



ESCUELA UNIVERSITARIA DE
TRABAJO SOCIAL



UNIVERSIDAD DE LEÓN

***Intervención del trabajador social en la planificación del “Alta Hospitalaria” con los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera, en el Hospital Universitario de León.
Periodo 2015-2022***

***Intervention of the social worker in the planning of "Hospital Discharge" with patients over 65 years of age with hip fracture, in the University Hospital of León.
Period 2015-2022***

**TRABAJO DE FIN DE GRADO PARA LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE TRABAJO SOCIAL**

E.U. Trabajo Social

ULE

***Intervención del trabajador social en la planificación del “Alta Hospitalaria” con los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera, en el Hospital Universitario de León.
Periodo 2015-2022***

DEDICATORIA

*“A mis padres, por haberme dado la oportunidad de demostrarles
que pueden sentirse orgullosos de su hija.”*

AGRADECIMIENTOS

A Margarita, por haber sido mi guía como profesional y como persona.

A Mamen, por haberme puesto alas para volar en el Trabajo Social Sanitario.

A los profesionales participantes, por haberme dedicado su tiempo y fascinado con su vocación.

A pacientes y familiares, por ser un ejemplo de superación personal para mí.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	10
I. MARCO TEÓRICO-CONTEXTUAL.....	15
I.1. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.....	15
I.1.1. El trabajo social como disciplina y profesión.....	16
I.1.2. El trabajo social en el sistema de salud.....	17
I.1.2.1. El trabajo social como profesión “no sanitaria”.....	18
I.1.2.2. El trabajo social sanitario.....	20
I.2. EL SISTEMA DE SALUD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES.....	23
I.2.1. La salud como pilar del Estado de Bienestar.....	24
I.2.1.1. Planteamiento general del Bienestar social.....	25
I.2.1.2. El Estado de Bienestar en España.....	28
I.2.1.3. El Sistema Público de Salud.....	31
I.2.2. Las personas mayores sujetos de atención del Sistema Público de Salud.....	35
I.3. EL TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.....	37
I.3.1. El Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE).....	37
I.3.2. La Unidad de Trabajo Social.....	39
I.3.2.1. Configuración. Objetivos, profesionales y usuarios.....	38
I.3.2.2. Servicios, funciones y cometidos.....	42
I.4. EL ALTA HOSPITALARIA. RELEVANCIA EN LAS PERSONAS MAYORES.....	43
I.4.1. Planteamiento general.....	44
I.4.2. Conceptualización e importancia en el proceso asistencial.....	44
I.4.3. Los agentes participantes.....	45
II. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	49
II.1. OBJETIVOS.....	49
II.2. CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO Y LA MUESTRA DEL ESTUDIO.....	50
II.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE OBSERVACIÓN, RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS.....	54

III. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL DE LEÓN (PAI.FCAM).....	56
III.1. LA FRACTURA DE CADERA: CARACTERIZACIÓN Y PREVALENCIA.....	56
III.2. LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LA FRACTURA DE CADERA MEDIANTE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS.....	59
III.3. EL PAI.FCAM EN EL HOSPITAL DE LEÓN.....	63
III.3.1. La situación de partida.....	63
III.3.1.1. El diagnóstico y la razón de ser	64
III.3.1.2. Los agentes involucrados y los pacientes-usuarios potenciales.....	65
III.3.1.3. Concepto, valores, objetivos.....	66
III.3.2. El Proceso	66
III.3.2.1. Subproceso Admisión.....	68
III.3.2.2. Subproceso Diagnóstico.....	69
III.3.2.3. Subproceso Tratamiento.....	70
III.3.2.4. Subproceso Alta Hospitalaria.....	70
III.3.2.5. El Seguimiento.....	71
III.4. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PAI.FCAM.....	71
III.4.1. La intervención en las fases del proceso.....	73
III.4.1.1. En el Subproceso Admisión (presentación demanda).....	76
III.4.1.2. En el Subproceso Diagnóstico.....	81
III.4.1.3. En el Subproceso Tratamiento.....	85
III.4.1.4. En el Subproceso Alta Hospitalaria.....	87
III.4.1.5. En el Seguimiento.....	95
III.4.2. Posicionamiento y valoración de la experiencia.....	97
III.4.2.1. Posicionamiento respecto a los tiempos: recepción de la demanda y aplazamiento del alta.....	98
III.4.2.2. Posicionamiento respecto al trabajo en equipo y la coordinación.....	100
III.4.2.3. Posicionamiento respecto a la necesidad/importancia de la intervención social en el servicio.....	102

IV. POSICIONAMIENTO Y VALORACIÓN POR OTROS AGENTES DE LA PRESENCIA DE LA TRABAJADORA SOCIAL EN EL PAI.FCAM.....	105
IV.1. POR PARTE DE LOS AGENTES IMPLICADOS EN EL PAI.FCAM.....	105
IV.1.1. Presentación de demandas e información compartida.....	107
IV.1.2. Posicionamiento respecto a los tiempos de respuesta y el aplazamiento de altas.....	109
IV.1.3. Posicionamiento respecto al trabajo en equipo y la coordinación.....	112
IV.1.4. Posicionamiento respecto a la necesidad/importancia de la intervención social en el servicio.....	114
IV.2. DE OTROS PROFESIONALES DE LA RED SOCIO-ASISTENCIAL.....	118
IV.2.1. Caracterización de los participantes y de los usuarios.....	119
IV.2.2. Información compartida concerniente al usuario-familia.....	121
IV.2.3. Posicionamiento sobre el trabajo en equipo.....	126
IV.2.4. Valoración de la actividad del TS.....	129
V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PROFESIONALES.....	131
BIBLIOGRAFÍA.....	136
ANEXOS.....	151

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS

PAI.FCAM	Proceso asistencial integrado: fractura de cadera en el adulto mayor
CAULE	Complejo Asistencial Universitario de León
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
GRUMA	Grupo de Mayores de la Policía Local
AVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
PP	Pacientes Pluripatológicos
UCSS	Unidad de Convalecencia Sociosanitaria
N	Universo
n	Muestra
REA	Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
SACYL	Sanidad de Castilla y León
FC	Fractura de cadera
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
UTS	Unidad de Trabajo Social
PAI	Proceso Asistencial Integrado
SNS	Sistema Nacional de Salud

CEAS	Centro de Acción Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
MFG	Memoria de Final de Grado
PIB	Producto Interior Bruto
HDI	Índice de desarrollo humano (Human Development Index)
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
LET	Limitación del Esfuerzo Terapéutico

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objeto de estudio la Intervención del Trabajador Social en el *Proceso asistencial integrado fractura de cadera en el adulto mayor* (PAI.FCAM) en el Hospital de León; con especial incidencia en el Subproceso Alta Hospitalaria. Actualmente, se asume por el colectivo profesional que la revisión, permanente o en procesos cíclicos repetidos periódicamente, de la práctica es fundamental, sobre todo dadas las repercusiones en las personas y en su calidad de vida (Ochando Ramírez y Morcillo Martínez, 2023).

La mayor esperanza de vida, gracias a los avances existentes en el campo de la atención de la salud, la educación y el bienestar, repercute en un aumento progresivo de la prevalencia, entre otras, de las enfermedades de tipo artrodegenerativo, que se constituyen en la principal causa de discapacidad, así como en el aumento de las personas que han de someterse a una cirugía. Los datos más recientes encontrados, relativos a la “Actividad y resultados de la hospitalización en el SNS del 2020” (Sistema de Información y Registro de Atención Especializada. SIAE–RAE, 2023), señalan que por *Grandes grupos de edad*, el grupo que registró un mayor número de ingresos hospitalarios, fue el de 75 y más años (31,82%), siendo el mismo grupo de 75 años y más, el que presentó el mayor número de ingresos urgentes (el 36,39% del total). Asimismo, los diagnósticos principales más frecuentes, en altas de procesos quirúrgicos en el grupo de 75 y más años fueron: Cáncer de vejiga urinaria, Fractura de cuello del fémur (cadera), Osteoartritis y Hernia abdominal.

A su vez, la sociedad evoluciona acarreado cambios de roles provocados por las transformaciones sociales y por la incorporación de la mujer al mercado laboral, con la consecuente pérdida de su rol de cuidadora tradicional. Lo cual ha derivado en el incremento de pacientes que presentan dificultades de atención en el momento del Alta Hospitalaria (Jiménez Panés, 2018).

La fractura femoral/fractura del tercio proximal del fémur, conocida como fractura de cadera, afecta principalmente a población de edad avanzada, siendo las causas más frecuentes las caídas y la osteoporosis (Sociedad española de Reumatología, 2010). Los pacientes con fractura de cadera poseen una idiosincrasia propia, son en su mayoría mujeres y personas mayores de 70 años y gran parte de ellos mayores de 85 años. La fractura de cadera es una de las causas de morbilidad y mortalidad más importantes en pacientes ancianos y es un reto para los sistemas

de salud en todo el mundo (Negrete-Corona, Alvarado-Soriano y Reyes-Santiago, 2014). El objetivo tras el tratamiento es conseguir el nivel de independencia y de deambulaci3n previo; para ello no basta con un tratamiento m3dico y quir3rgico correcto, sino que se precisar3 de un tratamiento rehabilitador adecuado y de apoyo social y familiar; es decir, la fractura de cadera no solo es un problema de los servicios sanitarios, si no que se convierte en un gran problema social (García, Plaza, Popescu y Esteban, 2005), en el que se involucrar3n, los servicios sociales y las redes de apoyo social.

El Alta Hospitalaria es una situaci3n en la que, una vez que el paciente se estabiliza clínicamente, tras una estancia hospitalaria temporal, debe regresar al domicilio con un estado de salud diferente al que tenía previamente al ingreso. Las situaciones de vulnerabilidad social, tanto a nivel individual como familiar, que afectan al proceso de recuperaci3n del paciente ingresado, suelen, en muchas ocasiones, prolongarse y mantenerse cuando este regresa al entorno cotidiano. Cuando el paciente mayor es dado de alta y se va a su domicilio, en la mayoría de los casos continúa siendo una persona con necesidades para las actividades de la vida diaria durante un tiempo (Zomeño Ros, 2015). Al Alta Hospitalaria el paciente y familia se enfrentan con una serie de déficits y secuelas asociados al mundo exterior. Para ello, se requiere una adecuada planificaci3n del recurso al alta, a fin de mantener y garantizar la continuidad de la atenci3n sociosanitaria que el paciente precisa (Olmedo Vega, 2021).

La intervenci3n realizada por el trabajador social en la planificaci3n del Alta Hospitalaria para garantizar la continuidad de los cuidados del paciente constituye en palabras de Urmeneta Aguilar et ál. (2011) un objetivo esencial para los profesionales del trabajo social sanitario. Según Muñoz León (2003), tanto la derivaci3n sistematizada del paciente al trabajador social, como la planificaci3n interdisciplinar del alta, contribuyen a la consecuci3n del objetivo terapéutico, así como a la consolidaci3n del abordaje integral de la salud. La atenci3n integral pone de relieve la importancia de favorecer la continuidad de los cuidados cuando la persona regresa al domicilio habitual. Por consiguiente, el trabajador social sanitario asume un papel fundamental como profesional competente para el desarrollo de la planificaci3n del alta, la evaluaci3n del riesgo social y la coordinaci3n con los recursos sociosanitarios y sociales pertinentes, a fin de evitar poner en riesgo la recuperaci3n efectiva del paciente (Unidad de Trabajo Social. Complejo Asistencial Universitario de León, 2014).

Como consecuencia de la situaci3n de ingreso y asistencia de los pacientes con fracturas osteopor3ticas de cadera del área sanitaria de León, en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de León,

tomando en consideración que la mayor parte de estos pacientes eran derivados para ser tratados en centros concertados, en el año 2014, se presenta una propuesta de implantación del Proceso de fractura de cadera en el CAULE, orientada a la gestión de esta tipología de pacientes en forma de proceso operativo, sobre la base del interés epidemiológico y socioeconómico de la patología, en aras de proporcionar una asistencia eficaz y eficiente (Fernández Ampudia et ál., 2014). Además del objetivo principal del tratamiento quirúrgico efectivo y precoz, existen otros objetivos ambiciosos como son el regreso del paciente a la deambulación previa en el menor tiempo posible o el retorno al entorno social en que se encontraba. En consecuencia, se plantea la realización de una valoración multidisciplinar desde el momento del ingreso, por parte del traumatólogo, del geriatra, el personal de Enfermería y de la trabajadora social, que contribuya a determinar la situación clínica, funcional, cognitiva y social en la que el paciente se encuentra. El objetivo de realizar esta valoración radica en planificar el alta sobre la base de las necesidades detectadas en el paciente, para obtener así el mejor pronóstico funcional tanto a corto, como a medio y largo plazo, de forma que se garantice la continuidad de cuidados como parte de una atención integral (Unidad de Trabajo Social. Complejo Asistencial Universitario de León, 2014).

El trabajo social no se limita a la intervención. La división entre prácticas científicas y prácticas técnicas es un falso dilema; ambas prácticas configuran el campo profesional en el cual se desarrollan los niveles “teórico-científico, técnico-instrumental y práctico-interventivo” de manera simultánea, sin que una profesión se especialice exclusivamente en una u otra. Reconocer esa división implicaría que el trabajador social reproduce acríticamente la teoría producida en otros espacios en sus intervenciones. En medio de este debate, ha surgido el consenso en torno a que teorizar en trabajo social implica formalizar un conocimiento acumulado en la práctica (Guzmán Cáceres, Carrillo Gómez y Vázquez Sánchez, 2020), en tanto ésta se plantee como hipótesis de trabajo e investigación (Kisnerman, 1995).

En Trabajo Social la escritura propicia aportaciones significativas a la formación, al ejercicio profesional y a la construcción disciplinar, puesto que se requiere el desarrollo de una investigación sostenida concerniente a las manifestaciones de la cuestión social, desde las cuales se configuran los objetos particulares de la intervención y se asume la responsabilidad ético-política de instaurar una realidad social más equitativa. De este modo, la escritura puede constituir una forma de potenciar lo social. Los trabajadores sociales leen muchos documentos del Estado (leyes, directivas, programas, manuales, etc.), revistas y libros, incluso en su tiempo de ocio, después de su trabajo. Hay muchas revistas de trabajo social publicadas en España que gozan del apoyo de los trabajadores sociales (Deslauriers y Pérez Cosín, 2004), pero como señalan los mismos autores, la cuestión no es leer o no

leer, sino qué libro o revista puede ayudar a las profesionales a mejorar y sostener su práctica. La escritura en Trabajo Social es concebida como un acto comunicativo, libertario y socializante que propicia la transmisión de conocimientos relativos al ser y el hacer del Trabajo Social, convirtiéndose en un lenguaje dinámico desde su materialidad. Escribir, leer y aprender, contribuye a proyectar los conocimientos y los reconocimientos en la construcción de la disciplina del Trabajo Social. Este proceso se encuentra actualmente en pleno desarrollo, por lo que; resulta fundamental la participación, por medio de la aportación de los productos propios, así como del reconocimiento de los elaborados por los colegas (Cifuentes-Gil, 2018).

Lo señalado anteriormente, justifica el esfuerzo de relatar la labor realizada por la trabajadora social con los pacientes mayores con fractura de cadera en el Hospital Universitario de León, especialmente dirigida a la planificación del Alta Hospitalaria. Se realiza así, un estudio de los principales elementos que han configurado y configuran el marco y el desempeño de la trabajadora social en dicho proceso, entre otros: objetivos, equipo, funciones, cometidos, destinatarios potenciales y reales, medios e instrumentos.

La presente Memoria se estructura en cinco capítulos; en el primero se profundiza sobre los aspectos teóricos y contextuales sobre los que se asienta la investigación, en aras de facilitar la comprensión de la necesidad de su realización, así como de favorecer la visualización de la ubicación espacio-temporal que la concierne; en el segundo se describe detalladamente el proceso metodológico llevado a cabo para la realización del estudio, además del diseño investigativo, su caracterización, la tipología técnica e instrumental y la cuantificación de los diferentes universos de estudio y las muestras correspondientes; en el capítulo tercero se desarrolla el papel desempeñado por el trabajador social dentro del PAI.FCAM, llevado a la práctica en el Hospital Universitario de León, donde este es implantado en el año 2015, como capítulo central de la MFG; partiendo de la fundamentación de los beneficios del trabajo mediante protocolos en el ámbito de la salud, para la profesión del trabajo social y efectuando un mayor énfasis en el Subproceso Alta Hospitalaria, respecto de los restantes que lo componen, evidenciando la relevancia del alta social, para posibilitar la continuidad de los cuidados con éxito fuera del contexto hospitalario; en el cuarto se procede a exponer la valoración realizada por parte de otros agentes implicados en el proceso, tanto a nivel interno como externo, en lo que respecta a la presencia de la trabajadora social como profesional integrante, reconocida y esencial, dentro del PAI.FCAM; en el capítulo quinto, y último, se expone la reflexión efectuada tras realizar una lectura genérica del esfuerzo realizado durante el desempeño investigativo, la recopilación de los datos de mayor trascendencia recabados durante la realización del trabajo de

campo, así como el establecimiento de algunos razonamientos críticos que pueden ser de utilidad para el desempeño laboral a futuro dentro del ámbito hospitalario.

La principal conclusión a la que se ha llegado es que el establecimiento de protocolos resulta beneficioso tanto para el desempeño, como para la validación profesional de la disciplina del trabajo social, puesto que contribuye al reconocimiento de las actuaciones realizadas por el trabajador social sanitario dentro del proceso clínico de abordaje de una determinada patología, posibilitando la realización de su intervención, por medio de la presentación de demandas sociales por parte de otros profesionales sanitarios y estipulando la obligatoriedad de su presencia a lo largo de las diferentes fases que componen el periodo de hospitalización y tratamiento clínico.

I. MARCO TEÓRICO-CONTEXTUAL

El marco teórico de la investigación se configura con aspectos relevantes que permiten una comprensión del campo en que se desarrolla el trabajo de sistematización que se realiza y cuyos resultados se reflejan en la presente Memoria. Estos son: el desempeño de la disciplina del Trabajo Social en el ámbito sanitario y en los equipos de salud, así como en el Sistema público de Salud vigente, que emerge como un pilar básico del Bienestar Social, incidiendo sobre los procesos de atención integral que confluyen en el mismo, referidos a la tercera edad. Por último, se profundiza en aspectos relativos a la denominada *Alta Hospitalaria*, destacando y poniendo de manifiesto la relevancia de la participación del trabajador social hospitalario en su planificación y gestión.

El marco contextual de la investigación se conforma con datos relativos al entorno institucional en el que se desarrolla el presente trabajo de análisis y sistematización. Particularmente se abordan aspectos referentes al Sistema Nacional de Salud en el territorio de Castilla y León, conforme a la legislación vigente en la actualidad. A su vez, se lleva a cabo una descripción del Servicio de la Unidad de Trabajo Social en el CAULE, a partir de la delimitación de sus principales funciones, servicios, y cometidos.

Los marcos teórico y contextual del estudio, debido a la similitud de los contenidos trabajados en ambos, son explicados teóricamente y descritos estructural y organizativamente, comprendiendo la dificultad existente en torno a su diferenciación, en determinadas ocasiones, con motivo de su vinculación mutua.

I.1. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Tal y como refiere el Consejo General del Trabajo Social (2023), en el año 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata, reafirma la definición de la salud adoptada en 1948, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”*, estableciéndose por lo tanto como un derecho fundamental, lo que supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud. Esta interdisciplinariedad incluyó el Trabajo Social como la profesión de referencia de la esfera social de esta nueva concepción de la salud. El Trabajo Social Sanitario

supone ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, orientando sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, al ritmo que cada individuo requiera (Consejo General del Trabajo Social, 2023).

1.1.1. EL TRABAJO SOCIAL COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN

La ciencia suele dividirse en varias ramas: ciencias formales, naturales y sociales, que organizan y clasifican los conocimientos; si bien estos conocimientos no están aislados en cada una de las ramas, sino que en ocasiones están relacionados entre sí. Cada rama de la ciencia puede estar dividida en distintas subramas o disciplinas (Grisolia, 2016). El concepto de disciplina se utiliza en el ámbito de la ciencia, para hacer referencia al cuerpo ordenado de conocimientos, de métodos de trabajo, de razonamiento y de observación, que giran en torno a una parte de la realidad, tratando de conocerla y en algunos casos, de predecir su comportamiento e incluso de controlar su posible evolución. Cada disciplina científica se caracteriza por considerar el universo de las cosas, su objeto de estudio, desde un único punto de vista específico, concentrando su enfoque sobre unos pocos atributos del objeto y dejando fuera de su campo de investigación todos los demás (Grisolia, 2016). Por su parte, el concepto de profesión es un concepto operativo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones (Gómez, 2012).

La profesión del Trabajo Social es planteada internacionalmente en los siguientes extremos:

Promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social (Federación Internacional de Trabajo Social (FITS), 2000).

El trabajo social es una profesión de ayuda, que busca empoderar a la ciudadanía y contribuir al bienestar social. Posibilita el cambio y el desarrollo social. El trabajador social se define como un profesional activo que se compromete con las personas, grupos y comunidades para su empoderamiento y emancipación (Lima

2014). Las intervenciones se basan en el desarrollo de atenciones integrales, desde un entendimiento holístico, situando a la persona en relación al entorno donde se desenvuelve. Para ello, los y las Trabajadores Sociales, tienen como funciones la prevención, atención directa, promoción e inserción social, etc. (Consejo General del Trabajo Social, 2012), las cuales se desarrollan en los respectivos ámbitos de intervención y en los distintos niveles de intervención (Jiménez y Munuera, 2021).

Los ámbitos de intervención profesional, se han ido ampliando con el paso del tiempo, trabajando en un primer momento con enfermos y pobres, hasta hoy día en que la figura del trabajador social actúa en nuevos espacios dedicados a la mediación y el peritaje judicial, junto a los servicios organizados en los sistemas de protección social: sanidad, educación, servicios sociales (Vázquez Aguado, 2010); apareciendo asimismo, en espacios novísimos como el trabajo social en tanatorios (López Fernández, 2020).

I.1.2. EL TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD

El trabajo social sanitario es considerado la profesión idónea para asumir la responsabilidad de incorporar la dimensión social en salud, desde el concepto positivo y amplio de salud, más allá del tratamiento biológico de la enfermedad, desde lo biopsicosocial como realidad compleja, en la atención a la población de forma global e integral, dejando en un segundo plano la tarea de gestionar recursos sociales o constituirse únicamente como un mero enlace entre el sistema sanitario y los recursos de la comunidad (Carbonero et ál., 2016).

Conforme a lo especificado por el Consejo General del Trabajo Social (2023), el Trabajo Social como disciplina, emerge vinculado a la ciencia médica en torno a finales del siglo XIX. Desde sus inicios, el Trabajo Social Sanitario destaca por proporcionar asistencia directa sobre la base del contacto personal, en lo que respecta a la comprensión y el soporte emocional a pacientes y familiares durante la concurrencia del proceso de salud-enfermedad, por medio de la re-ubicación de las circunstancias que atraviesan.

A nivel internacional, el primer servicio de Trabajo Social hospitalario se instauró en 1903, en los Estados Unidos de América, dentro del Massachussets General Hospital de Boston. En España, las funciones de los Trabajadores Sociales en los hospitales se encontraban ya definidas en la circular 28/1977 perteneciente al Instituto Nacional de Previsión. Asimismo, el desarrollo de la reforma psiquiátrica que tuvo lugar en el año 1984 impulsó la institucionalización del trabajo social sanitario en los diversos servicios de Salud Mental. De este modo, los trabajadores

sociales fueron integrados en los equipos multiprofesionales de salud mental, con motivo de la validación científica de los efectos positivos del tratamiento social sobre pacientes y familiares. En consecuencia, la presencia de trabajadores sociales en los equipos multiprofesionales de salud pasa a convertirse en habitual desde hace casi un siglo (Consejo General del Trabajo Social, 2023).

I.1.2.1. El Trabajo Social como profesión “no sanitaria”

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se refiere al ejercicio de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, entre otros aspectos, la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. *“Debido a la íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias”*, por lo que en el año 2003, se promulga la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

La Ley se centra en regular las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales. La ley tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud. En atención primaria en el personal no sanitario, se incluye a los auxiliares administrativos, trabajadores sociales, celadores, telefonistas y personal polivalente. En los hospitales de agudos: personal adscrito a la dirección y gestión, trabajadores sociales, personal de oficios, auxiliares administrativos y celadores (Ministerio de Sanidad, 2022).

Puesto que en la organización política española sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado (Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Exposición de motivos), los criterios empleados para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se basaron en la normativa preexistente a la promulgación de la ley: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales.

Por ello se reconocieron como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconocía como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Si bien los trabajadores sociales están organizados en Colegios profesionales (Ley 10/1982, de 13 de abril, de creación de los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales), los estudios conducentes a la obtención del título universitario se inscriben en el ámbito de las Ciencias Sociales; situación que supone una limitación para ser considerada profesión sanitaria. Si bien hasta 2021, toda titulación debía estar vinculada a una de las cinco ramas de conocimiento existentes (Ingeniería y Arquitectura; Ciencias Sociales y Jurídicas; Ciencias de la Salud, Artes y Humanidades y Ciencias), a partir de la entrada en vigor del Real Decreto 822/2021 de 28 de septiembre, cada titulación pasa a estar adscrita a uno de los 32 ámbitos de conocimiento enumerados en la ley¹. El trabajo social se incluye en un grupo diverso configurado por Ciencias sociales, Relaciones laborales y recursos humanos, Sociología, Ciencia política y relaciones internacionales y Trabajo social (en el Anexo 1 de la Ley). A partir de la ley, el concepto campo de estudio hace referencia a la adscripción administrativa de los títulos universitarios oficiales de Grado y de Máster (Facultad Ciencias de la Educación, 2023).

No obstante lo anterior, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, abre una puerta a la reivindicación de considerar el trabajo social una profesión sanitaria, de acuerdo con lo señalado en el punto 3 de su artículo 2: *“Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el número anterior, mediante norma con rango de Ley”*

¹ Real Decreto 822/2021 de 28 de septiembre. **ANEXO I. Ámbitos del conocimiento**

Los ámbitos del conocimiento en los cuáles inscribir los títulos universitarios oficiales de Grado y de Máster serán los siguientes: – Actividad física y ciencias del deporte. – Arquitectura, construcción, edificación y urbanismo, e ingeniería civil. – Biología y genética. – Bioquímica y biotecnología. – Ciencias agrarias y tecnología de los alimentos. – Ciencias biomédicas. – Ciencias del comportamiento y psicología. – Ciencias económicas, administración y dirección de empresas, máquetin, comercio, contabilidad y turismo. – Ciencias de la educación. – Ciencias medioambientales y ecología. – Ciencias sociales, **TRABAJO SOCIAL**, relaciones laborales y recursos humanos, sociología, ciencia política y relaciones internacionales. – Ciencias de la Tierra. – Derecho y especialidades jurídicas. – Enfermería. – Estudios de género y estudios feministas. – Farmacia. – Filología, estudios clásicos, traducción y lingüística. – Física y astronomía. – Fisioterapia, podología, nutrición y dietética, terapia ocupacional, óptica y optometría y logopedia. – Historia del arte y de la expresión artística, y bellas artes. – Historia, arqueología, geografía, filosofía y humanidades. – Industrias culturales: diseño, animación, cinematografía y producción audiovisual. – Ingeniería eléctrica, ingeniería electrónica e ingeniería de la telecomunicación. – Ingeniería industrial, ingeniería mecánica, ingeniería automática, ingeniería de la organización industrial e ingeniería de la navegación. – Ingeniería informática y de sistemas. – Ingeniería química, ingeniería de los materiales e ingeniería del medio natural. – Matemáticas y estadística. – Medicina y odontología – Periodismo, comunicación, publicidad y relaciones públicas. – Química. – Veterinaria. – Interdisciplinar.

A partir de la ley, desaparecen las Ciencias de la salud como criterio de ubicación académica, lo que facilitará el objetivo, por parte del Consejo General de Trabajo Social, de adquirir la catalogación como profesión sanitaria del trabajo social, cuando se ejerza en dicho espacio de intervención social, que viene reivindicando desde 2011. La necesidad de incluir al trabajo social entre las profesiones sanitarias a través de su reconocimiento como profesión titulada y regulada con el desarrollo de la consiguiente especialización mediante los estudios de máster universitario, en Trabajo Social Sanitario, dentro del marco jurídico que las desarrolla. Lo que queda claramente justificado, no solo por la tradicional inclusión y experiencia de estas profesionales en los equipos interdisciplinarios de salud, sino también por las reiteradas referencias que a su actividad se incluyen en las normas básicas que regulan las profesiones sanitarias (CPTS de Cádiz, 2019)². El reconocimiento del trabajo social sanitario sigue siendo una reivindicación en el momento de redacción de la presente memoria de Grado: así lo hacen los asistentes al *XIV Congreso estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y I Encuentro Ibérico de Trabajo Social en Salud* en la Universidad de A Coruña, los días 11 al 13 de mayo, manifestando que “*es de justicia que el trabajo social sanitario sea reconocido ¡YA!*” (Consejo General de Trabajo Social, 2023).

Según lo señalado, cuando en el texto se habla de trabajo social sanitario, no se hace referencia a la categorización legal, sino a la profesional-coloquial empleada por el colectivo.

I.1.2.2. El Trabajo Social Sanitario

El trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario. Colom Masfret (2008) señala que el calificativo sanitario, identifica el trabajo social propio de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, tanto de la atención primaria, como de la atención especializada y lo diferencia del que se desarrolla en otros ámbitos, en especial los servicios sociales. El uso del término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado del Bienestar dentro del cual se inscribe, pues el

² Resultados de la votación en el Senado de la enmienda número 70, de los autores – senadores, Josep Maria Cleries i González y Josep Maria Matamala Alsina, ambos del grupo parlamentario Nacionalista en el Senado Junts per Catalunya- Coalición Canaria- Partido Nacionalista Canario, dentro del Proyecto de Ley de medidas urgentes de prevención contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, procedente del Real Decreto- ley 21/2020 de 9 de junio.
Votaciones del día 9 de marzo de 2020: la enmienda se rechaza: Sí: 25. No: 126. Abstención: 104. No votan: 7.

concepto de salud traspasa los límites y las acciones particulares del sistema sanitario, y sería un reduccionismo funcional constreñir la salud de la población a lo exclusivamente sanitario. La correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias (Colom Masfret, 2010).

El trabajo social en salud, trascendiendo la red pública de servicios de salud; pues si bien, principalmente se ejerce en Atención Primaria de Salud, Hospitales de agudos, Hospitales Psiquiátricos, Centros y Equipos de Salud Mental, Centros Sociosanitarios, etc., se desarrolla asimismo, en Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Iradier et ál., 1998; Ruiz Gómez, et ál., 2023), en este caso, realizando la valoración técnica de la situación psicosocial del paciente y su perspectiva hacia la reincorporación al mundo laboral y llevando a cabo trabajo social clínico como forma de intervención con los pacientes (Ruiz Gómez, et ál., 2023); así como en asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG) (Olmedo Vega, 2021), informando, asesorando, realizando acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.

Así, se manifiesta en el Dictamen de 2020 de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, entre otros aspectos, la importancia y el reto de:

Optimizar el valor del Trabajo Social, persigue detectar y dar cobertura a los condicionantes sociales que afectan al estado de la salud, la continuidad asistencial sociosanitaria a través de mecanismos de coordinación con los Servicios Sociales (Punto 15.4.)

Los trabajadoras sociales del Complejo Asistencial Universitario de León asumen el trabajo social sanitario como aquella actividad profesional, que se centra en la investigación de los diferentes factores que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como en el tratamiento de los problemas psicosociales padecidos en relación con las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de las mismas. El objetivo general de esta profesión es el desarrollo de las capacidades con las que cuenta la persona que está enferma o en riesgo de padecer una enfermedad, de forma que se permita llevar a cabo un abordaje que se adecúe a su situación personal, además de favorecer la utilización de los recursos disponibles, que abarcan tanto los personales como los ofrecidos por el medio social, promoviendo así los cambios que incrementen la calidad de vida. Su finalidad es la de potenciar el desarrollo de las capacidades de las personas, para aprender a afrontar por sí mismas los problemas que les puedan surgir en un futuro, así como para integrarse

satisfactoriamente en la vida social (Complejo Asistencial Universitario de León, 2017).

Las posibilidades de ofrecer más o menos servicios de trabajo social sanitario vendrán determinadas por los cálculos de las ratios poblacionales que visualizarán las demandas de trabajadores sociales en la planificación de servicios, así como por las características sociodemográficas de la población a atender, que determinarán las necesidades potenciales de atención sanitaria y social. El trabajo social sanitario aporta estrategias y servicios que permiten desbloquear incertidumbres y un ahorro de medios y tiempo, en cuanto a reingresos, hiperfrecuentación o disminución del número de visitas domiciliarias de enfermería, entre otros. La aportación de la dimensión social posibilita a las instituciones sociosanitarias tener una visión más holística de la salud de la población. Esto permite planificar los servicios de forma más adecuada a los cuidados y facilita un servicio realmente integral, mediante la conexión con otros servicios de la red social y comunitaria (Asociación Española de Trabajo Social y Salud, 2017).

El intercambio de experiencias impacta positivamente en la calidad de la atención brindada por el personal de trabajo social. Los logros obtenidos mediante la realización de un trabajo colaborativo, conllevan la asunción de tareas, la disposición para negociar y llegar a acuerdos (Ruiz González, 2018). La interdisciplina debe estar presente desde que se produce el ingreso del paciente en el hospital, de modo que, el diagnóstico sea construido interdisciplinariamente (Bermejo, 2016).

Autores como Castrillo Alonso et ál. (2013) exponen que, el trabajo desarrollado en el ámbito de la salud se fundamenta en la utilización de un modelo que prioriza la atención centrada en la persona, basado en la participación de equipos multidisciplinares, que incorpora un sistema de coordinación eficaz, en el que se comparte información relevante y se gestionan conjuntamente los recursos existentes. El equipo multidisciplinar exige que cada paciente sea valorado por parte de todos los miembros que lo conforman, en aras de plantear un abordaje terapéutico común (Olmedo Vega, 2021).

El Profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud se constituye en un elemento clave dentro de este modelo, concibiéndose como favorecedor del trabajo entre los niveles asistenciales de atención primaria y especializada, así como agente directo en la coordinación con el Sistema de Servicios Sociales.

Los objetivos del profesional de trabajo social en salud se insertan en los objetivos propios de la institución sanitaria a la que pertenece, aportando la visión social y

comunitaria de la salud, además de aplicar métodos propios de Trabajo Social (Castrillo Alonso et ál., 2013). La misión del trabajador social sanitario, como miembro de un equipo asistencial, es aportar una valoración social y del entorno, establecer estrategias de intervención dirigidas a la promoción y prevención de la salud y trabajar sobre la problemática sociofamiliar del paciente, familia o comunidad. Por consiguiente, debe participar en el abordaje global de la salud, incorporando metodologías y técnicas de intervención psicosocial y comunitaria que complementen el proceso de valoración-diagnóstico-tratamiento, tomando en consideración los distintos determinantes sociales de la salud (Castrillo Alonso et ál., 2013). Una adecuada gestión de los aspectos psicosociales al tiempo del proceso y evolución del tratamiento clínico produce una mayor eficiencia en el uso de los recursos sanitarios, así como una mejor situación de bienestar para los pacientes con los que se trabaja.

No existen unas funciones únicas ya que, dependiendo del espacio sanitario específico, el trabajador social interpretará y modulará las funciones de un modo determinado. De forma general, se pueden resumir en las siguientes: a) Realizar una valoración y diagnóstico de la situación social del paciente determinando el tratamiento y los recursos sociales necesarios para el mantenimiento de la salud. b) Asesoramiento y orientación sobre los recursos sociales. c) Trabajo con el contexto familiar implicándole en el proceso de recuperación de la salud. d) Prevención y promoción de la salud mediante el análisis y detección de los factores sociales comunitarios que produzcan un deterioro de la salud en la población. e) Prestación de soporte psicosocial. f) Coordinación y tramitaciones intra-interinstitucionales (Delgado Reguera, 2019).

I.2. EL SISTEMA DE SALUD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES

La atención social a las personas mayores como grupo de ciudadanos agrupados por unas características socioeconómicas y sanitarias comunes, además de diferenciadas del resto, está prevista en la propia Constitución española. Así, en su artículo 50, la Carta Magna establece que, *“los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de*

salud, vivienda, cultura y ocio”. La Constitución Española, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública “a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (art. 43), de modo que, en el concepto constitucional de la protección de la salud, la asistencia sanitaria constituye un elemento básico (Rodríguez-Rico Roldán, 2015).

En el presente apartado se trabajan contenidos relativos al bienestar social y al Estado de Bienestar español, a las personas mayores concebidas como sujetos de atención del Sistema de Salud y a la atención sociosanitaria dispensada en el mismo.

I.2.1. LA SALUD COMO PILAR DEL ESTADO DE BIENESTAR

Sen señalaba que *“El Estado de bienestar, tal como lo conocemos, es uno de los grandes logros de la civilización europea, una de las grandes contribuciones de Europa al mundo. El resto del mundo ha emprendido esta dirección, imitándolo cada vez más, valorando positivamente, en muchos aspectos, lo que ha sucedido en Europa desde que concluyera la Segunda Guerra Mundial”* (1999).

La CE en su artículo 1., define España como un “Estado social y democrático de Derecho”; y un Estado social, es aquél que se obliga a sí mismo, por medio de la ley, a proteger y a promover, tanto la justicia social, como el bienestar de todos sus ciudadanos. Educación, Sanidad y Sistema público de pensiones fueron considerados los tres pilares básicos señalados como fundamentales en la Carta Magna y sobre los que los españoles están mandados a seguir construyendo y desarrollando una España próspera, plural, diversa y solidaria. En definitiva: protección, convivencia, ley, democracia y derechos; esa es la esencia de la Constitución, que ha permitido institucionalizar el Estado del bienestar en su marco (Cerdán, 2021). Con la promulgación de las leyes de Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas³ se inicia y desarrolla el denominado cuarto pilar del Bienestar (Comisión para la reconstrucción social y económica. Congreso de los Diputados, 2020).

³ La ministra de Derechos Sociales y Agenda 2030, Ione Belarra, ha anunciado la aprobación en el Consejo de Ministros del “Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales”. Inicio tramitación 24 de enero de 2023.
<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/AP-SERVICIOS-SOCIALES.pdf>

I.2.1.1. Planteamiento general del Bienestar Social

Según Actis Di Pasquale (2008), el bienestar social puede ser definido de numerosas maneras en función del enfoque teórico elegido, lo cual determina, a su vez, la tipología de indicadores sociales que pueden ser utilizados en su medición. En la mayoría de los estudios no se presenta una definición conceptual, sino operacional del mismo. Sin embargo, de cada uno de ellos se obtiene información sobre las ventajas y limitaciones que son examinadas de acuerdo a los parámetros que enuncian algunos de los principales autores de las ciencias sociales, a fin de poder identificar los indicadores de bienestar más apropiados.

