coordinado y multidisciplinar en el que se prevén las necesidades futuras de las personas hospitalizadas, colaborando los equipos de salud con el/la paciente y sus familiares para elaborar un plan que facilite su autonomía y preserve los avances logrados durante su estancia en el hospital. Así como prever su reingreso por condiciones sociales (Colom, 2000).

Esta dinámica requiere la participación activa de los/as pacientes, sus familias, el equipo médico del hospital, y en caso de seguir proceso rehabilitador, también intervendrá ese equipo (Budinich & Sastre, 2020).

Es importante considerar dos aspectos: por un lado, las necesidades de los/as pacientes y sus familias, y por otro, las del hospital. Se establecen dos objetivos generales. En primer lugar, es crucial conocer rápidamente la realidad social y sanitaria de las personas ingresadas, brindándoles el apoyo necesario para garantizar un alta adecuada y prevenir posibles complicaciones adicionales de salud. En segundo lugar, es necesario ajustar los programas y servicios de apoyo posteriores al alta según las necesidades reales de los/as pacientes (Colom, 2000).

Este programa se centra en abordar principalmente dos problemas concretos. Por un lado, la situación en la que los/as pacientes continúan ingresados/as en el hospital debido a dificultades sociales y/o sanitarias, ya que estas limitaciones se identifican al momento de planificar su salida. Por otro lado, el retraso en el alta de la persona enferma debido a una falta de coordinación entre los servicios hospitalarios o con otros servicios externos (Colom, 2000).

Para implementar este programa con éxito, es crucial que todos los servicios tengan una comprensión clara de los objetivos y posibilidades que se quieren conseguir con su aplicación. Es fundamental que todos/as los/as profesionales se involucren y se sientan parte de este proceso, ya que no está diseñado para que actúen de forma individual. Deben considerarse tres aspectos fundamentales: la identificación de los problemas, el diseño de la acción y la evaluación del servicio resultante (Colom, 2000). Además, es relevante tener en cuenta los diferentes grupos de población al llevar a cabo este proceso, dado que la planificación variará en función de la patología que presenten (Ituarte, 2009). Los indicadores de riesgo, considerando los problemas de salud son: personas con enfermedades agudas, crónicas, degenerativas, mentales, toxicomanía y/o drogodependencia y enfermedades infecciosas.

---

<sup>11</sup> Navarra, Parlamento. (2010). 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. Boletín Oficial de Navarra, 16-11-2010, 139. <https://www.boe.es/eli/es-nc/lf/2010/11/08/17/con>

### **1.3.2 El rol del Trabajo Social en la planificación del alta hospitalaria**

El enfoque de la planificación del alta es interdisciplinario, lo cual constituye su fortaleza y su efectividad posterior, e integra las tres perspectivas esenciales: la médica, la enfermería y la del trabajo social sanitaria. Esta última representa un cambio significativo en la intervención, dado que implica la participación sistemática de estos/as profesionales cuando se identifican los criterios denominados de riesgo (Colom, 2000).

En muchas ocasiones, la falta de coordinación y adaptación a los problemas psicosociales conlleva consecuencias como retrasos en el proceso de la planificación del alta hospitalaria. La recuperación del/de la paciente, la disponibilidad de servicios una vez que la persona ingresada ha sido dada de alta, son indicadores importantes del resultado positivo en el proceso, y el trabajo social aportando una perspectiva única. El rol de este último es fundamental en la creación y desarrollo de un plan de alta seguro y eficiente para el hospital. Este plan debe diseñarse considerando los niveles apropiados para garantizar la continuidad de la atención médica. Además, implica compartir información sobre la condición y las necesidades psicosociales de la persona ingresada con otros/as profesionales de la salud o servicios auxiliares. Por eso mismo, el trabajo social tiene la responsabilidad de abogar por la mejora de este proceso (Garces, 2013).

La incorporación del trabajo social sanitario supone un cambio de paradigma, ya que la responsabilidad primordial en la detección de los problemas o dificultades recae en esta profesión, quienes utilizan la identificación de criterios de riesgo social y sanitario en la persona (Colom, 2000).

La planificación del alta hospitalaria es un proceso que exige una preparación para lograr un plan satisfactorio. Para ello, el objetivo general de la intervención del trabajo social en este proceso es colaborar en la atención integral de las personas ingresadas y familiares/soporte, junto con los/as demás profesionales, aportando la valoración socio-familiar para llevar a cabo este proceso y la readaptación a la nueva situación (Suescun, 2017). Para alcanzar este objetivo general, se contemplan aspectos específicos, que incluyen: la atención psicosocial atendiendo el impacto emocional y vivencias de la persona ingresada y familia/soporte; favoreciendo el desarrollo de mecanismo de adaptación a los cambios que la enfermedad produce en sus vidas de manera temporal o definitiva. Asimismo, se busca detectar las situaciones de riesgo socio-sanitario, favorecer, apoyar y colaborar en los procesos de cambio personal, familiar y social, así como identificar necesidades post-hospitalarias, proporcionar información y facilitar acceso a recursos y prestaciones, y orientación sobre recursos y asegurar la continuidad de la atención social en la atención primaria, o recursos especializados tras el alta (Garces, 2013).

Existen unos criterios de riesgo para detectar situaciones de vulnerabilidad en los que es necesario

que el trabajo social intervenga. Por un lado, los criterios de riesgo social cómo tener más de 75 años, tener más de 70 años y vivir solo/a o con pareja de edad similar, tener más de 70 años y padecer una enfermedad crónica, padecer una enfermedad mental, lesiones con indicios de violencia, padecer toxicomanía, etc. Por otro lado, los criterios de riesgo clínico como accidente vascular cerebral, adicciones, amputaciones, ceguera, sordera, demencia senil, diálisis, etc (Colom, 2014). Dependiendo de cada servicio, existe un protocolo en el cual el trabajo social interviene.

Por ello, para que la planificación de alta hospitalaria sea efectiva, es crucial llevar a cabo las fases de intervención desde el trabajo social. Primeramente, se debe proceder con la captación, que puede realizarse de tres formas: a través de la planificación del alta hospitalaria/ proyecto del trabajo social, a demanda de otros profesionales o por iniciativa del/de la paciente/familia. Con ello, atender las necesidades socio-familiares originadas o agravadas por la enfermedad. Teniendo presente cinco objetivos específicos: captar las necesidades, ayudar a ajustar a los planes del alta, optimizar la estancia hospitalaria, evitar reingreso por motivo social y establecer coordinación con profesionales del hospital y externos (Suescun, 2017).

En segundo lugar, la fase de estudio/investigación implica recopilar información socio-sanitaria mediante la coordinación con el personal de planta, entrevistas con la persona ingresada y su familia, así como contactos telefónicos con otras entidades/profesionales/recursos. Toda esta información recogida se registra en la historia social de la persona. El objetivo es comprender la perspectiva del/de la paciente respecto al alta hospitalaria. Inicialmente, se establece un contacto para analizar el estado emocional, sus angustias, preocupaciones, temores, relaciones y dinámicas familiares, etc. Posteriormente, se realizarán más contactos para detectar necesidades y/o demandas de cara al alta (Colom, 2014).

Seguidamente, tras la recogida de la información obtenida, se procederá a la interpretación de los datos (Garces, 2016). Se realizará a través del diagnóstico social sanitario, que consiste en una evaluación profesional de la situación social o personal con el objetivo de analizar exhaustivamente la problemática y establecer posibles hipótesis y direcciones para la futura intervención (Díaz & Fernández, 2013). En esencia, implica sintetizar, interpretar y evaluar una situación social específica, originada a partir de una solicitud, que requiere anticipación de las posibles consecuencias si a la intervención no se lleva a cabo, así como la proyección de cómo podría evolucionar el caso si se acepta intervenir. En definitiva, es la foto de la situación actual de la persona afectada por un problema de salud (Garces, 2016). Tras ello se comienza la intervención social.

Por último, la fase de actuación del trabajo social sanitario se centra en la intervención con la persona y su familia, identificando las necesidades para evitar que la enfermedad se convierta en motivo de pérdida de calidad de vida, discriminación o marginación social. Se busca favorecer la adaptación a la nueva situación y el retorno al domicilio, potenciando los recursos personales del/de la paciente y su

familia, así como fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de su situación. Todo ello se lleva a cabo por procesos (Colom, 2014). Como puede ser, el proceso de apoyo psico-social ayudando tanto al paciente como a la familia a asimilar el impacto de la nueva situación, orientar en la reorganización familiar, concienciar sobre las necesidades generadas e informar sobre recursos o apoyo en trámites, etc. Asimismo, el proceso de acompañamiento hospitalario y el proceso de soporte domiciliario asisten en la orientación para reorganizar los cuidados, ya sea en el ingreso domiciliario o en continuación de rehabilitación de manera interhospitalaria. Finalmente, se coordina, si es necesario, de forma extrahospitalaria para informar sobre la situación y así continuar garantizando el soporte, así como realizar un seguimiento de la situación socio-sanitaria y garantizar apoyo en el proceso de adaptación a la nueva situación. Generalmente, se derivará a la trabajadora social de referencia en el ámbito de destino donde se planifique el alta hospitalaria (Suescun, 2017).

