

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA

TRABAJO FIN DE MÁSTER.
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.



. Alumna: Leyre Fernández Ibáñez,

diplomada en Trabajo Social.

. Directora del TFM: Inés Aguinaga Ontoso.

*Nafarroako
Unibertsitate
Publikoa*



Universidad
Pública de
Navarra

La profesora Inés Aguinaga Ontoso certifica que:

El presente trabajo realizado por Leyre Fernández Ibáñez, diplomada en Trabajo Social y estudiante del Máster Oficial en Salud Pública de la Universidad Pública de Navarra y titulado “**PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA**” ha sido realizado bajo supervisión y cumple todos los requisitos para optar al título de Postgrado.

Y para que así conste, expedido y firmo el presente certificado.

En Pamplona a 09/09/2013

FDO: Inés Aguinaga.

Índice

1. Escenario actual.....	3
2. Introducción.....	6
2.1. Antecedentes del tema.....	6
2.2. Identificación de problemas.....	8
2.3. Adecuación al Plan de Salud de Navarra.....	9
3. Objetivos.....	11
3.1. Objetivo General.....	11
3.2. Objetivos Específicos.....	11
4. Desarrollo y ejecución del proyecto.....	12
4.1. Población de referencia.....	12
4.2. Áreas de Intervención del Trabajo Social Hospitalario.....	14
4.3. Selección de la población de intervención.....	15
4.4. Actividades para alcanzar cada objetivo.....	16
5. Recursos humanos y materiales.....	26
5.1. Equipo que desarrolla el proyecto.....	26
5.2 Recursos disponibles.....	27
6. Información y divulgación.....	28
7. Evaluación del proceso y de los resultados alcanzados.....	29
8. Anexos.....	30
9. Bibliografía.....	35

1. Escenario actual.

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo del envejecimiento de la población y en algunos casos un incremento de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el crecimiento de la población de más de 65 años, que ha pasado de un 13,91 por ciento de la población total en 1991, a un 16,49 por ciento en 2009. Cabe destacar el aumento de la población mayor de 75 años, que como podemos observar en el siguiente gráfico, ha pasado de un 5,93 por ciento en 1991 a un 8,49 por ciento en 2009.ⁱ



A esta realidad, derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral.

Un 9% de la población española, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, presenta alguna discapacidad o limitación que le ha causado, o puede llegar a causar, una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidades de apoyo para su autonomía personal en igualdad de oportunidades

La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal».

Más del 20% de la población presta ayuda a un mayor. El 61,3% de estos cuidadores son mujeres, y en el 93,7% de los casos, el cuidador es un miembro de la familia, siendo el 40,6% de los cuidadores mujeres de la familia directa.ⁱⁱ Pero los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personalⁱⁱⁱ constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

En algunas comunidades como el País Vasco se ha realizado una estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi^{iv}, ya que los pacientes crónicos, a lo largo del desarrollo de su enfermedad, suelen presentar situaciones de dependencia.

En el ámbito hospitalario no es raro encontrarse a menudo con el ingreso de un gran número de personas pertenecientes a este colectivo, de personas en situación de dependencia como pueden ser personas mayores o discapacitados.

Pero también nos podemos encontrar con personas que anteriormente a este ingreso presentaban una autonomía plena, pero que a raíz de un accidente de tráfico/laboral o una simple caída en el domicilio se encuentran en una situación temporal de dependencia.

Dos de los casos más prevalentes en los que se producen situaciones temporales y/o permanentes de dependencia son los ictus y las fracturas de cadera.

Según un estudio realizado sobre la incapacidad y calidad de vida de los pacientes afectados por un accidente vascular cerebral tras nueve meses después del alta hospitalaria^v, el 43.5% de las personas que habían sufrido un ictus no eran autónomos para la deambulaci3n, el 32.3% necesitaban ayuda para la transferencia cama-silla y el 45.5% necesitaban ayuda para ir al aseo.

En el caso de las fracturas de cadera, según otro estudio sobre la recuperaci3n a corto y largo plazo tras una fractura de cadera^{vi}, las tasas de recuperaci3n de la capacidad para caminar de forma independiente con o sin bast3n oscilan desde el 20-40% al alta hospitalaria, entre el 25-55% durante los primeros meses tras la fractura, y entre el 30-50% a los 12 meses.

Muchas veces estas situaciones pueden actuar como desencadenante de numerosos conflictos sociales del enfermo, a veces provocando cambios en sus relaciones sociales, a veces provocando fobias, angustias, miedos, especialmente cuando se ponen de manifiesto el dolor, la muerte, la perdida de autonomía, etc.

Por ello en el ámbito hospitalario es de esencial importancia la figura del Trabajador Social Sanitario^{vii}, el cual a partir del estudio, diagnóstico y tratamiento socio sanitario atiende a las personas ingresadas y a sus redes sociales más próximas, para que la enfermedad no sea motivo de pérdida de la calidad de vida, de discriminaci3n o marginaci3n social y para asegurar la continuidad de cuidados en el domicilio en el momento del alta hospitalaria. Se trata fundamentalmente de, a partir del análisis de la informaci3n obtenida durante la intervenci3n, proponer acciones orientadas a mejorar el regreso a casa de los clientes hospitalizados

Aunque se desarrolla en el hospital, el tratamiento puede prolongarse hasta un tiempo después de producirse el alta, en coordinaci3n con los servicios de atenci3n primaria, servicios sociales de base, instituciones, etc.

2. Introducción.

2.1. Antecedentes del tema.

La presencia del Trabajo Social en el sistema sanitario no es algo nuevo, la fecha de 1905 es sin duda una fecha clave. Fue Richard Cabot^{viii}, Jefe de Medicina del Massachusetts General Hospital de Boston, el primero en introducir un trabajador social en su clínica, en el corazón del equipo de salud y con unas funciones muy claras que nada tenían que ver con cuestiones administrativas sino con la necesidad de estudiar más profundamente la enfermedad y completar el diagnóstico.

Esto lo hizo tras observar que por razones desconocidas, y que como médico no podía controlar, una gran parte de sus recomendaciones terapéuticas no estaban al alcance de los enfermos que trataba.

El Dr. Cabot hizo hincapié en que se considerase a la trabajadora social como un miembro de la institución, como un integrante del equipo de salud y como uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento.

Un año más tarde, en 1906, era el Hospital Municipal de Bellevue, de Nueva York, el que organizaba el primer *Departamento Hospitalario de Planificación del Alta* para dar respuesta a problemas no médicos de sus enfermos y que afectaban a la evolución de la enfermedad.

El *programa de la planificación del alta hospitalaria* es pues un instrumento centralizado que permite obtener toda la información – biológica, psicológica, social, cultural – del cliente desde el primer momento del ingreso hospitalario, lo cual ayuda a establecer un primer diagnóstico socio sanitario y, si cabe, un plan de actuación. Es también un instrumento de detección que permite la derivación de la persona a los servicios especializados, ya sea de atención primaria de salud, o de servicios sociales, que evita que la persona quede desatendida después de la hospitalización.

La noticia del alta hospitalaria no siempre es una buena noticia. Muchas veces la situación biológica, psicológica, social; cultural y económica del paciente condiciona sus posibilidades de recuperación y sus necesidades de apoyo al alta. Si no se contemplan todas las facetas, el alta será vivida con angustia e incertidumbre por el

paciente y su familia, se retrasará su recuperación, no podrá volver al domicilio y se pospondrá el alta ocupando indebidamente una cama.