Bienestar social se denomina al conjunto de factores que participan en la calidad de vida de las personas y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que den lugar a la satisfacción humana (Pena-Trapero, 2009); entendiendo con Somarriba (2008) que la calidad de vida depende de las condiciones objetivas en las que los individuos desarrollan su vida junto a sus propias apreciaciones, es decir, el bienestar subjetivo. La calidad de vida es el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona que permiten la capacidad de actuación en un momento de la vida; es un concepto subjetivo propio de cada individuo que está muy influido por el entorno en el que vive como sociedad, cultura, escalas de valores. Las condiciones que engloban e íntegramente comprenden la calidad de vida son la física, la psicológica y la social (Pena-Trapero, 2009).

Una sociedad con bienestar social es aquella en la que la mayor parte de las personas tengan cubiertas las necesidades básicas, sin comprometer las capacidades de las generaciones futuras, y puedan libremente diseñar su plan de vida, (Garzón, 2017). Sánchez Santos, (2019) expone que el bienestar social de las personas y el progreso de las sociedades han sido tradicionalmente objeto de atención preferente por parte de los economistas. La falta de consensos relativos a la concepción del bienestar ha derivado en que, a la hora de efectuar una aproximación a su medición existan diferencias en la operacionalización. A pesar de que los indicadores sociales emergieron como instrumentos de medición, de acuerdo con el marco teórico de cada investigador, este empleará unos indicadores concretos emanados de aquel.

Por tanto, como señala Garzón (2017), cualquier definición de indicador refleja un discurso normativo, una concepción y definición del bienestar. Todo indicador determina a partir de su definición las prioridades de actuación y siempre que se observe un indicador, es importante preguntarse quién lo elabora y su intención al elaborarlo. Asimismo, en un indicador son necesarios tanto, evaluar la situación en

un momento, como incorporar series temporales, para poder medir la evolución; y es tan importante el posible valor absoluto, como la distribución de la variación en los diferentes colectivos medidos.

La medida más convencional del bienestar social ha sido probablemente, el Producto Interior Bruto (PIB), que lleva a cabo la medición del valor monetario de los bienes y servicios producidos en una economía. De ello se deduce que, si se puede medir el grado de utilidad proporcionado por los bienes y servicios puestos a disposición de los individuos y de la sociedad, se tendrá un instrumento adecuado a los fines previstos. Una propuesta de éxito para introducir indicadores que incluyeran otras variables fue el índice de desarrollo humano (Human Development Index, o HDI), elaborado desde hace varias décadas por el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo). El índice consta de los siguientes indicadores: la esperanza de vida al nacer, como indicador de salud, el porcentaje de alfabetización de la población adulta y número medio de años de escolarización, como indicador de educación, e indirectamente como medida de la futura igualdad de oportunidades y el PIB per cápita, como indicador de la disponibilidad de recursos económicos para poder llevar una vida digna. A partir del año 2010, se introduce una interesante variación, llamada *Inequality HDI* (IHDI), que consiste en obtener la misma ratio, pero no para el conjunto de la sociedad, sino para la persona promedio. Asimismo, la diferencia entre dicho individuo promedio y el conjunto de la sociedad permite hacer un análisis comparativo sobre la desigualdad en los diferentes países (Garzón, 2017). La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) ha desarrollado un índice agregado intentando recopilar una serie de variables consideradas clave para la definición de una vida mejor: vivienda, ingresos, empleo, comunidad, educación, compromiso cívico, salud, satisfacción con la vida, seguridad y equilibrio trabajo-vida (INEE, 2013).

Para alcanzar situaciones dinámicas de bienestar individual y social, se requieren mecanismos y herramientas potentes, que fortalezcan el capital humano y mejoren la productividad, reduzcan las desigualdades, generen resiliencia y pongan fin al ciclo de la pobreza. Dichos mecanismos y herramientas tienen un potencial transformador, ya que ayudan al bienestar cotidiano, a corto, medio y largo plazo y a mitigar las crisis económicas cuando estas aparecen. El Grupo Banco Mundial apoya el acceso universal a la protección social y lo considera un elemento central para impulsar y lograr la prosperidad compartida (Banco Mundial, 2023).

Cuando los sistemas y herramientas dirigidas al bienestar social de la población son de naturaleza pública, se encuadran en las denominadas políticas sociales, en tanto conjunto de medidas e instrumentos que un gobierno tiene para asegurar las necesidades humanas en materia de educación, salud, servicios sociales, vivienda,

trabajo, seguridad económica, ocio, etc. (Las Heras Pinilla, 2002), es decir, el Estado de bienestar. Los mecanismos y acciones políticas dirigidas al bienestar han de tener en cuenta la amplia serie de determinantes y factores implicados y la forma en que estos varían entre la distinta población y a lo largo del tiempo (Martínez Álvarez y Miquel Burgos, 2013). Encuadrar las políticas públicas, en un marco integral, requiere la combinación de distintos tipos de medidas que se implementen de modo conjunto e interrelacionado, pues superar los desafíos persistentes en materia de bienestar social, requiere de un enfoque multidimensional (OECD, 2022).

Un Estado de Bienestar es aquel en el que el poder organizado emplea deliberadamente mecanismos para modificar las fuerzas del mercado por medio de la gestión pública, garantizando ingresos mínimos a la ciudadanía, eliminando niveles de inseguridad, contribuyendo a alcanzar cierto grado de contingencia social a los ciudadanos, que les permitan evitar posibles crisis y asegurando que todos ellos, reciban los mejores niveles posibles de servicios sociales (Peña-Miguel y De la Peña Esteban, 2014); entendiendo por tal en este marco, los servicios sociales en sentido amplio, es decir los que la sociedad (personificada en el Estado) presta a la persona en tanto miembro de la misma: servicios públicos como la educación, la sanidad, la seguridad social y los servicios sociales en sentido restringido (Vaquer Caballería, 2000).

Desde un punto de vista económico, se plantea como el conjunto de actividades desarrolladas por los gobiernos que guardan relación con la búsqueda de finalidades sociales y redistributivas a través de los presupuestos del Estado. Se refiere, por tanto, a la actividad desarrollada en cuatro frentes principales: transferencias en dinero (subsidios de desempleo, pensiones...), cuidados sanitarios (un sistema de salud universal y gratuito), servicios de educación (garantizar el acceso al conocimiento de todos los ciudadanos) y provisión de vivienda, alimentación y otros servicios asistenciales (Navarro, 2011).

Como se ha señalado *supra*, el Estado de Bienestar en España se erige a partir de la Constitución de 1978, la cual determina el Estado Social y democrático de Derecho, la justicia y la igualdad como valores superiores del ordenamiento jurídico, la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones precisas para la libertad y la igualdad de los individuos y de los grupos en los que se integran las personas y los derechos que le son inherentes, además de la igualdad de todos los ciudadanos españoles ante la Ley.

I.2.1.2. El Estado de Bienestar en España

En el presente apartado, antes de trabajar el Sistema público de Salud, se ha considerado oportuno hacer una breve referencia a los considerados cuatro pilares del Bienestar Social en España:

A) *El Sistema Educativo*: La educación es el principal pilar para garantizar el bienestar individual y colectivo, la igualdad de oportunidades, la ciudadanía democrática y la prosperidad económica. La calidad y excelencia de un sistema educativo han de concebirse vinculadas a la equidad, la personalización de la atención educativa. (Portal del Sistema educativo español, 2023). La educación pública contribuye de forma decisiva a garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades (Ruiz González, 2008). El texto constitucional recoge en su artículo 27 el derecho de la totalidad de la ciudadanía a recibir educación, señalando que el objeto de la educación será el pleno desarrollo de la personalidad humana, en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales; los poderes públicos garantizan el derecho de todos los ciudadanos a la educación, por medio de una programación general de la enseñanza, con participación efectiva de todos los sectores implicados y la creación de centros docentes (Constitución Española, 1978). La extensión de la educación básica constituye un hito histórico en el progreso de las sociedades modernas. El desarrollo de la educación, fundamento del progreso de la ciencia y de la técnica, es condición de bienestar social y prosperidad material, y soporte de las libertades individuales en las sociedades democráticas.

B) *El Sistema de Pensiones*. Es el sistema que garantiza un nivel de ingresos a aquellas personas que no pueden mantener una vinculación con el mercado laboral, por razón de edad o enfermedad. La Constitución Española atribuye en su artículo 50 a los poderes públicos la garantía de la suficiencia económica, por medio de unas pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, a la ciudadanía perteneciente a la tercera edad. En el año 1995 el Congreso de los Diputados, en el Pleno en su sesión de 6 de abril, aprobó el *Informe para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que deberán acometerse*, conocido como el Pacto de Toledo, que, fruto del consenso entre todas las fuerzas políticas representadas en el Parlamento, se fraguó con el objetivo de hacer viable financieramente el modelo de reparto y solidaridad intergeneracional de Seguridad Social y continuar avanzando en su perfeccionamiento y consolidación. Se trata de un acuerdo parlamentario que, además de ser un hito importante en el proceso de reformas y consolidación del sistema público de pensiones, forma parte ya del acervo cultural y político de

nuestro país. La puesta en práctica de sus recomendaciones se realizó con un proceso de negociación y acuerdo con los agentes sociales, a través de la articulación de un sistema público de prestaciones económicas (Peña, Sieira y Rastrollo, 2003, 2011, 2017 respectivamente).

La razón de que exista el Pacto de Toledo reside en el hecho de que la adaptación y puesta al día del contenido propio de la Seguridad Social es una tarea incesante en esta rama del derecho, que vive pendiente de una gran diversidad de datos que directamente le afectan, como ocurre con la evolución del número de cotizantes, el crecimiento del número de pensionistas, las mejores expectativas de vida, el incremento del IPC, los niveles de fraude o las cantidades que periódicamente se incorporan al fondo de reserva (Morano Masa, 2011).

Pasados 25 años de vida y diez legislaturas, el Pacto de Toledo sigue reuniéndose cada año (Santaella, 2023). En la actual, XIV legislatura, las recomendaciones se sintetizan en tres principios fundamentales: 1. Garantizar la suficiencia de las pensiones. 2. Reforzar tanto la equidad, como la solidaridad del sistema y 3. Reforzar la sostenibilidad del sistema (Escrivá, 2023).

Al igual que ocurre con el Sistema Sanitario, el Educativo y algunos aspectos del Sistema de Servicios Sociales (véase Ley 39/2006, de 14 de diciembre), se plantea la universalización de las prestaciones del Sistema de pensiones de la Seguridad Social para todos los españoles, de modo que la ampliación de la protección social de respuesta a una aspiración social de solidaridad. La estructura del sistema se sustenta en dos lógicas diferenciadas: la protección contributiva derivada de una aportación previa y la protección no contributiva o asistencial desarrollada para proteger a las personas trabajadoras que quedan fuera o han agotado la protección contributiva o que no tienen capacidad para trabajar, ya sea por edad, enfermedad o discapacidad (Ayala Cañón, José Arranz, García Serrano y Martínez Virto, 2016). Junto a las pensiones y otras ayudas económicas del Sistema, se incorporan las Rentas Mínimas de Inserción (RMI), entendiendo por tal, los distintos programas que tienen las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla dirigidos a las personas y familias que carecen de recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, acompañado a su vez de un proceso de intervención social (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Si bien, diversos autores incorporan las Rentas Mínimas de Inserción en el Sistema de Garantía de Ingresos junto a las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social (Ayala Cañón, José Arranz, García Serrano y Martínez Virto, 2016), las Comunidades Autónomas han regulado los programas de rentas mínimas de inserción en el ámbito de los Servicios Sociales.

Por otro lado, en fecha diciembre de 2021, el Ingreso Mínimo Vital nace con el objetivo principal de garantizar, a través de la satisfacción de unas condiciones materiales mínimas, la participación plena de toda la ciudadanía en la vida social y económica, rompiendo el vínculo entre ausencia estructural de recursos y falta de acceso a oportunidades en los ámbitos laboral, educativo, o social de los individuos (Ley 19/2021, de 20 de diciembre. PREÁMBULO III). Desde una perspectiva de análisis de la evolución del sistema de Seguridad Social, su creación constituye un hito histórico, de ahí la importancia de su configuración como prestación no contributiva de la Seguridad Social (Ley 19/2021, de 20 de diciembre. PREÁMBULO IV). El ingreso mínimo vital se configura como el derecho subjetivo a una prestación de naturaleza económica que garantiza un nivel mínimo de renta a quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad económica en los términos que se definen en la Ley (Art. 2).

C) *El Sistema de Servicios Sociales*. Los servicios sociales en su sentido restringido tienen como objetivo mediato el bienestar individual y social, para el presente y para el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades de carácter técnico, formalizadas en algún grado y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales (Casado, 2007). Estos servicios son definidos en el texto constitucional como el conjunto de prestaciones ofertadas por la comunidad a fin de lograr prevenir o eliminar las causas que llevan a la marginación (Art. 50). Diferentes artículos de la Carta Magna abordan la asistencia social, en lo referente a su establecimiento como ámbito competencial de las Comunidades Autónomas, así como de las Corporaciones locales (Art.148.1.20). Los servicios sociales constituyen un instrumento de inversión social en personas vulnerables, de apoyo personalizado preventivo y rehabilitador y, no menos importante, contribuyen a la cohesión y a la paz social (Marbán y Rodríguez Cabrero, 2017). En tanto pilar del bienestar, hacen referencia a los instrumentos de política social, de los que disponen tanto la sociedad como los poderes públicos, para dar una respuesta válida a las necesidades de los ciudadanos, para la obtención de un mayor bienestar social (Alemán, 1996).

En el año 2020, la Comisión para la reconstrucción social y económica del Congreso de los diputados, define los servicios sociales públicos como:

El conjunto articulado de apoyos profesionales, en forma de servicios y prestaciones, que brindan las Administraciones Públicas para garantizar un adecuado desarrollo personal, emocional y social a las personas a lo largo de su ciclo vital, incrementando su autonomía, mejorando su calidad de vida, sus interacciones con otras y su inclusión en la comunidad. Señalando que, de

forma prioritaria, los servicios sociales proveen de acompañamiento social profesional a las personas, las familias y las comunidades cuando éstas pasan por situaciones de vulnerabilidad social, relacional o funcional de las que se derivan necesidades especiales de apoyo o cuidados. (Comisión para la reconstrucción social y económica, 2020).

Son concebidos como un elemento esencial del Estado del bienestar, puesto que, están orientados a la consecución del pleno desarrollo de los derechos de las personas en la sociedad y a la promoción de la cohesión social y la solidaridad. Se supera el modelo de servicios sociales asistencial, para pasar hacia un sistema en el que, aquellos que tengan el carácter de esenciales, se configuran como derechos subjetivos de toda la población, exigibles ante los poderes, administraciones públicas y los órganos jurisdiccionales, como máxima garantía de su reconocimiento, respeto y protección (Ley de Servicios Sociales de Castilla y León, 2010).

D) *El Sistema de Salud*. La Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, atribuyendo a los poderes públicos la competencia de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, así como de las prestaciones y servicios pertinentes. A su vez, pone de manifiesto que la legislación vigente en cada momento establecerá los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto. En su acta constitutiva del siete de abril de 1948, la Organización Mundial de la Salud, definió la salud como un estado íntegro de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedades (BOE núm. 116, de 15 de mayo de 1973). Así pues, en el concepto de salud se encuentra inmersa la palabra bienestar, asociada con el concepto de Estado de Bienestar, referente a la capacidad de la sociedad para dar respuesta a las necesidades básicas presentadas por las personas que la conforman (Rodón y Guillezeau, 2012).

Seguidamente se describe con más detalle el Sistema Público de Salud, como marco en el que se desarrolla la actuación que se analiza en el presente trabajo.

1.2.1.3. El Sistema Público de Salud

La salud es una aspiración común a todos los individuos de una sociedad. Más concretamente, es su doble proyección, como bien privado, que afecta a las personas a nivel individual y familiar, además de como bien público, que afecta a las personas como miembros de la sociedad insertos en ella, la que convierte su

protección en una exigencia social, pues su logro repercute en beneficio de toda la población (Rodríguez-Rico Roldán, 2015).

La salud es esencial para el bienestar, puesto que, las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud. En consecuencia, resulta fundamental el establecimiento de un enfoque adecuado en las políticas en salud, que deben centrarse en una gran variedad de parámetros, como las discapacidades, la propensión individual a la enfermedad, los riesgos epidemiológicos de cada región o la influencia de las variaciones climáticas (Rodón y Guillezeau, 2012).

Según el Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo (2006), un sistema de salud se concibe como: “*Un modelo de funcionamiento de la atención de la salud o estructuras organizativas que reflejan la política sanitaria propia de un país*” (Abrisketa, 2006). En lo que respecta a España, la Ley General de Sanidad del año 1986, proporcionó una respuesta al requerimiento de los poderes públicos contenido en el artículo 43 de la Constitución, antes mencionado, a través del reconocimiento del derecho a la obtención de las prestaciones del Sistema de Salud a todos los ciudadanos y extranjeros residentes en España. Asimismo, la Constitución, en su Título VIII, implementó una organización territorial del Estado que posibilita la asunción de determinadas competencias en materia de sanidad por parte de las Comunidades Autónomas.

Las prestaciones sanitarias influyen en un ámbito de la persona que resulta especialmente sensible desde el punto de vista de los derechos fundamentales, más concretamente, sobre aquellos concernientes a los bienes esenciales del ser humano, que derivan de modo directo de la propia dignidad de la persona. También puede incidir sobre otros derechos fundamentales como la libertad ideológica y religiosa; así como a la reproducción asistida, el aborto, la extracción o trasplante de órganos o los ensayos clínicos, incluso del propio personal sanitario en los casos de la objeción de conciencia (Abarca Cidón, 2017).

Uno de los logros más relevantes de la moderna historia de España en el terreno de la solidaridad ha sido el modelo sanitario español, financiado a través de impuestos, ya que proporciona una cobertura universal⁴ y gratuita, basada en la equidad (Sevilla, 2006). La Ley 14/1986, General de Sanidad recoge los principios

⁴ No obstante la situación en vigor en 2022, de cobertura universal, esta ha variado a lo largo del tiempo, mediante diferentes políticas legislativas. Ver: Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud; Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

y criterios sustanciales que posibilitan el ejercicio de estos derechos en España, concretados en la financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso, en los derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos, en la descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas, en la prestación de una atención integral de la salud. Su finalidad es: *“La regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”* (Art.1). El Servicio Nacional de Salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho, mediante un Sistema que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos (Sarlet Gerkem, 2023).

El Sistema Nacional de Salud comprende todas las funciones y prestaciones sanitarias cuya responsabilidad se atribuye a los poderes públicos, si bien, cada Comunidad Autónoma va a constituir su propio Sistema de salud, que se encargará de organizar todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de su territorio, respetando la normativa básica. Dentro de la organización de los distintos sistemas sanitarios regionales, la prestación de los servicios se va a configurar en torno a dos estructuras. Por un lado, el primer nivel o de atención primaria, es aquella que se encuentra más próxima a la ciudadanía, englobando acciones relativas a la curación, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Por otro lado, el segundo nivel o de atención especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación. Es de vital importancia que los individuos no encuentren barreras para acceder a estos cuidados.

Es importante finalizar el apartado, señalando la importancia de la interconexión y colaboración exigida entre los diferentes sistemas de protección, así como el acceso a los mismos con carácter universal; Tal planteamiento se recoge en el artículo 3 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, al incluir entre sus principios inspiradores, la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a las personas usuarias.

Desde la perspectiva del bienestar personal y social, un paciente mayor hospitalizado tendrá diferentes posibilidades de mejora una vez dado de alta, cuando sus medios económicos personales y/o familiares le permitan o no acceder a recursos de apoyo, cuando posea o no un nivel cultural que posibilite la

comprensión por sí mismo de las informaciones y orientaciones proporcionadas por los facultativos y otros profesionales y cuando tenga o no una red de apoyo social. El acercamiento a los Sistemas de protección de las políticas de bienestar en España se ha realizado en el presente trabajo, como reflexión sobre la interrelación importante de los mismos en las situaciones bienestar o carencia que pueden presentarse en las personas operadas de rotura de cadera en el momento del alta sanitaria. Como señala Brovelli (2011), junto a otros autores (Carretero Gómez, Garcés Ferrer y Ródenas Rigla, 2006; Grau y Fernández Hawrylak, 2010; Zomeño Ros, 2015), después de la enfermedad, en muchas ocasiones, la persona depende en mayor medida de sus familiares o allegados para satisfacer diferentes necesidades de asistencia o cuidado. En estos casos se pone de manifiesto el capital social con el que cuenta cada persona, es decir, el número de personas que puede movilizar para que le provean de apoyo material y afectivo en el día a día. Al respecto, se observan diversas situaciones, desde la ausencia hasta la existencia de amplias redes sociales que sostengan a la persona, pasando por situaciones donde la presencia de red es relativa o donde la misma se constituye por una única persona; en ocasiones no se dan simultáneamente los aspectos materiales y afectivos, es decir, las posibilidades de sostenimiento en términos económicos, de cuidado y solidaridad. Debe tenerse en cuenta que esta capacidad de sostén depende de la fortaleza del vínculo y de las condiciones materiales de los que constituyen el apoyo en ese momento dado: asumir el cuidado, ingresos de que disponen, etc.

La familia y las redes de proximidad son depositarias de la responsabilidad por el destino de sus miembros, a la vez que se ven limitadas sus posibilidades de generación de recursos. Por ello, más allá de las capacidades y de las limitaciones de las redes en el contexto actual para hacerse cargo adecuadamente del cuidado de sus miembros, ha de aparecer y reivindicarse el papel del Estado en su legítima función como garante de los derechos (Constitución 1978) de los sujetos y por lo tanto, como responsable de desarrollar acciones para que esos derechos puedan ejercerse efectivamente.

Por lo señalado, cuanto mayor sea el nivel alcanzado por los sujetos (pacientes-usuarios del Sistema de Salud) en los beneficios aportados por los restantes Sistemas mencionados: nivel educativo suficiente para garantizar la ausencia de pobrezas culturales y de comprensión; adecuación de las cuantías económicas de los pensiones que coadyuven a enfrentar los gastos ocasionados al adquirir servicios privados; servicios sociales universales y adecuados a las necesidades de la población de la tercera edad, mayores serán las posibilidades de realizar elecciones personales, individualizadas y libres, en la toma de decisiones para el momento del Alta Hospitalaria.

I.2.2. LAS PERSONAS MAYORES SUJETOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Autores como Abio Roig et ál. (2016) ponen de manifiesto que, en la actualidad el Estado del bienestar se enfrenta al gran reto del envejecimiento de la población, como elemento clave en su evolución. Por un lado, la mayoría de los programas de gasto social dependen de la estructura de edades de la población (pensiones, sanidad, atención a la dependencia). Por otro lado, el conjunto de programas de gasto público social se estructura por medio de un sistema de reparto en el que las prestaciones se financian mediante la recaudación del mismo momento temporal. El envejecimiento poblacional suele medirse a través de la tasa de dependencia demográfica definida como la ratio establecida entre las personas de 65 y más años con respecto de la población en edad de trabajar.

TASA DE DEPENDENCIA DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS. 2022

Tabla nº 1

España	Castilla y León
30,96%	42,44%

Fuente: INE, 2023

El aumento del número de personas de edad avanzada tiene, además, determinantes repercusiones en los modelos sociales, una de las cuales viene constituida por la necesaria asistencia continuada que demanda el menoscabo de las capacidades funcionales físicas, mentales o cognitivas del colectivo dependiente (Rodríguez-Rico Roldan, 2015).

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se establece que, el nivel autonómico es el encargado de determinar la organización de la atención sociosanitaria, dado que, su provisión se lleva a cabo en los niveles de atención determinados por la Comunidad Autónoma de que se trate. Su contenido engloba los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

El desarrollo del Estado del Bienestar en los países occidentales desde los años cuarenta se ha contrapuesto a un debilitamiento de la solidaridad en la familia,

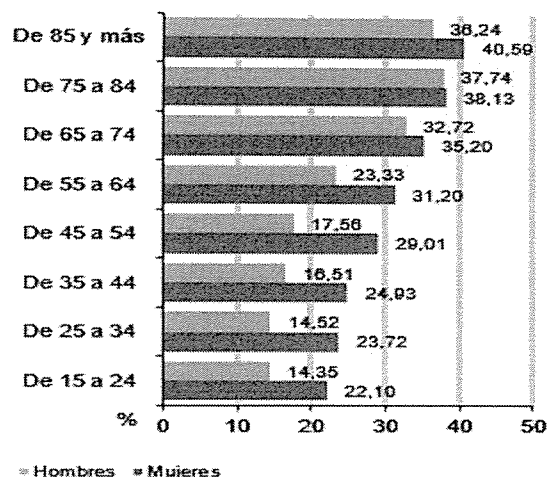
originando una merma de la cohesión social. Ello se teoriza en términos de sustitución de las funciones propias de la familia por el Estado, a través de la menor dependencia de los individuos respecto del núcleo conyugal-paterno-filial. El papel del Estado implica que tareas anteriormente realizadas en el marco familiar pasen a ser asumidas por otros agentes, tal como antes ocurrió con la sanidad o la enseñanza. En la medida que la incorporación de las mujeres a la actividad laboral constituye una normalidad social, las necesidades de cuidado de las personas que no pueden valerse por sí mismas son asumidas de modo innovador, adquiriendo las instituciones del Estado un especial protagonismo (Tobío Soler, 2013).

Ruipérez, ponía de manifiesto en 2009, que, a pesar de que en nuestro entorno cualquier persona, puede precisar atención sociosanitaria, los datos estadísticos indican que la mayoría de ellas son personas mayores. Esto se debe a que el envejecimiento de las personas favorece la aparición de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes que conllevan problemáticas sociales, familiares y económicas. Por ello, la filosofía de la atención sociosanitaria a la población mayor, es una atención geriátrica, concebida como el conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios, extrahospitalarios y sociales orientados a responder progresivamente a las diversas situaciones de enfermedad o necesidad presentadas por las personas mayores de una determinada área asistencial (Ruipérez, 2009).

Pasados catorce años y según la Encuesta Europea de Salud en España, esta situación sigue la misma tendencia, ya que, por grupos de edad, con datos del año 2020, la población que más acude al médico son las personas de 75 a 84 años y de 85 y más años, con porcentajes en torno al 40% tanto en hombres como en mujeres (INE, 2022).

**CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA EN LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS (ENCUESTA)
SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 2020 (%)**

Gráfico nº 1



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2022. INE-MSCBS

La dependencia funcional, entendida como la necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, es concebida como la principal variable que provoca la necesidad de atención sociosanitaria en las personas mayores, (Tenza Pérez, et ál., 1999). El *Programa de atención a las personas mayores* del INSALUD aporta, ya desde 1999, un enfoque integrado desde las características de la horizontalidad de sus planteamientos, tomando como eje asistencial la continuidad de la atención en dos dimensiones: mediante acciones preventivas a lo largo de la vida cuando prima la salud, y a lo largo del enfermar cuando el proceso se cronifica y requiere cuidados de diferente naturaleza (Tenza Pérez, et ál., 1999).

I.3. EL TRABAJO SOCIAL EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

Tal y como especifican Alonso Gil et ál. (2014) tomando como fundamento la concepción sociosanitaria actual, los Servicios de Trabajo Social incrementan la calidad de la asistencia sanitaria, con motivo del ya constatado papel que los factores sociales desempeñan sobre la génesis y la evolución de las enfermedades. En consecuencia, el CAULE, siguiendo la trayectoria iniciada hace más de 50 años (Complejo Asistencial Universitario de León, 2017), dispone del Servicio Unidad de Trabajo Social, en aras de procurar respuesta a las necesidades presentadas por la población, estableciendo al respecto los mecanismos oportunos tanto para la garantía de la atención integral.

Para estudiar la Unidad de Trabajo Social, previamente, se realiza una breve descripción del Hospital de León, así como del CAULE, en el cual se integra.

I.3.1. EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

Se denomina Complejo Asistencial Universitario de León, conocido como CAULE, al conjunto integrado por las siguientes infraestructuras y servicios (Complejo Asistencial Universitario de León, 2017): El Hospital de León, de referencia como hospital general de la provincia. El Hospital Monte San Isidro, integrado por las Unidades de Medicina Interna y Neumología, así como por la Unidad de Cuidados Paliativos. El Hospital Santa Isabel, compuesto por la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, la Unidad de Patología Dual, la Unidad de Convalecencia Psiquiátrica y la Unidad de Rehabilitación de Larga Estancia (Comunidad Terapéutica). El Equipo de Salud Mental I, San Antonio Abad, donde se realizan consultas externas de salud mental.

La finalidad del CAULE es proporcionar bienestar a todos los ciudadanos que soliciten sus servicios, conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de salud y en los estándares de calidad. La zona geográfica de influencia del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE)⁵ es la provincia de León. Igualmente, acuden a sus dependencias hospitalarias pacientes pertenecientes a otras localidades para llevar a cabo el tratamiento de patologías en las que es Unidad de Referencia de Salud, como las áreas de columna, cirugía cardíaca, raquis y vascular.

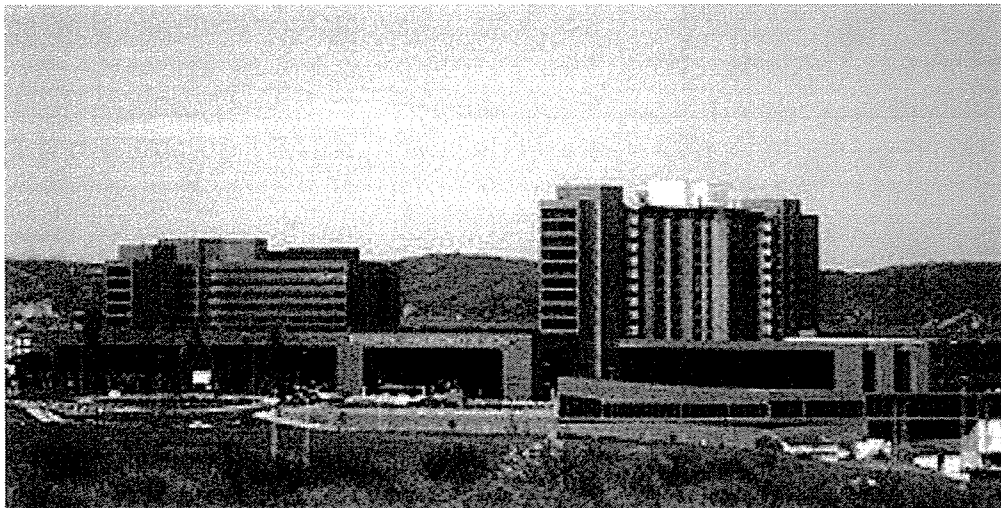
El Hospital de León surge de la integración de los antiguos hospitales de Virgen Blanca, perteneciente a la Seguridad Social e inaugurado en 1968, y el Princesa Sofía, que la Diputación Provincial de León construyó en 1974 en las proximidades del anterior. En el año 1990 se produce la integración; fue necesario un organismo a nivel nacional, el INSALUD, quien sentó las bases para dicha integración de los hospitales en diferentes provincias y a escala nacional. A partir del año 2000 se fueron creando nuevas especialidades, a la vez que se ejecutan las obras de

⁵ El Complejo Asistencial Universitario de León se ubica en la dirección Altos de Nava s/n 2407, situado dentro de la provincia de León. La organización sanitaria de la provincia de León se estructura en dos áreas de Salud (Complejo Asistencial Universitario de León, 2017):

- a) *Área de Salud de León*, la cual se configura por 351.086 habitantes y está formada por 27 Zonas Básicas de Salud.
- b) *Área de Salud del Bierzo*, que engloba 144.912 habitantes y se estructura en 10 Zonas Básicas de Salud.

remodelación y ampliación en su primera fase. En el momento actual: “El hospital es una ‘colosal macroestructura hospitalaria’ que supera con mucho las previsiones iniciales del año 2000” (López Sastre, 2023).

Vista panorámica del Hospital de León



Fuente: <https://www.saludcastillayleon.es/CHLeon/es>, 2023.

El hospital está situado en la zona norte de la capital leonesa, junto a la Ronda Este y cerca de la carretera de Asturias.

I.3.2. LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

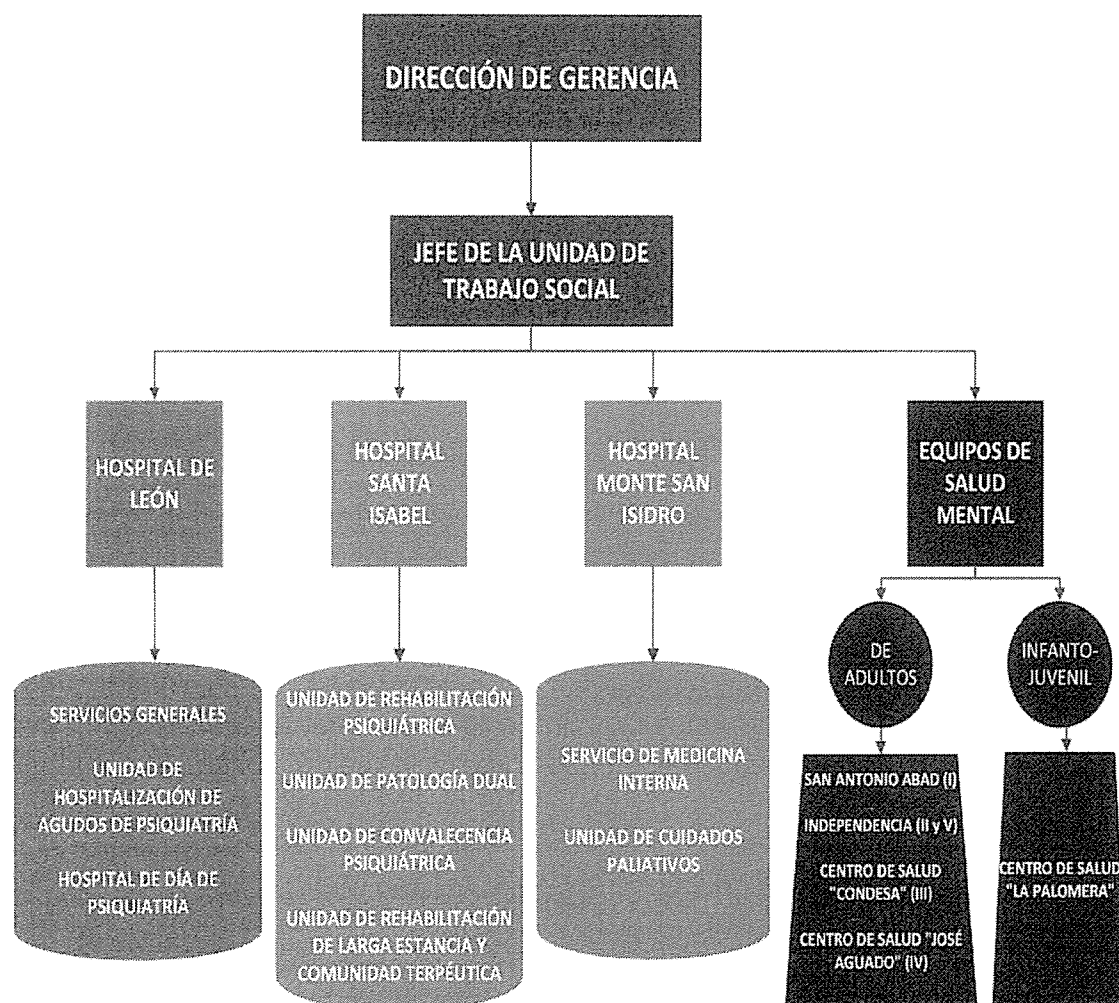
Conforme a lo expuesto por el Complejo Asistencial Universitario de León (2017), el Servicio Unidad de Trabajo Social (UTS), proporciona respuesta a las necesidades presentadas por la población, con la finalidad de garantizar la atención integral del paciente, familia, grupo o comunidad, contribuyendo al incremento de la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada en el mismo (Alonso Gil et ál., 2014).

Para profundizar en su conocimiento, se detallan a continuación aspectos relativos a los principales objetivos, funciones, servicios y cometidos que se le asignan.

I.3.2.1. Configuración, Objetivos, profesionales y usuarios

La Unidad de Trabajo Social del CAULE la forman once profesionales que integran los diferentes equipos, con la asignación por diferentes centros.

Gráfico nº 2



Fuente: Elaboración propia a partir de www.saludcastillayleon.es, 2022

El objetivo general del trabajo social sanitario en el CAULE, consiste en desarrollar las capacidades de las personas enfermas o con riesgo de estarlo, permitiendo un abordaje adecuado de su situación personal, así como favorecer la utilización de los recursos personales y de los que ofrece su medio social, promoviendo los cambios que garanticen su calidad de vida, lo que conlleva una actuación social que engloba tanto la detección del riesgo social, como la finalización o derivación de la problemática a los servicios de atención primaria o sociosanitaria que corresponda.

RELACIÓN TRABAJADORAS SOCIALES-EQUIPOS

Tabla nº 2

CENTRO SANITARIO	EQUIPO	Nº TS
Hospital Universitario de León.	Servicios Generales.	4
	Unidad de Agudos y Hospital de Día de Psiquiatría.	1
Hospital "Monte San Isidro".	Unidad de cuidados paliativos (dependiente del Servicio de Oncología del CAULE).	1
	Servicio de Medicina Interna (dependiente del Servicio de Medicina Interna del CAULE).	1
Hospital "Santa Isabel".	Unidad de Convalecencia Psiquiátrica (UCP) y Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (URP)	1
	Unidad de Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Larga Estancia y Comunidad Terapéutica.	1
	Unidad de Patología Dual	1
Equipo de Salud Mental de Adultos.	I "San Antonio Abad"	1
	III Centro de Salud "Condesa"	1
	IV Centro de Salud "José Aguado"	1
	II y V "Independencia".	1
Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.	Centro de Salud "La Palomera"	1
BASE TOTAL PROFESIONALES		11

Fuente: Elaboración propia (2023)

El número de profesionales viene determinado por las necesidades del servicio (Complejo Asistencial Universitario de León, 2017). El cómputo, asciende a 11 trabajadoras sociales, si bien, la suma procede de la asignación de profesionales a más de un servicio.