Cabe destacar que unas de las funciones que más se realiza desde la profesión del trabajo social es el apoyo psicosocial. La cual, implica un proceso diseñado para ayudar a las personas enfrentando dificultades, capacitándolas para afrontarlas al movilizar sus propias capacidades y las de su entorno. Este proceso busca comprender el malestar causado por la enfermedad y su interacción con el entorno, brindando acompañamiento en la adaptación a nuevas situaciones vitales y en el manejo de sentimientos y preocupaciones. Su objetivo es fortalecer las habilidades individuales, fomentar autonomía en cada etapa del proceso y apoyar la reintegración a la vida cotidiana al retorno al contexto habitual. Por ello, es esencial que se utilicen técnicas o herramientas que favorezcan la escucha activa, facilitar la expresión de sentimientos, potenciación del rol familiar o del entorno, mediación en la resolución de conflictos, refuerzo de participación familiar/entorno en el plan de tratamientos, apoyo y acompañamiento en la toma anticipada de decisiones, etc (Hospital Universitario de Navarra, 2023). Con ello, poder conseguir un clima de confianza y acompañar en el proceso (Colom, 2014).

### ***1.3.3 Consideración de la perspectiva familiar y género en la planificación del alta hospitalaria***

La consideración de las familias y el género en la planificación del alta hospitalaria es fundamental para comprender las complejidades del cuidado y las dinámicas familiares que influyen en la recuperación de la persona ingresada (Casas, 2022). Cada paciente y su familia tiene una historia única influenciada por su entorno y cultura, incluyendo cómo son afectados por las ideas tradicionales sobre los hombres y las mujeres. Por lo tanto, en el contexto de salud, es esencial reconocer y abordar las diferencias de género para garantizar una atención médica equitativa y eficaz (Agulló & Martín, 2020). Además, las labores de cuidado han sido históricamente invisibilizadas y relacionadas principalmente con las mujeres (Abasolo, 2010).

En España, el aumento de las mujeres en el mercado laboral y el envejecimiento de la población han

generado una mayor demanda de los cuidados para personas mayores y/o con discapacidad. Sin embargo, las medidas de protección social no han sido suficientes para cubrir estas necesidades, lo que ha llevado a las familias a asumir un papel crucial en el cuidado de las personas dependientes. Como resultado, las mujeres continúan enfrentando la mayor carga de los cuidados familiares debido a expectativas tradicionales de género (Agrela et al., 2010).

Según el estudio del Gobierno de España y el Observatorio de personas mayores, se puede observar sobre cómo el fenómeno de la responsabilidad del cuidado actúa dentro de las familias cuando alguien enferma o se vuelve dependiente. En estos casos, generalmente una persona asume las responsabilidades de cuidado básico sin que haya un acuerdo explícito en la familia para que esa persona tome el rol. A menudo, esta responsabilidad recae sobre la mujer. Asimismo, en este documento se puede ver como el 50% de las personas cuidadoras son las hijas de estas personas mientras que el 8% son hombres (Crespo & López, 2008).

En ocasiones, el cuidado informal por parte de una persona cercana puede tener consecuencias como la sobrecarga familiar y/o claudicación familiar. Esta primera, se refiere a la experiencia de los/as cuidadores/as familiares que enfrentan dificultades significativas debido a las demandas físicas, emocionales y financieras asociadas con el cuidado, lo que puede generar estrés, agotamiento y disminución de la calidad de vida de la persona cuidadora. En cambio, la claudicación alude a las dificultades en la adaptación y funcionamiento de la familia debido a tensiones internas o crisis, como la falta de apoyo mutuo, desorganización o incapacidad para manejar la situación familiar (Arboix, 2006).

Por otro lado, cuando las personas ingresan con poco o nulo apoyo familiar o de su entorno en el ámbito hospitalario, se genera un doble conflicto. En el modelo familiar actual, se espera que la familia proporcione cuidados y apoyo; sin embargo, cuando esta red de apoyo no está disponible, los equipos profesionales del hospital, como médicos/as y trabajadores/as sociales, enfrentan desafíos al planificar el alta hospitalaria (Casas, 2022). Esto conduce a la búsqueda de otras fuentes de cuidado, como servicios pagados, cuya viabilidad depende de los recursos económicos disponibles. En estas circunstancias, es común contratar a una persona durante la convalecencia o para el cuidado continuo, lo cual suele involucrar a mujeres inmigrantes en condiciones laborales precarias (Agrela et al., 2010). Por todo ello, se destaca la importancia de que todos/as los/as profesionales del hospital realicen su intervención desde una perspectiva ética feminista, abordando las complejidades del cuidado con sensibilidad hacia las realidades únicas de cada situación y buscando siempre el bienestar de la persona ingresada y, en la medida de lo posible, el de su entorno cercano (Cubillos, 2014).

Finalmente, la profesión de trabajo social sanitario es esencial que considere como los roles de género y expectativas familiares impactan el proceso de planificación del alta hospitalaria. Por lo tanto, estos/as profesionales se enfrentan a dilemas éticos y por ello, ofrecen un apoyo para promover la

equidad y el bienestar en este proceso. (Agrela, 2017). Es crucial adoptar un enfoque integral que considere factores como el género, la edad y la discapacidad para mejorar la atención y la calidad de vida de las mujeres y sus familias durante este proceso (Miles, 2022).

## 2. METODOLOGÍA

En cuanto a la metodología utilizada para llevar a cabo el trabajo de fin de grado, se han utilizado diferentes técnicas para desarrollar la investigación y poder responder a la pregunta del trabajo: ¿cómo interviene el trabajo social en la planificación del alta hospitalaria?. Asimismo, este apartado es crucial porque nos sirve para establecer unas pautas a seguir, durante la elaboración de este trabajo, y obtener la información necesaria para alcanzar los resultados deseados. Cabe destacar que este trabajo es teórico-empírico, donde se ha empleado una metodología cualitativa para profundizar en el tema elegido y obtener información directa de profesionales, abordando sus perspectivas, experiencias y prácticas.

A continuación, se explican los pasos, métodos y técnicas utilizadas desde el inicio de esta investigación.

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema, los conceptos y teorías relacionadas con el trabajo social sanitario, el papel del trabajo social en el ámbito hospitalario y la planificación del alta hospitalaria. Esto ha permitido adquirir información, contextualizar el tema y abordarlo en un marco teórico adecuado. Del mismo modo, tener una visión global sobre la intervención del trabajo social en el hospital, la coordinación de esta disciplina con otras, la protección de los derechos de los/as pacientes y la consideración de la perspectiva de las familias y el género en el proceso del alta.

La revisión bibliográfica se ha realizado de revistas científicas o académicas propias del trabajo social, trabajos fin de estudios, web del Hospital Universitario de Navarra, memorias de la unidad de trabajo social del Hospital Universitario de Navarra, leyes del boletín oficial del Estado y Gobierno de Navarra, etc.

Por lo tanto, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de información específica sobre trabajo social, ya que es fundamental para abordar el tema elegido. Esta búsqueda se ha llevado a cabo a través de bases de datos especializadas en ciencias sociales y humanas, como Dialnet y Scopus. Además, de recursos de información de la Universidad Pública de Navarra, como Sirius y revistas de trabajo social. Todo ello utilizando los servicios de la Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra (UPNA).

En segundo lugar, el trabajo empírico se ha realizado mediante un acercamiento con la tutora y el equipo profesional durante el proceso de prácticas en el Hospital Universitario de Navarra. Se optó por realizar entrevistas de forma presencial a profesionales de la unidad de trabajo social del hospital.

Se realizaron tres entrevistas con el propósito de recabar información detallada del tema sobre el que se está investigando. Se desarrollaron de forma semiestructurada, siguiendo un guion previamente elaborado, con la flexibilidad de añadir nuevas preguntas y cuestiones conforme avanzaba, por lo que se ha tratado de mantener las entrevistas lo más abiertas posible.

El diseño se elaboró a través de los objetivos de la investigación y se dividió en tres apartados: la primera parte, preguntas relacionadas con el trabajo social hospitalario, la segunda sobre las fases para planificar el alta hospitalaria y, por último, la intervención del trabajo social ante esta planificación. Además, se incluyeron preguntas de forma transversal relacionadas con la consideración de la perspectiva familiar y el género en la planificación del alta hospitalaria.

Cada sección contaba con 4 a 6 preguntas abiertas, concluyendo con una última pregunta para permitir que la persona entrevistada añadiera cualquier información adicional.

Los/as participantes son profesionales del trabajo social, por un lado, dos trabajadoras sociales de dos servicios (neurología, cardiología, cirugía cardíaca y cirugía vascular) y, por otro lado, el jefe de la unidad de trabajo social del Hospital Universitario de Navarra.

A continuación, se muestra una tabla en la que se exponen las principales características o perfiles de los/as profesionales entrevistados/as.

**Tabla 1.**

Profesionales, sexo, edad, perfil profesional y años de experiencia en el servicio del área hospitalaria de las personas entrevistadas.

Profesionales	Sexo	Edad	Perfil profesional	Años de experiencia
E1 <sup>12</sup>	Mujer	54	Trabajo Social	16 años
E2 <sup>13</sup>	Hombre	56	Jefatura de la Unidad de Trabajo Social	21 años
E3 <sup>14</sup>	Mujer	60	Trabajo Social	15-20 años

Por último, después de realizar las entrevistas, se llevó a cabo un cuestionario a diferentes disciplinas como el personal de medicina y enfermería. Con ello, poder tener información más amplia sobre la visión de estos/as profesionales acerca de las funciones e importancia de la colaboración y coordinación del trabajo social con estos. Asimismo, conocer las limitaciones que se encuentran a la hora de realizar la planificación del alta hospitalaria, así como considerar la perspectiva familiar y de género durante este proceso.

<sup>12</sup> Se referirá a la primera entrevista en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: E1.

<sup>13</sup> Se referirá a la segunda entrevista en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: E2.

<sup>14</sup> Se referirá a la tercera entrevista en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: E3.



**Tabla 2.**

Profesionales, sexo, edad, perfil profesional y años de experiencia en el servicio del área hospitalaria de las personas que respondieron al cuestionario.