Por ello un programa de planificación del alta hospitalaria es la mejor manera de adelantarse a los problemas reales del cliente hospitalizado y evitar la precipitación en su regreso a casa. Al prever los pasos que la persona deberá seguir después del alta y, de acuerdo al pronóstico, se le advierte de las dificultades que deberá superar; en caso de que estas le desborden, se desarrolla el plan de soporte temporal que deberá ser revisado periódicamente, hasta que se de el alta definitiva por parte de los servicios, hospitalarios y/o comunitarios, que corresponda.

Según Dolors Colom^{ix} se puede proceder al alta cuando médicamente sea factible, asegurándonos de que:

- Tiene capacidad para seguir las indicaciones terapéuticas.
- Cuenta con un entorno favorable que le apoya y cuida.
- Tiene asegurada la continuidad de la asistencia por parte de otros servicios de atención sanitaria y, si cabe, social y Sociosanitaria.
- El alta no entraña riesgos para la persona ni para su entorno.

El programa de planificación del alta hospitalaria no es algo desconocido en el ámbito hospitalario de España; son varios los hospitales que cuentan con la figura de un/a Trabajador/a Social Hospitalario/a y que desarrollan el programa de planificación del alta hospitalaria.

En el Hospital San Juan de Dios de Granada^x el objetivo general del Trabajo Social Hospitalario es atender y tratar las necesidades sociales de diversa índole, que presente el enfermo o familia, con ocasión de su estancia en el hospital, con el fin de que éstos no obstaculicen su tratamiento o incorporación a su medio habitual.

El Programa de Planificación de Alta Hospitalaria se trata de un conjunto de actuaciones a seguir para la detección de pacientes de riesgo, encaminadas a facilitar el soporte pos-alta necesario para la continuidad de la asistencia socio sanitaria del enfermo, lo que implica una coordinación con los centros de Atención Primaria y con otras instituciones de carácter social, como los servicios sociales básicos y especializados, así como asociaciones de salud.

En el Hospital Obispo Polanco de Teruel^{xi} a diferencia de otros Programas de Planificación de Alta o de Riesgo social, el que llevan a cabo no está dirigido únicamente a la atención del paciente durante el ingreso hospitalario, aunque incluye la planificación de alta, que fue la primera fase del proyecto, sino que abarca la atención en el campo de las Consultas Externas y en Urgencias.

El objetivo general del Programa de Riesgo Social es proporcionar una atención integral, abarcando el área física, psíquica y social. Algunos de sus objetivos específicos son: Identificar la problemática social que acompaña a la enfermedad proporcionando una detección, planificar de forma interdisciplinar el alta, evitar estancias y reingresos por causas no médicas, etc.

En el Hospital de Navarra el Programa de Planificación del Alta Hospitalaria es un programa que se adelanta a los problemas de las personas, detectados entre las 42 y 72 horas, después de haberse producido el ingreso y que se traten dentro del tiempo que requiere el tratamiento médico. Se trata de planificar las necesidades de la persona hospitalizada con antelación a la fecha del alta médica y de continuar con el tratamiento social y sanitario cuando vuelva al entorno, en coordinación con los servicios de atención primaria.

2.2. Identificación de problemas.

Como se puede observar en los diferentes programas de planificación de alta hospitalaria vemos que un aspecto en el que se aprecian diferencias es en los indicadores de riesgo socio sanitario que se utilizan en cada programa de planificación, algunos de ellos son: mayor de 65 años, vive solo, enfermedad terminal, extranjero/inmigrante, sin soporte familiar, etc.

Una buena herramienta a la hora de detectar los diferentes problemas/necesidades de los pacientes en su ingreso hospitalario sería la elaboración de una escala de valoración de necesidad socio-sanitaria.

Lo adecuado sería realizar un cuestionario en el que se incluyesen diferentes aspectos tomados a partir de diferentes escalas de valoración funcional y cognitiva^{xii}, utilizando para ello diferentes ítems obtenidos de: el cuestionario de Barber para la identificación de situaciones de dependencia y fragilidad del paciente, el índice de Barthel para la

valoración funcional física, como son las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y el índice de Lawton y Brody para la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

La utilización de un cuestionario de este tipo sería de gran utilidad a la hora de detectar de una forma rápida y sencilla las diferentes necesidades/problemas de los pacientes ingresados antes de que se produzca el alta hospitalaria, para poder así intervenir de una manera rápida y eficaz, coordinándose si fuera necesario, con los servicios de atención primaria para así garantizar la continuidad de cuidados.

Esta continuidad de los cuidados en salud es una dimensión de calidad importante en el proceso asistencial. Por lo tanto, la adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales^{xiii} que intervienen en dicho proceso es un objetivo prioritario que deben plantearse las organizaciones a la hora de marcar sus objetivos estratégicos.

Actualmente existe una mayor capacidad de coordinación. El desarrollo de las tecnologías permite compartir información en tiempo real y por lo tanto establecer planes secuenciales o protocolos de actuación donde se produzcan acciones coordinadas.

2.3. Adecuación al Plan de Salud de Navarra.

En el Plan de Salud de Navarra^{xiv} uno de los objetivos es adaptar el modelo organizativo del Sistema Sanitario de Navarra, con el fin de mejorar la coordinación entre las distintas áreas del Departamento y del Servicio Navarro de Salud, facilitando la integración de las diversas líneas de actuación y la necesaria flexibilidad ante los nuevos retos sanitarios, así como garantizar la necesaria coordinación y racionalización de la oferta asistencial correspondiente al área hospitalaria de Pamplona con el fin de asegurar la máxima eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, financieros y tecnológicos.

El elemento clave pues, es la continuidad asistencial. Sin embargo la organización de los servicios sanitarios, sin duda no está orientada a facilitar la continuidad de los cuidados. La propia estructuración por niveles implica un reparto de funciones y de roles no siempre sustentado en evidencias sólidas.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial? En principio es esencial fomentar la cooperación entre los diferentes niveles asistenciales.

En los últimos años, no obstante, se observa una tendencia a abandonar estas estrategias de promoción de la competencia, en favor de políticas que enfatizan la colaboración y coordinación entre proveedores de salud, como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención.

La integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para resolver problemas de salud crónicos que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios.^{xv}

Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población. Los objetivos de toda OSI, o red de servicios, son la eficiencia global de la provisión y la continuidad de la atención, a través de un objetivo intermedio: la mejora de la coordinación de los servicios.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo General.

. Desarrollar un programa de atención sociosanitaria para asegurar la continuidad de la asistencia de cada usuario.

3.2. Objetivos Específicos.

. Conocer la realidad sanitaria y social de los usuarios para intervenir en los casos en los que sea necesario.