1.3.2.2. Servicios, funciones y cometidos

El Complejo Asistencial Universitario de León (2017), recoge en la Cartera de Servicios de las Trabajadoras Sociales, y de forma explícita señala como ámbitos

de intervención los relativos a determinados grupos de pacientes que comparten características de edad, de enfermedad o de vulnerabilidad: menores, mujeres y mayores vulnerables, familias en situación de riesgo, personas y familias con problemática social, familiar y/o económica relacionada con el estado de salud, personas sin hogar, personas en situación de dependencia, discapacidad, drogodependencia y/o alteración mental, repatriados y presos; asimismo, especifica colectivos que requieren atención profesional por encontrarse en alguna de las siguientes situaciones: interrupción voluntaria de embarazo, embarazo en situación de vulnerabilidad, maltrato durante la infancia, violencia de género, enfermedad mental grave y prolongada, así como neonatos para adopción.

La Cartera de Servicios de las Trabajadoras Sociales del CAULE (Complejo Asistencial Universitario de León, 2017), junto al Manual de Funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social en el Complejo Asistencial Universitario de León (2014), recogen los ámbitos de intervención y los protocolos de actuación que se llevan a cabo y dirigen desde los Servicios prestados desde la Unidad - denominados los mismos, en ocasiones, por la identidad de los sujetos usuarios potenciales y/o sus circunstancias *problema social*-; se muestra la Cartera de Servicios: 1. Infancia, que comprende como actuaciones: atención temprana, desamparo, adopciones, maltrato...; 2. Mujer, abordando la violencia, la Interrupción voluntaria del embarazo, situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad; 3. Familias en situación de riesgo; 4. Problemáticas socio familiares y económicas derivadas del estado de salud; 5. Personas sin hogar; 6. Personas en situación de dependencia; 7. Discapacidades; 8. Unidad de Presos; 9. Urgencias; 10. Exitus/repatriaciones; 11. Consultas Externas; 12. Salud Mental y 13. Drogodependencia.

Se define servicio, contextualizado en los métodos de trabajo social, como la prestación que ofrece una organización, que tiene un valor para el cliente, es susceptible de satisfacer una necesidad y que no se presenta en forma de bien material (Departament de Benestar i Família, 2022). Este aspecto contribuye a deshacer la confusión, enraizada en otros profesionales con quienes se trabaja en equipo, que asocian cualquier intervención desde el trabajo social en general, desde el trabajo social sanitario en particular, al uso de recursos tangibles: residencias asistidas, centros de día, atención a domicilio, etc.; pues, desde el trabajo social sanitario la mayoría de los servicios que se prestan son intangibles, medibles (Colom Masfret, 2015), evaluables cuantitativa y cualitativamente.

Las funciones se inscriben en las generales ejecutadas por las trabajadoras sociales del CAULE: conocer, investigar, planificar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales dirigidas a los grupos y comunidades

(Alonso Gil et ál., 2014), conforme a lo dispuesto en el Preámbulo del Código Deontológico de Trabajo Social. Algunas de las funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo con la metodología específica de la intervención que se utilice.

Colom Masfret (2015), afirma que el trabajo social sanitario sigue el método científico desde teorías del trabajo social: realiza una observación e investigación de los hechos; formula hipótesis; estudia las circunstancias y factores asociados; elabora un diagnóstico social sanitario o prediagnóstico; y, propone un plan de tratamiento. Así se observa en la actividad llevada a cabo por las profesionales de la UTS del CAULE, que, al configurar su actuación desde la metodología profesional descrita, desarrollan o cumplen las funciones asumidas por la profesión y demandadas por el Sistema.

I.4. EL ALTA HOSPITALARIA. RELEVANCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

Colom Masfret (2000) plantea la importancia de diferenciar entre Alta Hospitalaria y alta sanitaria. El cambio en el uso de Alta Hospitalaria por alta sanitaria se presentó por primera vez en las Jornadas del SIPOSO 2008 y obedece a la misma evolución del sistema sanitario en su organización funcional. La planificación del Alta Hospitalaria indica que la persona deja el hospital, pero no el sistema sanitario. La planificación del alta sanitaria apunta a ese momento en el que la persona ya ha resuelto el proceso clínico y no requiere atención médica (SIPOSO, 2008), ésta hace referencia tanto al Alta Hospitalaria como de atención primaria (Colom Masfret, 2008).

I.4.1. PLANTEAMIENTO GENERAL

Conforme a lo dispuesto por autores como Alarcón Alarcón et ál. (1998), los requerimientos surgidos durante el proceso de hospitalización en régimen de internamiento vienen determinados, especialmente en el caso del adulto mayor, tanto por su situación clínica, como por su estado funcional, mental y social. Debido

a que cada factor varía de unas personas a otras, siendo necesario priorizar sobre aquellos factores que tienen una mayor incidencia sobre la consecución de su bienestar. En consecuencia, resulta de suma importancia la ejecución de una valoración adecuada por parte de cada profesional implicado en el proceso clínico, donde toma especial relevancia la figura del profesional vinculado al ámbito social, de modo que se puedan establecer los apoyos necesarios para que el tratamiento del paciente pueda ser continuado con éxito fuera del complejo hospitalario, con la correspondiente planificación del alta, que tiene lugar por medio del estudio de las necesidades asistenciales que pueda presentar la persona en su fase subaguda. Para realizar un abordaje íntegro sobre el alta en los hospitales de agudos, se procede, en primer lugar, a realizar una descripción de su conceptualización a través de diversos autores, así como a los factores que determinan su importancia durante el proceso asistencial. Igualmente, se pormenorizan los agentes participantes en el proceso y la planificación del alta, distinguiendo los que ostentan una mayor responsabilidad en su consecución, de aquellos que figuran como coadyuvantes (Alarcón Alarcón et ál., 1998).

1.4.1.1. Conceptualización e importancia en el proceso asistencial

Si bien, lo señalado anteriormente, el alta sanitaria como constructo, no se encuentra recogido en ningún documento legal; por lo que en todo momento se hace referencia al Alta Hospitalaria.

El Instituto Nacional de Estadística define el Alta Hospitalaria como: “El procedimiento por el que un paciente ingresado en un establecimiento sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria” (INE, 2023). Seguidamente, se detallan los distintos tipos de alta existentes: a) *Curación o mejoría*: la que se ha producido por curación o mejoría, incluyendo los traslados de los pacientes a centros de cuidados mínimos o de larga estancia. b) *Traslado*: aquellas que se han producido por traslado a otros servicios o centros para diagnóstico o tratamiento. c) *Fallecimiento*: aquellas que se han producido por *exitus*. d) *Voluntarias*: las producidas por consentimiento propio o de particulares autorizados (Instituto Vasco de Estadística, 2023).

Cuando la persona hospitalizada es susceptible de recibir un tratamiento adecuado en otro lugar, al no encontrarse ya en la fase aguda de la enfermedad, recibe el Alta Hospitalaria. La planificación del alta puede ser compleja, puesto que una enfermedad o una lesión aguda, puede afectar más la capacidad funcional en pacientes mayores. Casas-Martí (2023) expone que los cambios que concurren en las necesidades de los pacientes a lo largo del ingreso obligan a los hospitales a

establecer procedimientos de planificación del alta que, en ocasiones, se inician a los pocos días de ingreso. Si tras el ingreso hospitalario son necesarios cuidados adicionales, de forma temporal o permanente, a menudo se envía al paciente a un centro de rehabilitación o a una residencia de ancianos (centro de cuidados especializados). Por lo tanto, lo ideal es iniciar la planificación del Alta Hospitalaria en la admisión del paciente (Knop Aued et ál., 2019). La persona hospitalizada y sus familiares deben tomar parte activa en dicha planificación para asegurarse de que las medidas propuestas son las apropiadas.

La 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, señala que *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”* (Art. 2. Principios básicos. 6). En este contexto, todo profesional participante ha de informar a los pacientes-usuarios al producirse el Alta Hospitalaria, de aquellos aspectos que a cada uno corresponda según su disciplina, y aportar por escrito, conjunta o separadamente, las acciones y orientaciones a futuro, pertinentes.

En base a lo señalado, en la Cartera de servicios de la hospitalización en régimen de internamiento se incluye la valoración integral de las necesidades del paciente que tiene lugar con anterioridad al Alta Hospitalaria, a fin de asegurar la continuidad de la atención, el establecimiento de un plan de cuidados que recoja medidas de tipo preventivo, instrucciones para el adecuado seguimiento del tratamiento, ortoprótesis y otros productos sanitarios que sean precisos, así como la información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador principal (Rodríguez-Rico Roldán, 2015).

1.4.1.2. Los agentes participantes

En el proceso de planificación del alta intervienen multitud de profesionales como el equipo médico, de enfermería, trabajo social, etc. Sin embargo, en muchos casos el paciente no cuenta aún con un profesional de referencia con el que poder trabajar aspectos relativos a la salida del hospital (Casas-Martí, 2023); cada profesional realiza su comunicación independientemente del resto. Sin embargo, los auténticos protagonistas son el paciente y su familia, concebidos como unidad no siempre divisible (Muñoz León, 2003).

Estos agentes producen una repercusión multidimensional, tanto en la vida del paciente y su entorno, como en la dinámica hospitalaria, en lo que respecta a la rotación de camas, organización del trabajo de planta, distribución de pacientes, programación de lista de espera quirúrgica, etc. Igualmente, repercuten en la dinámica del propio sistema, al poner en marcha una serie de acciones e interrelaciones entre los servicios de salud especializados y de atención primaria, y entre estos y los servicios sociales. En consecuencia, todos ellos están activos durante el ingreso y en la planificación del alta.

Según lo anterior, se señalan como protagonistas del alta, como agentes con mayor responsabilidad o como agentes coadyuvantes, con mayor o menor opinión y protagonismo, los siguientes sujetos:

A) *El médico traumatólogo*, responsable del paciente en el centro sanitario, emite el alta y firma el informe correspondiente; es quien, como autoridad sanitaria, decide cuándo debe dar el alta (Moreno Jiménez, 2020); si bien el alta médica en ocasiones no coincide con el Alta Hospitalaria (la Audiencia Nacional ha aclarado la diferencia entre alta médica y Alta Hospitalaria a efectos del permiso por hospitalización de familiares (STS 3202/2018), ésta puede producirse sin alta médica, por lo que cabría hablar de alta sanitaria cuando ambos aspectos tienen lugar. La Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta⁶, refleja: a) la obligatoriedad de elaborar un informe de alta para los pacientes que, habiendo sido atendidos en un Establecimiento Sanitario, público o privado, hayan producido al menos una estancia (Art.1); b) que el informe de alta será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta del establecimiento (Art.2) y c) que entre los requisitos mínimos que debe cumplir el informe de alta, deben aparecer el nombre, los apellidos y la rúbrica del médico responsable (art. 3); en cualquier caso, el Alta Hospitalaria debe estar justificada, máxime en casos de pacientes con enfermedades graves que pueda comprometer potencialmente su integridad física, e incluso su vida (Moreno Jiménez, 2020). Junto al médico traumatólogo responsable del paciente, *los geriatras* tienen un papel importante. En la responsabilidad compartida entre geriatría y cirugía ortopédica, el cirujano

⁶ Informe de alta: Legalmente (artículo 3 de la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), un informe de alta médica es el “*documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas*”. El informe de alta, por tanto, se adecúa al derecho a la información de los pacientes, convirtiéndose también por su naturaleza en un documento que permite evaluar externa e internamente la calidad de la asistencia prestada en el establecimiento, siendo asimismo una información necesaria y utilizable para la continuidad de la asistencia al paciente dado de alta, bien sea por otros niveles de atención (fundamentalmente por el Médico general) o en otros hospitales.

toma las decisiones referentes al tratamiento y seguimiento de la fractura, mientras que el geriatra es un médico internista que realiza un control más intenso sobre el manejo clínico, facilita la recuperación funcional más rápidamente, efectúa la planificación individualizada de la continuidad de cuidados y organiza la derivación al nivel más adecuado (Montero Sáez y Casanova Querol, 2022).

B) *El paciente-usuario y/o los familiares*: por un lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente dispone que "*En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión*". La 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, reconoce el derecho del paciente a negarse al tratamiento, salvo en casos muy concretos. Si por alguna razón, y sin que el médico haya dado por finalizado su tratamiento, el paciente decide acogerse a este derecho, podrá solicitar el alta voluntaria firmando el documento existente al respecto. En este caso, el paciente también tiene derecho a que se le dé un informe de su asistencia (Art. 21). Los familiares tienen un papel importante de carácter doble: por un lado, en los casos en que el paciente-usuario esté incapacitado legalmente; por otro, como responsable del cuidado. Se debe tener en cuenta la importancia que tienen en el seno de la familia: el nivel de comunicación, los apoyos del exterior, la ordenación jerárquica, el enfrentamiento de los problemas, los rituales familiares, el número de miembros que la configura, el sexo, las relaciones padres-hijos, la aceptación de la enfermedad, los valores familiares (FEDER, 2023). La familia participa en la planificación del Alta Hospitalaria cuando éste necesita de una persona para realizar los cuidados o requiere de alguna adaptación en su domicilio, de modo que opinará y tomará decisiones junto o en el lugar del paciente.

C) *El personal de enfermería*: El profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación dentro del Plan de alta de enfermería con el fin de reincorporar al paciente al entorno previo, brindando información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico. El Plan de alta en enfermería se refleja en un documento considerado de vital importancia, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo y orienta y facilita la administración de los cuidados para la salud después del alta del paciente (Tixtha López et ál., 2014).

D) *Los trabajadores sociales*: entre otras referencias, así se refleja para los pacientes pluripatológicos (PP) ingresados en los hospitales. Medina Asensio et ál. (2009) indican: "En el hospital se realizará una planificación precoz del Alta

Hospitalaria. Para ello se hará una evaluación de las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno. Se considerará la intervención del trabajador social en función de las necesidades identificadas”; los servicios comunitarios públicos y privados, las unidades de media estancia o de recuperación, u otros dispositivos de soporte como residencia asistida y fisioterapia domiciliaria. Asumiendo para los pacientes con fractura de cadera, lo señalado para los PP por Medina Asensio et ál. (2009), la coordinación entre la Unidad de Trabajo Social y los recursos sociosanitarios y sociales tiene especial relevancia para la planificación precoz del alta cuando el paciente está hospitalizado y también para ofertar al paciente el apoyo preciso que evite el abandono terapéutico, situaciones de sobrecarga del cuidador y/o su inadecuado ingreso en hospitales generales de agudos.

II. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio realizado cubre 8 años, la duración del funcionamiento del PAI-FCAM, desde su inicio en 2015, hasta el pasado año, 2022; planteando el análisis del problema de estudio a lo largo del tiempo, constituyendo un estudio longitudinal de tipo retrospectivo, que se prolonga hacia atrás en el tiempo.

Se describe a continuación la caracterización de los universos configurados y de las muestras correspondientes en cada caso, así como las técnicas e instrumentos de observación, recogida y análisis de datos.

II.1. OBJETIVOS

El objetivo u objetivos de la investigación en las Ciencias Sociales, está dirigido al estudio de un hecho concreto, que por su magnitud y/o gravedad interese a la sociedad. En Trabajo social, siendo el hecho a estudiar el mismo, se realizará con unos objetivos específicos, una metodología y unas técnicas diferentes, según sea el momento de la intervención profesional en que se realiza dicho estudio o investigación. Así, se habla de: *Investigaciones diagnósticas* cuando se estudia para la obtención de información que permite la elaboración del Diagnóstico y la Planificación social; *Investigaciones experimentales*, cuando en los momentos del tratamiento, se realizan estudios para verificar hipótesis relacionales, en las que la variable dependiente es el cambio buscado y la variable independiente la acción realizada; *Investigaciones evaluativas*, cuando realizada la intervención y la evaluación de resultados y procesos, se pretende dar un paso más y verificar en dicha evaluación teorías o técnicas que permitan considerar la intervención en evidencias para el trabajo social (Kisnerman, 1982).

En el trabajo que se presenta, se plantearon tres objetivos:

- 1) Describir los servicios, competencias y actividades de las trabajadoras sociales en el *Proceso Asistencial Integrado Fractura de Cadera en Adulto Mayor* del Hospital de León.

- 2) Obtener información que permita argumentar el carácter sanitario de la profesión del trabajo social y validar los efectos positivos de la intervención social en el tratamiento hospitalario.
- 3) Conocer el posicionamiento y valoración de los profesionales del equipo del que forman parte las trabajadoras sociales, en lo referente a su importancia como miembros del mismo, para la consecución de los fines establecidos.

II.2. CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO Y LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Se trabajaron cuatro grupos diferentes de unidades de investigación: 1) Los pacientes-usuarios atendidos en el PAI.FCAM; 2) Los profesionales sanitarios implicados en el proceso PAI.FCAM; 3) Las trabajadoras sociales adscritas al proceso PAI.FCAM en el Hospital y 4) Los profesionales pertenecientes a los diferentes recursos sociosanitarios de derivación al alta. Se calculó una muestra estadística para los pacientes-usuarios y una muestra cualitativa para los profesionales internos, mientras que, para obtener información de los agentes externos, se planteó un estudio censal. Respecto al propio PAI.FCAM, se utilizaron todos los documentos disponibles. Dichos procesos muestrales se describen *infra*. Los pacientes-usuarios atendidos en el PAI-FCAM han sido un total de 7.382, de los cuales 5.065 proceden de ingresos urgentes, el resto, de ingresos programados.

A la Unidad de Trabajo Social, han acudido 915 personas, lo que equivale al 12,39% del total; afirmando por ello, que, de cada 10 pacientes, más de uno, es atendido por la Unidad, de aquellos, 660 son mujeres y 255 hombres.

PACIENTES-USUARIOS POR AÑO

Tabla nº 3

SEXO	MUJER		HOMBRE		TOTAL
	F. Absoluta	F. Relativa	F. Absoluta	F. Relativa	
AÑO					—
2015	61	6,60	21	2,30	82
2016	76	8,31	27	2,95	103
2017	78	8,52	29	3,17	107
2018	102	11,15	32	3,50	134
2019	98	10,71	42	4,59	140
2020	74	8,09	23	2,51	97
2021	82	8,96	43	4,70	125
2022	89	9,73	38	4,15	127
TOTAL	660	72,07	255	27,87	915

Al tratarse de un universo muy elevado para estudiar con los medios disponibles, tanto humanos como temporales, se ha trabajado con una muestra representativa; los datos obtenidos con ella han permitido caracterizar a los pacientes-usuarios atendidos por las trabajadoras sociales. Para un nivel de confianza del 95,5%, una varianza con valores $P= 72,13$ y $Q= 27,86$; y un margen de error del 3,33 %, en un universo (N) de 915 unidades, se obtiene una muestra (n) de 180. El tipo de muestreo empleado es el azar sistemático, escogiendo al azar la primera unidad y sumando posteriormente el coeficiente de elevación elegido a las unidades restantes, hasta obtener la totalidad de unidades especificadas para la muestra. Asimismo, se ha realizado la afijación de la muestra, para los estratos de la variable año.

RELACIÓN DE UNIDADES UNIVERSO-MUESTRA POR AÑOS

Tabla nº 4

SEXO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	n	N	n	N	n
AÑO						
2015	61	12	21	4	82	16
2016	76	15	27	5	103	20
2017	78	15	29	6	107	21
2018	102	20	32	6	134	26
2019	98	19	42	9	140	28
2020	74	15	23	4	97	19
2021	82	16	43	9	125	25
2022	89	18	38	7	127	25
TOTAL	660	130	255	50	915	180

Respecto a los profesionales del Hospital de León implicados en el proceso PAI-FCAM, el estudio se realiza con carácter cualitativo, por lo que se trabaja con una muestra no probabilística en la que se selecciona a los participantes haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos, eligiendo informantes clave por la capacidad para obtener información relevante. En el denominado Muestreo de informante clave, se escogen personas por razones especiales como: conocimiento del tema, experiencia o haber sido protagonista del fenómeno a estudiar, grado de participación en la toma de decisiones y su disposición para brindar información entre otros (López, 2004). En las entrevistas han participado los profesionales que se detallan, organizados por orden de prevalencia numérica.

RELACIÓN DE PROFESIONALES PARTICIPANTES (N) y (n)

Tabla n° 5

PROFESIONALES	TOTAL EN EL PROCESO	MUESTRA
Personal de enfermería	9	2
Auxiliar de enfermería	7	1
Médico de Cirugía Ortopédica y Traumatología	2	1
Trabajadora social	2	2
Fisioterapeuta	1	1
Geriatra	1	1
Personal de Rehabilitación	1	1
TOTAL	23	9

Únicamente se incorporan al universo del estudio, los profesionales que mantienen una relación continua y directa con las trabajadoras sociales, de este modo, de un total de 23 profesionales, la muestra del estudio asciende a 9.

En cuanto a los directivos y trabajadores sociales de los servicios sociosanitarios, se ha planteado un estudio censal, considerando como unidad de observación el centro residencial; se ha utilizado como base de la muestra, el listado de centros y servicios elaborado por la Unidad de Trabajo Social. El universo asciende a un total de 65 unidades, respondiendo al cuestionario 36, considerándose una muestra perfectamente representativa (el 55,38%) a los efectos de los objetivos planteados para la investigación.

II.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE OBSERVACIÓN, RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Se entiende por técnica, el conjunto de reglas y procedimientos que permiten al investigador establecer una relación con el objeto o sujeto de la investigación. Entre tanto, el Instrumento es el mecanismo empleado por el investigador para recolectar y registrar la información: formularios, test, escalas de opinión... Las técnicas e instrumentos a emplear dependen del marco, enfoque, tipo y fines de la investigación, y deberán enmarcarse claramente en el alcance del proyecto, (Cisneros-Caicedo et ál., 2022). Las técnicas empleadas para la recogida de datos han sido la observación documental-análisis de contenido, la entrevista semiestructurada y el cuestionario.

Para llevar a efecto la indagación sobre el PAI-FCAM se identificaron previamente aquellas variables que resultaban relevantes para el estudio, de forma que sirvieran de guía para la posterior recogida de información, discriminando aquellas que carecían de interés en torno a los objetivos del estudio.

La observación documental-análisis de contenido es una técnica de carácter mixto, cuantitativo y cualitativo, que estudia aquellas realizaciones que dan cuenta de determinados acontecimientos sociales e ideas humanas o que son producto de la vida social y que, por ser considerados, en su momento, de importancia profesional, se registran en diferentes soportes, denominados aquí documentos, nombre del cual deriva el de la técnica. El análisis de textos es una técnica para estudiar documentos redactados por sus autores con una finalidad diferente a la investigación; su objetivo es crear datos estructurados. El proceso consiste en organizar información heterogénea y no estructurada en piezas de datos fáciles de leer, gestionar e interpretar, a los fines de la investigación. Una vez seleccionadas y definidas las variables de estudio y realizada su operacionalización en indicadores de interés, se emplea para la recogida de datos, el instrumento Cuadro (ver anexo nº 2).

El establecimiento del perfil de pacientes-usuarios de la Unidad de Trabajo Social implicó la delimitación de aquellas variables que resultaban ser susceptibles de indagación científica. Basándose en ello, fueron seleccionadas el año, mes, sexo, año de nacimiento, estado civil, tutor legal, grado de discapacidad y de dependencia, figura de contacto de la demanda a la trabajadora social y recurso al alta. Los documentos empleados para obtener la información fueron: Informes y

Fichas sociales, Solicitudes de acceso a recursos, Informes de traslado a otros centros; Documento *Excel* de registro de pacientes empleado en la Unidad.

El análisis de datos supuso la aplicación sistemática de técnicas estadísticas y lógicas para describir el alcance de los datos y obtener conclusiones significativas. Siguiendo a Arteaga (2020), se presentan tablas de frecuencia para todas las variables estudiadas y representaciones gráficas, de barras y de segmentos, para aquellas variables cuyos datos se consideran de interés, en aras de obtener una visión rápida y precisa de los mismos.

Para los datos relativos a la valoración y posicionamiento de los sujetos y agentes implicados en el proceso PAI-FCAM, se empleó la técnica de la entrevista semi-estructurada, y como Guión, una batería de preguntas predeterminadas, relativas a las variables de interés (Ver anexos n^{os} 3 y 4). Una entrevista es concebida como una reunión concertada con motivo de que tenga lugar un intercambio de información entre el entrevistador y las personas entrevistadas, por medio de un sistema de preguntas y respuestas que se erijan en la construcción conjunta de significados concernientes a un determinado tema (Vargas Jiménez, 2011). Sin embargo, las preguntas no se encuentran predeterminadas en su totalidad, por lo que el entrevistador y el entrevistado tienen libertad en la comunicación: el primero, para introducir preguntas adicionales en aras de obtener una mayor cantidad de información al respecto y segundo para aportar contenidos que no hayan sido tratados y considere de interés (Martínez-Mediano y Galán, 2004).

Para obtener datos relativos a la valoración y posicionamiento de los directivos y trabajadores sociales de los servicios sociosanitarios, se ha empleado, para la recogida de datos, la técnica de Encuesta con el instrumento Cuestionario (Ver anexo n^o 5); siendo la estrategia de aplicación el Cuestionario auto-cumplimentado; para su clasificación se ha trabajado con el software de administración de encuestas de Google Docs Editors, denominado Formularios de Google (*Google Forms*).

III. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO: FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL DE LEÓN (PAI.FCAM)

Conforme a la narrativa expuesta por la Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas (2023), una fractura de cadera se trata de una lesión grave, que acarrea complicaciones que pueden poner en riesgo la vida, incrementándose dicho riesgo conforme al avance de la edad en la persona, con motivo de que los huesos tienden a debilitarse a raíz de la osteoporosis.

Para abordar el trabajo social realizado durante el tratamiento de esta fractura en el Hospital de León, se evidencian aspectos como la caracterización y la prevalencia de la patología en cuestión, se describe la atención genérica dispensada a nivel hospitalario a través de protocolos asistenciales integrados, para llegar al Proceso Asistencial Integrado: Fractura de cadera en el adulto mayor (PAI.FCAM) y una vez descrito, situar su labor a lo largo de los 8 años de funcionamiento.

III.1. LA FRACTURA DE CADERA. CARACTERIZACIÓN Y PREVALENCIA

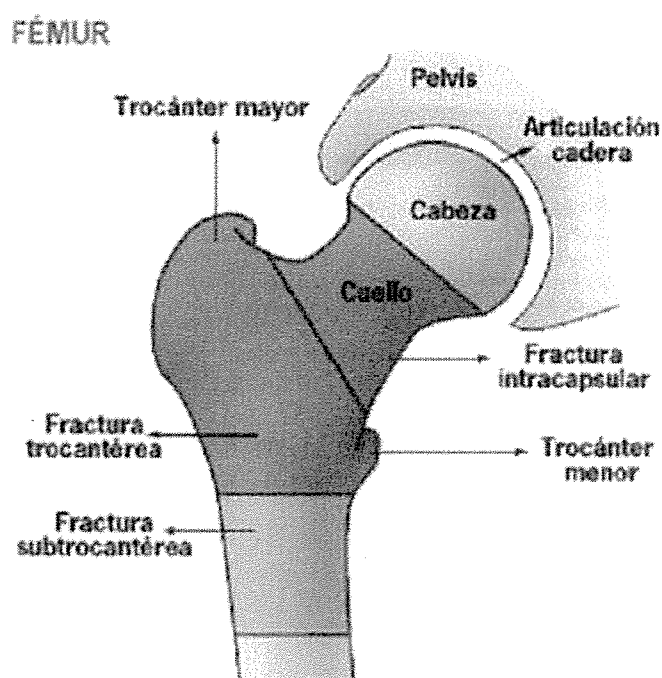
La fractura de cadera es definida como la solución de continuidad de alguna de las partes que la constituyen (Ramírez Serrano et ál., 2021). De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar a la cabeza femoral (fractura capital), al cuello del fémur (fractura del cuello), a los trocánteres (fracturas intertrocantéreas o pertrocantéreas), al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (fracturas subtrocantéreas) y al trocánter mayor o al trocánter menor (fracturas aisladas de los trocánteres) (Saludlandia.com, 2007).

Si bien, el conocimiento de la fractura de cadera en su aspecto clínico trasciende el objeto de estudio del presente trabajo y las competencias del trabajador social, se considera de interés realizar un pequeño acercamiento a la terminología

empleada por la medicina, en tanto el trabajador social puede participar de reuniones, así como leer documentos, en que tales expresiones y conceptos se emplean. Se muestra seguidamente una figura en la que se reflejan la cadera y los diferentes tipos de rotura.

FRACTURA DE CADERA

Fig. nº 1



Fuente: Peralta Vargas (2013)

Los síntomas de una fractura de cadera son los siguientes: Incapacidad para caminar o levantarse tras una caída; Dolor intenso en la cadera o la ingle; Incapacidad para cargar peso sobre la pierna del lado de la cadera lesionada; Hematomas e hinchazón en la zona de la cadera y alrededor de ella; Acortamiento de la pierna del lado de la cadera lesionada; Rotación exterior de la pierna del lado de la cadera lesionada (Kearns, 2021).

La fractura de cadera afecta a un segmento de la población de edad muy avanzada. Su prevalencia ha ido en aumento en los últimos años y se prevé que siga

aumentando durante las próximas décadas, siendo actualmente un problema de salud pública de importante magnitud tanto por su frecuencia, como por su alto riesgo y elevado coste. Las consecuencias, desde el punto de vista económico, son muy cuantiosas; los costes directos de atención de una fractura de cadera en España varían entre 3.500 y 5.200 euros, según hospitales, sin contar los gastos indirectos que representan facturas adicionales como las de cuidadores, residencias y rehabilitación. En España se producen aproximadamente 36.000 fracturas de cadera al año en pacientes con edad ≥ 65 años (90,5% del total de fracturas de cadera). Hasta la fecha, se han llevado a cabo pocos estudios sobre el coste y la carga social y económica de las fracturas de cadera en países europeos (Bartra, et ál., 2018). Un estudio publicado en 2018 muestra una prolongación de 1,8 días en la estancia hospitalaria por cada día de retraso en la cirugía de cadera (Bartra, et ál., 2018).

La fractura de cadera es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en personas mayores, con una alta incidencia a nivel nacional y una significativa repercusión para la sociedad. Esta fractura comporta un riesgo de complicaciones tanto durante la intervención quirúrgica, como a lo largo de la estancia en el hospital (Romeo Velilla et ál., 2022).

La incidencia anual de fractura de cadera entre personas mayores de 65 años es de 646/100.000 habitantes y su frecuencia va en aumento a causa del envejecimiento poblacional (Benchimol, et ál., 2020). En la Comunidad Europea se estimaba en 1998, un aumento del 135% de fracturas de cadera para los próximos 50 años, y para 2050 se esperan, más de 6 millones de fracturas de cadera en el mundo y más de 1 millón en Europa. En 2021, el Informe Scope (Gómez Polledo, 2022) indicaba que, en todos los países de la Unión Europea, la probabilidad de fractura de cadera a lo largo de la vida para las mujeres mayores de 50 años fue del 15 %. Según señala García Navarro (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2022) el número de fracturas por fragilidad crecerá aproximadamente un 30% entre 2019 y 2034. Asimismo, las fracturas de cadera y columna vertebral en adultos mayores son una causa importante de morbilidad y mortalidad (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2022).

Incidencia y prospección de fracturas de cadera (Comunidad Europea)

Tabla nº 6

AÑO	Nº FRACTURAS
1998 (Incidencia)	414.000
2050 (Prospección)	972.000

Fuente: Informe Osteoporosis Comunidad Europea (1999)

Según el último informe europeo de la Fundación Internacional de la Osteoporosis (Scope 21), en España se han producido 289.000 fracturas por fragilidad en 2019, el equivalente a 33 fracturas por día y que, en 2021, 1.117.000 mujeres se encontraban sin tratamiento en España (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2022).

El 90% de las fracturas de cadera (FC) ocurren en mayores de 64 años (Benchimol, et ál., 2020). En España, en 2020, la incidencia de la fractura de cadera se situaba en siete casos por cada 1.000 habitantes (700/100.000) mayores de 65 años. Se prevé que un 50% de mujeres y un 20% de hombres mayores de 50 años, sufrirá alguna fractura a lo largo de su vida. La incidencia de la fractura de cadera requiere siempre de hospitalización y cirugía y, en fase aguda, tiene una mortalidad del 8% en España (Torregrosa Suau-Geriatricarea, 2020). Aunque los varones están menos expuestos a ella, si padecen esta patología lo hacen generalmente de forma más grave (Geriatricarea, 2020). La fractura de cadera es capaz por sí sola de disminuir la esperanza de vida en casi dos años, y uno de cada cinco pacientes que la sufre requerirá asistencia sociosanitaria permanente (Fernández-García et ál., 2015).

III.2. LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LA FRACTURA DE CADERA MEDIANTE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (PAI)

Siguiendo las aportaciones de la *Guía de ortogeriatría* publicada por la Societat catalana de geriatria i gerontologia (Grupo de trabajo de ortogeriatría de la SCGIG,

2021), se señala la importancia de diferentes factores, en la atención hospitalaria de la fractura de cadera al adulto mayor, entre otros: a) la colaboración entre las especialidades traumatología y geriatría, b) la continuidad de los cuidados, hospitalarios y extrahospitalarios y, c) la realización de interconsultas con los diferentes especialistas implicados en la atención postoperatoria, entre los cuales se encuentra el trabajador social.

La colaboración entre traumatología y geriatría se inició en los años 60 cuando en el Reino Unido comenzaron a trabajar en equipo un cirujano ortopédico y un geriatra. Es el conocido como “Modelo de Hastings”. Los pacientes más complejos, clínica o funcionalmente, se derivaron una semana después de la cirugía a una unidad donde se procuró atención geriátrica y de rehabilitación en una fase subaguda, durante unas cinco semanas. Este modelo constituiría la base del modelo actual de las unidades de media estancia (o convalecencia) geriátricas. En líneas generales, se trataba de pacientes “intermedios”, es decir, sin recuperación rápida, pero candidatos a una recuperación funcional completa. Durante el tratamiento se realizaba un pase de visita semanal conjunto que incluía un geriatra, un ortopedista, una enfermera, un fisioterapeuta y una trabajadora social (Montero Sáez y Casanova Querol, 2021).

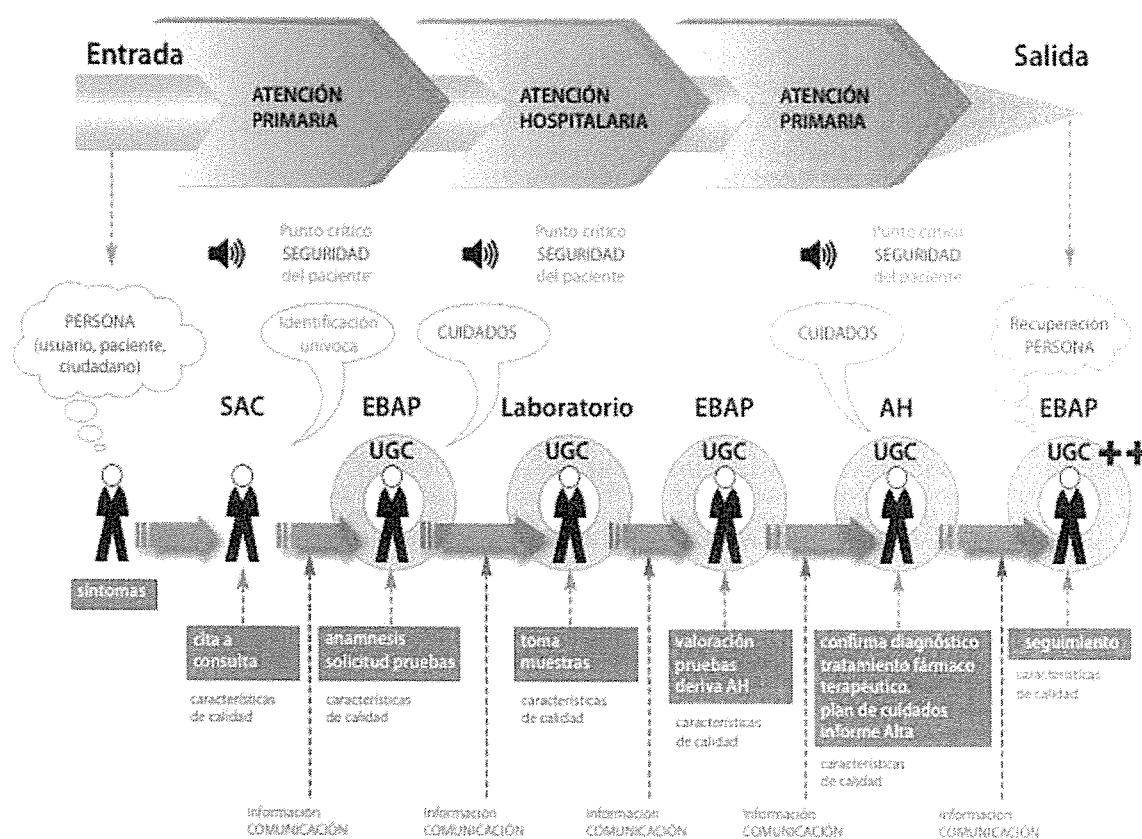
Con el paso de los años se han establecido diferentes modelos de atención ortogeriátrica para fomentar la colaboración multidisciplinar, se han denominado *Unidades ortogeriátricas* o *Unidades ortopédicas geriátricas*. Además del diferente grado de intensidad en la atención geriátrica, cada modelo aborda de forma distinta la continuidad de los cuidados. Estos pacientes experimentan frecuentemente múltiples transferencias entre niveles asistenciales durante su asistencia: desde el hospital a unidades de rehabilitación y desde estas al domicilio, aparte de reingresos (Montero Sáez y Casanova Querol, 2021).

La asistencia al paciente mayor con fractura de cadera presenta una primera fase en los hospitales de agudos, que debe continuar en una segunda fase de recuperación y rehabilitación, en el mismo centro o transferirse a otros dispositivos asistenciales. En España, los principios y la práctica de la actividad ortogeriátrica en pacientes subagudos se han llevado a cabo en las unidades de media estancia (de convalecencia o de recuperación funcional) (Aguilar García et ál., 2014). La consecución de un proceso íntegro se posibilita por medio de la creación de unidades específicas en las que participen diversos profesionales que aseguren lo esencial para la tipología de pacientes atendidos. Al respecto, la gestión por procesos asistenciales integrados (PAI) constituye una herramienta para la mejora de la calidad asistencial (Pérez Verdún, et ál., 2012).