Profesionales	Sexo	Edad	Perfil profesional	Años de experiencia
F1 <sup>15</sup>	Mujer	54	Medicina	26 años
F2 <sup>16</sup>	Mujer	58	Medicina	33 años
F3 <sup>17</sup>	Hombre	57	Medicina	33 años
F4 <sup>18</sup>	Hombre	46	Enfermería	30 años
F5 <sup>19</sup>	Mujer	35	Enfermería	15 años
F6 <sup>20</sup>	Mujer	27	Enfermería	5 años

## 2.1 Objetivos generales y específicos

En esta sección se exponen los objetivos generales y específicos relacionados con la investigación del tema para llevar a cabo el Trabajo Final de Grado.

2. Conocer el papel del trabajo social en el hospital.
  - 1.1 Identificar las funciones y objetivos del trabajo social en el hospital.
  - 1.2 Analizar la coordinación con otras profesiones del hospital.
  - 1.3 Definir las técnicas o herramientas profesionales del trabajo social para la planificación del alta hospitalaria.
3. Conocer cómo es el alta hospitalaria desde el Trabajo social.
  - 3.1 Analizar el proceso de la planificación del alta hospitalaria.
  - 3.2 Definir el papel del trabajo social en la planificación del alta hospitalaria.

<sup>15</sup> Se referirá a la primera respuesta del cuestionario en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: F1.

<sup>16</sup> Se referirá a la segunda respuesta del cuestionario en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: F2.

<sup>17</sup> Se referirá a la tercera respuesta del cuestionario en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: F3.

<sup>18</sup> Se referirá a la cuarta respuesta del cuestionario en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: F4.

<sup>19</sup> Se referirá a la quinta respuesta del cuestionario en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: F5.

<sup>20</sup> Se referirá a la sexta respuesta del cuestionario en el apartado del análisis de resultados con el verbatim: F6.

Planificación del alta hospitalaria desde la perspectiva del trabajo social

- 3.3 Analizar la consideración de la perspectiva familiar y de género en el proceso de alta.
4. Evaluar si la planificación del alta hospitalaria desde el Trabajo Social es eficaz.
  - 3.1 Identificar cuáles son los puntos clave para la eficacia de la planificación del alta hospitalaria.
  - 3.2 Comparar los motivos de los reingresos en el hospital.

### **3. RESULTADOS**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en el estudio para este trabajo final de grado. Esto se logra mediante el análisis de tres entrevistas realizadas a profesionales de diferentes servicios médicos de la unidad de trabajo social en el Hospital Universitario de Navarra, además de la realización de un cuestionario a diversas disciplinas como la medicina y la enfermería. Asimismo, los resultados se complementan con el posterior estudio y la fundamentación en el marco teórico del presente trabajo. El análisis de los resultados está estructurado de la siguiente manera: se abordan tres apartados principales: el papel del trabajo social en el hospital, la planificación del alta hospitalaria y la eficacia de la planificación hospitalaria desde la perspectiva del trabajo social. En el primer apartado, se analiza el proceso e importancia del apoyo psicosocial, la coordinación multiprofesional y el diagnóstico social sanitario como herramienta para la planificación. En el segundo, se estudia el rol del trabajo social en la preparación tras el alta y el papel de la perspectiva familiar y de género en este proceso. Por último, se examinan los puntos clave para el funcionamiento de la planificación, las limitaciones o dificultades que surgen y la causa o motivos de los reingresos hospitalarios.

#### **3.1 El papel del trabajo social en el hospital**

Como se establece en el marco teórico, los/as profesionales del trabajo social hospitalario desempeñan varias funciones imprescindibles, siendo las más destacadas el apoyo psicosocial, la coordinación multidisciplinaria y la técnica del diagnóstico social sanitario. Estos elementos son clave para poder planificar un alta hospitalaria adecuada y eficaz.

Tras realizar el trabajo de campo y en línea con el primer objetivo de comprender la intervención de los y las profesionales del trabajo social en el hospital, se destaca el proceso de apoyo psicosocial y coordinación como fundamental, ya que se realizan durante toda la estancia de la persona ingresada hasta el final de su intervención. Asimismo, el diagnóstico social sanitario es una herramienta para analizar la situación social o personal de la persona afectada por un problema de salud, siendo su objetivo establecer una hipótesis y orientar la intervención.

Como se comenta en el marco teórico, para llevar a cabo todas estas actividades e intervenciones, es fundamental que todos/as los/as profesionales del hospital tengan presentes los principios de la bioética. Esto facilita garantizar una transición segura desde el entorno hospitalario al destino donde se realice la derivación, protegiendo y teniendo en cuenta los derechos y el bienestar de cada paciente de forma integral.

“Tanto nosotras, las trabajadoras sociales, al igual que el resto de profesionales del hospital, debemos tener en cuenta los principios éticos en nuestra intervención” (E1).

“Hay que tener presente los principios para garantizar los derechos del/de la paciente, y

nosotros/as como profesionales debemos cumplirlos y con ello, elaborar de la mejor forma posible conjuntamente la planificación del alta hospitalaria” (F4).

A continuación, este punto se divide en tres subpuntos que son la importancia y el proceso del apoyo psicosocial, la implementación de la coordinación extra e intrahospitalaria con el resto de las disciplinas y el diagnóstico social sanitario como herramienta fundamental en el trabajo social hospitalario.

### ***3.1.1 El proceso e importancia del apoyo psicosocial***

Según la primera entrevista realizada (E1), se señala que el proceso de apoyo psicosocial variará dependiendo de la situación y/o enfermedad específica de la persona ingresada, así como de su entorno cercano. Se consideran aspectos como su experiencia, dificultades, preocupaciones y otros factores relevantes. Asimismo, se prioriza recibir y acompañar tanto al paciente como a su familia debido al fuerte impacto emocional asociado con las condiciones del ingreso. El objetivo es brindar apoyo desde el principio, estableciendo una relación de confianza para facilitar la aceptación de la situación médica y la adaptación al entorno hospitalario. Esto se logra mediante la escucha activa y la adaptación a las necesidades emocionales del/de la paciente y su familia, a pesar de las limitaciones del tiempo en el hospital. Este enfoque destaca la importancia del trabajo social en abordar las necesidades emocionales y sociales de los/as pacientes y sus familias durante su estancia en el hospital. Con ello, poder llevar a cabo la planificación del alta hospitalaria.

Así, como se hace referencia en una de las entrevistas (E2), la base del apoyo psicosocial se centra en comprender cómo la enfermedad afecta las relaciones y dinámicas personales de los/as pacientes ingresados/as. Por ello, es fundamental priorizar este tipo de apoyo, que va más allá de la búsqueda de recursos externos, para abordar de manera integral las necesidades emocionales y sociales durante la hospitalización.

"La atención psicosocial está basada en comprender cómo la enfermedad afecta a las personas y sus dinámicas relacionales. Las enfermedades no solo impactan individualmente, sino que también influyen en las dinámicas familiares, laborales, de ocio y otras relaciones personales. Es fundamental priorizar este enfoque psicosocial sobre la simple provisión de recursos externos para abordar integralmente las necesidades emocionales y sociales de los pacientes durante su estancia hospitalaria" (E2).

Además, se destaca que el proceso de apoyo psicosocial comienza al captar a la persona y considerar su situación, especialmente si se trata de un/a paciente vulnerable en un entorno hospitalario percibido como hostil. El trabajo social se centra en establecer un vínculo empático con él/la paciente para que pueda expresar sus necesidades y dificultades con confianza, lo cual es esencial para una adecuada planificación del alta hospitalaria y para abordar eficazmente las necesidades del/de la paciente.

“Por ejemplo, si es por falta de que no tiene a nadie, de acompañamiento, o es un problema personal de él o ella, que no puede acceder a unos recursos, que no sabe cualquier situación, es un poco que se abra hacia nosotros/as y poder valorar las necesidades que la persona tiene” (E3).

### **3.1.2 La coordinación multiprofesional**

Siguiendo el primer objetivo, en las entrevistas todos/as coinciden que la coordinación tanto intrahospitalaria y extrahospitalaria es clave para conseguir el mayor beneficio de la persona ingresada y lograr la planificación del alta. Se considera imprescindible por las siguientes razones:

Por un lado, dentro del hospital, la coordinación permite evaluar la situación del/de la paciente en términos de diagnóstico, pronóstico y estabilización clínica, colaborando estrechamente con los y las diferentes profesionales del hospital (medicina, enfermería, rehabilitación, etc) para planificar el alta de manera efectiva.

“La coordinación intrahospitalaria es muy importante con el servicio médico que le atiende, con el personal de enfermería, y en algunos servicios es imprescindible la coordinación con el servicio de rehabilitación, que nos ayuda ver esas carencias o limitaciones que precisará de cara al alta. Entonces, es muy importante que lo realicemos de una manera muy directa, a través de algunas sesiones conjuntas o, si no, en el día a día nos juntamos y comentamos, pues este paciente, pues el otro, y hablamos un poco de las situaciones de los/as pacientes de los/as que estamos interviniendo” (E1).

También, la coordinación implica formar parte de un equipo interdisciplinario con el objetivo de llevar a cabo la planificación del alta. Cada miembro aporta su experiencia para crear un plan de alta integral, donde la ausencia de cualquier elemento o profesional puede comprometer el éxito del proceso. La colaboración interdisciplinaria es fundamental para garantizar una transición exitosa y segura del/de la paciente fuera del hospital.

“Pues mira, lo principal, el trabajo en el ámbito hospitalario es una disciplina en la que estamos un grupo de personas, en la que tenemos que hacer un equipo interdisciplinar para poder planificar el alta, por el contrario, fracasaría. Es decir, tanto el equipo médico, enfermería, trabajo social, la familia, la persona, principalmente todo el entorno a la persona. Y entonces este equipo interdisciplinar, cada uno/a va a aportar un granito para crear un plan de alta buena. Es decir, porque si no tenemos algún elemento de ellos, no lo contamos, puede fracasar” (E3).