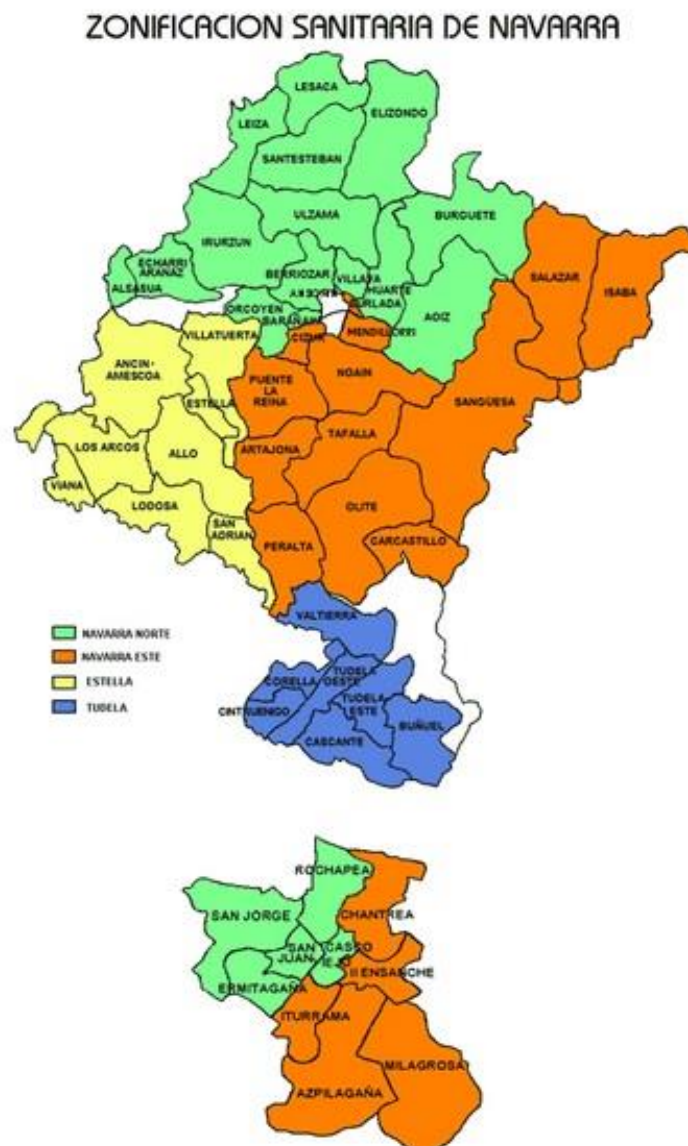
. Favorecer la prevención secundaria para el mantenimiento de la salud de la comunidad que el hospital atiende.

4. Desarrollo y ejecución del proyecto.

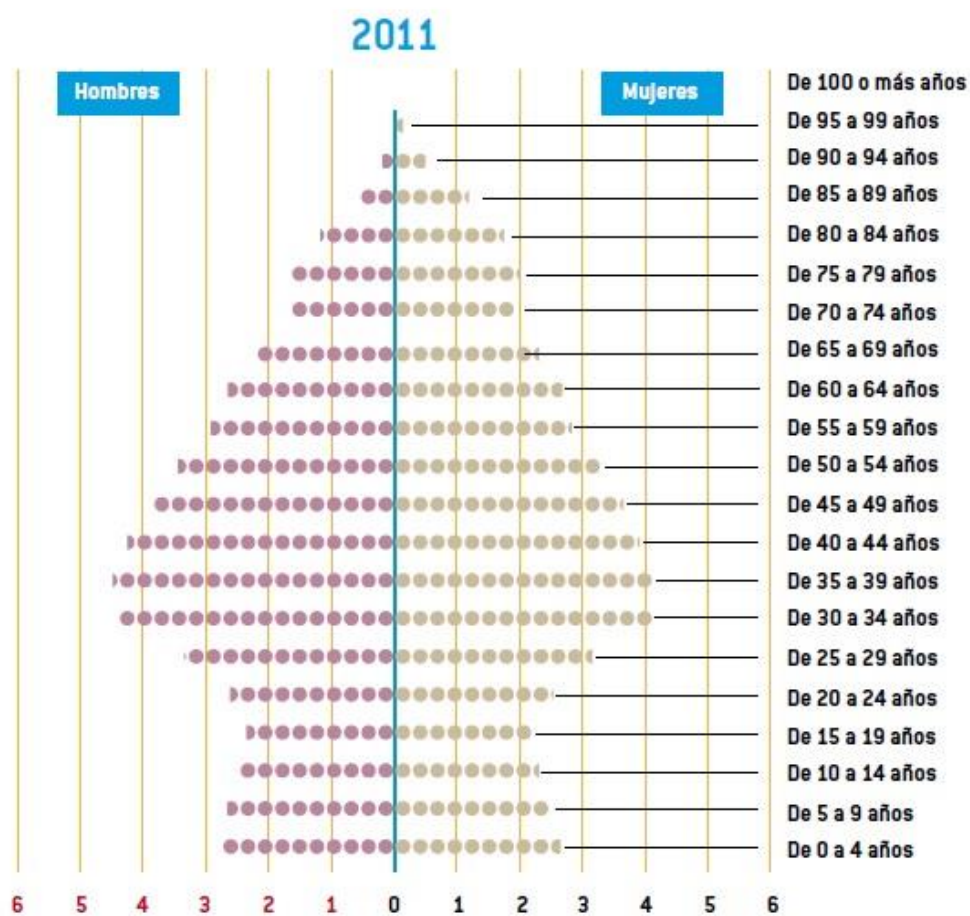
4.1. Población de referencia.

La Ordenación Territorial Sanitaria de la Comunidad Foral se estructura en 54 Zonas Básicas de Salud, agrupándose estas en cinco Áreas de Salud (I Navarra-Norte: II Navarra-Este: III Estella: IV Tafalla: V Tudela).^{xvi}

Por lo tanto la población de referencia para la implementación del programa de alta hospitalaria sería toda persona perteneciente a estas 54 zonas básicas de salud.



Navarra cuenta con una superficie de 10.391 km² y está dividida en 272 municipios. Alcanzó en 2011 los 642.051 habitantes, por lo tanto aumentó el 0,80% respecto a enero del 2010, es decir, 5.127 habitantes más. En la tabla y gráfico siguientes se desglosa la población total según sexo y edad tomando como fuente el Instituto de Estadística de Navarra. Los datos son del Padrón Municipal de Habitantes a fecha 01-01-2011.^{xvii}



4.2. Áreas de Intervención del Trabajo Social Hospitalario.

El Trabajo Social Hospitalario interviene^{xviii}, según la situación del usuario en el ingreso, estancia y alta del Hospital; analizando en cada caso los diferentes aspectos que presenta el enfermo: situación familiar, económica, vivienda, posibilidades de rehabilitación, etc., utilizando los recursos existentes, para conseguir la recuperación, evitar o, en algunos casos, distanciar los sucesivos reingresos.

Las Áreas de intervención del Trabajo Social Hospitalario son:

1. Área de Investigación:

- . Estudio para conocer la Zona y sus problemas específicos.
- . Captación de los factores de riesgo para la planificación de los diversos programas de salud.

2. Área de Prevención:

- . Información y contactos de la Unidad de Trabajo Social con los diferentes servicios del Hospital así como con las demás instituciones y servicios del Área Sanitaria. Coordinación.
- . Coordinación con las instituciones sociales y organizaciones ciudadanas.
- . Educación para la salud.

3. Área Asistencial:

- . Intervenir en las fases agudas de la enfermedad. Valoración de la urgencia.
- . Trabajo a nivel individual y/o familiar.
- . Seguimiento familiar.
- . Garantizar la continuidad de los casos en el medio social de los usuarios para evitar la institucionalización innecesaria.
- . Valoración social que contribuya a un diagnóstico de equipo más objetivo.
- . Apoyo a las familias.
- . Coordinación con otros servicios que garanticen y ayuden al tratamiento.
- . Atención directa al usuario. Valoración de su demanda.