La descripción general de un PAI se realiza siguiendo el recorrido de la persona a lo largo de todas las fases de su proceso de atención. Representar gráficamente un PAI, mediante la utilización del diagrama de flujos, permite visualizar *quién* y *dónde* se realiza la acción, *qué* acción se realiza y el *cómo*, características de calidad. Su representación gráfica estará determinada por el tipo de PAI concreto de que se trate, la dinámica y experiencia del equipo de profesionales que lo acomete, así como las características específicas del entorno donde se realice (Álvarez Benito, et ál., 2009).

DESCRIPCIÓN GENERAL DE UN PAI

Gráfico nº 3



Fuente: Álvarez Benito, et ál. (2009)

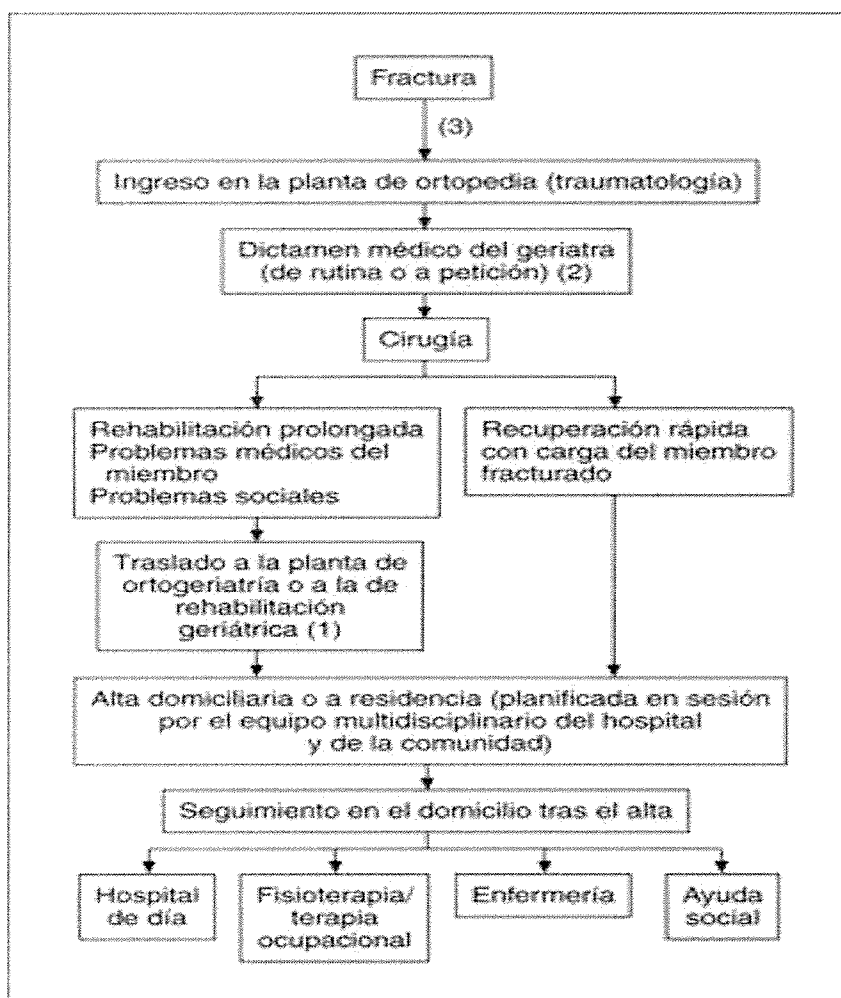
Los intentos por mejorar la atención a los pacientes con fractura de cadera han sido numerosos y se han creado multitud de procesos, tanto asistenciales, como quirúrgicos. Su aplicación en la población diana tiene efectos beneficiosos sobre la mortalidad (precoz y tardía), la evolución médica (complicaciones y estancias

hospitalarias) y la funcionalidad (deambulaci3n) gracias a una atenci3n multidisciplinaria para optimizar el estado general y realizar una cirug3a precoz en los casos en los que es posible (Gonz3lez Fern3ndez, 2017).

Se presenta un diagrama temporal tipo, del proceso de tratamiento del paciente geri3trico con fractura de cadera, desde que llega al servicio de urgencias, hasta que regresa a su domicilio.

Modelo operativo (Flujograma) de manejo combinado de las fracturas de cadera entre los servicios de ortopedia y geriatria

Gr3fico n3 4



Fuente: Gonz3lez Montalvo et 3l. (2008)

III.3. EL PAI.FCAM EN EL HOSPITAL DE LEÓN

Sobre la base de la realidad del ingreso y la asistencia procurada a los pacientes con fracturas de cadera que son atendidos dentro del Área Sanitaria de León, los profesionales integrados en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del CAULE, pusieron en marcha el lanzamiento de una propuesta de implantación, que posteriormente se aprobaría, constituyendo el modelo de trabajo de la Unidad de cadera, vigente hasta el momento actual (Fernández Ampudia et ál., 2014). En aras de posibilitar la comprensión de su esencialidad para el funcionamiento del Servicio, así como la importancia de la intervención del trabajador social para el éxito del cierre del círculo del proceso rehabilitador en el paciente, se realiza una breve descripción del PAI.FCAM: sus antecedentes o situación de partida, sus límites y valores, junto a la caracterización de cada uno de los Subprocesos: Admisión, Diagnóstico, Tratamiento y Alta Hospitalaria; finalizando con la especificación de los elementos básicos del correspondiente Seguimiento *post* alta. En cada subproceso, se detalla la actividad a desarrollar por parte de los profesionales competentes.

Los documentos analizados para estudiar el PAI.FCAM y elaborar el siguiente apartado, presentados por fecha de elaboración, fueron los siguientes: a) Proceso Fractura de Cadera (Propuesta de implantación del Proceso de Fractura de Cadera en el Complejo Asistencial Universitario de León; b) Proceso Asistencial Integrado: Fractura de Cadera en el Adulto Mayor y c) Subproceso de la Trabajadora Social dentro del Protocolo de pacientes con Fractura de Cadera, redactados todos ellos en 2014. La metodología empleada para el estudio se describe detalladamente en el Capítulo II.

III.3.1 SITUACIÓN DE PARTIDA

Para profundizar en los pasos a seguir durante el inicio del Proceso, se detallan, por un lado, el diagnóstico de la patología y la razón de ser de su concurrencia. Mientras que, por otro lado, se pormenorizan los agentes implicados en el mismo, así como los pacientes-usuarios que son más susceptibles de padecerlas.

III.3.1.1. El diagnóstico y la razón de ser

La limitación de los recursos existentes en los sistemas sanitarios impone el establecimiento de prioridades en torno a la asistencia sanitaria. Una de las técnicas utilizadas para priorizar actividades es la del coste-utilidad, fundamentada en la cantidad y en la calidad de vida ganada. Sin embargo, el trato imparcial y anónimo no refleja adecuadamente los criterios sobre la justicia en la distribución de los recursos, por lo que se incorporan juicios de valor redistributivos. Al respecto, los planes para distribuir los recursos sanitarios deben prestar una atención especial a los pacientes susceptibles de atención preferente. En este contexto se enmarcan las fracturas de cadera osteoporóticas.

El planteamiento realizado por los profesionales implicados en la redacción del PAI.FCAM, como argumentos diagnósticos que justificaban el mismo, señalaba:

La Comunidad Autónoma de Castilla y León cuenta actualmente con más de dos millones y medio de población, con el 40% (más de 1 millón) de más de 50 años. Tomando en consideración que la frecuencia de la osteoporosis aumenta con la edad y que su incidencia es mayor en las mujeres; los riesgos de fractura en mujeres mayores de 50 años (del 32% para el raquis, del 16% para la cadera, del 15% para la muñeca y cifras similares para otras fracturas osteoporóticas); y la esperanza de vida en las mujeres de la Comunidad, que es de 84 años, en 34 años (los que van de 50 a 84), en el más de medio millón de dichas mujeres con 50 ó más años se producirán más de 85.000 fracturas de cadera". "Extrapolando estos datos al Área Sanitaria de León, sobre la base de las experiencias previas relativas al número de pacientes derivados anualmente a centros concertados y los tratados en nuestro Servicio, se estima la recepción de un total de 500-600 pacientes con fracturas de cadera osteoporóticas anualmente, de acuerdo con las características demográficas propias de la región, como la dispersión, el envejecimiento poblacional" (PAI.FCAM, 2015).

La fundamentación o razón de ser del Programa, indica la importancia de crear unidades específicas con un enfoque multidisciplinar:

La forma de integrar este manejo se consigue por medio de la creación de unidades específicas en las que participen diferentes profesionales comprometidos, asegurando un tratamiento precoz en aras de obtener un mejor resultado en términos médicos y socioeconómicos (PAI.FCAM, 2015).

Se presenta así, en 2014, una propuesta de gestión de estos pacientes en forma de proceso operativo para una asistencia eficaz y eficiente que repercuta lo menos posible en el funcionamiento del Servicio. Desde el punto de vista metodológico, las entradas son todos los pacientes con fracturas osteoporóticas de cadera del área sanitaria de León y las salidas, las que se producen por la asistencia especializada sin complicaciones o por el fallecimiento del paciente.

III.3.1.2. Los agentes involucrados y los pacientes-usuarios potenciales

El manejo de los pacientes con fracturas osteoporóticas, habitualmente personas con diversidad de comorbilidades, es de tipo multidisciplinar.

a) *Los facultativos y otro personal del Hospital:* el responsable del Proceso es el especialista en cirugía ortopédica y traumatología. Asimismo, se encuentran involucrados otros facultativos de atención especializada: en cirugía ortopédica y traumatología, geriatría, urgencia hospitalaria, anestesia y reanimación, rehabilitación, hematología, farmacia, análisis clínicos, radiodiagnóstico; así como: enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas y trabajadoras sociales; junto al personal administrativo y celadores.

b) *Los profesionales en el ámbito extrahospitalario:* facultativos y enfermeras de Atención Primaria.

c) *Los pacientes-usuarios:* En terminología médica-hospitalaria, para hacer referencia a las personas atendidas, se habla de límites de entrada, marginales y salida. Por lo que interesa al hablar de los sujetos destinatarios potenciales⁷, los límites de entrada se especifican, por una parte, en torno a aquellas personas mayores de 75 años que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario presentando síntomas compatibles con una fractura de cadera: dolor; impotencia funcional; deformidad con acortamiento y rotación externa; diagnóstico por medio de una imagen que muestre la existencia de una fractura de cadera. Por otra parte, se concretan en torno a aquellos pacientes mayores de 65 años que ostenten comorbilidad y acudan al Servicio de Urgencias Hospitalario presentando síntomas compatibles con una fractura de cadera. Como límites marginales se establecen la fractura de cadera en aquellas personas con una edad inferior a 65 años, los pacientes politraumatizados, la fractura sobre implante, ya sea osteosíntesis o prótesis, y la fractura de cadera metastásica.

⁷ Como límites finales se concreta la recuperación funcional de la persona, tomando como fundamento la capacidad funcional que ostentaba previamente a la concurrencia de la fractura, así como el exitus.

III.3.1.3. Concepto, valores, objetivos

Es importante iniciar la descripción del proceso, haciendo mención a los elementos que lo caracterizan: concepto, valores y objetivos. Fernández Ampudia et ál. (2014) definen el PAI Fractura de cadera en el adulto mayor, como el “Conjunto de actuaciones multidisciplinares, diagnósticas, terapéuticas y de cuidados, dirigidas a pacientes mayores de 75 años con sospecha de fractura de extremo proximal de fémur o fractura de cadera, orientadas a la recuperación integral de la persona y a la prevención de riesgos potenciales”.

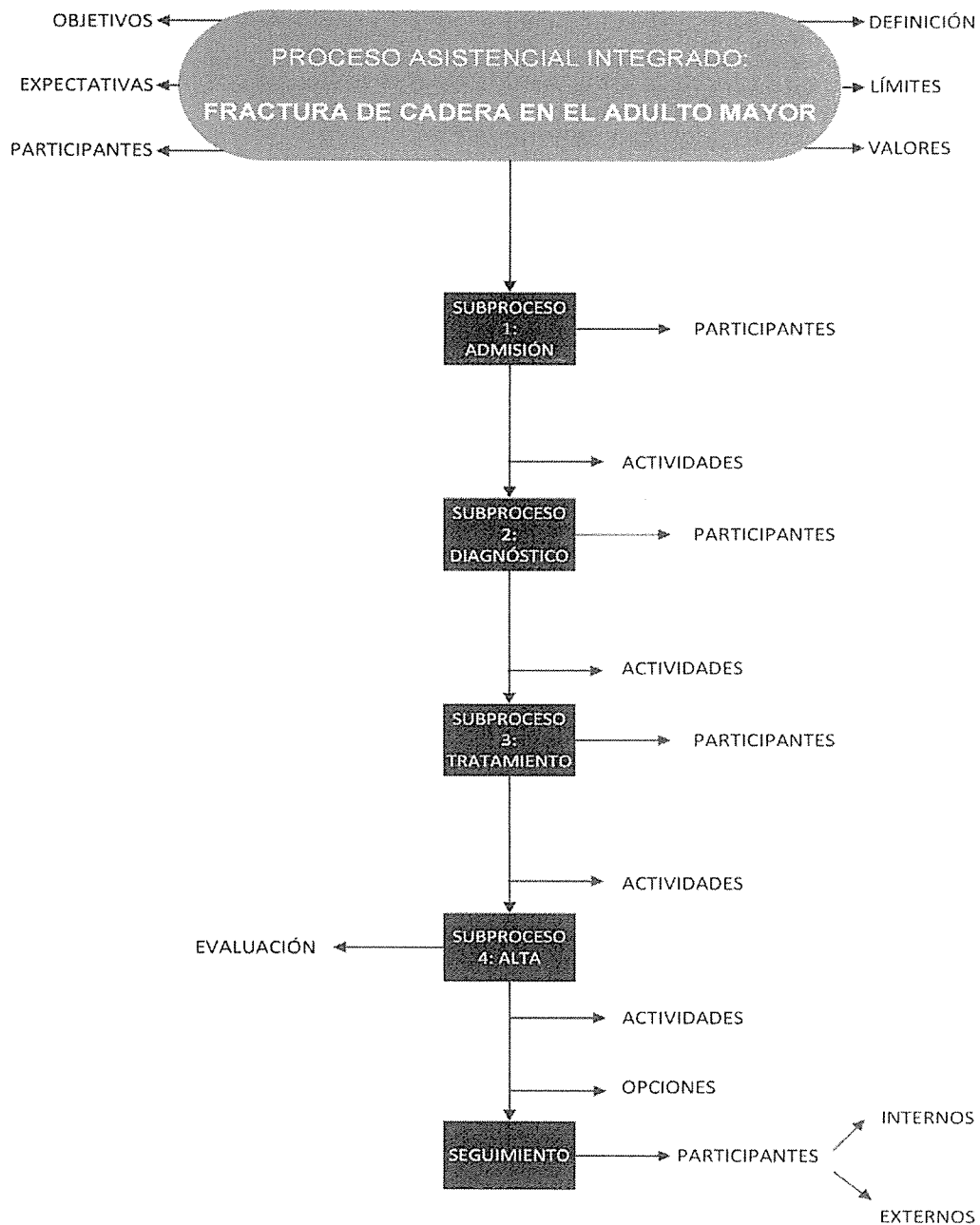
El Proceso se desarrolla conforme a valores, entre los que se engloban: atención centrada en las necesidades de los pacientes-usuarios y fundamentada en la evidencia; integración y continuidad de los cuidados; autonomía del paciente; equidad; eficiencia y calidad y seguridad en la práctica clínica. Como objetivo general se enmarca el tratamiento rápido e integral, tanto eficaz, como eficientemente, de la totalidad de fracturas osteoporóticas de cadera dentro del Área Sanitaria de León, en el Hospital Universitario. Se pretende al respecto disminuir la morbilidad asociada a la fractura de cadera, en aras de establecer una reducción del deterioro de la capacidad funcional y una mejora en la calidad de vida de esta tipología de pacientes.

III.3.2. EL PROCESO

Como ya se ha señalado, el PAI-FCAM se estructura en cuatro subprocesos: Admisión, Diagnóstico, Tratamiento y Alta Hospitalaria. Se describen las características de cada uno de ellos, atendiendo principalmente a los aspectos relativos a su concurrencia temporal y las actividades a desarrollar en cada una de ellas, tomando en consideración que, los Subprocesos, tienen un planteamiento temporal lineal, tanto en su descripción formal como en la práctica.

**FLUJOGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO.
FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR - HOSPITAL DE LEÓN**

Gráfico nº 5



Fuente: elaboración propia a partir de Fernández Ampudia et ál. (2014)

Interesa la presentación de los aspectos más generales de cada Subproceso del PAI.FCAM, en aras de reflejar y comprender, en un momento posterior, la actuación de las trabajadoras sociales en cada uno de ellos. En los subprocesos, se ven implicados los profesionales descritos *supra*, si bien en algunos se requiere la concurrencia de profesionales de servicios generales no adscritos con exclusividad al PAI.FCAM, como son: anestesista, técnico de Rayos X y técnico de Laboratorio. En el texto se señalan en negrita aquellos momentos en los que aparece o puede requerirse, la presencia de las trabajadoras sociales.

III.3.2.1. Subproceso Admisión

La entrada en la cadena asistencial se efectúa por medio del Servicio de Urgencias, a partir de otros servicios sanitarios o desde otros hospitales en el caso de aquellos pacientes que residan en el Área Sanitaria de León, donde reciben atención asistencial y administrativa inmediata. La fase prequirúrgica hace referencia al periodo comprendido desde el ingreso del paciente procedente del Servicio de Urgencias Hospitalario en la planta correspondiente, hasta que se lleva a efecto la intervención quirúrgica. Esta fase requiere la dispensación de cuidados por parte de un grupo multidisciplinar, que tome en consideración los aspectos quirúrgicos y no quirúrgicos del paciente.

Las actividades generales realizadas por los profesionales competentes son las siguientes:

- Recepción del paciente en la entrada del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- Realización del triaje: recepción y acogida del paciente, registro del nivel de gravedad y la ubicación adjudicada.
- Guiar a los familiares y/o cuidadores respecto a la ubicación del Servicio de Admisión.
- Recogida de los datos relativos a la filiación.
- Apertura del episodio en el Servicio de Urgencias Hospitalario.
- Dispensación de la atención sanitaria requerida dentro del Área de Traumatología del Servicio de Urgencia Hospitalaria, en la cual se incluye: Espera controlada conforme al nivel de triaje; Cuidados personales de enfermería; Elaboración de la Historia Clínica con una adecuada exploración física y ortopédica; Tramitación de la solicitud de pruebas de imagen; y Dispensación de información al paciente y/o a la familia.
- Interconsulta entre Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología con Urgencias Hospitalarias, Cirugía Ortopédica y Traumatología, en la cual se aborda el establecimiento de indicaciones quirúrgicas y la información a familiares. Se produce la respuesta a la interconsulta, donde se especifica

tanto la hora, como la decisión terapéutica, el ingreso del paciente y traslado al quirófano/planta de hospitalización.

- Se efectúa el preoperatorio en el Servicio de Urgencia Hospitalaria en aquellos casos que requieran de una intervención de carácter urgente, mientras que, cuando se trate de una intervención programada, el preoperatorio tendrá lugar en la planta de hospitalización.

III.3.2.2. Subproceso Diagnóstico

Tal y como afirma el Diccionario Panhispánico del Español Jurídico (2023), el diagnóstico es un término que concierne a la *"Identificación de la existencia o no de una enfermedad a partir de los síntomas clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso necesario, de estudios de diagnóstico y tratamiento."*

El diagnóstico de una fractura de cadera es relativamente sencillo, dado que la historia clínica sirve de guía y el estudio radiográfico lo ratifica. Al igual que en toda fractura, la movilidad activa y pasiva del miembro fracturado resulta muy dolorosa. Así pues, el examen clínico concluye efectuando una exploración completa que evalúe el estado general del paciente. Seguidamente, se indican las actividades generales indicadas en el Proceso, para llegar al diagnóstico:

- Solicitud del preoperatorio.
- Interpretación de radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiograma.
- Interconsulta a Anestesiología.
- Dispensación de información al paciente y/o a la familia (proporcionando un consentimiento informado para su firma posterior), en lo que respecta a la vía clínica y la fecha del Alta Hospitalaria.
- Programación de la intervención quirúrgica urgente/diferida.
- Valoración preanestésica del paciente.
- Preparación del paciente para la intervención quirúrgica.
- Acondicionamiento del instrumental e implante relativos a la operación quirúrgica.
- Valoración ortogeriátrica.
- **Valoración social.**

Una vez valorado el estado médico, mental y social, así como su capacidad funcional, el paciente es preparado para ser intervenido quirúrgicamente.

III.3.2.3. Subproceso Tratamiento

La fase quirúrgica es aquella que comprende el procedimiento anestésico, la cirugía y la posterior revisión anestésica del paciente, mientras que la fase postquirúrgica engloba el tratamiento y el cuidado recibido por el paciente una vez que ha sido intervenido, prolongándose hasta el momento del Alta Hospitalaria.

Respecto a la fase quirúrgica, generalmente tiende a admitirse una demora de entre 24 y 48 horas, dado que, un periodo temporal más largo genera un mayor número de complicaciones, entre las que se incluyen la mortalidad, dolor, prolongación de la estancia hospitalaria y peores resultados a nivel funcional. El objetivo fundamental del tratamiento de las fracturas osteoporóticas de cadera es la movilización precoz del paciente, así como la **reinserción inmediata en su medio habitual**, en aras de evitar las situaciones de encamamiento y hospitalización prolongadas, que traen consigo una lenta degradación del estado general y psíquico.

En la fase postquirúrgica, se señalan las siguientes acciones profesionales:

- Visita traumatológica diaria
- Visita geriátrica diaria
- Dispensación de los cuidados diarios de enfermería
- Tareas de fisioterapia, de desencamamiento del paciente y ayuda a la deambulación
- **Atención al paciente en lo que respecta a sus problemáticas sociales**
- Tras la intervención se inicia el programa de rehabilitación, con movilización e, idealmente, carga precoz del miembro intervenido, tomando en consideración que, el paciente recibirá el Alta Hospitalaria en pocos días. En el supuesto de que el paciente hubiera presentado dos fracturas osteoporóticas consecutivas, a sendas caídas se insistiría en **adecuar el domicilio o lugar de residencia habitual en aras de prevenir nuevas caídas**.

III.3.2.4. Subproceso Alta Hospitalaria

Los profesionales que intervienen en el Alta Hospitalaria desempeñan las actividades generales que se le atribuyen:

- Complimentación del informe de alta
- Establecimiento de medidas farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a la prevención de nuevas fracturas
- Prescripción terapéutica y de órtesis
- **Dispensación de la atención social**
- Concertación de citas en consultas externas

- Emisión administrativa del informe médico de Alta Hospitalaria
- Traslado sanitario

III.3.2.5. El Seguimiento

El seguimiento del paciente-usuario dado de Alta Hospitalaria (aquí cobra sentido la expresión alta sanitaria, señalada *supra*) supone el desempeño de las siguientes actividades:

- Revisiones al paciente en la consulta externa de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Revisiones al paciente en la consulta externa de Orto geriatria cuando proceda
- Proporcionamiento de instrucciones fisioterapéuticas
- **Atención al paciente en lo que respecta a sus problemas sociales**
- Radiografía de control (rayos X), en el mes posterior a la concurrencia de la cirugía
- Seguimiento tras el Alta Hospitalaria, por parte del médico de Atención Primaria
- Realización de curas, ajustes del tratamiento y retirada de las grapas fijadas en la intervención, por parte del personal de enfermería de Atención Primaria.

III.4. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PAI.FCAM

El estudio de la funcionalidad posterior a la fractura de cadera suscita un gran interés por su impacto en los programas de atención, sanitarios y sociales. Todo ello ha añadido a los clásicos objetivos de la cirugía en la fractura de cadera (reducción de la mortalidad, consecución de una posición funcional del hueso y prevención de la necrosis avascular) nuevos objetivos más ambiciosos, como son: el retorno del paciente a su estado de deambulacion previa lo más pronto posible y el regreso al entorno social en que se encontraba antes del episodio (Alarcón y González-Montalvo, 2010).

Los conflictos en torno a las soledades de las personas mayores en situación de dependencia hospitalizadas, no sólo pasan por las implicaciones personales en términos fenomenológicos y de desamparo sentido y vivido, sino también por la

brecha existente a la hora de planificar el Alta Hospitalaria de aquellos pacientes que se encuentran en situación de dependencia y no cuentan con una familia que pueda prestar cuidados, en muchas ocasiones con impedimentos de clase para acceder al mercado de servicios, en medio de un contexto marcado por la devaluación de los cuidados (Casas-Martí, 2023).

En 2021, la Sociedad catalana de ortogeriatría, recuerda la importancia de la presencia de los trabajadores sociales en la asistencia al paciente geriátrico con fractura de cadera, cuando señala que, sean cuales sean los protocolos hospitalarios de cada centro, en el momento en del ingreso del paciente, se han de realizar las interconsultas pertinentes a los diferentes especialistas implicados en la atención postoperatoria precoz (Rehabilitación, Trabajo Social, Nutrición, etc.) (Pacho, Casanova y Broggi, 2021).

La participación del trabajador social se encuentra integrada en el desarrollo del PAI.FCAM y reconocida su esencialidad por medio del establecimiento de su intervención en cada Subproceso. De este modo, en el presente apartado se hace referencia a la posición que ocupa en cada subproceso que compone el PAI, a través de un recorrido que aborda su papel tanto en la planificación del proceso, como en su implementación. En estos momentos, son dos las trabajadoras sociales adscritas al PAI.FCAM: una con una experiencia de 15 años y otra de dos; de las cuales solo la primera participó en su planificación, viviendo la transición de trabajar a demanda a trabajar con Proceso, e incorporándose de forma natural al equipo de trabajo que se constituye.

“Cuando se crea la posibilidad de hacer este protocolo, yo ya estaba interviniendo, sí. Antes del inicio del protocolo yo ya trabajaba en la unidad y se trabajaba como en cualquier otro servicio, a demanda y ya está.” “La participación en la elaboración del protocolo fue activa, al final, lo que hicimos es que, cada profesional aportamos lo que nosotros considerábamos que era necesario incluir en el protocolo, para que fuera una atención integral del paciente con fractura de cadera.” (TS1)

El apartado se desarrolla íntegramente, por medio de la información obtenida con la metodología y las fuentes descritas en los epígrafes: II.1.1. Respecto a los pacientes-usuarios; II.1.2. Respecto a los agentes implicados en el proceso PAI-FCAM; III. 3.1.1. Para los datos relativos al proceso PAI-FCAM y II.2.2. Para los datos relativos a los pacientes-usuarios.

III.4.1. LA INTERVENCIÓN EN LAS FASES DEL PROCESO

Se describe a continuación la implementación del Proceso, especificando, entre otros aspectos: las actividades llevadas a cabo, las situaciones atendidas, el trabajo en equipo y la comunicación interprofesional, los servicios proporcionados y los recursos empleados. Incorporando finalmente, la posición y valoración respecto al proceso.

Es importante recordar aquí lo señalado por Colom Masfret (2015), cuando afirma que el trabajo social sanitario se desempeña siguiendo el método científico desde teorías del trabajo social, que supone:

A) *Valoración, Información, Orientación y Asesoramiento*, dado que, la asistencia integral del sistema sanitario conlleva la ejecución de las acciones para el adecuado conocimiento y acceso de los ciudadanos a la totalidad de recursos existentes en la comunidad. El objetivo de esta actuación consiste en procurar los canales de acceso a la información e identificar los recursos que no son conocidos, estando dirigido a la totalidad de pacientes del Hospital. Las actividades realizadas al respecto son la primera visita y entrevistas al paciente y/o familiares, facilitar información sobre los derechos, deberes y recursos sociosanitarios, así como movilizar y promocionar los recursos humanos y materiales existentes.

B) *Diagnóstico y Tratamiento Social*, con arreglo a conocer la situación socio familiar en la que se encuentra el paciente con dificultades derivadas de la problemática de salud, a fin de identificar y definir los problemas e incorporar el diagnóstico social en la historia clínica para completar el tratamiento, estando dirigido a la totalidad de pacientes del Hospital. Las actividades vinculadas a ello son las visitas e interconsultas a profesionales que participen en el tratamiento y puedan complementar el diagnóstico y/o tratamiento social, las entrevistas a familias, pacientes y redes sociales para la exploración social, la correlación de la información obtenida para la elaboración del diagnóstico, la observación directa del paciente y análisis de la documentación aportada, la valoración de las áreas de necesidad e identificación del sistema de apoyo social, además de la confección del informe social en el que se vea reflejado tanto el diagnóstico, como el tratamiento.

C) *Soporte Psicosocial*. Situaciones como la pérdida de la salud, la atención hospitalaria y el ingreso, resultan estresantes para el paciente y la familia, por lo que en ocasiones necesitan de un soporte y apoyo profesional, equilibrar las relaciones del núcleo de intervención y facilitar la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo asistencial. Acorde a ello, se llevan a cabo actividades como realizar las visitas y entrevistas sucesivas, determinar la posibilidad de intervención o derivación, demandar una interconsulta a otros profesionales para trabajar con el

equipo asistencial y coordinarse con otros niveles asistenciales. Este servicio está dirigido a aquellos pacientes y familiares que manifiesten expresamente o en los que se detecten síntomas externos de estrés.

D) *Tramitación de Acceso a Recursos*. En determinadas situaciones es necesario activar recursos sociales y comunitarios una vez establecida la necesidad y el tratamiento a seguir, lo que no requiere de la permanencia del paciente en el hospital, con motivo de garantizar la adecuada rehabilitación e integración del individuo en su entorno habitual o en otro centro. Este servicio conlleva la puesta en práctica de actividades como realizar entrevistas, informar y asesorar al paciente y a la familia en lo concerniente a las características de los recursos disponibles, obtener la documentación pertinente para la tramitación del recurso idóneo, gestión activa para actualizar la información relativa a trámites ya iniciados, confeccionar el informe social y/o derivar al paciente a un determinado recurso y mantener actualizada la información existente en la red de recursos, estando dirigido a aquellos pacientes que, conforme a su diagnóstico los precisen.

E) *Coordinación con Servicios y Programas Sociosanitarios*, puesto que, la actividad asistencial que tiene lugar en la atención especializada conlleva la necesaria existencia de canales comunicativos entre los diferentes servicios y niveles implicados, para ofrecer una atención integral e integrada de los pacientes en su ámbito territorial, dispensando los recursos sociosanitarios que más se adecúen a su situación. Ello conlleva la realización de actividades como la unificación de los objetivos terapéuticos, la puesta en común del diagnóstico y tratamiento social con otros profesionales y la coordinación con dispositivos y recursos sociales, estando dirigido a la totalidad de pacientes del hospital que se encuentren recibiendo un tratamiento social.

F) *Evaluación*. Sobre la base de ello, la Unidad de Trabajo Social sigue un determinado sistema de fijación de indicadores, formulados a modo de variables empleadas para efectuar la medición de los cambios producidos. Los indicadores básicos para la evaluación son, por un lado, de actividad, como el número de pacientes nuevos y antiguos atendidos en un determinado año, pudiendo calcularse por servicios o especialidades médicas, el número de entrevistas realizadas y el número de gestiones totales. Y, por otro lado, los indicadores dirigidos a evaluar los programas de intervención, como las demandas sociales que hace el paciente, las necesidades diagnosticadas y la adecuación del recurso respecto de la necesidad presentada.

El planteamiento de Colom se elabora a partir del denominado en Trabajo Social, Método Básico, cuya propuesta fue elaborada por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Católica de Santiago de Chile en 1969. La inquietud por la formulación de un método profesional tiene su origen en la preocupación de los profesionales por aportar a sus acciones mayor efectividad en relación directa con

el contexto social donde se ejerce la profesión, eliminando la visión parcial de la perspectiva: caso, grupo y comunidad. Este esfuerzo por abordar el conocimiento de la realidad social, desde una perspectiva diferente, permitió formular el Método básico, en el cual se distinguen cinco etapas del proceso: investigación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Estrada Ospina, 2011); entendiendo por método *“El conjunto de procedimientos ordenados que guían la acción profesional para conocer y transformar una realidad. A través de aproximaciones sucesivas, se logra un conocimiento cada vez mayor del objeto y una acción transformadora más eficaz”* (Eroles, 2005. 126).

Seguidamente se muestran los diferentes servicios dispensados desde la Unidad de Trabajo Social dentro del PAI-FCAM, tanto al paciente-usuario, como en el sistema.

SERVICIOS PRESTADOS

Tabla nº 7

Al paciente-usuario	Al sistema
<ul style="list-style-type: none"> - Información, orientación y asesoramiento - Clarificación de dudas y procesos - Soporte y apoyo psicosocial - Empoderamiento para el afrontamiento y la resolución de los conflictos - Mediación paciente-usuario y familiares, así como entre estos y el personal sanitario - Acompañamiento en el <i>continuum</i> social en la hospitalización - Organización de la atención del Voluntariado del CAULE , si procede - Gestión de trámites y del acceso a recursos sociales de cara al Alta Hospitalaria - Otros servicios de consultoría social y familiar - Seguimiento social al Alta Hospitalaria en los casos que lo requieran 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración social previa con los datos del ingreso y estudio del caso - Evaluación del funcionamiento social - Diagnóstico social sanitario - Tratamiento social - Planificación del Alta Hospitalaria - Informe social de Alta Hospitalaria - Elaboración de documentos necesarios en el tratamiento y derivación a otros dispositivos - Coordinación con los recursos sociales y sanitarios - Pauta del Programa de Voluntariado del CAULE orientado a la compañía durante la hospitalización, el apoyo en el inicio de la deambulacion de los pacientes en planta que se encuentran solos y el acompañamiento a consultas externas de traumatología una vez que reciben el alta - Optimizar la estancia hospitalaria, las prestaciones y los recursos del propio sistema

El trabajo realizado en cada Subproceso se presenta diferenciando el de atención directa con el usuario del relativo a la atención indirecta, consistente en las actividades necesarias para poder realizar adecuadamente la atención directa y alcanzar los objetivos previstos, en un proceso circular permanente durante la estancia del paciente-usuario en el hospital.

En todo momento, las trabajadoras sociales realizan:

- *Visitas y entrevistas al paciente en planta y/o familiares*
- *Encuentros en despacho con familiares de pacientes ingresados en planta de hospitalización*
- *Reuniones de coordinación con el personal sanitario pertinente*
- *Gestiones con otros organismos/centros y con los trabajadores sociales o profesionales de referencia implicados a nivel externo*

III.4.1.1. En el Subproceso Admisión (Presentación demanda)

El Trabajador Social tiene el primer contacto con el paciente, a través de la entrevista de acogida, que incluye una triple dimensión: como relación, como técnica y como proceso. A través de la misma se pretende cumplir con una serie de objetivos: - Escucha activa de la demanda. - Recabar información mínima imprescindible. - Comprobar si existe prioridad en la atención. - Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados. - Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico. - Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención. El profesional, al realizar la acogida debe efectuar un primer análisis de la demanda, así como de sus expectativas frente al tratamiento y el nivel de autonomía y empoderamiento (Bermejo Gutiérrez et ál., 2012).

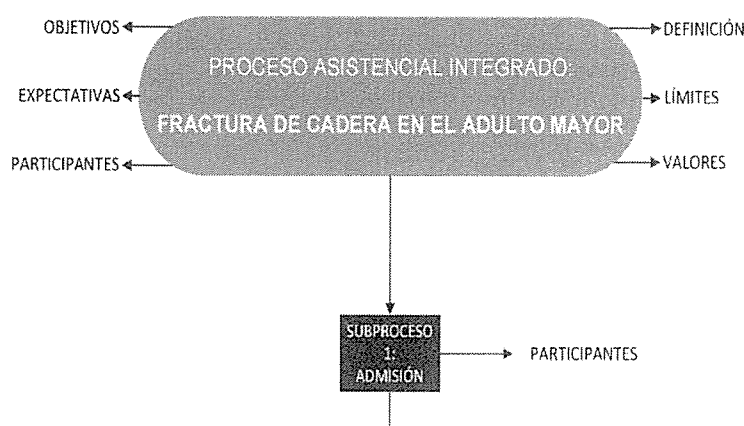
El punto de partida de la intervención se encuentra en la enfermedad de la persona, el diagnóstico y la vivencia que se tiene de ella. Contextualizar esto es muy importante para elaborar el diagnóstico social sanitario, puesto que, es en el entorno dónde se van a desarrollar los diferentes procesos de atención y apoyo. El profesional de trabajo social es el encargado de aunar la perspectiva sanitaria con la social: ver a la persona como un todo, y no como la suma de partes (Colom Masfret, 2010).

En el proceso de intervención de la trabajadora social, las demandas pueden provenir de diferentes sujetos. En aras de discernir cuáles de ellos las presentaban en mayor medida, así como de especificar la tipología de demanda social más

común, se abordan a continuación datos relativos a la procedencia de las demandas por parte de la figura que contacta con la trabajadora social.

**FLUJOGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO.
FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR - HOSPITAL DE LEÓN**

Gráfico nº 6



Al interesarnos por conocer qué profesionales comunican a las trabajadoras sociales una real o posible situación problema, las respuestas obtenidas, permiten situar en un primer lugar al personal de enfermería de la planta.

“Pues todos, sobre todo enfermería, traumatólogo, geriatra...” (TS1)

“Casi siempre ha sido la supervisora de la planta. A lo mejor algún trauma alguna vez, pero a mi es la supervisora normalmente.” (TS2)

En lo que respecta a las demandas que son presentadas por el paciente y/o los familiares, existe un predominio por parte de los hijos; en caso de que la persona no tenga hijos, la demanda social es efectuada por los sobrinos.

“Pues suelen ser hijos, pero también hay un porcentaje bastante elevado de sobrinos. Lo principal son esos, luego sí que puede ser a lo mejor una persona cuidadora o la pareja si es mayor. Pero bueno, yo creo que el porcentaje más elevado son hijos y sobrinos.” (TS1)

“Casi siempre hijos y en defecto de hijos, sobrinos. Yo creo que, de mujeres o cónyuge, yo pocas veces me he encontrado, aunque sí que alguna vez he tenido alguno, de caderas y recuerdo que el cónyuge es el que ha presentado la

necesidad. Pero vamos, yo te diría por orden hijo, sobrino, cónyuge y si no hay nadie, pues nadie claro, el propio paciente, la planta que te avisa porque no tiene soporte.” (TS2)

Según los datos registrados en los documentos profesionales de la Unidad de Trabajo Social, en lo referente a la figura que contacta con la trabajadora social, destacan, en primer lugar, los hijos de los pacientes ingresados en el centro hospitalario, con un 31,67%.