En cambio, hay veces que en algunos servicios se trabaja bien en equipo, mientras que otros, debido a estructuras jerárquicas arraigadas, la colaboración y la coordinación puede ser más difícil. Sin embargo, dada la importancia de abordar la dimensión social de la salud, es fundamental coordinar

esfuerzos para planificar el alta hospitalaria de manera colaborativa.

“Esto implica evitar trabajar de forma aislada y asegurar la comunicación entre profesionales, siempre considerando las necesidades del/de la paciente y su entorno familiar. Aunque esto es teóricamente ideal, en la práctica, la coordinación puede ser más desafiante en algunos servicios que en otros” (E2).

Asimismo, se resalta la importancia de que el/la trabajador/a social se dé a conocer, transmitiendo información sobre su función, cómo puede apoyar al equipo y qué puede aportar. De esta manera, el resto de profesionales conocen su existencia y sus habilidades, lo que facilita que les/as consideren en sus intervenciones. Además, conocer la terminología y las especialidades médicas ayuda a que el trabajo social se integre mejor en el equipo y participe de manera efectiva en las intervenciones.

“Entonces, a veces hay unas reuniones de equipo y es muy importante expresar cómo vamos nosotros/as a intervenir y qué situaciones captamos, y qué objetivos queremos conseguir. Entonces, de esta manera, nos sentimos parte del equipo y nos conocen, nos van a llamar y nos van a demandar situaciones que ya conocen porque les hemos informado” (E3).

“Lo primero es un poco formarnos de qué hablan los/as facultativos/as para saber si esa enfermedad es muy grave y con eso, saber si va a ser prolongado o corto el ingreso” (E3).

Por otro lado, la coordinación extrahospitalaria es esencial en algunos casos dependiendo de la situación tras la salida del hospital. Desde la profesión de trabajo social se trabaja esta coordinación para hacer derivaciones a través de informes o vía telefónica o vía correo electrónico (E2).

Del mismo modo, como se destaca en la entrevista (E1 y E3), es esencial para que la coordinación extrahospitalaria funcione mantener relación estrecha con la atención primaria. También es crucial establecer vínculos con otros servicios como los centros de salud mental, servicios sociales, de violencia de género, etc. Todo ello, dependerá de la situación de la persona ingresada tras el alta.

“La atención primaria es clave para la comunicación y coordinación con otros servicios, siendo esencial para asegurar una atención integral y coordinada. Además, se reconoce la valiosa contribución de todo el equipo interdisciplinario que trabaja con el/la paciente, destacando la importancia de una colaboración efectiva entre diferentes profesionales para brindar una atención completa y personalizada” (E3).

### ***3.1.3 El diagnóstico social sanitario como herramienta clave para la planificación del alta hospitalaria***

El diagnóstico social sanitario se destaca como una herramienta imprescindible en la planificación del alta hospitalaria por varias razones. En primer lugar, al realizar este diagnóstico se lleva a cabo un análisis detallado de las variables tanto sociales, económicas y culturales que influyen en la enfermedad. Proporcionando así al equipo médico una comprensión más profunda del contexto vital

de la persona ingresada y su entorno.

“Como dice la ley no solo tenemos derecho a la salud física, sino también al bienestar social. Es decir, hay que tener presente a la persona ingresada como ser bio-psico-social” (E2).

“Con esta herramienta abordamos y atendemos las deficiencias sociales que han incrementado o desencadenado por el problema de salud” (E1).

“Desde mi profesión como médico, considero imprescindible esta herramienta que utilizáis, ya que gracias a ella nos brindáis otro punto de vista, enfocado en lo social en relación con la salud o más allá. Esto nos permite ampliar nuestra mirada más allá de lo clínico” (F3).

También, esta herramienta facilita la planificación de intervenciones personalizadas y adaptadas según las circunstancias individuales de cada paciente. Con ello, favorecer la transición desde el hospital al sitio destinado tras el ingreso (domicilio, residencia, centro rehabilitador, etc).

“La colaboración de todos/as los/as profesionales del hospital, cada uno/a utilizando sus técnicas o herramientas favorece el bienestar del/de la paciente y su transición tras la salida del centro hospitalario” (F1).

Por último, para llevar a cabo esta herramienta es necesario realizar diferentes técnicas para poder elaborar este diagnóstico. Con ello, elaborar posibles hipótesis, direcciones de la intervención, conocer el funcionamiento familiar o del entorno, sus preocupaciones, cómo afecta la situación de salud en su día a día, etc.

“Se consigue realizando entrevistas tanto con el/la paciente y su familia o entorno. También, creando un vínculo donde haya confianza, utilizando el apoyo psicosocial, la empatía, la escucha activa...” (E3).

“Esta herramienta nos sirve para enfocar nuestra intervención y hacernos como una foto de la situación que está afectando a la persona” (E1).

“Aquí en el Hospital Universitario de Navarra seguimos un guion que es: Género + edad + contexto de la enfermedad + que supone con sus dificultades y fortalezas + que precisa de cara al alta del hospital” (E2).

### **3.2 La planificación del alta hospitalaria**

Como se establece en el marco teórico, la planificación del alta hospitalaria es una función imprescindible en el centro hospitalario, siendo un proceso multidisciplinario que requiere la coordinación entre profesionales de la salud. El trabajo social desempeña una función fundamental al evaluar las necesidades sociales y emocionales de la persona ingresada y su familia o entorno cercano, facilitando recursos y apoyos para una transición efectiva. En este proceso, la perspectiva familiar y de género tiene un papel importante, ya que puede influir en las decisiones del alta y pueden afectar en

la planificación y continuidad de cuidados.

En relación con el segundo objetivo de conocer cómo se realiza la planificación del alta hospitalaria, qué rol desarrolla el trabajo social y la consideración de la perspectiva familiar y de género durante la preparación del alta, se obtienen diferentes resultados que se explican en los siguientes puntos: el papel del trabajo social en este proceso y la influencia de la perspectiva familiar y de género a la hora de elaborar la salida del hospital.

### ***3.2.1 El papel del trabajo social en la planificación del alta hospitalaria***

En el marco teórico se destaca que la planificación del alta hospitalaria es un proceso clave que implica una preparación anticipada para garantizar una transición segura y efectiva de la persona ingresada, desde el entorno hospitalario a su domicilio u otro servicio. Para que funcione adecuadamente, requiere la colaboración de las diversas disciplinas de dentro y fuera del hospital. Como se hace hincapié en la base teórica el trabajo social desempeña un papel imprescindible en este proceso, para realizarlo se sigue el método casework. En la primera entrevista (E1), se hace referencia que este método se basa en comprender y abordar de manera individualizada las necesidades y circunstancias únicas de la persona o de la familia. A partir de la valoración exhaustiva, se desarrolla un plan de intervención personalizado para fomentar la mayor autonomía y mejora de la calidad de vida en todos los aspectos.

“Para planificar el alta, lo que tienes que hacer es el proceso del método de trabajo social, el método de casework. Primero es la captación; luego, haces la valoración de cómo es esta situación, qué soportes, qué capacidades tiene, cómo se están adaptando, qué dificultades y qué facilidades tiene en ese entorno; y con esto estás haciendo la valoración. Con ello, haces el diagnóstico y a partir de ahí, ya conociendo todo esto ya haces el plan, ves qué posibilidades tiene esa familia o ese soporte, qué ajustes van a necesitar y qué posibilidades hay de reorganizar esos ajustes, dependiendo un poco de su situación socioeconómica, etc” (E1).

En la planificación del alta hospitalaria, se destaca el papel del trabajo social en este proceso. Como se afirma en el marco teórico, en las tres entrevistas y en el cuestionario (F4 y F5), el trabajo social aporta diferentes perspectivas y funciones al hospital que benefician significativamente la preparación del alta. Estas son las siguientes:

Por un lado, para llevar a cabo este proceso se realizan diferentes pasos o fases. Se comienza la captación a través de tres formas: a demanda de la propia persona o de su entorno, por otros/as profesionales o por los proyectos de cada servicio médico. En las entrevistas se destaca que están trabajando para aumentar la intervención mediante proyectos preestablecidos por el trabajo social, ya que esto facilita una intervención más rápida y la detección de riesgos socio-sanitarios. Sin embargo,



se enfrentan a dificultades debido a la escasez de personal.

“Lo ideal es intervenir por proyecto. El proyecto tiene una característica diferente que se trata de adelantarse a las situaciones sin que haya una demanda, pero cada vez estamos haciendo un esfuerzo por ir aumentando más los proyectos. Aproximadamente atendemos un 40%, y sabemos que da más, es más eficaz y da más beneficios a las personas y a la institución, pero tenemos limitaciones como la falta de personal para abordar todos los proyectos que queremos” (E2).

Seguidamente en la fase de investigación se recopila información de la persona, en coordinación con el personal de planta y por medio, de entrevistas con el/la paciente y su familia o entorno cercano y si es necesario con otras entidades.

“Es esencial la comunicación entre nosotros/as y las/os trabajadoras/es sociales así poder tener información más completa de su situación y realizar la transición lo más segura posible” (F6).

“Después de recopilar información realizamos el diagnóstico social y con ello, plantear las posibles intervenciones” (E3).

Para acabar, se busca facilitar la adaptación a la nueva situación y el retorno al domicilio, promoviendo los recursos y/o fortalezas personales y estrategias para el afrontamiento de los problemas que puedan surgir.