4.3. Selección de la población de intervención.

La identificación de las personas hospitalizadas que requerirán una atención social complementaria es uno de los pilares del programa de alta, pero dicha identificación debe ser realizada sin excluir a quienes no tienen conciencia de su problema y, por tanto, nunca demandarán esta ayuda. Es así como se detectan la mayoría de los problemas identificados por los profesionales sanitarios, a partir de la demanda de la persona.

Al aplicar un programa de alta, los trabajadores sociales se valdrán de un screening social, entendiendo este como un proceso elemental, básico y sencillo, que les permitirá clasificar a unos clientes y distribuirlos en conjuntos previamente definidos.

Los indicadores que ayudarán a identificar a la mayoría de los clientes de riesgo en una primera fase son los siguientes:

- Mayor de 75 años.
- Mayor de 70 años y vivir solo o con pareja de edad similar.
- Más de 70 años y padecer una enfermedad crónica.
- Más de 70 años y haber ingresado anteriormente.
- Más de 70 años e ingresas por caída o fractura.
- Más de 70 años y haber sido dado de alta dentro de los 15 días anteriores al ingreso actual.
- Ingresar a consecuencia de un accidente cerebrovascular (ACV).
- Padecer una enfermedad terminal.
- Padecer una enfermedad mental.
- Padecer una toxicomanía.
- Sospechas de maltrato.
- Haber sufrido un politraumatismo.

4.4. Actividades para alcanzar cada objetivo.

Objetivo: Desarrollar un programa de atención sociosanitaria para asegurar la continuidad de la asistencia de cada usuario.

Actividades:

1. Acudir a sesiones médicas. Los distintos servicios médicos suelen reunirse cada mañana para distribuir las personas a atender y poner en común los casos de los que cada médico se encarga. De esta forma conoceríamos el médico de referencia de cada paciente, y a su vez podríamos detectar posibles pacientes a intervenir. También sería el momento en que los médicos nos pusieran en conocimiento de algún paciente, que según su observación y criterio podrían requerir de nuestros servicios.

Para poder acudir a todas las sesiones cada trabajador social se encargaría de un servicio médico.

2. Screening/Entrevista. Se realizará una primera entrevista básica a las nuevas personas ingresadas para valorar los factores de riesgo socio-sanitario.

Si no se detecta problema social y/o el paciente/familia rechaza nuestra intervención, en la historia clínica se anotara como un Curso Social refiriendo la entrevista. De esta manera contabilizaremos el alcance de este programa.

Si en cambio sí se valora que dicho paciente requiere de nuestra actuación se abrirá una ficha socio-sanitaria en el historial del paciente refiriendo el número de caso.

En ocasiones puede tratarse de una demanda social *interna*, cuando por ejemplo es el propio paciente y/o su familia quienes solicitan nuestros servicios.

Aunque también pueden llegar a la unidad de trabajo social demandas *externas* procedentes de otros hospitales, desde atención primaria (servicios sociales, salud, salud mental) o desde recursos comunitarios.

3. Comunicación. Con médico/enfermera que atiende a la persona y personal administrativo a lo largo de cada intervención.

Con esto se trata de que se nos informe de los cambios significativos de la persona atendida que puedan influir en el proceso de intervención. Por ejemplo si estamos esperando una cama en el HSJD y la persona mejora, decidiéndose alta al domicilio.

Es necesario que tanto el personal médico como de enfermería tengan en cuenta que los informes médicos a veces son básicos para que la unidad de trabajo social pueda trabajar, ya que en muchas ocasiones son requisito básico para prestaciones, centros geriátricos, etc.

Si se trata de un caso iniciado por demanda externa (atención primaria, centros geriátricos, servicios comunitarios, etc.) o una persona institucionalizada que se encuentra en estos momentos en el hospital; deberemos comunicarnos de forma retroactiva con sus centros de referencia tanto para recabar datos importantes que puedan influir en nuestra intervención, como para ir informando del proceso que estamos llevando a cabo con dicho paciente.

4. Diagnostico Socio-Sanitario/Intervención. Una vez realizadas todas las primeras entrevistas se valorará si se inicia o no una intervención con el paciente.

Si es así, primero en su historia clínica redactaremos un diagnóstico social sanitario en el que quedaran reflejadas las problemáticas socio-sanitarias detectadas y a intervenir.

Una vez hecho esto y en coordinación tanto con los servicios médicos y de enfermería, como con atención primaria, recursos comunitarios, etc., realizaremos la elección de los recursos que se adecuen a nuestra intervención.

Nos mantendremos en contacto mediante el envío de informes, llamadas telefónicas y/o visitas y reuniones a los distintos recursos.

Todos estos procesos que vayamos realizando deberán quedar también reflejados en la historia social del paciente, ya que nos podrán servir de referencia para futuros casos.

5. Derivación. Todo nuestro proceso de intervención hospitalario acabará cuando se haya responsabilizado el trabajador social de A. Primaria. Por ello es muy importante la coordinación con atención primaria. Desde el primer momento de actuación nos pondremos en contacto con el trabajador social de referencia del paciente para informarle de que vamos a iniciar una intervención.

A lo largo de esta se mantendrá en contacto para comunicarle nuestro diagnóstico social, los posibles cambios y las actividades a realizar. Este contacto podrá ser tanto telefónico, vía e-mail o en persona.

Una vez está determinada la fecha del alta y los recursos que utilizaremos se le enviará mediante correo o fax el informe social que hayamos realizado.

6. Evaluación. Por último para conocer si se ha logrado atender al 100% de los usuarios que han recibido el alta, se llevará mensualmente un cuestionario en el que se compararán el número de altas que ha habido y el número de informes realizados.

Para la obtención de estos indicadores se utilizarán bases de datos, del tipo de la tabla que aparece abajo, en los que quedará recogido el número de ingresos del mes, el tiempo de estancia, y tanto la fecha de ingreso como la de alta.

TABLA 2.3:		2007	2008	2009*	2010	2011	11/10	11/07
EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA RED DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA. 2007-2011	INGRESOS	57.621	60.136	58.686	58.330	58.425	0,16%	1,40%
	Nº ESTANCIAS	381.872	384.493	366.509	352.641	347.210	-1,54%	-9,08%
	INT. PROGR.	37.650	39.852	40.740	38.282	37.572	-1,85%	-0,21%
	INT. URG.	7.602	7.401	6.902	6.756	6.858	1,51%	-9,79%
	URGENCIAS	259.594	253.463	252.964	239.027	244.322	2,22%	-5,88%
	PRIM. CONS.	330.061	373.800	374.271	370.110	359.255	-2,93%	8,85%
	CONS. SUC.	587.408	608.787	632.753	644.463	641.267	-0,50%	9,17%
	*2009. A partir de este año se incluye:							
- Actividad de la Unidad Hospitalaria a Domicilio del Hospital Reina Sofía y del Hospital García Orcoyen								

xix

También se llevará a cabo mensualmente el recuento de los informes realizados en la Unidad de Trabajo Social, tanto de los pacientes en los que se ha intervenido como en los que no.

De esta forma, contrastando el número de ingresos mensuales con el número de informes realizados se comprobará el alcance de este programa de planificación del alta hospitalaria; siendo el resultado óptimo y esperado el 100%.

.Objetivo: Conocer la realidad sanitaria y social de los usuarios para intervenir en los casos en los que sea necesario.

.Actividad: Realizando una primera entrevista acompañada de un cuestionario básico se conocerá la situación sanitaria y social del usuario de la que dependerá la intervención.