CONTACTADO POR/PRESENTACIÓN DE DEMANDA

Tabla nº 8

ITEMS	Nº	%
Hijo/a	57	31,67
Supervisora de enfermería de la planta	48	26,67
Geriatra	19	10,56
Sobrino/a	12	6,67
Personal de enfermería	7	3,89
Cónyuge	6	3,33
Hermano/a	5	2,78
Propio paciente	5	2,78
Nieto/a	4	2,22
Nuera	3	1,67
Trabajadora social de otro hospital	3	1,67
Amigo/a	2	1,11
Otros que no alcanzan el 1% respectivamente	9	5,04
TOTAL	180	100

La supervisora de enfermería de la planta es el mediador que, en porcentaje, sigue a los familiares, con un 26´67%; en tercer lugar, la geriatra con un 10´56% y en cuarto lugar los sobrinos, con un 6´67%.

Asimismo, el personal TCAE, ha expuesto la baja incidencia de realización de demandas sociales por parte de los miembros pertenecientes a su disciplina, destacando que, la iniciativa nace principalmente del personal de enfermería, sobre la base del desempeño profesional diario, dato coincidente con la especificación relativa a los auxiliares de enfermería de la planta en la documentación examinada, donde se sitúan dentro de las figuras de contacto con la trabajadora social que no alcanzan la representación del 1%:

“Yo creo que el que sabe o el que tiene conocimiento de que existe el servicio de trabajo social y el profesional adecuado para el tema social, igual ya ha tenido contacto con ellos, pero sí suele ser una mediación sobre todo por parte de las enfermeras, que son las que tienen más capacidad de decisión, más relación con el médico, porque yo aquí al final me dedico a asear, a ayudar a levantar a acostar, a facilitar un poco de confort, pero no tengo capacidad casi de llamar yo a la trabajadora social, porque lo hace la supervisora de planta o las enfermeras.”
(TCAE1)

Los datos relativos a las demandas recibidas por las trabajadoras sociales muestran que, un 59,44% solicitó apoyos de cara al Alta Hospitalaria, mientras que, un 40,56% demandó una valoración social. La situación social de los pacientes, comunicada a las trabajadoras sociales por las diferentes vías (profesionales, familiares o por el propio paciente) hablan de personas con redes de apoyo reducidas, para enfrentar las limitaciones que aparecen una vez operados.

“Casi siempre que el paciente vive solo o con un cuidador mayor.”(TS1)

“Por lo general, el perfil de persona mayor, en algunos casos con poco soporte, es por eso por lo que nos llaman o por hijos que viven fuera, algunas veces te encuentras perfiles más complicados, pero lo habitual es una persona mayor, que, a lo mejor está viviendo sola y necesita ayuda para la recuperación porque no tiene soporte familiar o social.” “A mi inicialmente siempre me preguntan al alta qué se va a hacer, porque si todo funciona bien en una semana aproximadamente puede ser un alta, entonces a la familia le cuesta asumir, que la necesidad sanitaria y la necesidad asistencial son cosas distintas y que la persona se va con una necesidad asistencial que va a recuperar. Y les cuesta asumir, en muchos casos, bueno también, por lo que sabemos, que el modelo de familia ha cambiado, que los hijos trabajan y que, a veces, pues, se complica la atención en la familia y hay que buscar otro recurso y les cuesta asumir eso, piensan que salen del hospital andando sin apoyos y ese proceso.” (TS2)

**HOSPITALIZACIÓN POR PROCESOS DE CADERA
SITUACIONES ATENDIDAS T.S. POR AÑO**

Tabla n° 9

AÑO	HOSPITALIZACIÓN	ATENDIDAS T.S	% ANUAL
2015	947	82	8,65
2016	992	103	10,38
2017	967	107	11,03
2018	975	134	14,64
2019	947	140	14,78
2020	788	97	12,30
2021	813	125	15,37
2022	953	127	13,32
TOTAL	7.382	915	12,39

Los datos, reflejados en la tabla n° 9, presentan las situaciones atendidas por año, desde 2015, año en que se empieza a trabajar con el PAI.FCAM, hasta el 2022. Los pacientes atendidos en el periodo estudiado ascienden a 7.382, de los cuales 915 (el 12,39%) fueron usuarios de la Unidad de Trabajo Social, lo que significa algo más de una persona de cada diez. Se puede conjeturar desde un planteamiento hipotético, que este porcentaje se debe a que los ciudadanos son conocedores de las alternativas posibles al Alta Hospitalaria y que poseen un nivel óptimo de empoderamiento en el ámbito sociosanitario⁸ -en tanto capacidad de la persona para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal (OMS,

⁸ Es importante mencionar que tanto la "Declaración de Alma-Ata" como la "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud", reconocen la importancia del empoderamiento para la prevención y la Promoción de la Salud (Baumann et ál., 2010).

1998)-, es decir, son capaces de decidir por sí mismos (o sus familias) lo que desean, y saben cómo conseguirlo.

La media anual de atenciones es de 131 pacientes/usuarios, emergiendo el 2018 como el año en que se atiende a un número superior de adultos mayores de 65 años con fractura de cadera, representando un 14,64% de los atendidos a lo largo de los ocho años del periodo estudiado.

El diagnóstico en trabajo social no tiene lugar fuera de la relación de ayuda; el diagnóstico realizado en el momento del ingreso-demanda con las primeras informaciones y entrevistas, es una hipótesis de trabajo, que permitirá dar los primeros pasos y será verificada con el estudio profundo para la elaboración del diagnóstico operativo.

ACTIVIDADES CON EL USUARIO Y EN EL SISTEMA

Tabla nº 10

Con el paciente-usuario	En el sistema
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas de conocimiento: se verifican los datos identificativos del paciente o del representante legal; se identifica al cuidador principal si lo hubiese - Entrevistas de información/ clarificación - Acompañamiento en el proceso de espera - Apoyo emocional: escucha, consuelo... 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de alta como usuario de la Unidad - Registro de información - Valoración relativa a los datos obtenidos en el momento del ingreso, para el diagnóstico e intervención - Realización de gestiones con los recursos externos para efectuar consultas acerca de la disponibilidad, criterios de acceso y características de cada uno - Encuentros de trabajo con otros profesionales/el equipo

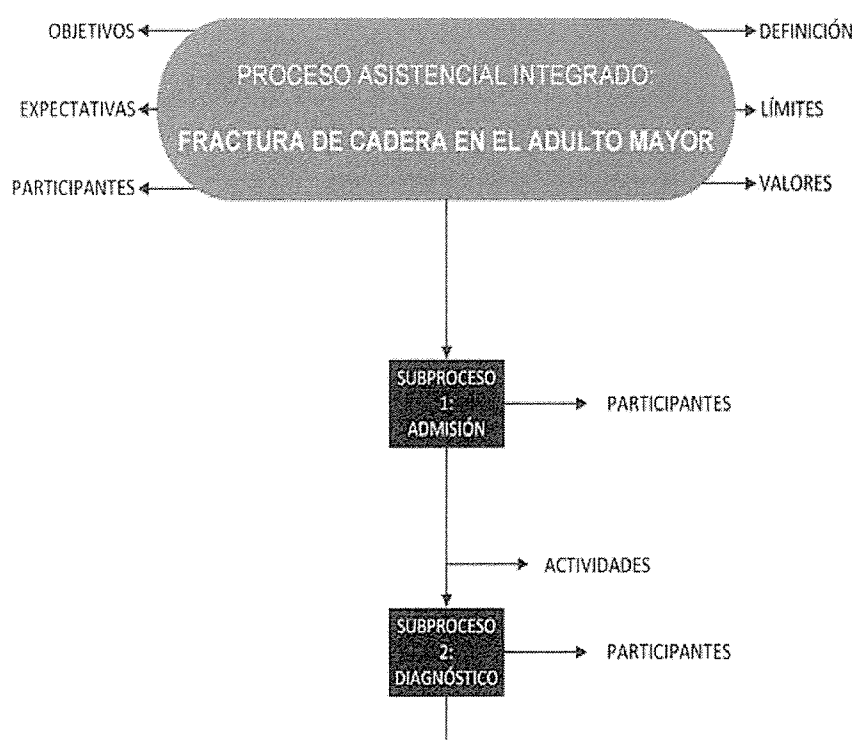
III.4.1.2. En el Subproceso Diagnóstico

En los siguientes apartados, se presentan los datos relativos a los pacientes-usuarios atendidos durante la actividad desarrollada por la Unidad de Trabajo Social en el PAI.FCAM, tanto desde un enfoque cuantitativo, como desde la experiencia comunicada por las trabajadoras sociales. Las variables estudiadas

son: el año, el sexo, el estado civil, la existencia de tutor legal, la situación de discapacidad y/o la dependencia, la figura que contacta con la trabajadora social y la demanda solicitada a la misma. Estas variables han sido estudiadas como consecuencia de la relevancia que ostentan a la hora, tanto de realizar el diagnóstico social para el tratamiento durante la estancia en el hospital, como para llevar a cabo la planificación social del alta, de forma que la trabajadora social parte del conocimiento de las mismas para orientar su intervención con cada paciente.

**FLUJOGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO.
FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR - HOSPITAL DE LEÓN**

Gráfico nº 7



Se recabaron datos relativos a un 8,89% de los pacientes en el año 2015, un 11,11% en el año en el año 2016, un 11,67% en el año 2017, un 14,44% en el año 2018, un 15'56% en el año 2019, un 10,56% en el año 2020, un 13,89% en el año 2021 y un 13,89% en el año 2022.

En lo que respecta al sexo, los datos recabados señalan que el porcentaje de mujeres equivale a un 72,22% del total, mientras que, el porcentaje de hombres se corresponde con un 27,78%. Que el porcentaje de mujeres sea mayor que el de

hombres, concuerda con lo señalado en los marcos teórico y contextual al describir la idiosincrasia propia de estos pacientes/usuarios: mayores y mujeres. En lo concerniente al estado civil, la información pone de manifiesto que, la mayoría de personas se encontraban en situación de viudedad, con un 47,78% y el 23,90% en una situación civil sin pareja (si bien, se desconoce la exactitud de este dato al no estar registrado el mismo, en los documentos consultados).

ESTADO CIVIL

Tabla nº 11

ITEMS	Nº	%
Viudo	86	47,78
Casado	51	28,33
Soltero	37	20,56
Separado	5	2,78
Divorciado	1	0,56
TOTAL	180	100

Entendiendo, *a priori*, que el 71,68% no cuenta en su red de apoyo familiar con una relación de pareja conviviente, circunstancia que, en nuestro entorno cultural, señala la carencia de un soporte importante en la red de apoyo, afectivo y el cuidado. Por un lado, los datos obtenidos en torno a la discapacidad muestran que, el 95'56% de los pacientes no tenían reconocida una discapacidad, por otro lado, los datos concernientes a la dependencia indican que, un 77'78% de las personas no habían solicitado dependencia previamente al ingreso. En lo que a la incapacidad legal se refiere, solo un 1,11% tiene asignado tutor legal.

Los datos indican un elevado número de personas con autonomía y capacidad para el propio cuidado, previa a la rotura de cadera, por lo que se refiere, al menos, a las conocidas como *actividades de la vida diaria* (AVD).

SITUACIÓN DE AUTONOMÍA/DEPENDENCIA

Tabla nº 12

SITUACIÓN	Nº	%
Autonomía	140	77,78
Dependencia	40	22,22
Minusvalía	8	4,44
Tutoría	2	1,11
BASE	180	100

Los datos recabados en las entrevistas se muestran coherentes con los reflejados en la documentación profesional examinada, evidenciándose en los aspectos señalados a continuación. En correspondencia con la tabla nº12, se expone que, los pacientes se encuentran en su mayoría viudos, no contando con una relación de pareja conviviente que pueda suponer un apoyo en la prestación de cuidados de cara al alta.

“Casi siempre que el paciente vive solo o con un cuidador mayor.” “Los apoyos al alta, bien un apoyo de ayuda a domicilio al alta o un centro residencial o una reorganización familiar, pero sobre todo eso, es el inconveniente al alta.” (TS1)

“Algunas veces te encuentras perfiles más complicados, pero lo habitual es una persona mayor, pues que, a lo mejor está viviendo sola y que necesita ayuda para la recuperación porque no tiene soporte familiar o social.” (TS2)

“Yo creo que aporta una solución, aunque sea temporal a un problema, pues grave. Una señora de 90 años con el marido de 93 no puede coger y llevárselo a casa porque a los dos días el hombre estaría lleno de heridas, luxado, sucio... Porque es un cuerpo dolorido y grande, es complicado para mí pues imagínate.” (TCAE1)

En lo concerniente a la discapacidad, la dependencia y a la incapacidad legal, los datos recabados ponen de manifiesto, tanto el nivel de autonomía, como la capacidad para el propio cuidado anterior a la fractura, que ostentan los usuarios - pacientes atendidos, tal y como afirma el personal sanitario entrevistado, sobre la base de la buena calidad de vida existente en la provincia, con independencia de

la edad, además de la incidencia que genera sobre la situación vital de la persona el impacto de una enfermedad sobrevenida.

“León es una población envejecida con una buena calidad de vida a pesar de la edad, igual la persona tiene 90 años, pero después de la fractura no puede volver al domicilio igual que antes.” “Realmente son pacientes en los que un día cambia totalmente su situación o su forma de vida, es decir, que vivían independientes, eran autónomos y les ocurre la fractura de cadera y no tiene un apoyo social o recursos.” (E1)

ACTIVIDADES CON EL USUARIO Y EN EL SISTEMA

Tabla nº 13

Con el paciente-usuario	En el sistema
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas de profundización en el conocimiento, clarificación, información, orientación - Entrevistas de información a pacientes y familiares sobre las prestaciones y recursos sociales existentes - Acompañamiento en el proceso de toma de decisiones desde el empoderamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de información - Elaboración de la historia social del paciente - Elaboración del diagnóstico social - Planteamiento de soluciones concernientes a la problemática personal-familiar surgida - Planteamiento de soluciones concernientes al inconveniente al alta

La elaboración del diagnóstico social, a diferencia de otras profesiones sanitarias, se realiza con la participación del usuario (paciente y familia), de modo que los aspectos revelados lleven a determinar conjuntamente con el profesional, los aspectos centrales de intervención y las medidas a tomar.

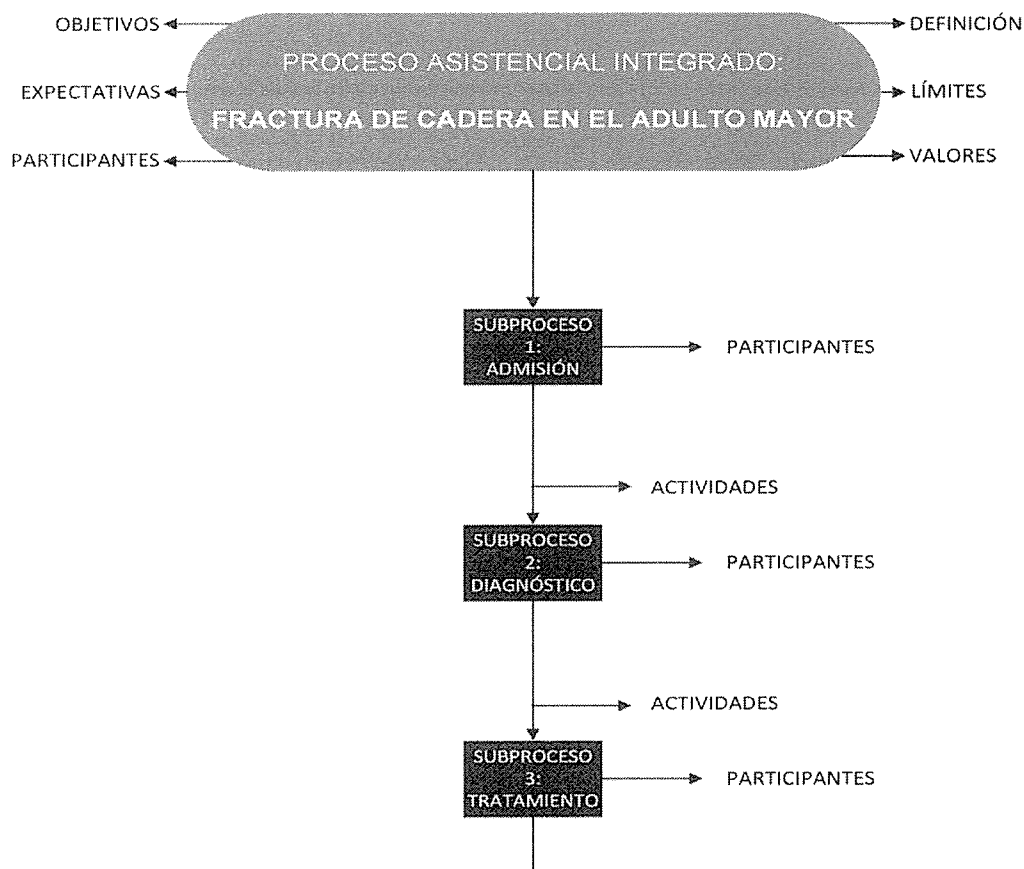
III.4.1.3. En el Subproceso Tratamiento

En trabajo social se denomina tratamiento a las actividades llevadas a cabo por los profesionales y usuarios, descritas en el plan de acción elaborado desde el diagnóstico; es decir, supone la prestación de servicios en relación con los problemas que se han determinado en el diagnóstico, cuya solución se ha convenido con el usuario. El tratamiento conlleva, por tanto, la ejecución del plan de acción previsto: actividades, técnicas, instrumentos, medios y tiempos; lo que

implica haber descrito con precisión el/los núcleo/os y las unidades de intervención (Fernández García y Ponce de León, 2005).

**FLUJOGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO.
FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR - HOSPITAL DE LEÓN**

Gráfico nº 8



ACTIVIDADES CON EL USUARIO Y EN EL SISTEMA

Tabla nº 14

Con el paciente-usuario	En el sistema
<ul style="list-style-type: none">- Entrevistas de información a pacientes y familiares sobre las prestaciones y recursos sociales existentes- Acompañamiento psicosocial en el proceso- Apoyo emocional: escucha, consuelo...- Información a los familiares sobre los trámites a realizar (por ellos mismos o por la TS)- Promoción de habilidades para la organización, negociación y reparto de tareas- Facilitar impresos, guías, listados y formas de contacto con organismos públicos y privados, servicios sociales próximos al domicilio, etc.- Mediación usuario-familia e interfamiliar- Mediación usuario/familia-personal sanitario	<ul style="list-style-type: none">- Realización de gestiones con los recursos externos para la tramitación del ingreso del paciente-usuario, en su caso- Ejecución de soluciones concernientes a la problemática personal-familiar surgida- Ejecución de soluciones concernientes al inconveniente al alta- Coordinación (comunicación) con el supervisor de planta o profesional médico, del recurso empleado al alta

La realización de las actividades señaladas no es lineal e invariante, sino que tiene lugar en forma de espirales repetidas y se realiza tantas veces como la realidad de la situación social se modifique, o cuando el usuario en su evolución lo precisa o demanda.

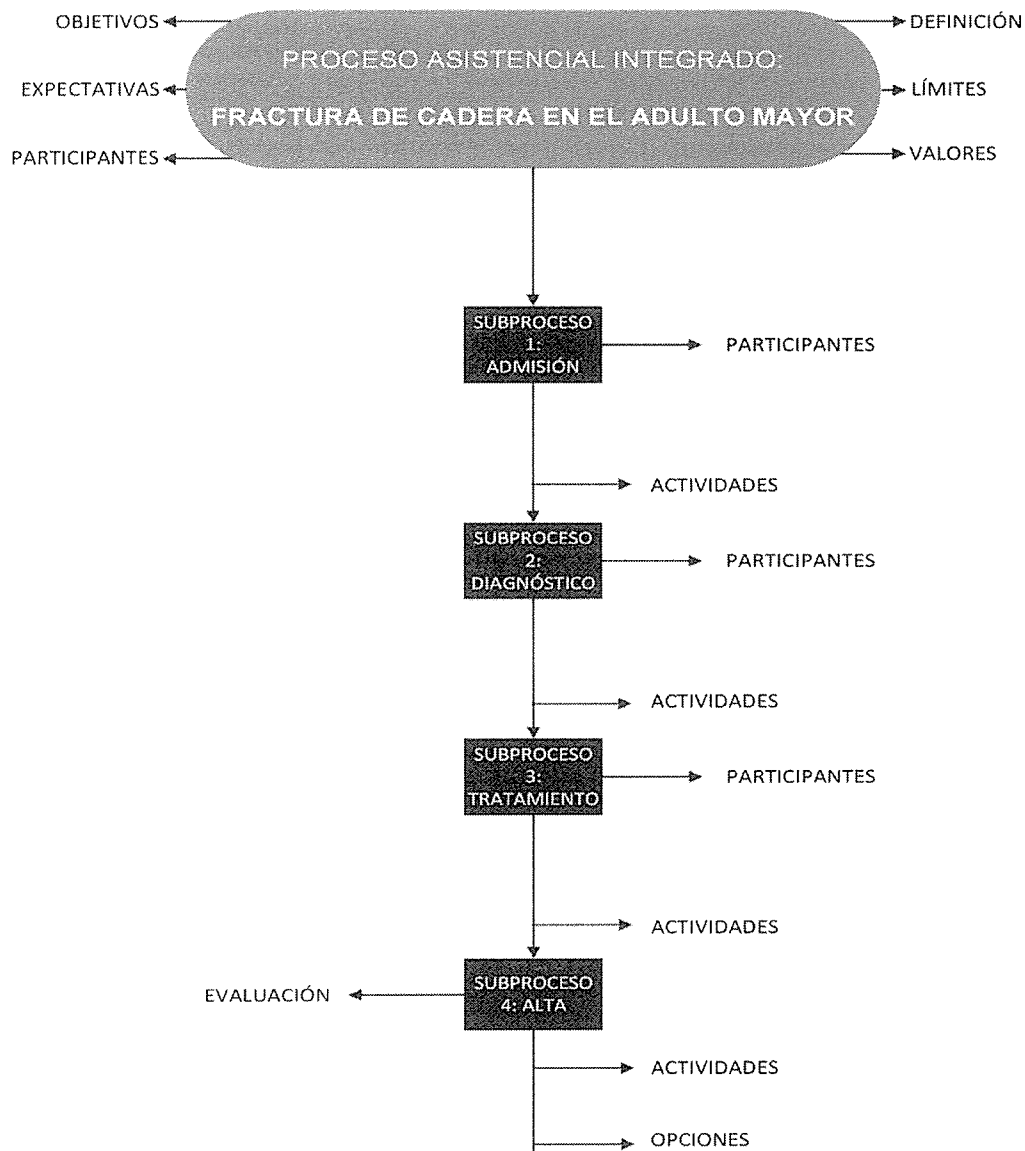
III.4.1.4. En el Subproceso Alta Hospitalaria

La ubicación de los pacientes-usuarios al Alta Hospitalaria se extiende a diferentes situaciones, cuando el domicilio propio o familiar no es viable; entre ellas figuran: a) Acudir al domicilio con ayuda de una tercera persona (servicio profesional), b) Residencia (cuando el sujeto requiere ayuda con la medicación, pero mínima en las AVD), c) Residencia asistida (cuando el individuo requiere ayuda no solo con la

medicación, sino en las AVD, además de una atención médica continuada) y, d) Centros de cuidados paliativos (Álvarez Nebred, 2017).

**FLUJOGRAMA DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO.
FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR - HOSPITAL DE LEÓN**

Gráfico nº 9



El Manual de funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social en el Complejo Asistencial Universitario de León (Alonso Gil et ál., 2014), define el protocolo del trabajo social al Alta Hospitalaria, como el conjunto de gestiones a ejecutar por parte de la trabajadora social, para favorecer la continuidad de cuidados del

paciente fuera de las dependencias del hospital, por medio de la coordinación con otros profesionales implicados.

Olmedo Vega (2021), expone que los motivos que más frecuentemente generan dificultades a la hora de que el paciente retorne al domicilio en el momento del Alta Hospitalaria son, entre otros: insuficiencia para manejar la situación; familia en riesgo de exclusión; la persona con la que vive es dependiente; antecedentes de problemas emocionales y convivenciales; horarios laborales incompatibles con el apoyo; vivir lejos del lugar de residencia del paciente. Ante estas situaciones, la trabajadora social sanitaria orienta y asesora en lo que respecta a la búsqueda y aseguramiento de apoyo informal en el domicilio que atienda sus necesidades de autonomía para la vida diaria (ABVD), o en la búsqueda y gestión de una alternativa institucional.

Los hospitales son escenarios donde la precariedad de los vínculos sociales puede transformarse en situaciones de soledad, particularmente en aquellos casos en los que emerge una mayor necesidad de cuidados sociales que no puede ser satisfecha, en muchas ocasiones con impedimentos de clase para acceder al mercado de servicios, en medio de un contexto marcado por la devaluación de los cuidados (Casas-Martí, 2023).

Muñoz León, señalaba ya en el año 2003 el rol fundamental del trabajador social en los aspectos vinculados al alta: analizar y comprender el sistema de valores, además de la aceptación o rechazo de la enfermedad por parte del paciente y su entorno; garantizar la ubicación del paciente en el mejor entorno terapéutico de cara al alta; facilitar el logro del objetivo terapéutico, gestionando los recursos necesarios con tiempo suficiente; mejorar la calidad de vida al alta, manteniendo y potenciando los logros alcanzados durante el ingreso; individualizar la toma de decisiones y la intervención; servir de base para la planificación de programas conexos de apoyo, la acogida, la colaboración con asociaciones de salud o los sistemas de registro de la información social; agilizar el proceso de alta evitando dilataciones innecesarias; y establecer un equilibrio entre intervención clínica e intervención social, así como entre problema sanitario y problema social.

Las trabajadoras sociales ayudan a encontrar fortalezas y capacidades en el paciente y familia, por medio de la implementación de estrategias de intervención orientadas a proporcionar apoyo emocional, promover habilidades para la organización, negociación y reparto de tareas que eviten la sobrecarga del cuidador (Rodríguez Fernández et ál., 2013). Realizan valoraciones del riesgo sociofamiliar e intervienen para transformar la situación problemática mientras el paciente

permanece ingresado, de forma que el alta social tenga lugar de forma previa al alta médica.

Las estancias hospitalarias consumidas por razones no médicas son uno de los principales problemas a los que los hospitales de agudos deben hacer frente día a día. Sin embargo, esa realidad no se puede afrontar de manera perjudicial para las personas, quedando desvinculadas de la cadena asistencial por falta de capacidad de está. Desde la perspectiva del trabajo social y siguiendo a Colom Masfret (2000), se puede afirmar que: a) la planificación del alta es concebida como un proceso continuado, centralizado y multidisciplinar, que comienza en el momento del ingreso del paciente en el centro hospitalario, y finaliza cuando éste regresa al domicilio. b) el programa de alta evita que la intervención se inicie cuando el paciente ya se encuentra en condiciones de regresar al domicilio. De este modo, los pilares elementales de un programa de alta son visitar en un periodo de 24-72 horas desde el ingreso, a aquellos pacientes que presenten alguno de los criterios de riesgo social previamente definidos y mantener contacto diariamente con otros profesionales sanitarios, en aras de garantizar la integralidad de la planificación. Los trabajadores sociales son conocedores de los recursos tanto públicos, concertados, como privados que dan respuesta a las áreas afectadas del paciente, en lo referente a su ámbito de actuación: ubicación, sistema de acceso, objetivos, criterios de inclusión y exclusión, duración, normas de funcionamiento, tratamientos ofertados, profesionales que lo conforman y su coste en los casos privados o los públicos que estén sujetos a copago. Asimismo, en el caso de los tratamientos públicos o concertados, conoce las plazas disponibles y la fecha aproximada de posible ingreso, lo cual resulta esencial para evitar retrasos en el acceso, mientras que, en el caso de recursos privados, realiza los contactos pertinentes para informarse sobre su disponibilidad (Olmedo Vega, 2021).

Una vez que las necesidades surgidas en torno a la planificación del Alta Hospitalaria del paciente han sido solventadas a fin de procurar una continuidad en los cuidados, se procede a la evaluación de la intervención, concretando su recorrido por medio de la elaboración del informe social al Alta Hospitalaria y estableciendo un registro del proceso de alta social en la historia clínica del paciente, de forma que, el resto de profesionales puedan ser partícipes de la información actualizada.

ACTIVIDADES CON EL USUARIO Y EN EL SISTEMA

Tabla nº 15

Con el paciente-usuario	En el sistema
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional - Mediación usuario/familia-personal sanitario - Facilitar el contacto de acogida por parte de los profesionales externos con el usuario y familiares - Despedir al paciente antes de abandonar las dependencias hospitalarias e informarle sobre las gestiones efectuadas desde el hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las gestiones con los recursos externos para la tramitación del ingreso del paciente-usuario, en su caso - Continuación con las soluciones concernientes a la problemática personal-familiar surgida - Continuación con las soluciones concernientes a la problemática surgida en la planificación del Alta Hospitalaria - Gestión del disfrute de prestaciones ortoprotésicas, en su caso - Coordinación (comunicación) con el supervisor de planta o profesional médico - Coordinación (comunicación) con los profesionales del recurso empleado al alta, en su caso - Redacción de los informes correspondientes al alta social (dejar constancia por escrito del recurso establecido para el Alta Hospitalaria)

La tabla siguiente, aborda contenidos relativos al recurso utilizado al alta.

RECURSO UTILIZADO AL ALTA

Tabla nº 16

RECURSO	Recursos utilizados: uno o más		Personas que optan por este recurso	
	Nº	%	Nº	%
Centro residencial (de modo temporal, dos)	107	59,44	111	61,66
Hospital privado (centro concertado)	17	9,44	17	9,44
Domicilio con apoyos	16	8,89	18	10,01
Cama sociosanitaria (hospital privado)	14	7,78	14	7,78
Ayuda a domicilio privada	10	5,56	13	7,24
Unidad de convalecencia sociosanitaria (UCSS)	7	3,89	7	3,89
Prestación ortoprotésica	7	7	7	3,89
Ampliación de las horas de ayuda a domicilio pública	1	0,56	1	0,56
Domicilio con apoyos y prestación ortoprotésica	3	1,67	-	-
Centro residencial y prestación ortoprotésica	2	1,11	-	-
Ampliación de las horas de ayuda a domicilio pública	1	0,56	1	0,56
Ayuda a domicilio privada y prestación ortoprotésica	1	0,56	-	-
Domicilio con apoyos y ayuda a domicilio privada	1	0,56	-	-
Domicilio con apoyos, ayuda a domicilio privada y prestación ortoprotésica	1	0,56	-	-
TOTAL/BASE	180	100	180	100

Por un lado, se pueden distinguir dentro de la primera columna los diferentes recursos empleados, ya sean uno o más, tanto en cantidad numérica como en porcentaje. Por otro lado, en la segunda columna se ponen de manifiesto las personas que eligen un determinado recurso en detrimento de otro, sobre la base de datos numéricos y porcentuales.

De 180 pacientes-usuarios, únicamente 18 (el 10%) utilizan dos recursos para compensar sus limitaciones. En lo concerniente a la elección del recurso empleado de cara al Alta Hospitalaria por parte de cada usuario-paciente, los datos recabados ponen de manifiesto que el 61,66 % acudió a Centro residencial, el 9,44% fue trasladado a un Centro Concertado, un 10,01% acudió al domicilio con apoyos, un 7,78% fue derivado a una Cama Sociosanitaria, un 7,24% contrató ayuda a domicilio privada, un 3,89% acudió a la Unidad de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) de carácter público en la Residencia Mixta de Personas Mayores "Armunia" de León. El resto de las alternativas fueron utilizadas únicamente por una persona.

En lo referente a los porcentajes de utilización de cada recurso al alta por parte de los pacientes-usuarios, resulta interesante destacar el centro residencial como el recurso más empleado por las personas, superando el 50% de éstas. Así, para más de 6 de cada 10 pacientes-usuarios, la mejor alternativa para la recuperación tras el Alta Hospitalaria, es un lugar donde diferentes profesionales pueden ofrecerles atención las 24 horas del día. Este dato nos indica la importante labor de contacto realizada por la trabajadora social con los centros residenciales. En segundo lugar, se encuentra el domicilio con apoyos, cuyo porcentaje de utilización es del 10,01%, seguido del centro concertado, con un 9,44 %. Igualmente, la prestación ortoprotésica y la Unidad de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) se encuentran casi a la par, con un 3,90 y un 3,89 respectivamente.

El recurso menos empleado por los pacientes es la ampliación de horas de ayuda a domicilio pública, cuyo porcentaje de utilización se corresponde con un 0,56% del total. Ello puede deberse, tomando como fundamento los datos señalados *supra*, al bajo porcentaje de pacientes-usuarios que solicitan valoración de dependencia previamente al ingreso en el centro hospitalario, por lo que en el momento del alta no son beneficiarios del servicio *Ayuda a domicilio* pública.

Se presenta seguidamente una síntesis del trabajo realizado en el Subproceso Alta Hospitalaria, con los agentes involucrados, diferenciando entre agentes internos y externos.

TRABAJO REALIZADO CON LOS AGENTES INVOLUCRADOS

Tabla nº 17

SUJETOS/AGENTES INVOLUCRADOS	OBJETIVOS/ACTIVIDADES
Internos	
Facultativos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el seguimiento del proceso - Proporcionar información sobre las alternativas sociales con las que cuenta el paciente de cara al Alta Hospitalaria
Supervisora de planta y personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el seguimiento del proceso - Proporcionar información sobre las alternativas sociales con las que cuenta el paciente de cara al Alta Hospitalaria
Externos	
Trabajador social del Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión del disfrute de una prestación ortoprotésica de cara al Alta Hospitalaria
<p>Trabajador social/ Director de centro residencial</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>Trabajador social de la UCSS ubicada en la Residencia Mixta de Personas Mayores "Armunia" de León</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acordar los extremos del traslado al centro residencial de cara al Alta Hospitalaria - Clarificar y determinar la continuidad de cuidados al paciente - Adecuar lo máximo posible el recurso al alta a la situación y características del paciente - Aportar información sobre la situación clínica y social en la que se encuentra el paciente - Puesta en común de documentación y requisitos de acceso al recurso - Cumplimentación de la documentación necesaria a aportar para el acceso al recurso
Trabajador social de otro hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Acordar los extremos del traslado al hospital de cara al Alta Hospitalaria - Clarificar y determinar la continuidad de cuidados al paciente - Adecuar lo máximo posible el recurso al alta a la situación y características del paciente
	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción de información relativa al caso policial

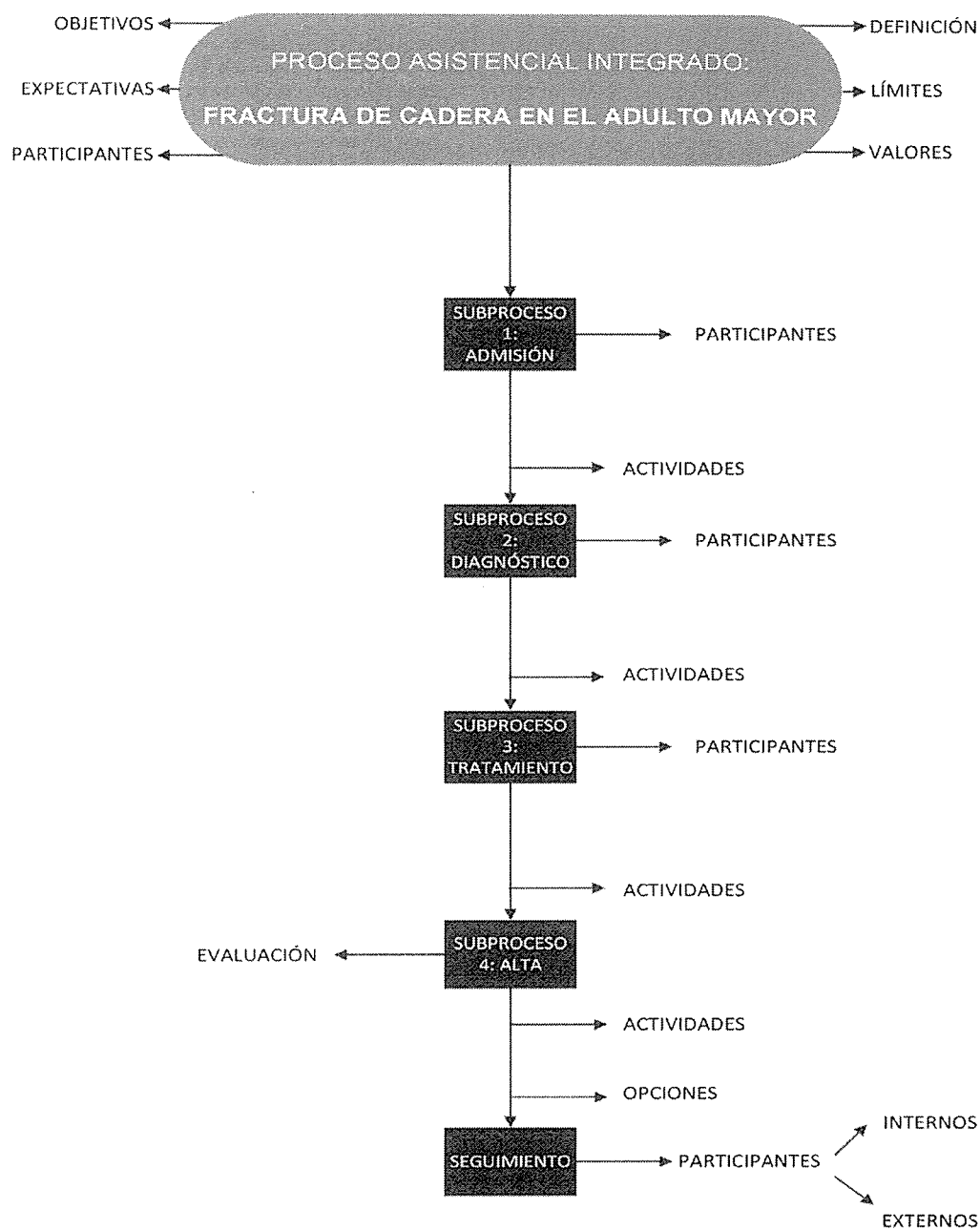
GRUMA	<ul style="list-style-type: none"> - Aportar información sobre la situación clínica y social en la que se encuentra el paciente - Recabar información acerca de la situación legal del paciente - Planificar el Alta Hospitalaria conforme a la situación legal del paciente
Amigos	<ul style="list-style-type: none"> - Fijar sus compromisos de soporte de cara a la planificación del Alta Hospitalaria - Fijar/comunicar las respuestas elegidas como óptimas de cara a la gestión del Alta Hospitalaria - Proporcionar soporte psicosocial ante situaciones de estrés surgidas en el proceso de enfermedad

III.4.1.5. En el Seguimiento

El proceso PAI-FCAM, finaliza con el Seguimiento. En este, los participantes son tanto, internos como externos; los primeros son los profesionales del Hospital, en lo referente a consultas externas de Traumatología y Cirugía Ortopédica, mientras que los externos se ubican en dos Sistemas diferenciados: el Sanitario, en el nivel de Atención primaria y el de Servicios Sociales.