“En todos los procesos que se necesite utilizamos el apoyo psicosocial, el acompañamiento durante el ingreso, la concienciación de necesidades o de la situación, etc. Todo ello, a través de la escucha activa, la empatía....” (E1).

Por otro lado, los/as médicos/as y los/as enfermeros/as se centran en la atención médica, mientras que la profesión del trabajo social se enfoca en abordar y brindar apoyo emocional y social, tanto a la persona ingresada como a sus familiares durante la estancia hospitalizada. En la primera entrevista (E1) se destaca que las/os trabajadoras/es sociales utilizan técnicas como la escucha activa y la vinculación a través del humor, que facilita el acercamiento. Además, crear un ambiente para la comunicación en el que prima la información y la privacidad, respetando, validando y acompañando en las emociones y sentimientos de la persona.

“Mantener una conversación en la cual se cree un vínculo y a través de ese vínculo que la persona exprese cómo se siente, que le preocupa, y a partir de ahí poder buscar una relación de ayuda. Y eso para mí es así de sencillo de explicarlo, pero a la vez es más difícil de hacerlo” (E2).

Además, como se muestra en el cuestionario la profesión tanto de medicina como enfermería, considera que el trabajo social aporta una valoración social de la persona ingresada. Esto les ayuda a tener una visión mucho más amplia de la situación de ese individuo.

“Todo son beneficios, se adapta mejor el tratamiento a lo que el/la paciente y su entorno pueden hacer, se cumplirán mejor las recomendaciones al alta, el paciente estará mejor...” (F1).

“Es importante porque cada vez hay más problemas sociales, aunque dependerá de la patología del/de la paciente y de su situación” (F3).

“Porque valora aspectos esenciales para el/la paciente, su familia y entorno. Contribuye junto con otras profesiones al cuidado holístico de todas sus necesidades” (F4).

“Aporta confianza, eficiencia, continuidad asistencial, prevención de riesgos, autoeficacia, menos incertidumbre...” (F2).

### ***3.2.2 El papel de la perspectiva familiar y de género en la planificación del alta hospitalaria***

En relación con este objetivo específico se reconoce en el marco teórico que el género y las expectativas familiares ejercen cierta influencia significativa en la atención y planificación del alta. A través de las entrevistas realizadas, se identifican patrones claros que resaltan la persistencia de roles tradicionales, donde las mujeres asumen principalmente las responsabilidades de cuidado y cómo esto repercute en el proceso de alta.

“Claramente la feminización en el cuidado sigue siendo patente y en eso no veo mucho avance yo. Y es verdad que nos encontramos con hombres que cuidan y lo hacen bien, pero es una minoría” (E2).

“Incluso a veces nos toca hablar con nueras y no con los hijos, por la responsabilidad del cuidado, entonces creo que se sigue notando ese rol de cuidador en el género femenino” (E1).

“Las que cuidan habitualmente son las mujeres de las personas como las tías, las hermanas, las abuelas e incluso las ex” (F5).

“Hay más mujeres de todas las edades, pero es normal por tradición, viven más, etc. También, hay que decir que cada vez hay más hombres, pero el cuidado real se escribe en femenino” (F4 y F6).

En cambio, como se menciona en la base teórica, el aumento de la presencia de las mujeres en el mercado laboral y la prolongación de vida han incrementado las necesidades de cuidados. Sin embargo, las políticas públicas no han sido adecuadas para atender estas demandas. Según se menciona en las entrevistas, esto ha llevado a las familias a asumir ese papel, resultando una carga desproporcionada para las mujeres, quienes frecuentemente se ven obligadas a dedicar su tiempo al cuidado familiar debido a los roles de género tradicionales. Esto a su vez, en ocasiones genera sobrecargas familiares y/o conflictos, con el riesgo de que las personas cuidadoras se centren exclusivamente en el cuidado y descuiden su propio bienestar. Es importante destacar cómo estas

dinámicas afectan a la planificación del alta hospitalaria.

“Nosotros/as ese trabajo intentamos hacer desde aquí, es decir, hacer ver que las que cuidan se tienen que cuidar también y que no tiene que... Pero eso es complicado porque vienen con una mochila muy grande y claro eso suele ser uno de los hándicaps” (E2).

Por otro lado, según se recoge en las entrevistas, esta situación ha generado un aumento de contratación de personas disponibles para asumir el cuidado de los individuos. Se destaca que la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres e inmigrantes, generalmente con contratos precarios. También, ha aumentado el uso de centros residenciales con precios elevados. Por ello, en el hospital, para hacer frente a la falta de acompañamiento o disponibilidad familiar, se recurre al servicio de voluntariado.

“Tiramos también del voluntariado, a veces para la estancia aquí en el hospital porque no vienen las visitas. Este servicio es completamente gratuito, generalmente durante dos horas de lunes a viernes, ya sea por la mañana o por la tarde” (E3).

Además, según la entrevista (E1), se menciona que es más sencillo realizar la planificación del alta cuando la persona ingresada es un hombre y el soporte es una mujer. Del mismo modo, se resalta que, por la experiencia, si es la mujer quien está enferma, suele haber más problemas en la planificación del alta.

“Sin embargo, cuando la paciente es mujer, el proceso de regreso al hogar se complica más, ya que los hombres mayores tienden a no asumir roles de cuidado. Además, se observa una diferencia entre hijos e hijas en la disposición hacia el cuidado, donde las hijas suelen estar más predispuestas” (E1).

“A veces nos relajamos más cuando la mujer es la cuidadora principal” (E1 y F5).

Esto último refleja los prejuicios arraigados que tienen como profesionales. A nivel práctico, tienen esa idea preconcebida basada en lo que les ha resultado resolutivo, la cual se proyecta más hacia la mujer para planificar el alta.

“A nivel no se si práctico o como ya tip profesional, eso de que ya cuando estás haciendo hipótesis sobre una situación y conoces al marido, pero bah la mujer está bien y buf te relajas, pero si es al revés no encuentras ese relajo al principio. Que una cosa es la hipótesis y otra cosa es lo que surja en la realidad” (E1).

### **3.3 La eficacia de la planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social**

Este punto hace referencia al último objetivo general y específicos, destacando la importancia fundamental del proceso de la planificación del alta hospitalaria para garantizar una transición efectiva y segura. En este contexto, se enfrentan a diversos desafíos y limitaciones que afectan a la calidad y eficacia de este proceso. A través de una revisión detallada de las entrevistas, del marco teórico y la

recopilación de información, se abordan los siguientes puntos: los puntos clave para la planificación, las limitaciones o dificultades en el proceso y la causa o motivo de los reingresos hospitalarios.

### ***3.3.1 Puntos clave para el funcionamiento de la planificación***

En primer lugar, en la entrevista (E2), se realiza la importancia de contar con el respaldo del hospital, que sea consciente y apoye la importancia y la necesidad de planificar el alta hospitalaria considerando la evaluación y valoración de todos los/as profesionales involucrados/as, especialmente el trabajo social cuando sea necesario. Esto aborda aspectos que impactan en la salud aparte de lo físico.

“Contar con el apoyo de la dirección del hospital, es decir, que la dirección conozca que hacemos como profesionales del trabajo social sanitario en el hospital, que beneficios se obtiene, que aportamos y que es necesario. Se observa y se sabe que aporta una mejora tanto para la institución y como para la persona ingresada. Esto es un punto clave en la planificación” (E2).

También, es necesario que haya una buena comunicación y coordinación de todos/as los/as profesionales involucrados/as en la intervención de la persona ingresada. Estas acciones facilitan la transición de la salida del hospital tratando de abordar los diferentes aspectos que influyen en la vida del/de la paciente.

“Es imprescindible porque el/la médico/a se ciñe a la parte médica/ clínica de su operación o ingreso y que cuidados tiene la parte médica, pero la parte funcional del entorno es la que vamos a valorar nosotros/as como queda garantizado todo eso” (E1).

“En muchas ocasiones son necesarias las sesiones conjuntas, o reunirnos durante parte del día, o una vez a la semana para revisar conjuntamente los casos que estamos interviniendo y así intentar lograr una planificación coordinada del alta que asegure el máximo bienestar tanto para el/la paciente como para su familia” (F2).

“El trabajo social tiene un peso muy importante en las planificaciones del alta. Por esto, es necesario que haya una coordinación para conseguir el mayor bienestar y garantizar si necesita cuidados al alta” (E1).

Asimismo, como se menciona en el marco teórico, para implementar este proceso con éxito todos los servicios deben tener una comprensión clara tanto de los objetivos y posibilidades que se quieren conseguir con su aplicación. También, es importante reconocer el trabajo social sanitario como una profesión más. En las entrevistas, se identifica que es necesario que todos/as se sientan parte del proceso y que se realice una intervención personalizada, porque cada paciente puede estar atravesando diferentes etapas de su vida.

“Pues algunos servicios te aseguro que sí que se tiene presente el trabajo social. De hecho,

enseguida contactan con nosotras/os en situaciones en la que pueden ver un poquito de riesgo o si estamos interviniendo en una situación cuenta con nuestra valoración y generalmente el alta es bastante coordinada con nosotras/os” (E1).

“A día de hoy en general se nos reconoce porque al final sí que te llaman, te hacen interconsultas en muchos servicios, etc. Pero tengo que decir que a día de hoy no estamos reconocidos como sanitarios como tal” (E2).

“Si somos imprescindibles, por ejemplo, en la pandemia fuimos personal necesario y creo que nunca más deberíamos justificarlo, pero bueno es una opinión personal” (E2).

Por un lado, como se enfatiza en la base teórica la profesión del trabajo social utiliza y tiene presente las diferentes técnicas o herramientas. También, los ítems y las áreas específicas donde hay que intervenir. En las entrevistas, se refleja que se utilizan técnicas y herramientas propias del trabajo social para abordar las preocupaciones, conflictos, sentimientos, asesoramiento, información de recursos, identificación de factores de riesgo socio-sanitario, adaptación a los planes de salida del hospital, etc.