Los/as Trabajadores/as se encargarán diariamente de realizar una primera entrevista acompañada de un cuestionario básico a aquellas personas de nuevo ingreso; de esta manera se conocerá y valorará su situación socio-familiar y se considerara si es necesaria algún tipo de intervención.

A continuación se muestra un modelo de lo que podría contener un primer cuestionario para la recogida básica de información. (Anexo II)

A) REGISTRO DE LOS DATOS DE ESTUDIO:

- Trabajador/a Social: Nombre del/a profesional del propio Hospital que interviene en el estudio y tratamiento del caso.

- Número de Historia Social identificativa para cada persona/familia: Se indicará el número de historia clínica

A.1 Características demográficas: Hace referencia a los datos personales de identificación de la persona enferma.

- Apellidos y nombre
- Fecha de nacimiento
- Lugar de nacimiento: Se señalará la Localidad, Comunidad Autónoma y País
- Sexo
- Estado Civil
- D.N.I

- Domicilio actual.
- Empadronamiento
- Persona de referencia: Se trata de la persona más implicada en la atención del caso.
- Teléfono/s de contacto: De aquellas personas con las que se pueda comunicar para tratar de cualquier tema que tenga relación con el enfermo/a.

A.2 Características de ingreso: Recoge los datos tanto del Centro de Salud de referencia, como los del Centro Sanitario donde es atendida la persona.

- Zona Básica de Salud: Zona Básica donde se tenga asignado/a el/la Médico de Familia y Comunidad
- Médico de Familia y Comunidad: Nombre del/a profesional, que consta en la Tarjeta Individual Sanitaria (T.I.S.).
- Trabajador/a Social del Centro de Salud: Nombre del/a profesional correspondiente.
- Servicio Médico al ingreso: Indicación del código de la Especialidad y nombre del/a profesional responsable.
- Fecha de ingreso: Se indica el día en que fue hospitalizado.
- Diagnóstico: Juicio clínico principal.

A.3 Situación Social:

1. Características familiares: Antecedentes relevantes en la historia personal y/o familiar.

2. Características socio-económicas:

2.1 Actividad económica: Económicamente activo/inactivo, estudiante, jubilación, etc.

2.2 Ingresos: carente de medios económicos propios, pensiones contributivas, pensiones no contributivas, prestaciones sociales, etc.

2.3 Lugar de Trabajo

3. Características de la vivienda

3.1 Tipo (Unifamiliar, piso, pensión, etc.)

3.2 Régimen de tenencia (sin vivienda, propia, alquilada, etc.)

3.3 Equipamiento

3.4 Número de personas

3.5 Accesibilidad (Ascensor, barreras arquitectónicas, distancia para el acceso a los servicios socio-sanitarios)

3.6 Otras informaciones de hábitat (higiene/limpieza)

4. Nivel de instrucción

5. Relaciones Sociales

6. Situación Psico-Socio-Sanitaria (qué conoce de su enfermedad y pronóstico, fase del proceso: adaptación, rechazo, negación, indiferencia, etc., si existe estigmatización, grado de conocimiento respecto a los recursos socio-sanitarios, utilización y trámites administrativos para acceder a ellos, etc.

.Objetivo: Favorecer la prevención secundaria para el mantenimiento de la salud de la comunidad que el hospital atiende.

.Actividad: De acuerdo a las fases o etapas del Método Básico de Trabajo Social^{xx}, una vez realizado el estudio previo de la situación, el siguiente paso es la emisión de un diagnóstico social de la situación-problema, carencia y/o conflicto detectado. Dichas problemáticas sirven de base para la programación de la intervención profesional concreta para cada caso en particular (información, orientación, prevención, etc) así como para determinar el tratamiento social a utilizar.

Es decir, tras la recogida de la información básica, el/la trabajador social realizará una valoración global en la que se detectaran los problemas/carencias existentes sobre el que se basará el plan de intervención.

Algunos de los indicadores^{xxi} que utilizaremos para considerar si se requerirá algún tipo de intervención son los siguientes:

Problemática Socio-Familiar

- Alteración en la Estructura Familiar
 - Vive en Centro Residencial o Comunidad Terapéutica
 - Situación de “duelo”
 - Hogar unipersonal
 - Familia monoparental
 - Nido vacío
 - Vive en Pensión
 - Familia reconstruida

- Alteración de la Familia
 - Carencia de familiares directos: padres, hijos.
 - Situación de crisis
 - Síndrome del/a cuidador/a principal
 - Insuficiente apoyatura familiar
 - Itinerante

- Alteración en la Relación entre Hermanos
- Alteración en la Relación Padres-Hijos
- Alteración en la Relación de Pareja
 - Malos tratos
 - No asunción de roles
 - Rechazo
 - Planificación familiar

Problemática Social relacionada con el Trabajo

- Cambio puesto de trabajo
- Falta de trabajo
- Inadaptación laboral
- Pluriempleo
- Subempleo
- Trabajo menores

Problemática Social relacionada con la Economía

- Abandono de la actividad laboral por prestar atención a la persona enferma hospitalizada
- Ausencia de ingresos fijos
- Ausencia de ingresos en el momento de la intervención profesional
- Gastos extraordinarios
- Inadecuada utilización de los recursos económicos
- Ingresos insuficientes
- Negación a utilizar el paciente/familia sus recursos económicos, para dar cobertura a las necesidades de atención.
- Trámites económicos sin delegar.

Problemática relacionada con la Vivienda

- Desahucio o catástrofes estructurales
- Falta de vivienda
- Hacinamiento
- Condiciones de insalubridad e higiene
- No acomodada a necesidades específicas

Problemática Social relacionada con la Instrucción

- Absentismo escolar
- Dificultades de integración escolar
- Fracaso o retraso escolar
- Insuficientes recursos personales
- No sabe leer ni escribir
- Problemas de aprendizaje
- Sin escolarizar

Problemática relacionada con la Salud

- Discapacidad: Física, Psíquica y/o Sensorial.
- Enfermedad derivada de accidente
- Enfermedad orgánica aguda: cuando aparece bruscamente y es de corta duración
- Enfermedad orgánica crónica: el proceso es de evolución progresiva, lenta e irreversible (Diabetes, enfermedad cardiaca, Parkinson, etc.)

- Enfermedad orgánica invalidante: cuando el cuadro clínico desencadena una pérdida de autovalimiento para la realización de las actividades de la vida diaria (ACV, TCE, amputaciones, etc.)
- Enfermedad terminal
- Enfermedad transmisible
- Estigmatización: aislamiento social como consecuencia de la enfermedad que se padece.
- Violación

Problemática Social relacionada con la Salud Mental

- Desequilibrio emocional
- Drogodependencia: problemas derivados del consumo y dependencia de sustancias (ludopatías, alcoholismo, etc.)
- Enfermedades psíquicas en general (Alzheimer, autismo, esquizofrenias, etc.)

Problemática Social relacionada con la Cobertura Sanitaria

- Cobertura sanitaria no vigente.
- Alta en la Seguridad Social en otras CCAA.
- Cobertura para ciudadanos de la Comunidad Económica Europea y otros países con concierto.
- Problemas relacionados con la financiación: no asunción de gastos para medios de transporte y/o retraso de trámites burocráticos.
- Sin gestionar la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS)

Problemática Social relacionada con Hospitalización y Tratamiento

- Alta voluntaria.
- Desinformación respecto al lugar de residencia de la persona enferma y/o existencia de familiares.
- Familiares desatendidos a causa de la hospitalización de alguno de sus miembros.
- Imposibilidad de utilización de los recursos sociales por estar empadronado en otra CCAA.
- Dificultad de aceptar la enfermedad, tratamiento y/o secuelas.
- No aceptación del alta.
- Poca relación de la familia con la persona enferma.