Por un lado, la atención sanitaria supone la atención dispensada en las visitas ambulatorias en el Centro de Salud correspondiente al paciente o bien domiciliarias, conforme a la situación dada. Por otro lado, la atención desde los Servicios Sociales se presta por los profesionales de los centros a los que haya acudido el usuario, en el caso de no retornar al domicilio en el momento del alta.

Gráfico nº 10



Las trabajadoras sociales no tienen una implicación propiamente dicha en este momento del proceso, puesto que, la labor desde el hospital ha sido realizada en las Subfases anteriores, por lo que, en principio, su trabajo finaliza con el Alta Hospitalaria. No obstante, se hace seguimiento en algunos casos que así lo

requieren; se señalan seguidamente las situaciones en las que está involucrado el trabajo social:

1) El seguimiento de los pacientes trasladados a UCSS.

Se mantiene la relación profesional hasta el alta del paciente-usuario de la UCSS; cuando hay prórroga en UCSS, la información y autorización correspondientes es competencia de las trabajadoras sociales del Hospital.

2) Cuando el recurso ha sido Cama sociosanitaria.

El seguimiento de la permanencia (ingreso-alta) de la Cama sociosanitaria es competencia de las trabajadoras sociales: control y autorización, así como prescripción y seguimiento del posterior recurso al alta, cuando procede.

3) En las revisiones de traumatología en el Hospital, de los pacientes solos o sin familia, de modo que el paciente sea acompañado a las consultas externas. Desde el trabajo previo realizado en el *Programa de voluntariado*, la profesional conoce la disponibilidad de las personas voluntarias, reflejada en los cuadrantes semanales elaborados al efecto.

- En un primer momento se recibe la petición desde el Centro en que se encuentra el paciente-usuario y las necesidades que presenta.
- Para dar respuesta a la demanda, las trabajadoras sociales planifican la actividad a llevar a cabo desde el Programa en todos sus extremos.
- Se encargan de contactar con el voluntario de turno, al que se le comunican las pautas que procedan. La información se entrega por escrito mediante fichas de voluntariado, en las que se incorpora: fecha, nombre, contacto, lugar de procedencia, ubicación de la consulta, punto de encuentro y de recogida, trabajadora social responsable, etc. Estas son archivadas posteriormente a modo de registro, como complemento del cuaderno de registro elaborado por los voluntarios tras realizar la actividad.
- Con el paciente (y el centro) se determina y confirma día y horas de recogida y regreso, en un trabajo de comunicación continua.

III.4.2. POSICIONAMIENTO Y VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Para describir el posicionamiento y la valoración que las trabajadoras sociales adscritas al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología han comunicado

respecto a la experiencia vivida, se ha organizado la información recabada en bloques temáticos en los que se especifica: el posicionamiento respecto a los tiempos, en lo concerniente a la recepción de la demandas y el aplazamiento de las altas; y el posicionamiento sobre el trabajo en equipo y la coordinación; el posicionamiento relativo a la necesidad/importancia de la intervención social en el servicio.

III.4.2.1. Posicionamiento respecto a los tiempos: recepción de la demanda y aplazamiento del alta

Se aborda el tiempo transcurrido desde que se produce el ingreso en el complejo hospitalario, hasta que la demanda social es presentada, así como el aplazamiento del alta, en su caso, por parte del médico responsable.

Las trabajadoras sociales ponen en evidencia el beneficio que supone el establecimiento del PAI.FCAM, en cuanto a los tiempos de presentación de la demanda, al encontrarse estos especificados en el mismo, de modo que, deje de ser una cuestión subjetiva, relacionada con el profesional sanitario que la realice, sino objetiva y visible para la totalidad de participantes en el proceso, sin que se de la necesidad de acortar los tiempos.

“Pues, suelen presentarme la demanda el mismo día del ingreso, casi siempre. Suele ser de manera más excepcional, cuando a lo mejor ya le van a dar el alta. Eso sí que pasaba inicialmente, antes de poner en marcha el protocolo de cadera, que todas las demandas eran prácticamente al alta, cuando el médico le comunicaba al paciente el posible alta, pero desde que hemos elaborado el protocolo como todo el mundo insiste un poco en la misma línea de qué vais a hacer al alta, si vives solo... Desde el momento del ingreso.” “Ya tenemos en el protocolo que en 48 horas tienes que verlo, entonces normalmente incluso les ves el mismo día que te hacen la demanda. O sea que el tiempo que transcurre desde que ingresan hasta que los ves son 48 horas máximo, pero suele ser en 24 horas.” “Precisamente suele ser en 24 horas, porque como es desde el inicio y las altas son tan rápidas que en tres o cuatro días se prevé alta, pues siempre se intenta ver dentro del mismo día, si viene a consulta en el despacho a primera hora, pues tienes tiempo toda la mañana de verlo.” (TS1)

“Yo creo que, ya suelen llamar al día de ingreso, o a los dos días antes de la intervención quirúrgica. Por lo general, van, antes o el mismo día de la

intervención quirúrgica. Sí, suelen avisarte, pues para que lo veas al día siguiente, por ejemplo, si le están operando hoy, Casi siempre se procura que sea en el día.” “A ver si te dicen le estamos operando y hoy está operándose, pues ya vas al día siguiente. Y si está operado, pues procuras ir en el día, porque sabes que va rápido luego el alta.” (TS2)

En lo concerniente al aplazamiento del alta por petición de la trabajadora social, continúan señalando la importancia de reajustar el alta médica al alta social, ante la necesidad dar margen a la reorganización familiar, así como a adecuar el alta con el ingreso en otro centro, ya sea en otro hospital, en un centro público, o en un centro residencial privado:

“Pues es bastante habitual el aplazamiento del alta, puesto que hay veces que si te notifican más tarde o la evolución de la intervención va muy bien y el alta es a los tres días, por ejemplo, o si ha habido algún familiar que necesita venir porque vive fuera, algún hijo y tenemos que esperar a consensuar o alguna situación así, sí que se suele aplazar. Es bastante habitual, porque luego hay que ajustar, además, los tiempos de alta con el ingreso en residencia o a lo mejor en alguna residencia donde a ellos les interesa, no hay plaza hasta un par de días después de lo que se prevé el alta o va a una UCSS, que hay que ajustar también el día del ingreso. Entonces bueno, es bastante habitual el reajustar el alta médica al alta social.” (TS1)

“Hay situaciones que requieren tiempo, porque a lo mejor no hay un apoyo familiar. Desde mi punto de vista, si se pide es porque se necesita, si te avisan un poquito más tarde, pues tienes menos margen, porque al final, una vez que ingresa la persona, si te avisan, tú ya puedes valorar. Otra cosa es cómo evolucione luego la persona y lo que a lo mejor se puede decir de si hay una previsión de alta de una semana, que es lo normal, pero si va mal la cosa, pues puede alargarse, pero claro, cuanto antes tengas la información, mejor. Cuando nosotros pedimos por favor un día o dos más, es porque no tenemos solucionado que al alta la persona se vaya a poder ir con un apoyo y se tiene que ir con un apoyo, entonces el margen se pide para eso.” (TS2)

Consideran que, en aquellas ocasiones en las que no se ha producido el aplazamiento del Alta Hospitalaria, la puesta en marcha de la intervención ha sido más rápida, organizándose por ello con una mayor facilidad.

“Las veces que no se ha producido es porque, si desde el primer momento todos tienen claro el recurso al alta, es más o menos rápido. Hay veces que hay que comunicar con familiares o que el paciente es un poco reacio o que hace falta una reorganización familiar y se retrasa un poco sobre todo la decisión.” (TS1)

“Si no hubiera aplazamiento es porque está organizado y es viable que se vaya ya de alta, bien porque se va con su familia, o bien porque un recurso residencial está en marcha, o una UCSS. Con las UCSS por ejemplo dependes de lo que ellos te digan, entonces sí que tienes que jugar un poco con que no puede ser cuando tú quieras, tiene que ser cuando puedan.” (TS2)

De igual manera, en lo concerniente a la valoración de la respuesta del médico responsable, sobre la información procurada por la trabajadora social para dicho aplazamiento, se evidencia, por un lado, la comprensión de su necesidad, como consecuencia de la especificación de la participación del trabajador social en el PAI.FCAM. Mientras que, por otro lado, se pone de manifiesto la colaboración activa con la trabajadora social, por parte de la supervisora de enfermería de la planta.

“Los médicos lo aceptan y lo comprenden, yo creo que precisamente por la existencia del protocolo de cadera. Todo el mundo valora la intervención de cualquiera de los profesionales que estamos en ese protocolo, sea el fisio, sea la geriatra, sea el trabajador social... Eso sí que es algo que también se ha notado desde que se ha hecho el protocolo y antes de hacerlo, porque en el momento que tú planteas un aplazamiento, se sabe que es por algún recurso y no hay ningún inconveniente.” (TS1)

“Lo bueno que tiene trauma es que las supervisoras funcionan muy muy bien, entonces cuando hay, por ejemplo, una residencia, muchas veces, ni he hablado con el traumatólogo. Los supervisores yo creo que normalmente saben cómo van los plazos y saben cómo van las cosas.” (TS2)

III.4.2.2. Posicionamiento respecto al trabajo en equipo y la coordinación

La amabilidad en el trato y el respeto recibido por parte del equipo multidisciplinar ha sido resaltada por las trabajadoras sociales, afirmando que sus integrantes son conocedores del valor que aporta el trabajo social al Servicio, lo que genera que el intercambio de información sea valorado como positivo:

“Pues yo me he sentido siempre muy valorada y respetada en el trabajo por parte de todo el colectivo, o sea, enfermería, traumatólogo... Todos los que intervienen.” “Yo creo que, entre todos nos entendemos, es más, hay veces que incluso hemos llegado a ir a una habitación todos juntos el geriatra, el fisio, yo... Para ver conjuntamente qué atención integral se puede dar a ese paciente. Yo creo que nos entendemos bien.” (TS1)

“Yo en general bien, no puedo decir otra cosa.” “A mí, la planta de cadera me ha gustado siempre, me encanta. Además, dan mucho valor a la figura del trabajador social, cuentan contigo para todo, conocen el trabajo que hacemos... Y eso es algo que en otros servicios cuesta más, pero en la planta siete de trauma saben lo que es una UCSS, saben que existe ese recurso y entonces ellos ya te buscan muchas veces sabiendo lo que puede ser, aunque luego tú lo valores, claro.” (TS2)

Ambas profesionales coinciden en la importancia que para ellas tiene la información clínica recibida, siendo de gran utilidad para la puesta en marcha de la intervención social, evidenciando una menor adecuación del recurso al alta de estos pacientes, si no pudieran disponer de ella, dificultando por lo tanto su recuperación:

“Yo no podría hacer una valoración social adecuada si no tuviera una información médica y una información por parte del fisio.” “Para mí toda la información que recibo de ellos es fundamental para planificar el alta y modificaría el recurso al alta, el no tener esa información médica.” (TS1)

“Es importante esa información, porque las necesidades asistenciales que vaya a tener la persona una vez que le den el alta, cuando tú estás en un servicio en el que no trabajas habitualmente, no te sabes tanto las cosas, entonces, la información clínica es fundamental, para ver el recurso. Normalmente, con cadera sabemos qué necesita, no lleva una rehabilitación como tal, pero si se va a ir a un centro para que agilicen y favorezcan la recuperación lo antes posible. Yo creo que esa información es super necesaria.” (TS2)

Además, se expone que, el diagnóstico comunicado por parte del personal sanitario resulta comprensible, obteniendo una mayor especificación por parte del personal de enfermería:

“Sí, yo creo que es comprensible” (TS1)

“Depende, los enfermeros te hablan a un nivel que tú puedes casi prácticamente entender y te lo explican. Los médicos igual son más escuetos en palabras. Pero enfermería siempre súper bien.” (TS2)

Junto a las aportaciones anteriores, manifiestan aspectos concernientes a la realidad existente en torno a la coordinación diaria con el personal sanitario, detallando algunas modificaciones para favorecer la fluidez y la efectividad de las intervenciones:

“Pues yo creo que, a lo mejor haría falta que todos estuviéramos en un programa informático unificado, donde todos pudiéramos escribir y todos pudiéramos ver... Así todo el mundo vería la intervención. Sino al final, tienes que ir diciéndoselo

cada día al traumatólogo que pasa, a la enfermera que está... Aunque, aquí hay programas informáticos diferenciados, uno lo ve enfermería (Gacela Care) y otro lo ve medicina (Jimena). Entonces, yo creo que pasa todo por una historia clínica única, donde todos escribamos y todos consultemos diariamente esa historia.” (TS1)

“Es importante que ellos estén concienciados y tengan claro que, a nosotros cuanto antes nos avisen mejor. Ante la duda, es mejor que nos avisen porque valoras, cuanto antes tengas la información, mejor. A veces hay muchos problemas, cuando hay varios hijos y hay que mediar, para que asuman las opciones y si no se van a hacer cargo o si se van a hacer cargo... Yo con el personal de la planta me encuentro bien y creo que funcionan bien. Creo que controlan cuando te tienen que avisar.” (TS2)

III.4.2.3. Posicionamiento respecto a la necesidad/importancia de la intervención social en el servicio

Se prosigue abordando la opinión de las trabajadoras sociales respecto al PAI.FCAM, donde afirman la existencia de un mayor reconocimiento, tanto del papel ejercido, como de las funciones desarrolladas, por el trabajador social. Igualmente, ponen en evidencia la necesidad de la intervención social en los procesos de Planificación del alta, favoreciendo el desempeño profesional del resto de profesionales implicados en el proceso:

“Pues yo creo que, tiene una importancia relevante. De hecho, tanto el médico, como enfermería, cada vez que pasan, una de las preguntas que le hace al propio paciente ya es respecto a su situación en domicilio, incluso si no son operaciones sobrevenidas, que sean programadas, el propio traumatólogo, les orienta a solicitar cita con la trabajadora social antes del ingreso. Entonces, yo creo que el aspecto social en este tipo de patologías está muy valorado.” (TS1)

“La trabajadora social es fundamental para la gestión del alta, porque si no hubiera trabajador social en cadera para la gestión de altas, que es una cosa muy frecuente en ancianos, el tema de las facturas de cadera se ralentizaría mucho más. Al final, nosotros mediamos, intentamos agilizar, porque yo lo que encontraba mucho en trauma, es que la gente no asume lo que es un hospital de agudos, y en el momento en que lo más urgente de la enfermedad se resuelve, la persona se tiene que ir.” (TS2)

En consecuencia, ambas profesionales coinciden en que la aportación de la trabajadora social, tanto a nivel laboral, como en los aspectos concernientes a la visión global (holística) de la atención dispensada al paciente-usuario, resulta fundamental, en todo el PAI, siendo un complemento indispensable para facilitar el trabajo desarrollado por el personal sanitario. Igualmente, se afirma la existencia

de una notoria mejoría durante el desempeño profesional tras la elaboración del protocolo, favoreciendo la continuidad asistencial y la mejora de la atención proporcionada a nivel global desde el Servicio.

“Pues, la aportación general, al final es garantizar la continuidad de cuidados al alta. Antes del protocolo de caderas, sí que es cierto que había reingresos porque socialmente, a nivel de cuidados, no estaba bien el paciente, no estaba acompañado, no se estaban prestando los cuidados que ese paciente necesitaba y al final el trabajo social da esa visión de continuidad asistencial y de atención global.” (TS1)

“A pesar de que empiezan a andar aquí, también hay inconvenientes, como la falta de apoyo familiar, que hace que nadie pueda pasear con la persona. Algo que, gracias al servicio de voluntariado, se puede ir mitigando para que lo levanten. Pero al final, el apoyo familiar es fundamental, porque cuanto antes empiecen a andar, luego la necesidad en casa va a ser menor, pero claro, si no tienen a nadie aquí y no hay manera de ponerles a nadie, esa persona se va a ir con una necesidad asistencial mayor y va a necesitar más apoyo al alta.” “La atención que le proporcionamos los trabajadores sociales mitiga muchísimos problemas, haces una labor desde el minuto uno, de tranquilizar a la familia, de que las familias desahoguen, de apoyo psicosocial, apoyo emocional, de información... La información es poder y ellos necesitan saber qué recursos, qué opciones... Porque están perdidos. El personal sanitario tiene una función y nosotros somos el complemento de la función de ese personal sanitario, el complemento social, el apoyo emocional.” “Cuando vienen aquí, lo que vaya a pasar con esa persona cuando salga del hospital es lo que aflige al 80% de las personas y ahí estamos nosotros los trabajadores sociales.” (TS2)

Continúan señalando, la existencia de una relación entre la intervención efectuada por parte del trabajador social y el número de usuarios y demandas que llegan al Servicio, sobre la base, por un lado, del conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la resolución rápida y satisfactoria de las problemáticas surgidas, con motivo de la intervención social. Igualmente, se toma como fundamento, el papel del trabajador social como facilitador de los procesos vinculados a la situación de enfermedad, complementando las actividades a realizar por parte del personal sanitario, dentro de los ámbitos en los encuentran barreras a la hora de actuar. A su vez, consideran que la trabajadora social proporciona fluidez, a la hora de realizar los trámites alusivos a la planificación del Alta Hospitalaria, lo que beneficia a los familiares de los pacientes, actuando como guía a lo largo de todo el proceso del ingreso hospitalario.

“Puede ser que haya aumentado la demanda, al ver que los pacientes, al final, su problemática social al alta se resuelve de una manera rápida, de una manera satisfactoria y además, a lo largo de los años, se ha visto que funciona. Eso ha hecho que aumente claramente la demanda.” (TS1)

“Al final somos facilitadores, les facilitamos el trabajo a ellos, les ayudamos. Yo entiendo que, el trabajo social aquí en el hospital es complementario, entonces, cada profesional tiene su función y nosotros tenemos la nuestra y en el momento en que ellos perciben que tú les estás ayudando, que estás facilitando, sobre todo los procesos de comunicación. Entonces, en el momento que ellos ven que nuestra intervención es positiva, que la familia está más receptiva, que les resuelves, pues te llaman más. Porque si no hubiera un trabajador social en todos los servicios, pero en cada uno más, con la cantidad de gente que no pueden atender sus hijos y que necesita al alta un recurso ¿Qué harían si no hubiera un trabajador social? Pues, o tendrías gente aquí hospitalizada mucho más tiempo, sin necesidad o se iría gente para casa sin un apoyo, sin saber lo que hacer. Que haya trabajadores sociales que se encarguen de esto, facilita mucho que la familia no tenga que dar vueltas, sino tú llegas aquí y ¿Qué haría el hijo? Pues alguien tendría que estar con el señor o con la señora en la habitación, un hijo preguntar en Servicios Sociales, pedir cita... Sería un caos.” (TS2)

IV. POSICIONAMIENTO Y VALORACIÓN POR OTROS AGENTES DE LA PRESENCIA DE LA TRABAJADORA SOCIAL EN EL PAI.FCAM

Para efectuar una exposición de las valoraciones realizadas sobre la presencia de la trabajadora social como integrante del PAI.FCAM, se ha organizado la información recabada en bloques temáticos, en aras de posibilitar una visualización comparativa de la información proporcionada por parte de los diferentes profesionales participantes. Estos bloques temáticos aluden a: la participación en el PAI.FCAM y los años de experiencia trabajando en la planta en la que se implementa; la presentación de demandas sociales y la información compartida con la trabajadora social; el posicionamiento respecto a los tiempos de respuesta y el aplazamiento de altas; el posicionamiento respecto al trabajo en equipo y la coordinación; y el posicionamiento sobre la necesidad/importancia de la intervención social en el Servicio de Cirugía y Traumatología Ortopédica.

IV.1. POR PARTE DE LOS AGENTES IMPLICADOS EN EL PAI.FCAM

En el PAI.FCAM participan más de 30 profesionales. De todos ellos, se ha contado para el estudio, con aquellos profesionales que mantienen una relación de trabajo directa y continuada con la trabajadora social, ascendiendo estos, a un total de 6 profesionales, entre los que se integra el personal médico (traumatología, geriatría y rehabilitación), de enfermería y fisioterapia.

La participación del personal médico en la elaboración del PAI.FCAM varía en función del periodo temporal de permanencia en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, siendo la médico geriatra la única que participó en su elaboración, al encontrarse ya incorporada, cuando se inició su propuesta. La participación del personal de enfermería en la elaboración del PAI.FCAM, fue variada, tomando parte activa en ella los profesionales que ya se encontraban por aquel entonces trabajando en el servicio.

“Desde el 2015 posiblemente.” (M1)

“Sí participe, fuimos hablando entre todos los profesionales para que cada uno hiciese propuestas, tomando como base el protocolo anterior para intentar mejorarlo.” (E1)

“Muchos, desde el protocolo, desde entonces, pero ya se hacían interconsultas de este tipo de fracturas antes, ahora está protocolizado y ya lo hacemos por sistema, tanto los fisios, como nosotros. Pero bueno, igual más de 10 años.” (M3)

PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN PAI.FCAM/AÑOS DE EXPERIENCIA

Tabla nº 18

PROFESIONAL	PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN	AÑOS DE EXPERIENCIA
Traumatología	NO	5
Geriatría	SI	8
Rehabilitación	NO	10
Supervisora de Enfermería	SÍ	12
Enfermera 2	NO	4
Fisioterapeuta	NO	1 mes
Auxiliar de enfermería	NO	5

En lo que alude a los años de experiencia desempeñando la actividad laboral propia de cada profesional en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, la Supervisora de Enfermería de la planta se enmarca como profesional más longevo, tras 12 años de experiencia en el mismo, seguida del Médico Rehabilitador, que permanece en el mismo por un periodo superior a 10 años. En tercer lugar, se enmarca el Médico Geriatra con una permanencia de 8 años en el Servicio. En cuarto lugar, se encuentran equiparados los periodos del Médico Traumatólogo y el personal TCAE, contando con 5 años de experiencia en ambos casos, sucesivos

de la enfermera número 2, que trabaja en el Servicio desde hace 4 años. En último lugar figura el fisioterapeuta, que se incorporó en el Servicio hace tan solo un mes desde la efectuación del trabajo de campo.

IV.1.1. PRESENTACIÓN DE DEMANDAS E INFORMACIÓN COMPARTIDA

En lo que respecta a la presentación de demandas a la trabajadora social por parte del personal médico, su procedencia varía, afirmando unos profesionales que tiene lugar tanto por iniciativa propia, como por medio de una mediación entre el paciente y la trabajadora social, mientras que, otros especifican que la realización de las demandas tiene lugar por parte del personal médico en función de la apreciación de unas determinadas características en el paciente.

“Las dos cosas. Conforme veo al paciente, llamo a la trabajadora social y otras veces se lo comento a la familia, porque veo que están perdidos, o la familia me dice, pues quisiera hablar con la trabajadora social y por iniciativa propia también.” (M1)

“No suele pedirlo el paciente, un poco igual lo ves tú según la necesidad que haya y como yo creo que me ha tocado pocas veces, porque lo ha hecho antes geriatría, bueno que, son en este caso quienes están más encima y lo ven antes y lo valoran antes, entonces ya lo han hecho, ya han dado ese paso antes que nosotros. Es difícil que nosotros tengamos que acudir porque bueno, yo creo que ese servicio se ha pedido antes, pero si alguna vez igual lo ves, lo comentas con geriatría o con el trauma o con otro.” (M3)

El trabajo en conjunto por parte de las trabajadoras sociales y el fisioterapeuta es esencial, de cara al intercambio de información concerniente a la capacidad de deambulación y movilidad con la que cuenta el paciente, de forma previa al Alta Hospitalaria. Por ello, resulta de vital importancia para la trabajadora social tener un conocimiento relativo a los avances efectuados o no, durante el ingreso, a fin de poder establecer un recurso al alta que posibilite el cierre del círculo rehabilitador post-traumatológico iniciado a nivel hospitalario.

Normalmente, yo tengo contacto con el médico geriatra, al que apporto la información de la movilidad de la persona, y en ese periodo el geriatra informa al trabajador social porque necesita más recursos o demás. A veces, en esa charla o reunión de control dentro de la planta, yo he participado y he transmitido esa información directamente al trabajador social, pero como miembro del equipo multidisciplinar, no porque el trabajador social demande mi atención, ni yo la suya.” “Yo creo que la atención del trabajador social es

muy importante dentro de una planta de geriatría, porque realmente son pacientes en los que un día cambia totalmente su situación o su forma de vida, es decir, que vivían independientes, que eran autónomos y les ocurre la fractura de cadera y no tienen un apoyo social o recursos. Necesitamos una figura que gestione todas esas necesidades de la persona, o informe a la familia de qué alternativas tiene para esa persona, entonces creo que ni un médico se va a parar a hacer eso, ni una enfermera, ni un fisio. Pero yo creo que es muy importante la figura del trabajador social dentro de un ámbito como la geriatría.” (F1)

La información proporcionada por el personal enfermero es de suma importancia para la consecución de la intervención social, de modo que, los datos clínicos recogidos por estos profesionales sobre cada paciente son revisados por la trabajadora social y comentados con el personal sanitario, de forma previa a cada entrevista con el paciente/familia. Durante el desempeño profesional desarrollado en planta, la trabajadora social tiene una estrecha colaboración con el personal de enfermería, especialmente con la Supervisora de Enfermería de la planta, con quien mantiene encuentros periódicos en aras de adecuar el recurso al alta a la situación clínica de cada paciente. Tanto la supervisora como el resto del personal del Servicio de Enfermería demandan en un gran número de ocasiones la valoración social de determinados perfiles de pacientes.

“Si ves un caso que te llama la atención por las condiciones higiénicas o nutricionales del paciente, ves que está descuidado, llamas a la trabajadora social para que pase a valorar.” (E1)

“La mayoría lo demanda el familiar del paciente, ya que, les preguntas de cara al alta ¿Cómo vais a hacerlo? ¿Lo vais a llevar para casa? ¿Queréis ayuda a domicilio? ¿Un poco qué tenéis pensado? Entonces habiendo hijos, normalmente se habla con ellos y ya ellos, pues, ya te dicen, ah pues sí, igual sí quiero hablar con la trabajadora social”. “Por ejemplo, mira... Es un matrimonio que son mayores y viven solos, hay que buscarles algo y mirar a ver qué hacemos. Normalmente, cuando la llamamos ya le adelantamos un poco el problema.” (E2)

Según las respuestas dadas, las demandas son realizadas con bastante frecuencia. En esta línea, refuerzan que se acude a la trabajadora social todas las semanas en las que hay ingresos y al pasar consulta.

“Todas las semanas que hay ingresos. De hecho, aquí tengo algunos para para ver un poco cómo va la cosa y llamarla.” (M1)

“A diario, varias al pasar la consulta.” (M2)

“Yo creo que se necesita con bastante frecuencia, pero no llego a necesitar yo recurrir al servicio porque ya está cubierto, pero sí que es el paciente que suele necesitarlo, porque es un paciente mayor que, bueno o bien está en una residencia o no tiene el poder adquisitivo o que se pueda permitir pagarla... Entonces sí que es necesario ver un poco cómo se puede solventar esa situación. Pero sí que se demanda la intervención del trabajador social con bastante frecuencia, no te puedo decir porcentaje.” (M3)

“Varias veces a la semana, normalmente casi todos los días de la semana, si no, dos o 3 veces por semana.”. “Compartimos la información entre las dos y así es más fácil trabajar, poniéndola en común.” (E1)

“Todas las semanas hablamos con la trabajadora social.” (E2)

IV.1.2. POSICIONAMIENTO RESPECTO A LOS TIEMPOS DE RESPUESTA Y EL APLAZAMIENTO DE ALTAS

De igual manera, se señala que las respuestas de la trabajadora social a las demandas se adecúan a lo esperado, en cuanto a tiempo de respuesta y actitud, evidenciando que la valoración realizada por parte del paciente y la familia sobre la derivación a la trabajadora social sanitaria resulta positiva, aportando mejoras en el estado de ánimo, un sentimiento de alivio y de resolución de problemáticas.

“Es positiva, se muestra receptiva al hacer las demandas, estamos contentísimos en el servicio porque se implica mucho por el paciente.” (E1)

“Yo creo que de 10”. (E2)

Asimismo, son positivas las valoraciones respecto al tiempo transcurrido entre presentación de la demanda y la asunción del caso por parte de las trabajadoras sociales; lo que pone en evidencia el ajuste del trabajo a lo señalado en el PAI.FCAM. Los profesionales ponen de manifiesto una gran fluidez por parte de la trabajadora social durante el desempeño laboral, dando respuestas inmediatas, incluso en el mismo día en el que se solicita su intervención.

“En el mismo día.” “Es estupenda.” “Normalmente están contentos.” “Me responde el momento, ósea yo llamo y normalmente siempre me lo coge.” “No no, es que como se acorten más, entonces llega ella antes que el paciente.” (M1)

“Responde rápido.” “No, creo que está bien.” (M2)

“Depende un poco de cómo esté de trabajo, pero yo creo que siempre el mismo día.” “Poco tiempo porque yo cuando lo he necesitado no hago interconsulta por Jimena (programa informático), llamo directamente por teléfono y lo resolvemos o directamente le comenté el caso y se pasa la trabajadora del paciente y ya, porque nosotros cuando vemos estos pacientes estamos haciendo interconsulta ese día y bueno pues no solemos tener tampoco mucho tiempo. Pero vamos, yo en mi caso utilizo el teléfono.” “Es acorde a lo que se espera, tiene mucha predisposición y bien, sin ningún problema.” (M3)

“Es buena, normalmente sube el mismo día que la llamamos a planta a informarse.” “Es inmediato, sube cuando la llamamos, salvo que esté trabajando en algún otro caso o comunicando cuando se la llama, pero ve la llamada y luego contacta ella con la planta.” (E1)

“Rápida, ese mismo día pasa por aquí.” “Igual si en la primera llamada está comunicando, ya al momento te llama ella o la vuelves a llamar al momento y ya te coge el teléfono. No hay tiempo como quien dice.” (E2)

Se ha descrito la información proporcionada a la trabajadora social en aras de lograr una atención integral al paciente.

“Informamos de con quién vive, de cuál es su situación funcional, de cómo va a quedar al alta y de lo que va a necesitar de cara al alta y a veces también, porque necesitamos que, busque un voluntario durante el ingreso, para que puedan levantar al paciente si no hay familiar.” (M1)

“La situación clínica y los datos que conocemos de su entorno.” (M2)

“Pues la situación personal, el apoyo familiar... Un poco eso, pues, las necesidades del contexto social del paciente, sobre todo el entorno y las barreras. Intentamos profundizar un poco en cómo va a ser su situación al alta una vez que salga del hospital a ver ¿qué necesita?” (M3)

“Si ves un caso que te llama la atención por las condiciones higiénicas o nutricionales del paciente, ves que está descuidado, llamas a la trabajadora social para que pase a valorar.” “Le decimos lo que nos llama la atención, compartimos la información entre las dos y así es más fácil trabajar, poniéndola en común”. (E1)

“Bueno un poco nosotras le contamos el caso. Por ejemplo, mira... Es un matrimonio que son mayores y viven solos, hay que buscarles algo y mirar a ver qué hacemos. Normalmente, cuando la llamamos ya le adelantamos un

poco el problema y tanto si tiene hijos o lo que sea, oye mira... que preguntan los hijos a ver cómo podrían hacer o tal.” (E2)

En lo referente al aplazamiento del alta, este posicionamiento únicamente fue recabado del personal médico, sobre la base de la potestad con la que cuentan como facultativos, para la autorización tanto del establecimiento como del aplazamiento de las altas de los pacientes, tomando como fundamento su estado clínico, en el marco de la hospitalización aguda. Al respecto las respuestas aportaron datos diferenciados. Por un lado, se evidencia que el aplazamiento del alta es una necesidad social comprendida y aceptada por parte del Servicio, mientras que, por el otro lado, se profundiza sobre la existencia de problemáticas que aluden a los periodos de espera existentes en algunos recursos sociosanitarios de derivación al alta, sobre todo aquellos que ostentan un carácter público.

Tanto el personal médico como el de enfermería, evidencian la inmediatez de las respuestas por parte de la trabajadora social cuando ésta es contactada, no existiendo la necesidad de acortar los tiempos.

Los médicos aceptan el aplazamiento del alta a petición de la trabajadora social, al concebirse como una situación derivada de los requisitos necesarios, o de la capacidad disponible en el recurso intermedio al alta, por un lado, o por encontrarse el paciente pendiente de resolución social, por otro.

“A ver, no suelen ser por la trabajadora social, sino por el destino donde va el paciente. Cuando va por ejemplo a la UCSS que, si tiene que ser por la mañana de tal día y hoy no y mañana sí... O sea, no es por la trabajadora social, sino por el sitio donde va, cuando se decide un traslado a San Juan de Dios no es por la trabajadora social, es por el destino. Hay que decir que alguna vez se retrasa el alta, pero no es porque la trabajadora social diga que no se puede ir, sino porque no se ha encontrado. Esto suele pasar más con los sitios públicos que con los privados, los públicos son los que ponen problemas. No considero que los aplazamientos sean algo habitual, de hecho, favorecen que el alta sea pronto.”(M1)

“Cuando se produce es porque el paciente está pendiente de la resolución social.” (M2)

En esta línea, refuerzan que valoran positivamente la información proporcionada por la trabajadora social para la pauta del aplazamiento.

“No entiendo lo que dicen ellos desde allí, pero la información que me da la trabajadora social claro que la comprendo, muy bien.” (M1)

“Intachable.” (M2)

IV.1.3. POSICIONAMIENTO RESPECTO AL TRABAJO EN EQUIPO Y LA COORDINACIÓN

Seguidamente, se alude al bloque conformado por aquellas respuestas que han versado sobre aspectos más específicos de la intervención social, especificando la unanimidad de la utilidad de la información proporcionada por la trabajadora social, además de la comprensión del diagnóstico social, así como de las explicaciones procuradas al respecto, dentro de una terminología asumible por parte del personal sanitario. Igualmente, se señala como aspecto fundamental para el intercambio de información y el buen funcionamiento del servicio, la protocolización de la patología de la cadera, contribuyendo el PAI.FCAM, a que cada profesional se circunscriba a las funciones asignadas en el mismo.

“Completamente, porque ella llega a información en la que yo ya no me meto.” “Totalmente.” (M1)

“Sí, es útil.” (M2)

“Sí, totalmente. En este caso, pues es más fácil, porque es una patología que está protocolizada y cada parcela ya está cubierta digamos. O sea, sabemos muy bien el papel que tenemos cada uno. En otras patologías, pues es más complicado. Aquí va, digamos sobre ruedas, está todo muy bien organizado y sin problema.” (M3)

“Es útil para comprender más las necesidades del paciente y poder actuar en función de ellas con él.” “Se entiende perfectamente, es una terminología comprensible.” (E1)

“Avisa y dice, pues mira, este paciente está pendiente de cama en tal sitio y tal, entonces, todo eso también lo sabes a la hora de dar el alta, para decir al médico no, pues esté todavía no se puede ir, porque está pendiente de que nos den cama o está pendiente de que vaya alguien a domicilio o tal y no es entonces, yo creo que hay buena utilidad de la información.” “Sí, son claras totalmente.” (E2)

Del mismo modo, a pesar de que el personal médico evidencia la existencia de una adecuada coordinación con la trabajadora social, se encuentran respuestas variadas que ponen énfasis en cuestiones diferentes y complementarias, en función del punto de vista o de la trayectoria profesional de cada participante. Algunos consideran que una mayor disponibilidad temporal por parte de ambos profesionales contribuiría al perfeccionamiento de la coordinación.

“Si tuviéramos más tiempo las dos sería mejor, pero para el tiempo que tenemos yo creo que lo hacemos fantástico. Muchas veces, sí que me voy a primera hora a su despacho y hablo con ella de los pacientes que tenemos, cuando estamos así con muchos pacientes, lo organizamos en el despacho, porque nos sentamos y vamos viendo uno por uno, y si no por vía telefónica.” (M1)

“Siempre se busca para ver cuándo es el traslado, por ejemplo, si se va a la UCSS el paciente, para que se tenga preparada el alta a primera hora o la recogida de documentos personales... Y cuando se va a una residencia para pautar la ambulancia.” (E1)

“Creo que ella tiene acceso a nosotras, siempre tiene buena accesibilidad y nosotras hacia ella también.” (E2)

Otros participantes destacan en su discurso la existencia de una mayor coordinación por parte de la trabajadora social con el personal de enfermería, respecto del personal médico, señalando cuestiones como:

“Sí que trabajamos en coordinación, pero trabaja más con enfermería. No cambiaría nada, no.” (M2)

De igual manera, se aprecia la existencia de una mayor coordinación con la trabajadora social por parte de otros profesionales, procedentes de la rama médica, como el personal de geriatría.

“Bueno eso, yo igual no tengo el contacto más directo como puede tener la geriatra, porque ella está permanentemente en la planta. Digamos que yo en principio eso, como eso está ya protocolizado, no suelo necesitar más contacto directo, pero cuando lo he necesitado, sí que he visto que funcionan los canales de comunicación. Sí, es del protocolo de fractura de cadera, como yo soy médico interconsultor, los que están en la planta cada día contactan más con el trabajador social, luego con pacientes de neurología igual sí que necesitamos más algo de Trabajo Social y entonces sí que estamos más en contacto, nosotros con ella, ella con nosotros... Pero son otros casos, porque en el caso de cadera, suele contactar más el geriatría o trauma de la planta que están siempre allí. No lo sé, la que más contacto tiene con vosotros igual es la geriatra. Es que, a lo mejor el traumatólogo que pasa planta, se centra más en cómo ha ido la cirugía, si ha habido. Yo considero que está muy bien cubierto y por eso no intervenimos más nosotros en ese aspecto.” (M3)

IV.1.4. POSICIONAMIENTO RESPECTO A LA NECESIDAD/IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL SERVICIO

Se realiza la pregunta: ¿Si ha trabajado usted en otros servicios que no contaban con trabajador social, qué diferencias ha encontrado respecto de este, que sí tiene? Asimismo, se obtiene información sobre la visión de los profesionales respecto a la aportación realizada por parte de la trabajadora social al PAI.FCAM.