“Con las entrevistas, por ejemplo, es una herramienta necesaria para identificar las áreas donde hay que intervenir” (E1).

“Las técnicas que utiliza el trabajo social son necesarias para que realicen su intervención y con ello, ayudarnos y colaborar conjuntamente en la planificación del alta” (F5).

Además, como se recoge en las entrevistas y en el cuestionario, hay que considerar la voluntad tanto de la persona ingresada como la de su familia o entorno para asegurar una atención centrada en el/la paciente y respetando sus derechos. Al tener en cuenta sus deseos y necesidades, se mejora la efectividad y se facilita la transición. También, esta participación activa de la persona y la familia promueve su bienestar emocional al sentirse escuchados/as, valorados/as y respetados/as durante este proceso. Esto contribuye a garantizar una continuidad adecuada del cuidado, y permite prever posibles complicaciones al abordar las preocupaciones que surgen. Asimismo, mejora la atención e intervención al proporcionar un enfoque más integral y centrado en las necesidades individuales.

Por último, en las entrevistas se resalta la importancia de realizar más formaciones adicionales y continuas para mejorar la intervención, las habilidades y competencias como profesionales del trabajo social sanitario, lo que permite ser más beneficioso para el proceso de planificación. Se destaca la importancia de formarse más en técnicas como el soporte emocional, acompañamiento y habilidades para gestionar situaciones complejas, brindando así mayor seguridad durante la intervención (E1). Del mismo modo, la necesidad de formación en terapias sistémicas, narrativas y atención psicosocial (E2). Finalmente, se subraya la importancia de adquirir conocimientos variados, como recursos disponibles, coordinación, manejo del duelo y muerte digna, para abordar integralmente las diversas necesidades de los/as pacientes (E3).

“Lo tengo claro, y es verdad que va a depender un poco de dónde te muevas y dónde estés

trabajando, pero para mí es muy importante estar continuamente informándote o formándote porque esto hará que crezcas como profesional y mejores en tu intervención” (E2).

“Yo creo que viene bien cualquier formación, como, por ejemplo, conocer muy bien los recursos de todo tipo, aprender a coordinarse, a establecer coordinación, sobre el duelo, la muerte digna, un poco de todo, etc” (E3).

Cabe destacar que, como se ha comentado al principio del análisis, para lograr el éxito de este proceso también se tiene en cuenta el apoyo psicosocial y la coordinación, tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria.

### ***3.3.2 Limitaciones o dificultades para el desarrollo de la planificación del alta***

Durante el desarrollo del proceso, se encuentran diversas limitaciones o dificultades. Por lo tanto, es necesario reconocer estos obstáculos para poder abordarlos y superarlos. Considerando la base teórica y lo recopilado en las entrevistas y el cuestionario, se enumeran los elementos relevantes.

Tal como se señaló en el marco teórico, la enfermedad no solo provoca un malestar físico, sino también emocional y social. Asimismo, hay que tratar a las personas como seres bio-psico-sociales y llevar a cabo una intervención personalizada, ya que cada persona puede enfrentar la enfermedad de manera diferente. En una de las entrevistas se resaltó este punto, enfatizando la necesidad de abordar la enfermedad de manera colaborativa en equipo, para garantizar el mayor bienestar posible para la persona ingresada y lograr el éxito del proceso.

“Es imprescindible el trabajo social porque no se puede separar la salud de los que les afecta a las personas, es decir, las enfermedades afectan a las personas, a las relaciones, con lo cual eso es inseparable. Abordar hoy en día la salud desde un punto unipersonal o uniprofesional está demostrado que es un error” (E2).

“Muchas veces tenemos problemas para planificar el alta cuando no vemos más allá de lo médico. Cuando nosotros/as como profesionales nos enfocamos en lo nuestro y no contemplamos que la salud tiene más repercusiones que solamente lo médico” (F5).

También, otro hándicap que condiciona este proceso es la falta de comunicación o coordinación entre los/as diferentes profesionales de la salud. En las entrevistas y el cuestionario se destaca que esto se ve impulsado por tres aspectos principales. En primer lugar, por la limitación del tiempo; dado que es un hospital de agudos, se busca dar el alta lo más rápido posible, lo que puede complicar la situación y el proceso de planificar si los/as trabajadores/as sociales no identifican la necesidad dentro de las 24-48 horas. Además, es fundamental que el personal médico o de enfermería esté atento a posibles riesgos socio-sanitarios y pueda informar a la unidad de trabajo social. Asimismo, la falta de disponibilidad de los/as diferentes profesionales para reunirse, para tener un momento para hablar, etc.

“Nosotros/as tenemos que tener presente que los trabajadores sociales no pueden abordar todas las situaciones, entonces nosotros/as tenemos que facilitarles cuando veamos situaciones de riesgo socio-sanitario” (F5).

“Tenemos dificultades como, por ejemplo, el tiempo para comunicarnos, los ritmos de trabajo diferentes entre los/as médicos/as y trabajadores/as sociales. Facilitaría prever cuándo van a dar el alta y comunicarlo al otro/a para que sean simultáneos” (F1).

“En muchos servicios el alta médica es muy rápida complicando nuestra intervención por la escasez de tiempo, haciendo muchas veces depender de la valoración del/de la médico/a o enfermero/a para intervenir en algunas situaciones” (E3).

Otro aspecto es la falta de validación o concienciación sobre lo imprescindible que es el trabajo social en la planificación por parte de otras profesiones del hospital, como la medicina o la enfermería. Asimismo, la falta de reconocimiento público tanto de la propia institución como de la persona ingresada y su familia o entorno. Esto puede provocar retrasos en el proceso al dificultar la intervención del trabajo social en situaciones necesarias. Para abordar esto, desde el trabajo social se realiza un esfuerzo para visibilizar la profesión a través de sesiones dedicadas y monográficos donde se explica cómo intervienen y por qué es importante (E2).

“Esto puede afectar en que no lleguemos a intervenir en muchos casos porque no tiene esa necesidad de la valoración social o piensan que hay veces que es retrasar las altas...” (E1).

“Esto no debería repercutir, aunque discrepemos del servicio médico de que no nos valora. Lo que tendremos que hacer es hablar o debatir de que yo valoro esto y tú lo otro, entonces ajustar esa parte para el beneficio de la persona ingresada” (E1).

“A nivel personal hay profesionales pues que desconocen nuestra labor o le dan menos importancia o hay veces que no se han dado cuenta de lo importante que somos” (E2).

“También, veo que el no creer de verdad en que todas las profesiones nos complementamos. La falta de comunicación, la falta de humildad para reconocer a otros, etc” (F4).

Por otro lado, la falta de recursos supone una limitación a la hora de abordar la planificación. Esto condiciona que sea más difícil proporcionar servicios para satisfacer las necesidades de la persona y que aquellos/as con más recursos económicos puedan acceder más fácilmente a los servicios disponibles.

“Un ejemplo claro lo vemos en el acceso a residencias, ya que si no tiene una valoración de dependencia o tiene más de 65 años o tienes que tramitarla, tendrás que acceder vía privada suponiendo un coste que no todo el mundo puede hacer frente” (E2).

“La escasez de recursos o servicios al alta, de posibilidades repercute. En la ley de la autonomía nos habla de mantener el mayor tiempo a la persona en su entorno y resulta que no tenemos medios para favorecer eso, tras un ingreso hospitalario si hay una situación difícil la

dependencia lo único que nos agiliza es un ingreso residencial urgente. Entonces si no hay medios económicos es muy difícil poder organizar cualquier tipo de soporte” (E1).

“La falta de recursos de cara al alta para poder seguir con la convalecencia” (F5).

Además, otro desafío importante es la necesidad de disponer de más profesionales del trabajo social. Esto permitiría alcanzar una mayor independencia en la detección y manejo de casos, dedicando más tiempo y atención exclusiva a cada uno/a.

“Tener más personal sería beneficioso para poder hacer todos los proyectos que queremos, ya que sabemos que es más eficaz, beneficioso tanto para las personas como para las instituciones. Con esto, tener más libertad a la hora de detectar y no depender” (E2).

“Aumento de más trabajadoras/es sociales para que hagan frente a más situaciones, que puedan llegar de manera más eficaz y así invierten más tiempo en planificar” (F2).

Esto último está estrechamente relacionado con la carga de trabajo excesiva, lo cual limita al trabajo social para atender todos los casos e incluso detectar situaciones, y para reunirse con otros/as profesionales.

“Vemos claramente como la carga de trabajo tanto del trabajo social como nosotros/as (los/as médicos/as y enfermeros/as), nos dificulta poder abordar los casos de forma conjunta y con ello, poder detectar las máximas situaciones” (F5).

Para finalizar, otro factor para tener en cuenta es la forma en la que la persona ingresada y su familia o entorno enfrenta la situación. En muchas ocasiones, las preocupaciones, emociones y dificultades que experimentan durante este proceso de enfermedad no se tienen presentes.

Esto limita, ya que uno de los principios clave en este proceso es la atención integral, y para que la intervención sea efectiva, la persona se tiene que sentir parte activa de este proceso.

“Muchas veces nos encontramos situaciones e incluso reingresos por no haber atendido correctamente la demanda de la persona o su familia. Ellos/as se quejan de no sentirse comprendidos/as o escuchados/as. Esto nos tiene que ayudar a aprender de los errores y aprender de ello” (F5).