- Reingresos frecuentes en periodos de tiempo corto, por diversas causas.
- Retraso del alta por falta del recurso social idóneo.

Problemática Social en Colectivos con dificultades de Promoción Social

- Delincuencia
- Desplazad@s: emigrantes, extranjeros, refugiad@s, temporer@s.
- Ex intern@s de Institución Penitenciaria
- Minorías étnicas
- Prostitución
- Transeúntes

Debemos tener en cuenta que si el paciente ingresa en el hospital procedente de su casa o de alguna institución, es de suponer que al alta regresará al mismo lugar. Por ello debemos tener al paciente “ubicado” dentro de la comunidad en la cual reside, disponer de un listado de los recursos existentes y su adecuación para dar respuesta a las necesidades que se prevén.

Una vez que disponemos del diagnóstico social ^{xxii}, de las posibilidades de la comunidad, de cómo el paciente y su familia prefieren cubrir las necesidades de atención, etc., elegiremos los recursos que más se adecuen al diagnóstico realizado y las necesidades señaladas. Esta elección muchas veces viene determinada especialmente por las posibilidades propias de la familia, los recursos económicos del paciente, las capacidades personales, etc.

5. Recursos humanos y materiales.

5.1. Equipo que desarrolla el proyecto.

El proyecto será realizado por la titular del mismo, en este caso sería la Unidad de Trabajo Social; que tras ser aprobado y financiado por el Servicio Navarro de Salud-Gobierno de Navarra, será implantado en el Complejo hospitalario de Navarra.

Para desarrollar el programa se contará con varios/as Trabajadores Sociales del hospital así como con la colaboración de los distintos servicios de medicina y unidades de enfermería.

Las actividades y funciones generales^{xxiii} serán:

- . Establecer el diagnóstico social y sociosanitario de los pacientes que cumplen alguno de los indicadores de riesgo.
- . Coordinarse con la atención primaria de salud, servicios sociales comunitarios, públicos o privados, asegurando el seguimiento.
- . Mantener actualizada la documentación que genera la actividad diaria del trabajo de campo.
- . Informar a los servicios médicos de los pacientes que siguen en el hospital en espera de ingresar en algún recurso intermedio sin poder volver a su casa, bajo riesgos para el cliente o su familia.
- . Compartir periódicamente con el resto de los profesionales sanitarios la información obtenida y que sirve para mejorar las prestaciones y servicios.

Y los procesos y tareas específicas^{xxiv}:

- . Primera entrevista, estudio socio-familiar y análisis de dependencia funcional.
- . Conocer el “antes” del ingreso.
- . Informar al personal médico y de enfermería de la planta donde se encuentra el paciente el resultado de esta primera entrevista y de las gestiones que se vayan realizando.
- . Identificación de los pacientes que tienen la situación social cubierta.
- . Identificación de los pacientes que requieren visitas sucesivas de soporte y de los que precisarán soporte de recursos extrahospitalarios

- . Derivaciones activas a otros servicios de atención primaria.
- . Documentar los casos en los que se interviene.
- . Diseñar un plan de intervención individualizado de cada paciente, contemplando las necesidades sociales y sanitarias.
- . Coordinación extrahospitalaria con los profesionales de otros servicios comunitarios de salud.
- . Sesiones de trabajo interdisciplinarias para debatir la calidad de los procesos en la resolución de casos.
- . Informes sociales.

5.2 Recursos disponibles.

Para poder poner en marcha dicho proyecto, será necesario contar con un despacho general con capacidad para todos los trabajadores sociales contratados y un administrativo, y que se ubique dentro del mismo recinto hospitalario.

También sería de utilidad contar con algunos pequeños despachos en las distintas plantas para llevar a cabo las entrevistas con los familiares sin necesidad de que estos se desplacen de planta.

El despacho general contará con una mesa y silla individual para cada trabajador social, equipada con un ordenador y teléfono, así como diverso material fungible (folios, bolígrafos, carpetas, etc.). En dicho despacho se dispondrá también de una sala para realizar reuniones, con una mesa y varias sillas, así como con un ordenador, pantalla y cañón para realizar diversas presentaciones. Por ultimo también se contara con otras dos salas ubicadas dentro del mismo despacho para la realización de entrevistas con familiares/personas de referencia que estarán también equipadas con mesa, sillas, ordenador, teléfono y diverso material fungible

6. Información y divulgación

Para dar a conocer el servicio de trabajo social dentro del ámbito hospitalario se realizarían una serie de folletos informativos. En ellos se explicaría las prestaciones básicas que se ofrecen, donde se encuentra ubicada la unidad dentro del hospital y su horario. (Anexo III)

Dichos folletos los encontraríamos repartidos por las distintas plantas del hospital así como en el servicio de admisión e información, en los centros de salud y servicios sociales.

Con ayuda del servicio informático del Complejo Hospitalario de Navarra se podría llegar a desarrollar una pequeño apartado web dedicado a la Unidad de Trabajo Social. En el encontraríamos información sobre los servicios que se ofrecen en la unidad, noticias de actualidad sobre temas de políticas sociales, un guía los teléfonos y direcciones de residencias, servicios sociales, asociaciones sin ánimo de lucro (Adano, Adacen, Saray, etc.).

Por último también se redactaría a modo de artículo una explicación de la implantación del programa de planificación de alta hospitalaria en el Complejo Hospitalario de Navarra, para difundirla en la prensa escrita/digital.

En este artículo se redactaría brevemente en que consiste el programa, quien es la población de referencia, que servicios se ofrecen y donde podemos encontrar dicho programa.

7. Evaluación del proceso y de los resultados alcanzados.

La evaluación del programa será continua. La base de la consecución de unos buenos objetivos es partir de una evaluación inicial que nos oriente cómo está la situación actual. Para ello y basándonos en datos cuantitativos, como el número de ingresos, de informes realizados, de altas, etc. podremos ver el alcance que ha tenido el programa. Mensualmente haremos una comparación de los ingresos de ese mes y el número de informes que hemos realizado. Así comprobaremos si realmente hemos llegado a ese 100% de intervención marcado en nuestros objetivos; si no es así buscaremos los fallos e intentaremos mejorar nuestra actuación para los meses consecutivos.

También dos veces al mes se realizarán reuniones en las que alguno de los trabajadores sociales expondrá algún caso que haya llevado a cabo.

De esta forma compartirá con sus compañeros todo el proceso que ha llevado a cabo con el paciente y su familia. Esto servirá tanto de aprendizaje para el resto de compañeros como de evaluación y mejora de los procesos llevados a cabo.

Como hemos dicho anteriormente nuestro proceso de intervención hospitalario acabará cuando se haya responsabilizado el trabajador social de A. Primaria. Por lo tanto a finales de cada mes se mantendrán reuniones con los trabajadores sociales de atención primaria con los que hayamos trabajado ese mes.

De esta forma comprobaremos como ha finalizado todo el proceso de intervención y como se encuentran los pacientes.

Esto nos servirá para ver posibles fallos que se hayan cometido en dicho proceso y/o para mejorar en aspectos de coordinación y derivación.

Por último como método de evaluación, en el apartado web se incluiría una pequeña encuesta anónima a rellenar por el propio paciente tratado así como por sus familiares o acompañantes.