En las respuestas se aprecia una diferenciación entre los profesionales que siempre han trabajado en servicios que contaban con trabajador social, en el caso del médico geriatra, poniendo de manifiesto que, la intervención social va de la mano con la geriatría, siendo estas complementarias e indispensables la una para la otra; profesionales que no han pertenecido a servicios que no contasen con trabajador social; y profesionales que cuentan con interconsultas en la totalidad de servicios del complejo hospitalario, que afirman no haber encontrado en ningún caso barreras en el acceso a la intervención social, independientemente del servicio de que se trate.

“Es que siempre que he trabajado ha habido una trabajadora social, porque he estado aquí o en residencias o cuando estaba en el hospital en Toledo, que también tenemos trabajadores sociales. Es algo que siempre ha ido con la geriatría, el trabajar en conjunto con el trabajador social. O sea, siempre, mi trabajo ha sido con trabajadores sociales, porque nos damos cuenta de lo fundamental que es trabajar en conjunto.” (M1)

“Nosotros tenemos interconsultas de todo el hospital, en todos los servicios, pero más o menos de los que más tenemos es neurología y trauma y sí que tienen trabajadoras sociales y eso se nota, que está muy bien cubierto. Yo no he tenido ningún paciente con el que no tengamos un acceso al trabajador social.” (M3)

“En este servicio es muy importante la trabajadora social, León es una población envejecida que vive con una buena calidad de vida a pesar de la edad, igual la persona tiene 90 años, pero después de la fractura no puede volver al domicilio igual que antes, ahí reside la importancia de la trabajadora social en este servicio, porque hay pacientes en los que esto lo organiza la familia, pero en otras ocasiones es la trabajadora social quien guía a la familia o es ella misma quien hace los trámites.” “No tuve contacto con la trabajadora social cuando estuve en neurología, pero aquí muchísimo por lo que te dije antes.” (E1)

“En otros sitios que haya trabajado, yo creo, que no se ha necesitado así trabajadora social, yo no lo he visto vamos, como en una unidad de estas.

He trabajado en otras unidades que son de gente joven, que al final, se va para su casa porque son válidos.” (E2)

Se encuentran menciones relativas a la búsqueda, por parte de la misma, de un recurso intermedio que se adecúe a las características de la persona de cara al alta. A su vez, se menciona el valor del papel del Trabajo Social en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, así como la relevancia del estudio de la situación social previa del paciente, en aspectos referentes a las características de su entorno, la disponibilidad de apoyos en los cuidados, las barreras arquitectónicas y las problemáticas a solventar.

“Aporta muchísimo, desde el ingreso, el hacer la valoración social y viendo cuáles son los mecanismos de ayuda para el alta, tanto a domicilio como una residencia o una UCSS. O sea, trata de buscar siempre donde mejor, dentro de sus circunstancias, puede acudir la persona.” (M1)

“Muy bien. En trauma se valora mucho a la trabajadora social.” (M2)

“Pues a mí me parece muy importante, porque es muy importante saber la situación previa del paciente, para hacer, para ver luego, pues, de dónde viene, para ver hasta dónde queremos llegar y sobre todo muy importante la atención que los pacientes necesitan, entonces cualquier información que nos llegue es muy importante, no solo las posibles barreras arquitectónicas, sino en el apoyo familiar y de otras personas que pueda necesitar porque eso es básico y me parece súper importante.” (M3)

Continúan señalando como aportación de la trabajadora social a su trabajo: un sentimiento de tranquilidad, al estar atendidos aquellos aspectos en los cuales no le compete intervenir; facilidad a la hora de tramitar las altas, al planificar el alta social, de modo complementario a la médica; y puesta de manifiesto de la esencialidad de la intervención social para el cierre del círculo rehabilitador del paciente, así como la importancia de la información procedente del ámbito social, procurada en aras del éxito de la intervención médica.

“Me aporta mucho, porque me queda la tranquilidad de que esa parte la está cubriendo alguien, porque yo ahí no llego, entonces muchísimo.” (M1)

“A mí me facilita bastante, sobre todo en el tema de las altas.” (M2)

“Pues nos lo facilitan mucho, porque dentro del protocolo está especificado, cómo era la situación previa, entonces es fundamental el cerrar el círculo del proceso rehabilitador. En nuestro caso, nosotros nos podemos plantear

unos objetivos según la base inicial, unos objetivos físicos, de cómo se va a recuperar el paciente, pero, si no hay un entorno que lo adapte, es complicado. Entonces nosotros no tenemos que dedicar tanto tiempo a hacer el estudio previo del paciente y nos podemos centrar un poco en cómo está físicamente, porque lo otro ya nos lo dan hecho.” (M3)

“Te da tranquilidad al manejar estos pacientes porque sabes que les va a poder aportar una solución de cara a las necesidades sociales que puedan tener al alta.” (E1)

“Pues me aporta, digamos, la tranquilidad de decir, yo sé que ya están buscando algo para el alta de este paciente y lo dicho que, no se va ni solo a casa, ni va a estar desatendido, ni nada de eso.” (E2)

Sin embargo, consideran que la aportación que realiza la trabajadora social, desde una óptica global (multiprofesional) de la atención al paciente-usuario, alude al sentimiento de tranquilidad y alivio por parte de familiares y pacientes, al sentirse acompañados en un proceso que era, hasta entonces, desconocido.

“Le da la tranquilidad al familiar o al paciente, de ver que de algo que tú de primeras no conoces, porque como no has estado nunca en esa situación no sabes. Entonces, te da la tranquilidad de ver que hay opciones, que te ayudan a buscarlas, es fundamental esa sensación de no estar solo, de estar acompañado.” (M1)

“Aporta sobre todo alivio.” (M2)

“Pues yo creo que vamos, aporta pues eso, la tranquilidad de decir de cara alta, pues va a estar seguido, pues eso, va para una residencia pues atendido y esas cosas vamos.” (E2)

“Yo creo que la atención del trabajador social es muy importante dentro de una planta de geriatría, porque realmente son pacientes en los que un día cambia totalmente su situación o su forma de vida, es decir, que vivían independientes, que eran autónomos y les ocurre la fractura de cadera y no tiene un apoyo social o recursos. Necesitamos una figura que gestione todas esas necesidades de la persona, o informe a la familia de qué alternativas tiene para esa persona, entonces creo que ni un médico se va a parar a hacer eso, ni una enfermera, ni un fisio. Pero yo creo que es muy importante la figura del trabajador social dentro de un ámbito como la geriatría.” (F1)

Igualmente, señalan que dicha aportación genera particularmente en el paciente un sentimiento de seguridad, contribuyendo la intervención social, a que este no se sienta abandonado, una vez que se encuentre fuera de las independencias hospitalarias.

“Es muy importante para el paciente, porque se encuentra respaldado y es que yo, de eso que sí me he dado cuenta, de la necesidad que tienen muchos pacientes, que a lo mejor no te lo imaginas, porque igual todos tenemos una familia o un entorno en el que estamos, pues eso, nos pasa cualquier cosa y sabemos que tenemos a mucha gente, y hay mucha gente que no la tiene, pero más de las que, yo por lo menos, me imaginaba. Entonces, el poder darles un poco de seguridad, también a ellos y no sentirse abandonados una vez que salgan de aquí, es importante.” (M3)

“El paciente siente que sus necesidades básicas van a ser cubiertas al alta gracias a la intervención de la trabajadora social, la trabajadora social aporta tranquilidad.” (E1)

Se prosigue aludiendo a la relación existente entre la intervención de la trabajadora social y el número de reingresos de pacientes con fractura de cadera, destacando en su mayoría que la intervención social contribuye a su reducción, planificando el Alta Hospitalaria de modo que, los cuidados a recibir por parte del paciente, hayan sido organizados, previo estudio y resolución de las problemáticas vinculadas a los mismos, para su adecuada y pronta recuperación, dentro de las características propias del perfil clínico.

“Yo creo que favorece que no haya tantos reingresos, porque si la persona se va de aquí sin caminar, con un marido de 90 años, lo normal es que te ingrese a los dos días o porque no come, o porque no bebe, o porque ha hecho una insuficiencia cardíaca ¿Sabes? Te quiero decir, que la salud se resiente dependiendo de quién te cuide, entonces es fundamental.” (M1)

“Sí que es importante la trabajadora social para que no haya tantos reingresos, pero es importante también para agilizar todo el tema de las altas.” (M2)

“No sé qué decir, si evitas que se vuelva a producir, pues otra caída con una posible nueva fractura o si tiene prótesis o clavo o lo que sea, que produzca daños sobre esa intervención, pues me parece que sí. Me imagino que sean detalles como el cuidado luego el entorno y la vuelta a su entorno, y si de esos detalles están pues, bien estudiadas y solventadas las posibles deficiencias que haya, yo creo que eso sí que influye en los reingresos.” (M3)

De igual manera, especifican en la existencia de una relación entre la Intervención de la trabajadora social y el número de reingresos:

“A mí no me ha coincidido que vuelvan a reingresar.” (E1)

“No, porque aquí sí hay reingresos, es por una infección que no tiene nada que ver la trabajadora social.” (E2)

En consecuencia, de todo lo descrito *supra*, se aprecia que las personas que participan en el estudio son conocedoras del valor que aporta el Trabajo Social al Servicio y a los pacientes y familiares, puesto que reconocen la tranquilidad que este proporciona al personal sanitario, al dar cobertura a las necesidades sociales del paciente, tomando en consideración que ellos se limitan únicamente a las clínicas, más concretamente en el estado agudo de la enfermedad. Igualmente, se hace referencia a la tranquilidad dispensada, tanto al paciente-usuario, como a sus familiares, al informar sobre las opciones que susceptibles de solventar sus problemáticas de cara al alta, cumpliendo una función de acompañamiento y apoyo durante el proceso de ingreso, que difiere de la que le compete al resto de personal que trabaja en el complejo hospitalario.

IV.2. DE OTROS PROFESIONALES DE LA RED SOCIO-ASISTENCIAL

A modo de cierre del círculo rehabilitador del paciente con fractura de cadera, se ha profundizado sobre el conocimiento de la valoración realizada por los profesionales de los diferentes centros residenciales a los que se han derivado pacientes en su fase subaguda. Para ello se comienza estableciendo una caracterización del perfil de los profesionales que participan. Igualmente, se han abordado aspectos referentes a la que consideran ser la principal vía para el ingreso en la residencia; los ámbitos de información concernientes al usuario-familia que son solicitados a la trabajadora social hospitalaria para las derivaciones; la información compartida entre el personal del centro residencial y la trabajadora social en relación con el usuario-familia; las características del usuario-familia comunicadas por la trabajadora social hospitalaria al personal del centro; el trabajo

en equipo; y la valoración de la actividad realizada por la trabajadora social del hospital.

IV.2.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y DE LOS USUARIOS

Para el estudio se ha optado por realizar la valoración de la presencia de la trabajadora social con aquellos profesionales de mayor contacto a la hora de realizar derivaciones y/o consultas, u otras actuaciones similares, en aras de profundizar en aquellos aspectos más relevantes para el estudio, tomando como fundamento la experiencia de trabajo previa y el conocimiento relativo a los factores vinculados a la tramitación de recursos sociosanitarios intermedios al Alta Hospitalaria.

En consecuencia, el instrumento de recogida de datos se dirigió principalmente al trabajador/a social del centro residencial, y en su ausencia, puesto que no todos los centros residenciales cuentan con trabajador social, al director/a de la residencia.

CARGO Y EXPERIENCIA DE LOS PARTICIPANTES

Tabla n° 19

CARGO	Nº	%
Director/a	20	55,56
Trabajador/a social	13	36,11
Ambas figuras en la misma persona	2	5,56
NC	1	2,78
TOTAL	36	100

Tabla n° 20

EXPERIENCIA	Nº	%
Hasta 5	13	36,11
De 6 a 10	8	22,22
De 11 a 15	7	19,44
De 16 a 20	3	8,33
21 o más	5	13,89
TOTAL	36	100

El cargo más destacado entre los profesionales participantes es el de director/a de centro residencial, con un 55,56%, mientras que el de trabajador/a social de centro residencial representa el 36,11% del total. Únicamente en dos situaciones, ambos cargos recaen sobre la misma persona.

El mayor número de profesionales participantes ha permanecido en el mismo centro de trabajo por un tiempo superior a 10 años (el 41,66%); por otro lado, el 22,22% lleva al menos, 5 años. Estos datos indican que los profesionales que han respondido cuentan con una experiencia suficiente para que sus opiniones puedan ser valoradas desde el conocimiento del tema estudiado.

El proceso de planificación del Alta Hospitalaria conlleva la gestión de trámites y procedimientos relativos al recurso al alta. Para ello, existen diferentes vías de ingreso en residencias para las personas con fractura de cadera, entre las que figuran el paciente usuario, los familiares, el trabajador/a social hospitalaria y el trabajador/a social de CEAS. Al respecto, se solicitó a los profesionales participantes que establecieran una jerarquización de las vías de ingreso, que desde su perspectiva se daba con una mayor frecuencia en los centros residenciales a los que pertenecían, evidenciándose los datos reflejados *infra*.

PRINCIPAL VÍA DE INGRESO EN LA RESIDENCIA

Tabla nº 21

VÍA DE INGRESO	Nº	%
Los familiares	21	58,33
El paciente/usuario	4	11,11
Trabajador/a social de CEAS	4	11,11
Trabajador/a social de hospital	2	5,56
NS/NC	5	13,89
TOTAL	36	100

Los profesionales han establecido a los familiares como principal vía de ingreso, en un 58,33% respecto del total. En lo que al paciente/usuario y al trabajador social de CEAS se refiere, ambos obtienen una representación del 11,11% respectivamente como principal vía de ingreso, figurando ambos en un segundo puesto de manera equiparada. Sin embargo, los profesionales hacen referencia a la trabajadora social hospitalaria como principal vía de ingreso del paciente/usuario en menor medida, representando únicamente el 5,56% del total.

IV.2.2. INFORMACIÓN COMPARTIDA CONCERNIENTE AL USUARIO-FAMILIA

En lo referente a la información compartida por la trabajadora social en alusión al usuario-familia, se ha profundizado en aspectos relacionados con las características del usuario-familia, el nivel de dependencia, el tiempo previsto de estancia en el centro residencial, así como las fechas de previsión de alta e ingreso en residencia.

ÁMBITOS DE INFORMACIÓN CONCERNIENTES AL USUARIO-FAMILIA, SOLICITADOS A LA TS

Tabla nº 22

ÁMBITOS DE INFORMACIÓN	Nº	%
El nivel de dependencia del usuario	34	94,44
Datos relativos al estado clínico del paciente	29	80,56
Las características del usuario	27	75,00
El tiempo previsto de estancia del paciente en las independencias del centro residencial	17	47,22
BASE	36	100

Los diferentes profesionales han destacado que, el nivel de dependencia es la información relativa al usuario, por la que más se interesan, con un 94,44%. Este dato es de suma importancia a la hora de realizar traslados a un centro residencial, puesto que, es necesario adecuar la estancia en el mismo a la capacidad económica del paciente-usuario. Al respecto, cabe tomar en consideración que el precio de la permanencia en el centro residencial varía en función del grado de dependencia, incrementándose éste en función del apoyo que necesita la persona usuaria para las AVD. En segundo lugar, se sitúan los datos relativos al estado clínico del paciente, en un 80,56%, dado que, esta información resulta orientativa de cara al establecimiento del periodo aproximado que se prolongará el ingreso en el complejo hospitalario o del tiempo de permanencia que podrá establecerse en el centro residencial para la recuperación de la fractura. Asimismo, conocer las características del potencial usuario es considerado importante en el 80,56% de los centros estudiados, para adecuar el recurso intermedio al alta, a la persona. En cualquier caso, se prioriza lo necesario para la mejora del estado clínico del paciente-usuario, tomando a su vez en consideración los factores personales que puedan contribuir al incremento del bienestar en el recurso, sobre la base de la situación de estrés que este cambio genera en la persona.

Conocer el tiempo previsto de estancia del paciente en el centro residencial únicamente es valorado por la mitad de los consultados (un 47,22%).

CONSIDERACIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN ESTABLECIDA

Tabla nº 23

POSICIONAMIENTO	SI		NO		EN OCASIONES		NS/NC	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comunica en todo momento las características del usuario-familia que necesito saber para el desarrollo de mi trabajo	19	52,78	1	2,70	16	44,44	-	-
Comunica información de interés sobre el nivel de dependencia del usuario	28	77,78	-	-	8	22,22	-	-
Comunica información sobre el tiempo previsto de estancia del paciente	14	38,89	7	19,44	14	38,89	1	2,78
Los datos relativos al estado clínico del paciente, resultan relevantes para la fecha de previsión del alta, y consecuentemente, del ingreso en el centro residencial	27	75,00	1	2,78	8	22,22	-	-
BASE	36	100	36	100	36	100	36	100

Respecto a la comunicación establecida entre la trabajadora social y el personal del centro residencial, los profesionales han evidenciado que les comunica en todo momento las características concernientes al usuario/familia que necesitan saber para el desarrollo de su trabajo, en un 52,78%. Igualmente, han afirmado que les aporta información de interés sobre el nivel de dependencia del usuario, en un 77,78%. Sin embargo, en lo que a la comunicación de información sobre el tiempo previsto de estancia del paciente en la residencia se refiere, los resultados obtenidos se han mostrado equiparados, igualando el número de profesionales que afirman que la trabajadora social hospitalaria comunica esta información, con el número de profesionales que señalan que la comunica únicamente en ocasiones,

con una representación del 38,89 en ambos casos. Del mismo modo, los profesionales han afirmado en un 75'00% que la información que les aporta respecto al estado clínico del paciente, resulta determinante para el establecimiento de la fecha de previsión del Alta Hospitalaria, de cara a la planificación del ingreso en el centro residencial.

Asimismo, se habilitó un espacio donde los participantes pudieran señalar brevemente algunas de las características concernientes al usuario-familia, que le son comunicadas por la trabajadora social hospitalaria, más concretamente un 52'78% de los profesionales enumeraron los aspectos señalados a continuación.

CARACTERÍSTICAS CONCERNIENTES AL USUARIO-FAMILIA QUE SON COMUNICADAS POR LA TRABAJADORA SOCIAL HOSPITALARIA

Tabla nº 24

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
NS/NC	17	39,53
Situación/apoyo familiar	12	27,91
Estado de salud	8	18,60
Grado de dependencia	6	13,95
Situación/apoyo social	6	13,95
Necesidades asistenciales	4	9,30
Servicios sociales (usuario)	3	6,98
Datos de contacto	3	6,98
Capacidad económica	2	4,65
Convivientes	2	4,65

Edad	2	4,65
Patologías, medicación y posología	1	2,
Duración de la estancia en el centro residencial	1	2,33
Fecha prevista de Alta Hospitalaria	1	2,33
Prestaciones ortoprotésicas	1	2,33
Posibles anomalías en el comportamiento	1	2,33
Recurso demandado conforme a la preocupación planteada	1	2,33
BASE	43	100

La característica que más destaca entre las respuestas es aquella que alude a la situación familiar del usuario-paciente, en un porcentaje del 27'91%, afirmando su relevancia más de tres de cada diez profesionales, en aras de conocer los apoyos familiares con los que cuenta la persona, de cara a establecer un contacto previo que permita iniciar el proceso de información y preparación relativa al ingreso en el centro residencial. En segundo lugar, se encuentra el estado de salud, ubicado en una posición del 18'60%, el cual presenta un carácter esencial al derivarse la persona usuaria desde un hospital de agudos, donde su estado clínico ha variado. En tercer lugar, el 13,95% de los profesionales inciden en el grado de dependencia, así como en la situación en la que se encuentran los pacientes respecto a la necesidad de apoyo social, dada su relevancia en lo que alude a la existencia de plaza para personas asistidas o no en la residencia de que se trate, así como para el establecimiento de un presupuesto aproximado para su permanencia en el centro, puesto que este variará en función del grado en el que dependa de otras personas para la realización de las AVD. En cuarto lugar, el 9'30% de los participantes han incidido sobre la necesidad de ostentar conocimiento referente a las principales necesidades asistenciales presentadas por el paciente, orientado a la adaptación de los cuidados proporcionados en el centro residencial al éxito de la recuperación del paciente. Es importante señalar que el 39,53% de los encuestados, no responden a esta pregunta, es decir, prácticamente 4 de cada 10 profesionales no recuerdan o no quieren aportar dicha información.

El conocimiento previo sobre los servicios sociales utilizados por el usuario; sus patologías, medicación y posología; la previsión de la prolongación de la estancia en el centro residencial y la fecha prevista de Alta Hospitalaria; los datos de contacto; la capacidad económica; los convivientes, las prestaciones ortoprotésicas; la edad; las posibles anomalías en el comportamiento... No son especialmente relevantes en la coordinación efectuada entre las trabajadoras sociales del hospital y los profesionales de las residencias para alcanzar los objetivos de atención previstos, no alcanzando en cada caso, el 7% de las respuestas.

IV.2.3. POSICIONAMIENTO SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO

Para la recogida de información concerniente al trabajo en equipo, se han concretado características de índole temporal y emocional, como la antelación en el trabajo realizado y la contribución de la coordinación entre ambos profesionales, a la disminución del estrés generado durante los ingresos de nuevos residentes. Además se han señalado indicadores de calidad, entre los que figura la contribución de la trabajadora social hospitalaria en la clarificación de situaciones que puedan generar conflicto y/o confusión en el proceso, la utilidad del trabajo en coordinación con la trabajadora social hospitalaria para el desempeño laboral del personal de las residencias y su esencialidad para disminuir la dificultad en la concurrencia de derivaciones de pacientes-usuarios del complejo hospitalario a las distintas residencias.

Los diferentes profesionales han afirmado en un 58,33% que el trabajo efectuado con la trabajadora social hospitalaria es realizado con la suficiente antelación, a diferencia del 41,67%, que han indicado que la antelación del trabajo coordinado entre ambos no siempre se realiza con suficiente antelación.

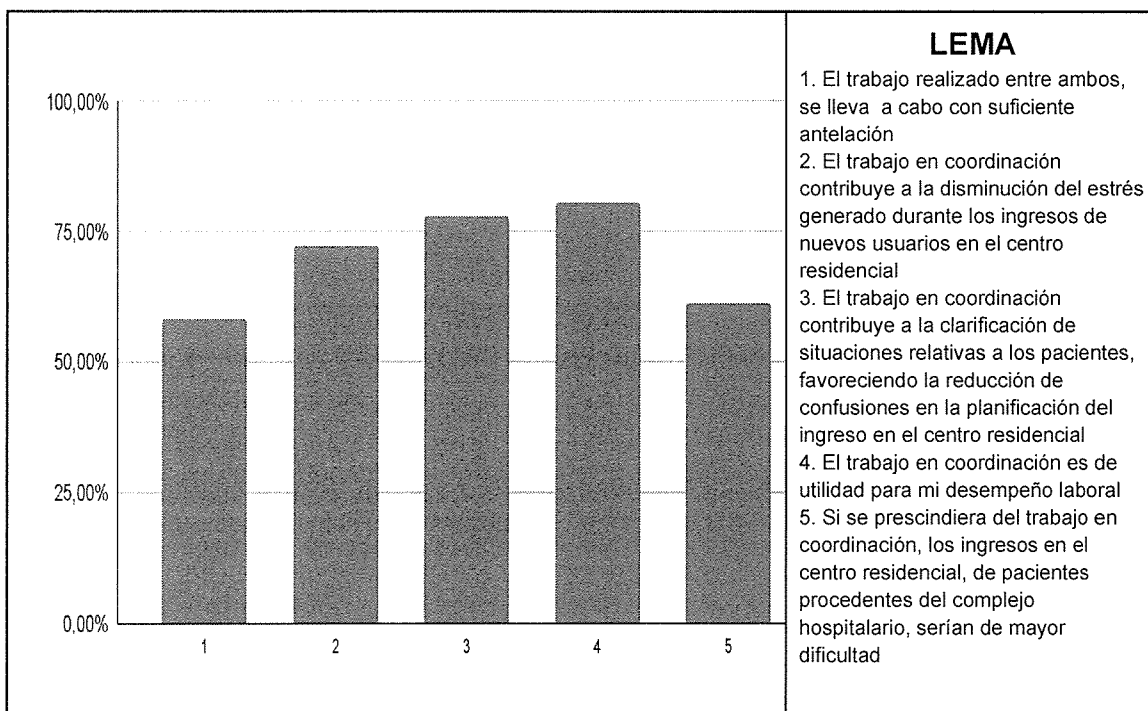
CONSIDERACIONES SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO

Tabla n° 25

CONSIDERACIONES	SI		NO		EN OCASIONES		NS/NC	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
El trabajo realizado entre ambos, se lleva a cabo con suficiente antelación	21	58,33	15	41,67	-	-	-	-
El trabajo en coordinación contribuye a la disminución del estrés generado durante los ingresos de nuevos usuarios en el centro residencial	26	72,22	4	11,11	6	16,67	-	-
El trabajo en coordinación contribuye a la clarificación de situaciones relativas a los pacientes, favoreciendo la reducción de confusiones en la planificación del ingreso en el centro residencial	28	77,78	2	5,56	6	16,67	-	-
El trabajo en coordinación es de utilidad para mi desempeño laboral	29	80,56	-	-	5	13,89	2	5,56
Si se prescindiera del trabajo en coordinación, los ingresos en el centro residencial, de pacientes procedentes del complejo hospitalario, serían de mayor dificultad	22	61,11	3	8,33	10	27,78	1	2,78

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO

Gráfica n° 11



Igualmente, se señala que el trabajo efectuado en coordinación con la trabajadora social contribuye a la disminución del estrés generado para los profesionales de los centros residenciales, durante los ingresos de nuevos pacientes, representando un 72,22% del total.

En lo referente a los profesionales que señalan que el trabajo realizado en coordinación contribuye a la clarificación de situaciones relativas a los pacientes, favoreciendo la reducción de confusiones en la planificación del ingreso en el centro residencial, estos se concretaron en un 77,78%, representando una mayoría relevante respecto del total. Del mismo modo, la mayor parte de los profesionales participantes expusieron que el trabajo en coordinación con la trabajadora social hospitalaria resulta de utilidad para el desempeño de su actividad laboral, representando el 80,56%. Estos datos indican una representación de más de tres de cada cuatro profesionales.

Una postura menos valorada, es la relativa a la importancia de la labor de la trabajadora social hospitalaria para realizar traslados desde el nivel hospitalario a cada centro residencial (el 61,11%); es decir, cuatro de cada 10, no lo consideran imprescindible.

IV.2.4. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL TS

En lo que alude a la valoración de la actividad de la trabajadora social, para la recopilación de información relativa a su validación profesional, se han abordado bloques temáticos relativos a la información de interés sobre los recursos disponibles de cara al alta, que procura a usuarios y familiares, su actuación como un mecanismo de conexión entre el usuario-paciente y los centros residenciales, o por el contrario, como una barrera que interfiere entre ambos.

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA TRABAJADORA SOCIAL

Tabla nº 26

POSICIONAMIENTO	SI		NO		EN OCASIONES		NS/NC	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Proporciona a los usuarios y familias información de interés sobre los recursos disponibles de cara al Alta Hospitalaria	30	83,33	-	-	5	13,89	1	2,78
Actúa como un mecanismo de conexión entre el usuario-paciente y los centros residenciales, facilitando el contacto que se establece entre estos y el personal de las residencias	33	91,67	-	-	3	8,33	-	-
Actúa como una barrera entre el usuario-paciente y los centros residenciales, dificultando el contacto que se establece entre estos y el personal de las residencias	4	11,11	32	88,89	-	-	-	-

Los profesionales participantes han señalado: en un 83'33% que la trabajadora social hospitalaria facilita a los usuarios y familias información de interés, relativa a los recursos disponibles de cara al Alta Hospitalaria; en un 91'67% que la

trabajadora social hospitalaria se erige en un mecanismo de conexión entre el usuario-paciente y los centros residenciales, facilitando el contacto que se establece entre ambos; únicamente el 11,11% de los profesionales dan a la trabajadora social un papel negativo, actuando como barrera entre el usuario-paciente y los centros residenciales, e impidiendo el contacto adecuado entre ellos.

En líneas generales, los datos señalados previamente ponen de manifiesto la valoración positiva que el personal de los centros residenciales efectúa sobre la trabajadora social hospitalaria, representando una mayoría respecto del total de las respuestas proporcionadas a cada bloque temático, aquellas que validan la calidad del trabajo en coordinación con estos, durante la planificación del Alta Hospitalaria de los pacientes con fractura de cadera.

V. CONCLUSIONES Y PROPUESTA PROFESIONAL

Tras realizar un trabajo exhaustivo sobre el objeto de estudio, se han extraído a modo conclusivo, aquellos aspectos considerados de una mayor trascendencia para los objetivos propuestos inicialmente.

1) Respecto a las funciones y actividades asumidas y realizadas por las trabajadoras sociales en el PAI-FCAM, destacan las siguientes:

- Realización y elaboración del estudio y diagnóstico social.
- Información y clarificación: proceso, servicios, recursos...
- Acompañamiento en el proceso/apoyo emocional: espera, toma de decisiones, contención de emociones...
- Acompañamiento psicosocial: escucha, consuelo...
- Mediación entre usuario, familia y sistema.
- Promoción de habilidades para la organización, negociación y reparto de tareas.

2) En lo referente al trabajo realizado por las trabajadoras sociales hospitalarias y su propia valoración, se puede afirmar que la intervención social reduce costes en el sistema sanitario, en la medida que contribuye a evitar la prolongación de las estancias innecesarias en los hospitales. Igualmente, la intervención social aumenta la eficacia de los tratamientos clínicos, puesto que, una adecuada gestión de los aspectos psicosociales al tiempo del proceso y evolución del tratamiento clínico produce una mayor eficiencia en el uso de los recursos sanitarios, así como en una situación de mayor bienestar para los pacientes con los que se trabaja. De este modo, algunos tratamientos no podrían ser dispensados con éxito por los facultativos si el paciente no contase con un recurso en el que poder recibirlos.

Del mismo modo, las trabajadoras sociales han querido poner de manifiesto la creciente necesidad de crear más recursos intermedios de cara a la planificación del Alta Hospitalaria para los procesos subagudos de recuperación clínica, puesto que cuentan con una reducida variedad de recursos para ofrecer a los pacientes cuando tiene lugar el momento de abandonar el hospital, suponiendo en ocasiones un gran desembolso de dinero. También se pone de relieve que trabajar con

protocolos contribuye a que la labor del trabajador social sea más valorada y conocida por parte de los profesionales sanitarios, de forma que realizar o no una demanda social no sea una cuestión subjetiva de *motu proprio*, sino una actividad objetiva de obligado cumplimiento, fundamentada en la validación científica de la positividad del tratamiento social durante la concurrencia de los procesos clínicos.

Tal y como se ha afirmado durante la realización de las entrevistas, la atención a nivel hospitalario que procura la trabajadora social, ofrece una respuesta inmediata a las necesidades y problemáticas sociales que constituyen los inconvenientes al alta, procurando un acompañamiento a pacientes y familiares que contribuye a simplificar procesos que suponen una gran dificultad para los mismos, evitando la espera hasta poder concertar una cita en CEAS, dado que el periodo temporal establecido para la planificación del alta, al igual que las necesidades del paciente (en el caso de que este no cuente con soporte familiar alguno) o en su caso, de los familiares (en el caso de que estos necesiten permanecer al lado del familiar durante su hospitalización), pueden no ser compatibles con la planificación de recursos intermedios desde estos dispositivos. Ello, unido al estrés que genera una enfermedad sobrevenida, junto al desconocimiento de las diferentes respuestas por las que se puede optar para la resolución de problemáticas, no permitiría llevar a cabo una planificación adecuada dentro de un margen temporal razonable.

3) Respecto al posicionamiento y la valoración efectuada por parte del resto de profesionales participantes en el proceso, se ha establecido una diferenciación que comprende, por un lado, al personal interno, donde cabe destacar el rol esencial ejercido por el trabajo social dentro de los equipos de salud, como favorecedor del trabajo realizado entre los niveles asistenciales de atención primaria y especializada, así como agente directo en la coordinación con el Sistema de Servicios Sociales. Igualmente, se ha detectado la existencia de una toma de conciencia sobre la importancia de su actuación, lo que genera implicación por parte del personal sanitario para efectuar demandas sociales y establecer una buena coordinación con la trabajadora social hospitalaria, siendo este aspecto especialmente notable en el personal de enfermería (en mayor medida la supervisora de enfermería de la planta) y geriatría. Análogamente, se extrae que, la trabajadora social facilita el trabajo a realizar por parte de otros profesionales de la salud, cubriendo determinadas áreas en las que ellos no profundizan, de modo que puedan disponer de una mayor fluidez para el desempeño laboral. Es la trabajadora social hospitalaria quien aporta la óptica social dirigida a la planificación de soportes durante la fase subaguda de la enfermedad, al proceso clínico integrado en la fase aguda, por lo que emerge como profesional de referencia para

favorecer el cierre exitoso del círculo del proceso rehabilitador del paciente con fractura de cadera.

Por otro lado, de la información proporcionada por parte de los profesionales externos, resulta ilustrativo destacar que, afirman que los procesos de tramitación de ingresos en centros residenciales para pacientes procedentes de hospital presentarían una mayor complejidad de no ser por la existencia de la trabajadora social hospitalaria, que actúa como nexo conector entre el ámbito hospitalario y el residencial, facilitando el contacto establecido entre el paciente-usuario y sus familiares, para con los profesionales de la residencia, simplificando el proceso y agilizando su desarrollo. Asimismo, la figura del trabajador social hospitalario contribuye a la disminución del estrés generado para los profesionales de los centros residenciales durante los nuevos ingresos, dando lugar a un desempeño laboral más efectivo, motivado y libre de "burnout", por lo que contribuye a establecer mejoras en el funcionamiento de los diferentes centros residenciales. Igualmente, la falta de antelación en la planificación de los ingresos con los profesionales de las residencias por parte de la trabajadora social podría atribuirse a las altas precipitadas que tienen lugar con motivo de la necesidad de habilitar puestos de cama en los hospitales de agudos.

Se afirma por lo tanto la esencialidad de la figura del trabajador social para la consecución del cierre exitoso del círculo rehabilitador del paciente con fractura de cadera, sobre la base de la validación científica de los beneficios generados por parte de la intervención social durante el desarrollo del tratamiento clínico del paciente y en su fase subaguda, tomando como fundamento la atención integral y la calidad asistencial a procurar en el ámbito del Sistema Sanitario.

Esta afirmación se puede evidenciar a tres niveles: en primer lugar para los pacientes, puesto que contribuye a la consecución de una atención integral que posibilita la recuperación funcional de su capacidad de autonomía previa, sobre la base del incremento de la calidad de vida fuera del complejo hospitalario y la garantía de la continuidad de los cuidados; en segundo lugar, para el personal sanitario, dado que ven cubiertos aspectos relativos al alta sobre los cuales no profundizan durante su quehacer diario, emergiendo al respecto el alta social, como un aspecto complementario y esencial para la eficacia de los tratamientos a dispensar, permitiendo que la puesta en práctica del desempeño laboral de los facultativos sea más fluida y circunscrita al ámbito clínico; en tercer lugar, para los profesionales pertenecientes a los recursos sociosanitarios de derivación al alta, tomando como fundamento que la coordinación existente entre ambos simplifica el proceso de derivación efectuado desde hospital, contribuyendo, entre otros, a la disminución del estrés generado durante los nuevos ingresos y la obtención detallada de información de interés sobre el paciente-usuario y sus familiares.

4) La actividad profesional descrita y su realización en el seno del equipo multidisciplinar, permite aportar argumentos que, unidos a los ya existentes justifiquen y sirvan de demostración coherente en la catalogación del Trabajo Social Sanitario como profesión sanitaria; entendiendo que el Trabajo Social Sanitario requerirá ser catalogado como *Área de conocimiento* (en este momento la única existente es Trabajo Social y Servicios Sociales⁹), posibilitando que, si bien el Grado universitario permanezca en la rama del conocimiento de las Ciencias Sociales, los Posgrados puedan ubicarse en la rama Ciencias de la Salud, y los profesionales recibir la formación oportuna.

Durante el desarrollo del estudio se han encontrado limitaciones que aluden a la falta de documentación, datos, acceso limitado a los posibles documentos necesarios para la investigación y lentos procesos, en los que es necesario pasar por diferentes profesionales hasta poder obtener una aproximación de los datos recogidos en los mismos, por lo que su obtención ha sido costosa y fragmentaria, requiriendo una gran dedicación temporal, así como un extenso despliegue de medios entre el personal hospitalario, pero finalmente exitosa para la consecución de los fines investigativos.

A modo de propuesta, se plantean los siguientes aspectos:

1) La redacción sistemática de registros de datos exhaustivos y pormenorizados, clasificados por medio de un orden cronológico anual, conservados a lo largo del tiempo, a partir de los cuales se puedan realizar investigaciones y sistematizaciones por parte de las profesionales de trabajo social del CAULE, puesto que, partiendo de la realización de la función investigadora, la profesión se reafirma en la importancia de su papel como agente coadyuvante en el logro del bienestar social de las personas, por medio de la validación de su actividad y de la eficacia de su intervención.

⁹Ver Áreas de conocimiento:

<https://www.educacionyfp.gob.es/dctm/mepsyd/educacion/universidades/profesorado/habilitacion/areas-conocimiento.pdf?documentId=0901e72b80050626>

2) El establecimiento de protocolización en todas las patologías, lo que favorecería la instauración de la participación del trabajador social como obligatoria en cada proceso clínico, realzando la esencialidad que le caracteriza dentro de los equipos multidisciplinarios de salud, lo cual constituye un aspecto común a la totalidad de enfermedades que reciben tratamiento por parte del Sistema Sanitario de Salud, contribuyendo a la reafirmación de la figura del trabajador social como personal sanitario integrado en el mismo.

3) La creación de un nuevo programa informático unificado, que integre la información recabada por la totalidad del equipo multidisciplinar implicado en el Proceso, en el cual se puedan registrar de forma periódica los aspectos competentes de cada disciplina, por medio de una historia clínica conjunta, dando lugar a una mayor fluidez en el desarrollo de las intervenciones.