### ***3.3.3 Causas de los motivos de reingreso***

Este punto está estrechamente relacionado con los puntos anteriores. En las entrevistas se resalta la importancia de una buena planificación del alta para reducir los reingresos, indicando que la falta de este proceso puede ser un factor significativo. Además, es fundamental considerar los puntos clave del proceso mencionados con anterioridad al planificar el alta y tener presente las dificultades o limitaciones que surgen durante este proceso. Según lo mencionado en la base teórica y en la recopilación de información de las entrevistas y el cuestionario, se pueden identificar dos partes que condicionan o causan estos reingresos.



Por un lado, los reingresos ocurren con frecuencia porque la situación clínica no ha podido modificarse adecuadamente, principalmente debido a que la salud de las personas es cambiante por naturaleza y pueden presentarse complicaciones imprevistas.

“En algunas ocasiones, los reingresos ocurren debido a que la salud empeora y la enfermedad se agrava” (F5).

“A veces, después del alta, surgen complicaciones repentinas por la propia enfermedad” (F1).

“La salud es muy fluctuante y hay que tenerlo en cuenta” (E1).

Por otro lado, los reingresos hospitalarios pueden estar impulsados por causas sociales, como la falta de apoyo familiar o del entorno después del alta, lo que dificulta la recuperación de la persona. Además, la dinámica del funcionamiento de la propia institución hospitalaria puede generar presiones para liberar camas rápidamente, lo que a veces resulta en altas precipitadas sin una preparación adecuada o sin considerar las necesidades de cuidado y apoyos posteriores. Esta combinación puede contribuir a una tasa más alta de reingresos, destacando la importancia de abordar estos aspectos para mejorar los resultados de los/as pacientes y del propio hospital.

“A veces organizamos altas hospitalarias y a pesar de que las familias están dispuestas y se haya organizado el cuidado que supone supera la capacidad de abordaje de un entorno formalizado” (E1).

“La falta de continuidad en la asistencia primaria” (F4 y F6).

“Tener en cuenta solo un parte y olvidarnos del resto” (F5).

“Puede ser por las previsiones que hemos hecho al alta no se han cubierto o no se han cumplido o no estaban bien hechas esas previsiones. Asimismo, por falta de cuidados o claudicación familiar” (E1).

“Factores hay muchos, pero, por ejemplo, un factor puede ser el no hacer planificación de alta hospitalaria está demostrado que puede ser un factor de reingreso. Por ejemplo, hay estudios en los que está demostrado que dar el alta los viernes supone más posibilidad de reingresar” (E2).

“Factores subyacentes como la falta de apoyo o el rechazo o la negativa a buscar ayuda, la no aceptación de la enfermedad, etc” (E3).

## 5. CONCLUSIONES

En este último punto se exponen las conclusiones obtenidas tras la finalización de este trabajo. De este modo, mediante el proceso metodológico, se han elaborado y dado respuesta a cada objetivo planteado anteriormente.

En relación con el primer objetivo de conocer el papel del trabajo social en el hospital, identificando las funciones, objetivos, técnicas, herramientas y la coordinación con otras disciplinas, se destaca el apoyo psicosocial y coordinación intrahospitalaria y extrahospitalaria como los procesos de intervención más utilizados por los/as profesionales del trabajo social hospitalario, desde la entrada hasta la salida de la persona. Además, se resalta el uso fundamental del diagnóstico social sanitario que permite analizar la situación social o personal más allá de lo clínico y guiar la intervención. Estos elementos son esenciales para comprender las necesidades sociales y emocionales de la persona ingresada, siendo fundamental para la planificación efectiva del alta hospitalaria.

Respecto al segundo objetivo de conocer cómo es la planificación del alta hospitalaria y qué rol desarrolla el trabajo social, se enfatiza que esta profesión es imprescindible para optimizar la transición efectiva del entorno hospitalario al domicilio u otro servicio. Se basan en el método casework, que permite realizar una intervención personalizada y adaptada a las circunstancias únicas de cada individuo. También, se destaca que siguen una serie de pasos para poder llevar a cabo este proceso que son: la captación, que puede ser de tres formas, resaltando la captación por proyectos que resulta más beneficiosa porque proporciona mayor independencia para atender. En segundo lugar, la recopilación de información, que la realizan a través de entrevistas con la familia y la persona ingresada, en colaboración con el personal de planta. Por último, acompañan en la adaptación a la nueva situación e informa u orienta hacia servicios y recursos. Todo esto se lleva a cabo mediante herramientas como la escucha activa, la empatía, el establecimiento de vínculos a través del humor y la creación de un ambiente acogedor que fomente la comunicación. Asimismo, los/as profesionales de medicina y enfermería destacan que el trabajo social amplía su mirada, teniendo en cuenta todos los factores y complementándose de manera efectiva.

Además, relacionado con el objetivo específico de considerar la perspectiva familiar y de género en el proceso del alta, se evidencia la influencia significativa de que las mujeres asumen la mayoría de las responsabilidades del cuidado. Del mismo modo, se observa que es más fácil planificar el alta siendo el género femenino el principal soporte. También, los/as profesionales tienden a comunicarse más con las mujeres debido a su mayor predisposición para ofrecer ayuda.

En cuanto al tercer y último objetivo de evaluar la eficacia de la planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social, se identifican varios puntos clave para lograr esta eficacia: contar con respaldo institucional y reconocimiento profesional del trabajo social, mantener una comunicación fluida y

coordinación entre las distintas disciplinas del hospital para abordar las necesidades de la persona ingresada y su familia, ofrecer atención personalizada considerando los aspectos bio-psico-sociales, y realizar formación continuada para mejorar la calidad de la intervención y la eficacia del proceso.

Por otro lado, las limitaciones y causas de los reingresos hospitalarios son diversas y requieren especial atención para mejorar este proceso. Entre las limitaciones identificadas se incluyen la falta de comunicación y coordinación entre profesionales de la salud, la escasez de recursos disponibles para satisfacer las necesidades post-alta de los/as pacientes, y la carga de trabajo excesiva que dificulta una atención integral. Además, las causas de los reingresos pueden ser tanto clínicas, debido a complicaciones imprevistas en la salud, como sociales, relacionadas con la falta de apoyo familiar o no tener en cuenta las preocupaciones o presiones institucionales para liberar camas rápidamente. Estos desafíos subrayan la importancia de abordar de manera integral la transición del alta hospitalaria para mejorar los resultados y reducir los reingresos.

Para finalizar, como conclusión final, se destaca la labor integral de los/as profesionales en el proceso de planificación del alta hospitalaria, reconociendo las dificultades y la importancia de aprender de los obstáculos para garantizar una atención adecuada y una transición efectiva, evitando que la salud de la persona ingresada se vea comprometida en el proceso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abasolo, O. (2010). Diálogo: Mari Luz Esteban e Isabel Otxoa. El debate feminista en torno al concepto de cuidados. *CIP-Ecosocial–Boletín ECOS*, 10, 1-9
- Agrela, B., Martín, M., & Langa, D. (2010). Modelo de provisión de cuidado: género, familias y migraciones. Nuevos retos y configuraciones para las políticas públicas. *Alternativas: Cuaderno de trabajo social*, 17 (1): 9-18.
- Agrela, B., Gutiérrez, C., & Fernández, T. (2017). Repensar la ética en Trabajo Social desde una perspectiva de género”. *Cuadernos de trabajo social*, 30, (1): 51-64
- Agulló, A., & Martín, L. (2020). Intervención del Trabajo Social sanitario ante los determinantes de la salud. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, ISSN 1133-6552, N°. 63, 2020, Págs. 130-149, 63, 130–149.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7931015&info=resumen&idioma=ENG>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitario de Investigación*, 9 (1), 93-107.
- Arboix, M. (2006). Claudicación del cuidador. *Consumer.es*.  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/consumer-claudicacion-01.pdf>
- Avila, G. (2020). Modelos de intervención en trabajo social en el ámbito de la salud pública: una propuesta desde la modernidad institucional. *Revista Nueva Acción Crítica. Celats*.  
<https://celats.org/publicaciones/revista-nueva-accion-critica-9/modelos-de-intervencion-en-trabajo-social-en-el-ambito-de-la-salud-publica-una-propuesta-desde-la-modernidad-institucional/>
- Budinich, M., & Sastre, J. (2020). Planificación del alta. *Revista médica Clínica Las Condes*, 31(1), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.09.006>
- Cardona, J., Cuartero, M. E., y Campos, J. F. (2017). La comprensión de la situación problema en la práctica del Trabajo Social de Casos. Resultados de una investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30 (1), 149-162.

Casas, J. (2022). Soledades y conflictos en los hospitales: Una mirada desde el trabajo social, la ética del cuidado y la planificación del alta con personas mayores en situación de dependencia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 36 (1), 103-112.

Casas, G., & Casas, J. (2023). Más allá de la planificación del alta hospitalaria: el espacio del trabajo social en los hospitales de tercer nivel. *Cuaderno de Trabajo Social*, 15, 38–60.  
<https://doi.org/10.58560/cts.n21.023>

Castrillo, J.L.; Díez, T.; Escaja, M.A., García, J.M.; González, E.; González, R.; Guzmán, M<sup>a</sup>.A.; Mercado, T. Rodríguez, M.; Torres, T.; Velasco, M<sup>a</sup>. (2012). El documento de consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario. Castilla y León.

Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria. La gestión de lo pequeño para mejorar lo grande.*(pp. 219-295)

Colom, D. (2008). El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. Colección Trabajo Social. Serie libros. Siglo XXI.

Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Revista de Trabajo Social y Servicios Sociales*, 47, 109–119.

Colom, D. (2014). *La planificación del alta sanitaria.* Fundación Universitat Oberta de Catalunya.