En ella se preguntaría acerca de la atención obtenida, la información recibida y los resultados del proceso de intervención; así como una valoración personal.

Esta encuesta también podría ser desarrollada en papel para aquellas personas que no dispongan de acceso a un ordenador y/o internet.

8. Anexos

Anexo I

mayo - junio 2005

ciudadSALUD

PROFESIONALES/12

El Servicio de Trabajo Social y la planificación del alta hospitalaria de personas mayores

M^a Jesús Rodríguez
Trabajadora Social
Hospital San Juan de Dios

El objetivo general del Trabajo Social Hospitalario es atender y tratar las necesidades sociales de diversa índole, que presente el enfermo o familia, con ocasión de su estancia en el Hospital, con el fin de que éstos no obstaculicen su tratamiento o incorporación a su medio habitual.

Las personas mayores hospitalizadas requieren más tiempo, paciencia y habilidad en la elaboración de la historia clínica, suelen necesitar más pruebas complementarias, consumen más cantidad de medicamentos y de tratamiento rehabilitador que los adultos más jóvenes. Necesitan un gran apoyo por parte de los equipos de enfermería para conservar, recuperar y muchas veces suplir su capacidad de realización de las actividades básicas de la vida diaria en el hospital: asearse, comer, cambios posturales.

El momento del alta, si no se planifica con detalle, desde el mismo ingreso, es una fuente segura de problemas a causa de la necesidad de incremento del apoyo familiar y comunitario que precisará la persona mayor. La familia, generalmente intenta prolongar la estancia en el hospital en la confianza de que mejora su patología y, por tanto, su capacidad de autonomía.

¿Qué es la Planificación del alta?

Se trata de un conjunto de actuaciones a seguir para la detección de pacientes de riesgo, examinadas a facilitar el soporte pos-alta necesario para la continuidad de la asistencia socio-sanitaria del enfermo, lo que implica una coordinación con los centros de Atención Primaria y con otras instituciones de carácter social, como los servicios sociales básicos y especializados, así como asociaciones de salud.

Criterios de inclusión

- Mayor de 78 años
- Mayor de 65 años que:
 - Viva sólo
 - Aislamiento social y/o carencia de familia que los atienda, aunque cuente con otros apoyos.
- Enfermedad terminal
- Pacientes cuya patología crónica implique incapacidad funcional, y/o psíquica.

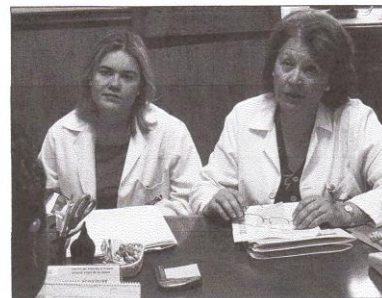
La valoración sociofamiliar se realiza entre las 24 y 48 horas del ingreso del paciente. La técnica más utilizada por los trabajadores sociales es el Apoyo social, que implica:

1. **Aceptación:** Que los usuarios perciban que se está con ellos y con sus problemas.
2. **Protección:** Que incluya orientaciones, consejos y ayuda en estructurar nuevas situaciones.
3. **Validación:** Demostrar al usuario que se le percibe como persona efectiva y competente.
4. **Educación:** Enseñar como funcionar de forma efectiva, facilitar información y prestar ayuda para encontrar nuevas formas de organización familiar.
5. **Facilitación de recursos sociales:** Búsqueda de recursos sociales en función de las necesidades y de la viabilidad de los mismos.
6. **Coordinación y derivación informada a otros profesionales para continuidad de la atención social.**

RECURSOS SOCIO-SANITARIOS PARA PERSONAS MAYORES DE LA PROVINCIA DE GRANADA

1. CENTROS

- Centros de Estancia Diurna: 8 capital y 16 provincia
Prestaciones: Actividades terapéuticas y cuidados
Costo: 40% de la pensión, incluido transporte
- Centros de Respiro Familiar: 13 ubicadas todos en la provincia
Prestaciones: Cuidado permanente durante uno a dos meses, para el descanso familiar, en residencia.
Costo: 75% de la pensión
- Centros Residenciales permanentes: 59 centros. Costo:
 - Públicos y subvencionados el 75% de la pensión
 - Privados: desde 900 a 1.500 euros al mes



Trabajadoras Sociales del Hospital San Juan de Dios.

2. SERVICIOS SOCIALES DE LOS AYUNTAMIENTOS

- Servicio de Ayuda a Domicilio de una a dos horas al día, para: aseo personal, movilización, tareas domésticas, acompañamiento, administración de insulina (en algunos casos).
- Servicios de comida diaria, lavado de ropa y teleasistencia.
- Acogimiento Familiar de mayores (diputación provincial)
Costo: Porcentaje en función de los ingresos de la unidad familiar.

3. DECRETO 137/2002 DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS. CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

- Enfermeros comunitarios de enlace por cada Zona Básica de Salud, que garantizan la continuidad de los cuidados asistenciales y facilitan la atención sanitaria.

- Préstamo de ayudas técnicas: camas articuladas, colchones antiescaras, sillas de ruedas, andadores.
- Plan de Alzheimer.
- Plan de cuidadores de grandes discapacitados que abarca una serie de medidas de discriminación positiva, dirigida a los cuidadores de grandes discapacitados. Entre ellos destacamos:
 - Agilización de trámites burocráticos
 - Carnet identificativo de cuidadora
 - Prioridad en las consultas
 - Facilitación de descanso en los hospitales

4. AYUDAS ECONÓMICAS

- Consejería Para la Igualdad y Bienestar Social:
 - Ayudas económicas para: adaptación de la vivienda, ayudas técnicas no incluidas en la seguridad social, complemento de pago de residencias concertadas.
 - Teleasistencia
- Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico: 1000 euros de pago único al año al cuidador, dependiendo de la renta.
- Diputación Provincial: 150 euros al mes a cuidadores menores de 65 años, en función de los ingresos de la unidad familiar.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social: Pensión No Contributiva a personas mayores, de 298 euros al mes.

5. ALGUNAS ENTIDADES Y ASOCIACIONES

- Cruz Roja: Teleasistencia y Formación. Compañía de ancianos, Ocio y Tiempo Libre, Programa "Ola de Calor" en verano, y Huertas de Ocio.
- Cáritas: Voluntariado, Formación y Ayudas de Emergencia económica. Dos residencias y Ayuda a Domicilio.
- Universidad: Alojamiento de estudiantes con personas mayores y voluntariado. Asociaciones:
 - FOAM, ALTAAMID, AFEIC, FUNDACIÓN GRANADINA DE TUTELA, GEROM, NUEVAS ALTERNATIVAS, ASOCIACIÓN LA ZUBIA, AGUSTÍN LABORDE.
- Prestaciones: Formación y apoyo a los familiares, voluntariado, préstamo de ayudas técnicas, divulgación de necesidades y promoción de recursos, ocio y tiempo libre.
- Dependen de subvenciones públicas y privadas.