Consejo General del Trabajo Social. (2013). *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social.*

Consejo General del Trabajo Social. Trabajo Social Sanitario ¡YA!  
(2019).<https://www.cgtrabajosocial.es/trabajosocialsanitarioya>

Crespo, M., & López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO <http://www.060.es>

- Cruz Roja. (2018). El 89 por ciento de las personas cuidadoras es mujer. Cruzroja.es  
<https://www2.cruzroja.es/-/el-89-por-ciento-de-las-personas-cuidadoras-es-mujer>
- Cubillos, C. (2014). Ética para la intervención social. Los valores aportados por el Trabajo Social y las éticas del cuidado y no paternalista como modelos de referencia para la práctica profesional. *Revista Trabajo Social*, 87 (1), 3-18.
- Guía de intervención del Trabajo Social Sanitario. (2012). Generalitat. Conselleria de Sanitat  
[https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/guia\\_intervencion\\_trabajo\\_social\\_sanitario](https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/guia_intervencion_trabajo_social_sanitario)
- Díaz, E. (2003). *Los ámbitos profesionales del trabajo social*. En Fernández García, T. y Alemán Bracho, C. (Coords.), *Introducción al Trabajo Social* (pp. 515-554). Madrid, España: Alianza. ISBN 84-206-4321-1.
- Díaz, E., & Fernández, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos del Trabajo Social*, 26 (2), 431-443.
- Feito, L. (2022). Bioética en el Congreso de la Asociación Bioética Fundamental y Clínica. *Revista Bioética*, 43, 1-3.
- Fernández, L. (2013). Programa de planificación del alta hospitalaria. TFG- Upna.
- Garcés, C. M. (2013). Trabajo social y el plan de alta del hospital. *Revista de Trabajo Social*, 14(1), 62–71.
- Garces, E. (2016). Conceptualización del diagnóstico social en Trabajo Social Sanitario, 83, 175-190.
- Gobierno de Navarra. (2024). *Unidad de trabajo social. ¿Qué hacemos?*  
<https://hun.navarra.es/es/trabajo-social/que-hacemos>
- Consejo General del Trabajo Social. (2022). *Guía profesional: Trabajo Social desde una perspectiva de género*. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/guia-profesional-trabajo-social-desde-una-perspectiva-de-genero-1/8837/view>

Hospital Universitario de Navarra-Unidad de Trabajo Social (2023). 2023 memoria.

Ituarte, A. (2009). Trabajo social clínico en el contexto sanitario. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 64, 283–304.

López, A. (2021). *¿Qué sabemos del Trabajo Social Sanitario? | TSDifusion*. 2021.  
<https://www.tsdifusion.es/que-sabemos-del-trabajo-social-sanitario>

Martín, M. A., Alférez, R. C., Escortell, E., Rico, M., & Sarría, A. (2011). Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Revista Atención primaria*, 43(3), 117–124.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.12.007>

Martin, I. (2018). Técnicas de intervención en Trabajo Social. Departamento de Sociología y Trabajo social. <https://ocw.ehu.eus/course/view.php?id=48>

Mateos, C. (2022). Guía profesional en Trabajo Social desde una perspectiva de género parte I. Consejo General del Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es>

Mies, C. (2022). El género como determinante social de la salud y su impacto en el desarrollo sostenible. *Universitas Revista de Filosofía Derecho y Política*, 41, 33–47.  
<https://doi.org/10.20318/universitas.2023.7412>

Miranda, M.(2008). Historia e identidad del Trabajo Social en Salud. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 60, 7-24.

Ochando, G., Urmeneta, S., Martínez, L., Montorio, M., Irizar, M., Crespo, I., Muro, J., & Tantos, J. (2011). Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario. Garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 11 (3), 42-51

OMS. (1948). La Asamblea General. *Naciones Unidas*.

Rodríguez, M.-J., García A., González, A.-R., & García, M.-A. (2013). Trabajo Social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social [Social Work with Hospitalized Multimorbid Patients: Early Intervention in Social Risk Scenarios]. *Portularia*, 13(1), 67–76. <https://doi.org/10.5218/prts.2013.0008>

Saavedra, M. (2016). Trabajo social sanitario: Una aproximación al perfil del trabajador social en el ámbito de la salud. *Revista de Humanismo y Trabajo Social*, 16, 169–185.

Sanjuán, A., Alcañiz, M., Montejano, R., Ramos, J & García, S. (2023). La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género. *Revista Española de la Salud Pública*, 97, 1-4.

Suescun, R. (2017). Intervención del Trabajo Social Sanitario. Servicio Navarro de Salud.

Viñuela, C., Alonso, S., Corvo, M. J., González, F., Jiménez, J., & Paniagua, N. (2020). Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria. Organización y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria. *Junta de Extremadura*.



## ANEXOS

### Anexo 1. Guion de la entrevista semiestructurada a profesionales del trabajo social.

Preguntas relacionadas con el Trabajo Social Hospitalario:

1. Una de las funciones que más se realiza por los/as TS en el hospital es el apoyo psicosocial. ¿Podría decirme en qué consiste ese apoyo?
2. Otra función fundamental que he observado e investigado es la coordinación tanto extra como intrahospitalaria que desempeñáis. ¿Cómo lleváis a cabo esta labor? ¿Por qué consideras que es importante?
3. En el contexto de la preparación del retorno del/de la paciente a su domicilio o residencia, mediante el apoyo psicosocial y recursos, ¿observa una prevalencia de mujeres u hombres en la responsabilidad del rol de cuidador/a de la persona que ha estado ingresada?
4. ¿Cree que es esencial considerar las diferencias entre géneros en su labor como trabajador social en el entorno hospitalario? Es decir, ¿piensa que es necesario tener en cuenta cómo el género puede influir en las necesidades y experiencias de las personas a las que atiende?
5. ¿Considera que los demás profesionales de la salud (médicos/as, enfermeros/as, etc), reconocen la importancia indispensable que vosotras, las trabajadoras sociales, realizáis en la planificación del alta hospitalaria o durante la estancia de la persona ingresada?

Preguntas sobre las fases para planificar el alta hospitalaria:

6. Tras mis indagaciones y observaciones durante mis prácticas, se pueden detectar tres modalidades de intervención del trabajo social: a demanda de la persona, por iniciativa de otros profesionales, o mediante proyectos específicos. ¿Se perciben diferencias significativas entre estas modalidades?
7. ¿Cuánto tiempo conlleva la planificación del alta hospitalaria? ¿Qué impedimentos o limitaciones en contrarias a la hora de elaborarla?
8. ¿Qué fases realizan para conseguir una planificación del alta hospitalaria adecuada? Es decir, ¿qué herramientas o intervención usáis?

Preguntas sobre la intervención del trabajo social ante la planificación del alta:

9. ¿Cree falta de reconocimiento público de esta profesión repercute negativamente en la capacidad de brindar ayuda eficaz a las personas o en la efectividad de su intervención?
10. ¿Por qué considera que es imprescindible que el trabajo social intervenga en la planificación del alta hospitalaria?

11. ¿Podría describir el proceso de planificación del alta hospitalaria desde la perspectiva del trabajo social?
12. ¿Cuál es el papel específico que desempeña el trabajo social en la planificación del alta hospitalaria?
13. ¿Cómo se mide la eficacia de la planificación hospitalaria desde la perspectiva del trabajo social?
14. ¿Cuáles considera que son los puntos clave para una planificación del alta hospitalaria eficaz desde la perspectiva del trabajo social?
15. ¿Qué factores cree que contribuyen a los reingresos hospitalarios desde la perspectiva del trabajo social?
16. ¿Cómo se abordan las necesidades sociales y emocionales de los pacientes durante su estancia en el hospital?
17. ¿Qué capacitación o formación adicional considera que sería beneficiosa para mejorar la práctica del trabajo social en el entorno hospitalario?
18. ¿Le gustaría añadir algo más?. Muchas gracias.

## **Anexo 2. Guion del cuestionario a profesionales de medicina y enfermería.**

1. Sexo
  - a. Hombre
  - b. Mujer
  - c. Otro
2. Edad
3. ¿Qué formación profesional ha realizado?
4. ¿Cuánto tiempo lleva de experiencia en este perfil profesional?
5. En el proceso de planificación del alta hospitalaria, ¿consideras imprescindible la intervención del trabajo social?
  - a) Si
  - b) No
6. ¿Por qué?
7. ¿Cuáles son, desde su perspectiva, los principales beneficios de una coordinación efectiva entre el trabajo social y el equipo médico/enfermería?
8. ¿Ha enfrentado situaciones donde la falta de colaboración entre el trabajo social y el equipo médico/enfermería haya afectado negativamente la atención al paciente?
  - a) Si

b) No

9. Si es así, ¿podrías proporcionar algún ejemplo específico de como esta falta de colaboración impactó en la atención del/de la paciente?
10. ¿Qué aspectos cree que podrían implementarse para fortalecer los procesos de coordinación y comunicación entre estas disciplinas en el entorno hospitalario?
11. ¿Cuáles consideras que son las principales barreras o desafíos que enfrentas al colaborar con el trabajo social en la planificación del alta hospitalaria?
12. ¿Cuáles son los puntos clave para la eficacia de la planificación del alta hospitalaria?
13. ¿Qué factores cree que contribuyen principalmente a los reingresos hospitalarios según tu experiencia y observación en el entorno clínico?
14. En el contexto de la preparación del retorno del/ de la paciente a su domicilio o residencia, ¿observa una prevalencia de mujeres u hombres en la responsabilidad del rol de cuidador/a de la persona que ha estado ingresada?
15. menores. A través de su experiencia, ¿Cuáles cree que son los desencadenantes principales de estas situaciones?

### **Anexo 3. Transcripciones de las tres entrevistas (E1, E2 y E3).**

Esta información ha sido entregada a la tutora y es omitida en este trabajo por protección de datos.