6. TELÉFONOS DE INTERÉS

- HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: 958 022 306
- HOSPITAL GENERAL: 958 020 005
- HOSPITAL MATERNO INFANTIL: 958 020 042
- HOSPITAL DE REHABILITACIÓN Y TRAUMATOLOGÍA: 958 021 508
- MALOS TRATOS A ANCIANOS: 900 858 381
- INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA: 902 505 505
- TELÉFONO DE LA ESPELANZA: 958 261 516



- Trabajador/a Social:
- Número de Historia Social:

INFORME

- Apellidos y nombre:
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- D.N.I
- CIPNA:
- Fecha de ingreso:

CARACTERÍSTICAS DE INGRESO Y DEMANDA

- Estado civil:
- Lugar de nacimiento:
- Empadronamiento:
- Zona Básica a la que pertenece:
- Servicio médico al ingreso:
- Financiación:
- Persona de referencia y teléfono:
- Forma de captación:
- Con quién se realiza la 1ª entrevista:
- Intervenciones anteriores en U.T.S.:

SITUACIÓN SOCIAL

- Familiar:
- Económico-laboral:
- Sanitaria:
- Vivienda:

- Relaciones Sociales:

- Emocional:

INDICADORES DE DIAGNÓSTICO SOCIAL SANITARIO

- Problemática Socio-Familiar:

- Problemática Social relacionada con el Trabajo:

- Problemática Social relacionada con la Economía:

- Problemática relacionada con la Vivienda:

- Problemática Social relacionada con la Instrucción:

- Problemática relacionada con la Salud:

- Problemática Social relacionada con la Salud Mental:

- Problemática Social relacionada con la Cobertura Sanitaria:

- Problemática Social relacionada con Hospitalización y Tratamiento:

- Problemática Social en Colectivos con dificultades de Promoción Social:

TRATAMIENTO SOCIAL SANITARIO

Diagnóstico social sanitario:

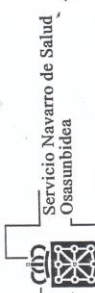
“Definición de Diagnóstico Social según Mary E. Richmond, en 1917: El diagnóstico social es el intento de hacer una definición lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social, de su situación y personalidad. Ello es, en relación con otros seres humanos de los que alguna manera depende o los que de alguna manera dependan de él y en relación también con instituciones sociales de su comunidad.

El buen diagnóstico social incluye todos los factores principales que soportan el camino de la reconstrucción social, enfatizando en los rasgos que indican el tratamiento a seguir.”

Tratamiento Social Sanitario:

Fdo.:

Diplomad@ en Trabajo Social

 Trabajo Social <i>“Atención social a las personas en el proceso de enfermedad o pérdida de salud”</i> NUESTRO OBJETIVO ES ATENDERLE DE FORMA INTEGRAL	<p>PRESTACIONES BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none">■ Información y orientación.■ Diagnóstico y tratamiento social. Ayuda para identificar y resolver problemas y/o dificultades que concurren en el proceso de enfermedad.■ Apoyo emocional. Disminuir el estrés generado por la enfermedad y el ingreso hospitalario.■ Tramitación de recursos.■ Coordinación con servicios y programas sociales y sanitarios. Gestionar y promover recursos sociales y/o sanitarios más adecuados para garantizar la continuidad de cuidados ante el alta hospitalaria. <p>PROGRAMAS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none">■ Motivo de Ingreso. Atención a personas enfermas con diversas patologías:<ul style="list-style-type: none">- Enfermedad crónica: Alzheimer, Parkinson, proceso renal...- Enfermedad invalidante: politraumatismo, accidente cerebro vascular...- Procesos oncológicos.- Enfermedad en estado terminal.- Enfermedad mental.- Niños prematuros.■ Factores de riesgo social. Atención a colectivos de población que por su situación social precisan un tratamiento diferenciado.■ Otros.	<p>LOCALIZACIÓN</p> <p>Por medio del Personal Sanitario que le atiende o a través del servicio de Información.</p> <p>Horario: de lunes a viernes de 8 a 15 horas.</p> <p>Todos los Hospitales del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea disponen de servicio de Trabajo Social.</p> <p>“TENEMOS CAPACIDAD DE CREAR NUESTRA PROPIA SALUD”</p>
--	--	--

9. Bibliografía.

ⁱ Instituto Nacional de Estadística. Análisis Sociales (Población). Disponible en : <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales09/sociales.htm>

ⁱⁱ Gómez S, Martí C. La incorporación de la mujer al mercado laboral: implicaciones personales, familiares y profesionales y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia. IESE Research Papers DI nº557. Mayo 2004. Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0557.pdf>

ⁱⁱⁱ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en:

http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2006-21990

^{iv} Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/proyecto-estrategico/>

^v Martins T, Ribeiro J.P., Garrett C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. REV NE

UROL 2006; 42 (11): 655-659

^{vi} Alarcón T, González-Montalvo J. I. Fractura osteoporótica de cadera. Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 87-96.

^{vii} Colom D. El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar. Disponible en: directivos.publicacionmedica.com/spip.php?article84

^{viii} Richard Clarke Cabot. From Wikipedia, the free encyclopedia

Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Richard_Clarke_Cabot

^{ix} Colom D. (2000): La planificación del alta hospitalaria, Mira Editores, Zaragoza.

^x El Servicio de Trabajo Social y la Planificación del alta hospitalaria de personas mayores. Revista ciudad SALUD. mayo - junio 2005.

Disponible en: [www.hvn.es/varios/ciudad_salud/ciudad.../COMPLETO_CS6__\(p12\).PDF](http://www.hvn.es/varios/ciudad_salud/ciudad.../COMPLETO_CS6__(p12).PDF)

^{xi} Programa de Detección del Riesgo Social en el Hospital de Teruel.

Disponible en :
www.opolanco.es/...social/Programa%20de%20Riesgo%20social%20Memoria.pdf

^{xii} Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Disponible en:
http://plataforma.cep-marbellacoin.org/moodle/file.php/196/Recursos_Personas_Enfermas/valoraci_n_cognitiva_y_funcional.pdf#page=6.

^{xiii} Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. Rev. Calidad Asistencial 2001;16:232-233. Disponible en:
www.elsevier.es/sites/default/files/.../256v16n04a13028648pdf001.pdf

^{xiv} Plan de salud de Navarra 2006-2012. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+de+Salud+de+Navarra+2006-2012/

^{xv} Farré J, Terraza R, Vargas I, Vázquez M.L. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UNA GUÍA PARA EL ANÁLISIS. Rev. Esp. Salud Publica v.79 n.6 Madrid nov.-dic. 2005. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000600003&script=sci_arttext&tlng=es

^{xvi} Gobierno de Navarra y Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Zonificación Sanitaria de Navarra. Memoria Salud 2011. Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2011/

^{xvii} Gobierno de Navarra y Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Población Diana. Memoria Salud 2011. Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2011/

^{xviii} Mondragón J, Trigueros I. Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. Siglo Veintiuno De España Editores. Madrid. 1999.

^{xix} Gobierno de Navarra y Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. principales indicadores en la red de asistencia especializada 2006-2011

Memoria Salud 2011. Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2011/

^{xx} - Napal Lecumberri, C.; Ochando Ortiz, G.; Pelaez Miguel, M^a A.; Sanzol Lecumberri, M.; Urra Mariñelarena, J.; Zurbano Corres, M^a V. (1996), P.I.C. Programa Informático de Casos.

^{xxi} Colom D. (2000): La planificación del alta hospitalaria, Mira Editores, Zaragoza.

^{xxii} Colom D. (2000): “Dimensión Asistencial”. La planificación del alta hospitalaria, Mira Editores, Zaragoza.

^{xxiii} Colom D. (2000): “Los recursos humanos”. La planificación del alta hospitalaria, Mira Editores, Zaragoza.

^{xxiv} Colom D. (2000): “Tareas que deben realizar los trabajadores sociales”. La planificación del alta hospitalaria, Mira Editores, Zaragoza.