4) Los recursos intermedios se conciben como un aspecto fundamental para la planificación del alta por parte de las trabajadoras sociales hospitalarias, no obstante, se puede apreciar la falta de recursos que den respuesta a las situaciones de Alta Hospitalaria en lo que concierne a la fractura de cadera, por ello, se propone: por un lado, la creación de centros de referencia públicos dirigidos a la recuperación de la fractura de cadera en su fase subaguda, basados en el modelo de Hastings, para la derivación de pacientes que tienen un alto contenido rehabilitador y de reintegración al entorno previo. Como recurso intermedio de mayor utilización al alta por parte de los pacientes-usuarios se enmarca el centro residencial, por lo que resultaría interesante llevar a cabo una activación urgente de las prestaciones recogidas en la Ley de Dependencia, dirigida a la cobertura de las necesidades asistenciales que requieren las personas que sufren una enfermedad sobrevenida. De este modo, los pacientes podrían emplear las prestaciones para el pago de la estancia en una residencia durante su recuperación, evitando los periodos temporales de espera durante los que se prolonga la llegada de la resolución de la dependencia y el colapso de las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca Cidón, J. (2017). *Análisis de la Ley General de Sanidad en la realidad del Siglo XXI: Propuestas para un modelo sanitario sostenible* [tesis de doctorado, Universidad San Pablo]. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=r1WKnhXAuwc%3D>
- Abrisketa, J. (2006). *Sistema de salud*. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo: Biblioteca de la Universidad del País Vasco. <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/210>
- Actis Di Pasquale, E. (2008). La operacionalización del concepto de Bienestar Social: un análisis comparado de distintas mediciones. *Observatorio Laboral: Revista Venezolana*, 1(2), 17-20. file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-LaOperacionalizacionDelConceptoDeBienestarSocial-2742891.pdf
- Aguilar García, F., (Coord.) Andrés García, J.A., Blanco Bermejo, C.J., Cruz Ocaña, E., Del Río Urenda, S., Echevarría Ruiz de Vargas, C., Gómez Zubeldía, C., Hernández Pérez-Lanzac, C., Madrigal Cueto, R., Najem Rizk, A.N., Pérez Martínez, J.J., Ras Luna, J., Román Castillo, D., Sánchez Acha, Y., Sánchez Cantos, S., Sanz Amores, R. y Tirado Reyes, L.M. (2014). *Fractura de cadera: proceso asistencial integrado*. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957011c6d_fractura_cadera_julio_2014.pdf
- Alarcón Alarcón, T., González Montalvo, J.I., Bárcena Álvarez, A., y Salgado Alba, A. (1998). Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos ingresados por enfermedad aguda. *Revista Española de Geriatria y Gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 33(4), 209-218. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-estudio-predictivo-necesidades-sociales-al-13011654>
- Alemán, C. y Pérez, M. (1996). *Los Servicios Sociales y su relación con otras disciplinas*, en Garcés, J. y Aleman, C. Administración social: los servicios de bienestar social. S.XXI. Madrid.
- Alonso Gil, H., Bardón García, C., Barredo Juárez, E., García Fernández, M.J., González Arguello, C., Llamazares Llamazares, J., Martínez Fernández, M.J., Olmo Prieto, M.C., Rodríguez Arias, M.C., Tamame Iglesias, M. y Valencia Vivas, M.A. (2014). *Manual de funcionamiento de las Unidades de Trabajo Social en el Complejo Asistencial Universitario de León*. Complejo Asistencial Universitario de León. (Documento de uso interno. Sin publicar).

- Álvarez Benito, M., Ávila Rodríguez, F.J., Barrera Becerra, C., Bautista Paloma, F.J., Calero Fernández, M., Campos García, T., Domínguez Camacho, J.C., Gracia, M., Fernández García, E., Flores Moreno, S., Fuentes Cebada, L., Fuerte Repila, L., Jiménez Puente, A., Martín Vázquez, J.M., Molina Doñoro, J.M., Mora Banderas, A.M. y Pandilla Marín, C. (2009). *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados*. (Gracia, M., Fernández García, E. Coords) 2ª ed. Sevilla. Consejería de Salud. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e59e_guia_diseno_mejora.pdf
- Álvarez Nebred, M.L. (2017). *Tratamiento integral de la fractura de cadera en el anciano: modelo predictivo de mortalidad intrahospitalaria* [tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/41403/>
- Arteaga, G. (2020). *¿Qué es el análisis de datos? Métodos, técnicas y herramientas*. <https://www.testsiteforme.com/tecnica-de-procesamiento-y-analisis-de-datos/>
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud. (2017). *Cartera de servicios*. <https://aetrabajosocialysalud.es/carta-de-servicios/>
- Ayala Cañón, L., Arranz, J.M., García Serrano, C. y Martínez Virto, L. (Fresno, J.M. coord.). (2016). *El sistema de garantía de ingresos en España: tendencias, resultados y necesidades de reforma*. INFORME COMPLETO. Programa para el Empleo y la Innovación Social de la UE (eje PROGRESS). <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/contenido-actual-web/SistGarantingresos-ResEjec.pdf>
- Banco Mundial (2023). *Protección social*. <https://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview>
- Bartra, A., Caeiro, J.R., Mesa-Ramos, M., Etxebarria-Foronda, J., Montejo, J., Carpintero, P., Sorio-Vilela, F., Gatell, S. y Canals, L. (2018). Coste de la fractura de cadera osteoporótica en España por comunidad autónoma. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 63(1), 56-68. <http://rnfc.es/wp-content/uploads/2019/07/Coste-de-la-fx-cadera-osteoporotica-en-Espana-por-comunidad-auto-noma..pdf>
- Baumann, A. et ál. (2010). *Declaración sobre el significado de Empoderamiento de Usuarios/as y Cuidadores/as en Salud Mental*. Oficina Regional para Europa de la OMS. Traducción en español: Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
- Benchimol, J.A., Elizondo, C.M., Giunta, D.H., Schapira, M.C., Pollan, J.A., Barla, J.D., Carabelli, G.S. y Boietti, B.R. (2020). Supervivencia y funcionalidad en ancianos mayores de 85 años con fractura de cadera. *Revista Española de*

- Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 64(4), 265-271.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129>
- Bermejo Gutiérrez, M.V., (coord.) Pamo Díaz, M.L., Sánchez-Laulhe Centenera, L., García Sánchez, A.M., López Melendro, A.I., Castillejo Arroyo, M., Arévalo Baeza, M., Tejedor Jiménez, M., Gil Suárez, S. y Herrero Yuste, M.N. (2012). Protocolo de intervención desde el trabajo social en los Centros de atención a las drogodependencias del Instituto de Adicciones. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
- Bermejo, M. (2016). "Hablemos de los pacientes trans." Aportes para el trabajo interdisciplinario con personas trans y travesti, desde una perspectiva de género en el campo de la Salud Mental. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 81, 2-4. <https://www.margen.org/suscri/margen81/bermejo81.pdf>
- Brovelli, K. (2011). Aportes sobre la intervención del Trabajo Social en el ámbito hospitalario. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 62. <https://www.margen.org/suscri/margen62/brovelli.pdf>
- Carbonero, D., Taya, E., Caparros, N. y Gimeno, C. (coords.) (2016). *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global*. Aportes desde el Trabajo Social. Logroño. Universidad de la Rioja. https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/portada.shtml
- Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J. y Ródenas Rigla, F. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, (15), 163. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Casado, D. (2007). La rama de los servicios sociales, en Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia (Casado, D. y Fantova, F., coords.) Fundación Foessa.
- Casas-Martí, J. (2023). 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. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/82419/4564456562688>
- Castrillo Alonso, J.L., Díez Sánchez T.J., Escaja Muga, M.Á., García Vela, J.M., González Camino, E., González Fernández, R., Guzmán Fernández, M.A., Mercado Llorente, T., Rodríguez Losada Allende, M., Torres Serna, T. y Velasco Velado, M.C. (2013). *Documento de Consenso de Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y*

- León. Junta de Castilla y León.
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san.ficheros/330043-Documento%20Consenso%20Funciones%20Trabajadores%20Sociales.pdf>
- Cerdán, S. (2021). *Constitución, diálogo y Estado de Bienestar*.
<https://www.epe.es/es/opinion/20211205/constitucion-dialogo-bienestar-12946501>
- Cifuentes-Gil, R.M. (2018). El valor de escribir, publicar y aprender en Trabajo Social: reflexiones y aportes desde la experiencia. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e intervención social*, 25, 13-34.
<http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n26/2389-993X-prsp-26-00013.pdf>
- Cisneros-Caicedo, A.J., Urdánigo-Cedeño, J.J., Guevara-García, A.F. y Garcés-Bravo, J.M. (2022). Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que apoyan a la Investigación Científica en tiempo de Pandemia. *Dominio de las Ciencias*, 8(1). 1165-1185. file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-TecnicasEInstrumentosParaLaRecoleccionDeDatosQueAp-8383508.pdf
- Colom Masfret, D. (2000). *La planificación del alta sanitaria*. Universidad Obertá de Catalunya (UOC).
http://cv.uoc.edu/annotation/d1ceba10363a639aec78413778e47566/588015/PID_00206304/modul_2.html#:~:text=La%20%E2%80%9Cplanificaci%C3%B3n%20del%20alta%20hospitalaria,requiere%20atenci%C3%B3n%20o%20supervisi%C3%B3n%20m%C3%A9dica.
- _____ (2008). *El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada: teoría y práctica*. Madrid. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social - Siglo XXI de España.
- _____ (2008). *Planificación del Alta Sanitaria, en Encuentro de intervención y políticas sociales*. Caja Madrid 2008 y VII Jornadas del Seminario de Intervención y Políticas Sociales, Madrid. SIPOSO.
<http://www.siposo.com/wp-content/uploads/2011/07/7jornadas.pdf>
- _____ (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Revista de servicios sociales*, 47, 109-119. file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-EITrabajoSocialSanitarioEnElMarcoDeLaOptimizacionY-3262815.pdf
- _____ (2015). *El trabajo social sanitario, los servicios y los recursos: quien presta el servicio ¿debe gestionar el recurso?*
<https://blogs.uoc.edu/trabajosocialsanitario/el-trabajo-social-sanitario-los-servicios-y-los-recursos-quien-presta-el-servicio-debe-gestionar-el-recurso>
- Comisión Europea. (1999). Informe Osteoporosis Comunidad Europea. Acción para la prevención. Luxemburgo. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

- https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_04_es.pdf
- Complejo Asistencial Universitario de León. (2017). *Cartera de Servicios*. SERVICIO: UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL, Gerencia Regional de Salud. <https://www.saludcastillayleon.es/CHLeon/es/carteraservicios/servicios-sanitarios-atencion-ciudadano/trabajadores-sociales>
- _____ (2017). *Información general*. Actualidad, Gerencia Regional de Salud. <https://www.saludcastillayleon.es/CHLeon/es/>
- Congreso de los Diputados. (2020). Dictamen. *Comisión para la Reconstrucción Social y Económica*. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf
- Consejería de Salud y Consumo. (2023). *Procesos Asistenciales Integrados (PAI)*, Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai.html>
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Buena praxis profesional*. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- _____ (2023). *Reconocimiento del trabajo social sanitario ya*. Una reivindicación en el XIV Congreso estatal de la AETSYS. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/reconocimiento-del-trabajo-social-sanitario-ya-una-reivindicacion-en-el-xiv-congreso-estatal-de-la-aetsys/9394/view>
- _____ (2023). *Salud y Trabajo Social*. https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (1946). *Boletín Oficial del Estado* n.º 116. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-682>
- Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado* n.º 311. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- Delgado Reguera, J.A. (2019). *El trabajo social en el ámbito de la salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial* [tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/55613/1/T41147.pdf>
- Departament de Benestar i Família y TERMCAT-Centre de Terminologia. (2010). Colomer i Artigas y Rustullet i Tallada (dirs). *Diccionari de serveis socials*. Barcelona: TERMCAT. <http://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/118/>>
- Deslauriers, J.P. y Pérez Cosín, J.V. (2004). El reto del conocimiento en la práctica del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 195-210. <file:///C:/Users/34690/Downloads/ecob,+CUTS0404110195A.PDF.pdf>
- Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. (2023). *Definición de Diagnóstico*. <https://dpej.rae.es/lema/diagn%C3%B3sticoeb.2022.pdf>

- Eroles, C. (coord). (2005). *Glosario de temas fundamentales en trabajo social*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Escrivá, J.L. (2023). *Reforma de pensiones*. Presentación a la Comisión de Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos del Pacto de Toledo. Ministro de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/Documents/2023/150323-pacto-toledo-presentacion.pdf>
- Estrada Ospina, V.M. (2011). Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 16, 21-53. <file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialIntervencionEnLoSocialYNuevosContexto-5857499.pdf>
- Facultad Ciencias de la Educación. (2023). Nota. *Regulación ámbitos conocimiento*. Universidad de Granada. <https://educacion.ugr.es/facultad/noticias/nota-regulacion-ambitos-conocimiento>
- FEDER. (2023). *La familia: principal fuente de apoyo social*. https://blogs.comillas.edu/fei/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Intervenci%C3%B3n-con-la-Familia-.docxD_.pdf
- Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). (2000). *Internacional - Definición Trabajo Social*. <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- Fernández Ampudia, P., García Jimeno, L., López González, P., Cañibano, J.N., Freile García, S., Fernández Renedo, C., Cañón, F., Ramos Pascua, L.R., Alonso Barrio, J.A., González García, A., Bermejo González, J.C., Jiménez Mola, S., Idoate Gil, F.J, Rodríguez García, J.A., Marcos Tomás, P., Álvarez Fernández, I. y Olmo Prieto, M.C. (2014). Proceso Asistencial Integrado: Fractura de Cadera en el Adulto Mayor. Complejo Asistencial Universitario de León. (Documento de uso interno. Sin publicar).
- Fernández García, T. (coord.) y Ponce de León, L. (2005). El proceso de intervención en el Trabajo Social de casos, en Trabajo social con casos. Madrid. Alianza Editorial, 195-220.
- Fernández-García M., Martínez J., Olmos J.M., González-Macías J. y Hernández, J.L. (2015). Revisión de la incidencia de la fractura de cadera en España. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 7(4), 115-120. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2015000400007
- Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas. (2023). *Fractura de cadera*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hip-fracture/symptoms-causes/syc-20373468>
- García, S., Plaza, R., Popescu, D. y Esteban PL. (2005). Fracturas de cadera en las personas mayores de 65 años diagnóstico y tratamiento. *Jano*, 69(1), 574.

- <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/69/1574/23/1v69n1574a13078750pdf01.pdf>
- Garzón, J. (2017). *La medición del bienestar social*, Bilbao. ALBOAN. file:///C:/Users/34690/Downloads/experiencias_15_1.pdf
- Geriatricarea. (2020). *La incidencia de la fractura de cadera alcanza los siete casos por cada mil personas mayores de 65 años*. <https://www.geriatricarea.com/2020/12/09/la-incidencia-de-la-fractura-de-cadera>
- Gómez García, R. (2012). *La profesionalización de los trabajadores sociales en Castilla y León, León*. Escuela Universitaria de Trabajo Social "Ntra. Sra. del Camino".
- Gómez Polledo, P. (2022). El informe SCOPE 2021 revela una enorme brecha de tratamiento y disparidad en la prestación de servicios para la osteoporosis entre distintos países europeos. <https://www.univadis.es/viewarticle/el-informe-scope-2021-revela-una-enorme-brecha-de-tratamiento-y-disparidad-en-la-prestacion-de-servicios-para-la-osteoporosis-entre-distintos-paises-europeos>
- González Fernández, Z. (2017). *Impacto de la implantación del proceso asistencial integrado "fractura de cadera" en el anciano en el área sanitaria del Hospital Universitario de Puerto Real* [tesis de doctorado, Universidad de Cádiz]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=122193>
- González Montalvo, J.I., Alarcón Alarcón, T., Pallardo Rodil, B., Gotor Pérez, P., Mauleón Álvarez de Linera, J.L. y Gil Garay, E. (2008). Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(4), 239-251. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ortogeriatria-pacientes-agudos-i-aspectos-S0211139X08711892>
- Grau Rubio, C. y Fernández-Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212. <file:///C:/Users/34690/Downloads/8830-Texto%20del%20art%C3%ADculo-25577-1-10-20101001-1.pdf>
- Grisolia, J. (2016). Disciplinas Científicas. *Revista IDEIDES-UNTREF*, 84. <http://revista-ideides.com/disciplinas-cientificas/>
- Grupo de trabajo de ortogeriatría de la SCGIG. (2021). *Guía de ortogeriatría*. Barcelona. Societat catalana de geriatria i gerontologia. <https://scgig.cat/docs/GUIA-ORTOGERIATRIA-2021-FINAL-Castella.pdf>
- Guzmán Cáceres, M., Carrillo Gómez, K.P. y Vázquez Sánchez, I. (2020). Retos epistemológicos del Trabajo Social: indicios de alternativas al paradigma moderno de bienestar social. *Ciencia y Sociedad*, 45(2), 35-47. <file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-RetosEpistemologicosDelTrabajoSocial-7557175.pdf>

- INE. (2022). *Mujeres y hombres en España 2022. Salud. 4.5 Uso de servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización, mamografía, citología, consulta ginecológica). Encuesta Europea de Salud en España 2020*. INE-MSCBS. file:///C:/Users/34690/Downloads/4_5_Uso_de_servicios.pdf
- _____. (2023). *Indicadores de estructura de la población. Resultados nacionales. Tasa de dependencia de la población mayor de 64 años. Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por Comunidad autónoma*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1455&L=0>
- _____. (2023). *Definición de Alta Hospitalaria*. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4727&op=30414&p=1&n=20>
- Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEE). (2013) *¿Qué es el Índice para una vida mejor? ¿Cómo se comportan los países según la importancia que tú das a 11 temas de bienestar?* <http://blog.intef.es/inee/2013/06/17/que-es-el-indice-para-una-vida-mejor-como-se-comportan-los-paises-segun-la-importancia-que-tu-das-a-11-temas-de-bienestar/>
- Instituto Vasco de Estadística - EUSTAT. (2023). *Alta hospitalaria*. https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_17/elem_1491/definicion.html
- Iradier, C., Lojo, P. y Olmo, M. (1998). Trabajo Social en mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social, 211-222. En Colom Masfret, D., y Miranda, M. (coords.), *Organizaciones de bienestar* (211-222). Mira Editores, S.A.
- Jiménez Panés, S. (2018). Intervención proactiva en prótesis total de rodilla desde el Trabajo Social Sanitario en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 61, 267-294.
- Jiménez Rodríguez, J.M. y Munuera Gómez, P. (2021). *Competencia profesional y Trabajo Social Sanitario*. Valencia. Tirant Humanidades
- Kearns, A. (2021). *La osteoporosis según la Clínica Mayo*. Mayo Clinic Press. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hip-fracture/symptoms-causes/syc-20373468>
- Kisnerman, N. (1995). Trabajo social: ¿tecnología o disciplina científica? *RTS: Revista de treball social*, 137, 70-71.
- Kisnerman, N. y García, M.I. (1982). *El método: investigación*. Buenos Aires: Humánitas.
- Knop Aued, G., Bernardino, E., Lapierre, J. y Dallaire, C. (2019). Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado. *RLAF-Enfermagem*, 27, 2-7. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rzwh7TLQ8CgtQNKgbKs6ynJ/?lang=es&format=pdf>

- Las Heras Pinilla, M.P. (2002). El sistema público de servicios sociales: contribución del trabajo social, desafíos, oportunidades y estrategias, Presente y futuro de los servicios sociales (I Parte). Monográfico. *Trabajo Social Hoy*, 445, 11-30. <https://www.unirioja.es/dptos/dchs/archivos/ponencia.pdf>
- Ley 10/1982, de 13 de abril, de creación de los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 99, de 26 de abril de 1982, pp. 10528-10528. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1982-9658
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado*, 7, de 8 de enero de 2011, pp. 1756-1803.
- Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital. *Boletín Oficial del Estado*, 304, de 21 de diciembre de 2021, pp. 156171-156229. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-21007>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 1 de diciembre de 2006, pp. 44142-44156. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- 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. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002, pp. 40126-40132. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 280, de 22 de noviembre de 2003, pp 41442-41458. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Lima Fernández, A. (2014). Definición Global del Trabajo Social de Melbourne. *Revista de Treball Social*, 207, 143-151. <https://www.revistarts.com/article/definicio-global-del-treball-social-melbourne-2014>
- López Fernández, Y. (2020). El Trabajo Social en tanatorios. *Transformación: Revista de Trabajo Social de Sevilla*, 2, 17-18. <https://trabajosocialesevilla.es/wp-content/uploads/2020/02/TRANSFORMACION-N2.-Tanatorios.pdf>
- López Sastre, A. (2023). *Reseña histórica. Hospital de León*. <https://www.saludcastillayleon.es/CHLeon/es/resena-historica/hospital-leon>
- Luis López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9(8). http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012

- Marbán, V. y Rodríguez Cabrero, G. (2017). Servicios sociales y atención a la dependencia. *Gaceta Sindical: reflexión y debate*, 28, 337-354. <https://www.ccoo.es/e997442eac0317958de8f234a7842647000001.pdf>
- Martínez Álvarez, J.A. y Miquel Burgos, A.B. (2013). Propuestas para el crecimiento económico y la viabilidad del Estado del bienestar. *Papeles de economía española*, 135, 232-246. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/135art16.pdf
- Martínez-Mediano, C. y Galán, A. (2004). *Técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos*. UNED.
- Medina Asensio, J., (coord). Camarelles Guillem, F., Serra Rexach, J.A., Zapatero Gaviria, A., Fernández Miera, M.F., Fuertes Martín, A., Monleón Just, M., Ollero, M., Otero López, M.J., Prieto Orzanco, A., Regato Pajares, P., Rodríguez Escobar, J., Santos Ramos, B., Colomer Revuelta, C., Palanca Sánchez, I., Santaolaya Cesteros, M. y Segura Fernández-Escribano, A. (2009). *Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones*. Informes, Estudios e Investigación 2009. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de publicaciones. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UP_P.pdf
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *El Sistema Público de Servicios Sociales. Informe de Rentas Mínimas de Inserción año 2021*. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/r-minimas/R_M_I_2021.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Recursos humanos, ordenación profesional y formación en el sistema nacional de salud, informes, estudios e investigación*. 2020-2021, Madrid. Ministerio de Sanidad. Centro de Publicaciones. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Montero Sáez, A. y Casanova Querol, MT. (2021). Modelos de atención ortogeriatrica, en, Grupo de Trabajo de la Sociedad catalana de Ortogeriatrica, Guía de Ortogeriatrica. Actualización. Societat catalana de geriatrica i gerontologia, 80-87. <https://scgig.cat/docs/GUIA-ORTOGERIATRIA-2021-FINAL-Castella.pdf>
- Montero Sáez, A. y Casanova Querol, T. (2022). *Modelos de atención ortogeriatrica*. En Grupo de trabajo de ortogeriatrica de la SCGIG, Guía de Ortogeriatrica Actualización 2021. Barcelona. Societat catalana de Geriatrica i Gerontologia, 15-24. <https://scgig.cat/docs/GUIA-ORTOGERIATRIA-2021-FINAL-Castella.pdf>
- Morano Masa, J. (2011). *Debate y aprobación en el Pleno del Congreso de los Diputados del Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo*, en

- Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo, Colección Seguridad Social, 35. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. <https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/837109f0-e8fa-47fb-b878-668afc1bca1e/Informe+Pacto+de+Toledo+2011..pdf?MOD=AJPERES>
- Moreno Jiménez, A. (2020). *Aumentan las altas hospitalarias forzosas sin que los pacientes ejerzan sus derechos*. <https://www.europapress.es/comunicados/sociedad-00909/noticia-comunicadoaumentan-altas-hospitalarias-forzosas-pacientes-ejercanderechos-20200430165104.html>
- Muñoz León, M. (2003). Detección precoz del riesgo social en el ingreso hospitalario y la planificación del alta. *Revista Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 3, 40-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1373571>
- Navarro, V. (2011). *Los retos de la sostenibilidad del Estado del bienestar*, en Los retos de las políticas públicas en una democracia avanzada, Ararteko, 233-236. https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2662_3.pdf
- Negrete-Corona J., Alvarado-Soriano J.C. y Reyes-Santiago L.A. (2014). Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. *Acta ortopédica*, 28(6). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022014000600003#:~:text=El%20anciano%20con%20fractura%20de,ellos%20mayores%20de%2085%20a%C3%B1os
- Ochando Ramírez, M.V. y Morcillo Martínez, J.M. (2023). Pensar en calidad desde el Trabajo Social: opiniones y propuestas. *Comunitaria: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 25, 75-96. <file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-PensarEnCalidadDesdeElTrabajoSocial-8905412.pdf>
- OECD. (2022). *Las políticas públicas desde la óptica del bienestar: experiencias en ALC y países de la OCDE. ¿Cómo va la vida en América Latina? Medición del bienestar para la formulación de políticas públicas*. <https://www.oecd.org/wise/Como-va-la-vida-en-America-Latina-version-condensada.pdf>
- Olmedo Vega, V. (2021). *Rehabilitación integral post-ictus: factores sociales, impacto a largo plazo y trabajo social de neurología* [tesis de doctorado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48610/Tesis1885-210906.pdf>
- Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. *Boletín Oficial del Estado*, 221, de 14 de septiembre de 1984, pp. 26685-26686. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-20915>

- Pacho Pacho, C., Casanova Querol, M.T., y De Miguel Artal, M. (2021). *Atención al paciente con fractura de cadera en urgencias* en, Grupo de Trabajo de la Sociedad catalana de ortogeriatría, Guía de Ortoogeriatría. Actualización. Societat catalana de geriatria i gerontologia. <https://scgig.cat/docs/GUIA-ORTOGERIATRIA-2021-FINAL-Castella.pdf>
- Pena-Trapero, B. (2009). La medición del bienestar social: una revisión crítica. *Estudios de Economía Aplicada*, 27(2), 299-324. <http://www.revista-eea.net/documentos/27206.pdf>
- Peña, P., Sieira, S. y Rastrollo, A. (2003, 2011, 2017). *Constitución Española. Título I. De los derechos y deberes fundamentales*. Sinopsis artículo 41. <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=41&tipo=2>
- Peña-Miguel, N. y De La Peña Esteban, J.I. (2014). *Finantza Ekonomia I Saila*. (Proyecto OpenCourseWare). Universidad del País Vasco. https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/49228/mod_resource/content/6/CAPITULO%2002_T%20EL%20ESTADO%20DE%20BIENESTARautores.pdf
- Peralta Vargas, C.E. (2013). *Factores asociados a la recuperación de la marcha y la funcionalidad en ancianos hospitalizados por fractura de cadera* [tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/19859/1/T34277.pdf>
- Pérez Verdún, M.A., Sánchez-Cantalejo Ramírez, E. y Tirado Reyes, M. (2012). Indicadores de calidad en un proceso asistencial integrado. Fractura de cadera en el anciano. *Elsevier*, 46(4), 287-294. <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-indicadores-calidad-un-proceso-asistencial-S0048712012001090>
- Portal del Sistema educativo español. (2023). *Ley de Educación*. <https://educagob.educacionyfp.gob.es/lomloe/ley.html>
- Ramírez Serrano, A., Raga Wichi, Á., Serrano Sánchez, M., Cortés Bruna, M., Esteve Perdiguier, A. y Martín Navarro, P. (2021). Caso clínico: Fractura de cadera. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-fractura-de-cadera-3/>
- Real Decreto 822/2021 de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. *Boletín Oficial del Estado*, 233, de 29 de septiembre de 2021, 119537-119578. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-15781>
- Rodón, W.J. y Guillezeau B.P. (2012). Argumentos sobre el Estado de Bienestar. *Negotium. Revista Científica Electrónica de Ciencias Gerenciales*, 23, 26-66. www.revistanegotium.org.ve/ 26-66
- Rodríguez Fernández, M.J., García Lizana, A., González Ramírez, A.R. y García García, M.A. (2013). Trabajo Social con pacientes pluripatológicos

- hospitalizados. *Revista Portularia*, 13(1), 68 – 71.
[https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6736/Trabajo social con pacientes.pdf?sequence=2](https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6736/Trabajo_social_con_pacientes.pdf?sequence=2)
- Rodríguez-Rico Roldán, V. (2015). *El derecho a la protección de la salud: Las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social* [tesis de doctorado, Universidad de Granada]. file:///C:/Users/34690/Downloads/24871199.pdf
- Romeo Velilla, J., Botaya Audina, A.J., Ledesma Sanjuan, M.I., Luis Monesma, A., Martínez León, D. y Molina Lasheras, B.L. (2022). Manejo multidisciplinar de la fractura de cadera. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(9).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656671>
- Ruipérez, I. (2009). Atención sociosanitaria. *Economistas: Colegio de Economistas de Madrid*, 27(122), 30-36.
<https://privado.cemad.es/revistas/online/Revistas/0122.pdf/139>
- Ruiz Gómez, A.M., Martínez Martínez, M.T. y Olazabal Larrañaga, I. (2023). Pongamos el contador a cero. *Comunicación*. XIV Congreso estatal de Trabajo Social y Salud y I Encuentro Ibérico de Trabajo Social Sanitario. La Coruña. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PONGAMOS%20EL%20CONTADOR%20A%20CERO%20(1).pdf
- Ruiz González, A. (2008). La educación pública y la igualdad de oportunidades como base de políticas de igualdad del Estado de Bienestar. *Temas para el debate*, 159, 55-57.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2571945&info=resumen>
- Saludlandia.com (2007). *Monográfico: fracturas de la cadera*. CSIC. envejecimientoenred.es
<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=1&id=52310&irPag=1&clave=Z1nL0l8vX5&pos=2>
- Sánchez Santos, J.M. (2019). *Anuario 2019*. Foro económico de Galicia. file:///C:/Users/34690/Desktop/TFG/l.%20MARCO%20TE%20C3%93RICO/NO%20valido/Documentos%20enviados%20por%20margarita/ya%20pegado/P%20C3%81G.%20200.pdf
- Santaella, J. (2023). Pacto de Toledo: ¿Cuál es su finalidad y cuál es su futuro? *Economía3*, 356. <https://economia3.com/pacto-toledo-finalidad/>
- Sarlet Gerkem, A.M. (2023). *Sistemas de Salud en España*. Universidad de Murcia. https://www.um.es/socrates/sistema_salud_espana.htm
- Sen, A.K. (1999). El futuro del Estado del bienestar. *La factoría*, 8
<https://lafactoriaweb.com/amartya>
- Sevilla, F. (2006). La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo, 86. Madrid. Fundación Alternativas.

- Sistema de Información y Registro de Atención Especializada (SIAE–RAE). (2023). *Serie de informes: "Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada"* (RAE-CMBD). Actividad y resultados de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Año 2020. 2ª ed. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/RAE-CMBD_Informe_Hospitalizacion_2020.pdf
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2022). *Informe SCOPE 2021*. <https://www.segg.es/media/descargas/Osteoporosis-en-Espa%C3%B1a.F>
- Sociedad española de Reumatología. (2010). Manual de enfermedades óseas. 2ª Edición. Médica Panamericana, 195-220.
- Somarriba, N. (2008). *Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la Europa comunitaria* [tesis de doctorado, Universidad de Valladolid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=295157>
- Tenza Pérez, T., Pulido Puente, M.L., De Diego García, I., Peñalver Castellano, R., Bello Rocha, P. y Martiñán Márquez, F. (1999). *Programa de atención a las personas mayores*, INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA. <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/mayores.pdf>
- Teresa Alarcón, T. y González-Montalvo, J.A. (2010). Fractura de cadera en el paciente mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(3), 167-170. <file:///C:/Users/34690/Downloads/S0211139X0900328X.pdf>
- Tixtha López, E., Alba Leonel, A., Córdoba Ávila, M.A. y Campos Castolo, E.M. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enfermería Neurológica*, 13(1), 12-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- Tobío Soler, C. (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 17-38. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/41623/39682>
- Torregrosa Suau, O. (2020). *La incidencia de la fractura de cadera alcanza los siete casos por cada mil personas mayores de 65 años*. Geriatricarea. <https://www.geriatricarea.com/2020/12/09/la-incidencia-de-la-fractura-de-cadera-alcanza-los-siete-casos-por-cada-mil-personas-mayores/>
- Tribunal Supremo. (2018, 12 de julio). Sentencia 3202/2018 (Rosa Maria Viroles Piñol) <https://www.poderjudicial.es/search/openDocument/c73ca479b0d7a1e4>
- Unidad de Trabajo Social. Complejo Asistencial Universitario de León (2014). *Subproceso de la Trabajadora Social dentro del Protocolo de pacientes con Fractura de Cadera*. (Documento de uso interno. Sin publicar).
- Urmeneta Aguilar, S., Ochando Ortiz, G., Martínez Aldaz, L., Montorio Vallés, M., De Irizar Malo, M., Crespo Imaz, I., Muro Aguado, J. y Tantos, J.A. (2011).

- Planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 3, 42-51.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3740938>
- Vaquero Caballería, M. (2000). Las relaciones entre Administración pública y Tercer sector, a propósito de la asistencia social en Italia. *Revista de Administración Pública*, 152, 289-337. file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-LasRelacionesEntreAdministracionPublicaYTercerSect-5770738.pdf
- Vargas Jiménez, I. (2011). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior-CAES*, 3(1), 119-139. file:///C:/Users/34690/Downloads/Dialnet-LaEntrevistaEnLaInvestigacionCualitativa-3945773.pdf
- Vázquez Aguado, O. (coord.) (2010). Libro Blanco Título de Grado en Trabajo Social, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).
- Zomeño Ros, G. (2015). *Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios* [tesis de doctorado, Universidad de Alicante].
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_ros.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. Infraestructuras del hospital universitario

INFRAESTRUCTURAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

Fuente: Complejo Asistencial Universitario de León, 2017

- *Ala oeste*, a la que se accede a través de la entrada principal y en la que se ubica la planta del sótano, donde se encuentra el archivo de Historias Clínicas. En la planta baja se sitúa el Hall principal, el puesto de Información, el puesto de Admisión-Citaciones, el Servicio de Atención al Paciente, las Extracciones-Analíticas, la sala de informática, los despachos de las Trabajadoras Sociales del Hospital General, la Asociación contra el Cáncer y un local comercial, el kiosco. La primera planta está formada por las consultas externas y la codificación de las Historias Clínicas. En la segunda planta se encuentra el Área de Laboratorios.
- *Ala este*, en la que se encuentran la planta sótano, dotada con el Servicio de Mantenimiento y la planta baja, dotada con el Servicio de Urgencias. En la primera planta se sitúa el Área Quirúrgica y en la segunda el Servicio de Esterilización.
- *Ala norte*, donde se ubica la Residencia Virgen Blanca, formada por 8 plantas de hospitalización, pertenecientes a los servicios de Obstetricia, Partos, Nidos, Hematología, Observación de Urgencias, Pediatría, Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica, Ginecología, Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Unidad de Presos, Maxilofacial, Otorrinolaringología, Neurología y Hematología.
- *Ala central*, denominada policlínica. En ella se dispensan los servicios generales de Anestesiología y Reanimación, Admisión, Citaciones y Documentación Clínica, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Farmacia Hospitalaria, Hematología, Inmunología, Medicina del Trabajo, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología Clínica, Neurofisiología Clínica, Radiodiagnóstico, Radio Fisiología y Protección Radiológica, Urgencia Hospitalaria y Prevención de Riesgos Laborales.
- *Ala sur*, que comprende el Hospital Princesa Sofía con 12 plantas de hospitalización pertenecientes a los servicios de Cardiología, Cirugía Cardíaca, Urología, Neurocirugía, Oncología, Traumatología, Cirugía General, Vascular, Unidad de Cuidados Intensivos, Dermatología y Oftalmología.
- *El sótano*, está configurado por el Mortuorio, la cafetería de personal, la farmacia, el almacén general, la Sección de Lencería, el Departamento de Seguridad, el Archivo de Historias Clínicas, el mantenimiento, los vestuarios, la cocina, el Servicio de Limpieza y la Unidad de Psiquiatría.
- *El edificio anexo* se encuentra integrado por las Direcciones de Gerencia, Enfermería, Médica, de Gestión y Servicios Generales, así como el registro general y las consultas de Endocrinología.
- *En el edificio San Antonio Abad* se encuentra la Unidad de Cargos, de personal, y de nóminas, además de las diferentes sedes sindicales.

En su estructura física, el Hospital Universitario de León, está equipado con un total de 789 camas instaladas, de las cuales 428 pertenecen al Edificio Quirúrgico Princesa Sofía, mientras que 361 pertenecen al Edificio Médico Virgen Blanca.

ANEXO 2. Cuadro observación documental-análisis de contenido

INVESTIGACIÓN: <i>Intervención del trabajador social en la planificación del "Alta Hospitalaria" con los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera, en el Hospital Universitario de León. Periodo 2015-2022</i>
1. PROCESO GENERAL
Planteamiento: Fundamentación: Objetivos: Intervinientes: Actividades:
2. INTERVENCIÓN TS
SUBPROCESO ADMISIÓN
SUBPROCESO DIAGNÓSTICO
SUBPROCESO TRATAMIENTO
SUBPROCESO ALTA HOSPITALARIA
SEGUIMIENTO
Observaciones:

ANEXO 3. Cuadro de observación y registro de variables relativas a los pacientes-usuarios

AÑO	MES	SEXO	AÑO DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	TUTOR	G.DISCAPACIDAD	G.DEPENDENCIA	CONTACTADO POR	DEMANDA	OBSERVACIONES	RECURSO AL ALTA
-----	-----	------	-------------------	--------------	-------	----------------	---------------	----------------	---------	---------------	-----------------

ANEXO 4. Guión de entrevista: personal sanitario

<p>INVESTIGACIÓN: <i>Intervención del trabajador social en la planificación del “Alta Hospitalaria” con los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera, en el Hospital Universitario de León. Periodo 2015-2022.</i></p> <p>ENTIDAD: Escuela Universitaria de Trabajo Social “Nuestra Señora del Camino”.</p> <p>MOTIVO: Trabajo fin de grado en Trabajo Social.</p> <p>AUTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Aldara Olano Varela.</p> <p>DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Margarita Alonso Sangregorio.</p> <p>FECHA INVESTIGACIÓN: 2022-2023.</p> <p>FECHA RECOGIDA DE DATOS: abril-mayo de 2023.</p> <p>RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE DATOS: Aldara Isabel Olano Varela.</p>
<p>DESTINATARIOS: PERSONAL SANITARIO</p>
<p>PROFESIÓN:</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO:</p>
<p>Presentación de la entrevistadora y de la investigación. Explicación de la importancia de su participación en el estudio como informante clave. Explicación del anonimato de los resultados. Ofrecimiento y recogida del documento de “<i>Consentimiento informado</i>”.</p>
<p style="text-align: center;">GUIÓN</p>
<p>Participación en la elaboración del PAI.FCAM Años trabajando en la Unidad (PAI.FCAM) Experiencia de trabajo colaborativo con trabajadores sociales (entidades, servicios, tiempo...)</p>

POSICIONAMIENTO RESPECTO A LA DEMANDA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

- Realización de demandas a la trabajadora social
 - . Iniciativa propia/mediador entre paciente y TS
 - . Frecuencia de las demandas
 - . Información dada a la TS respecto al paciente
- Respuestas de la trabajadoras social a las demandas
 - . Relación tiempo esperado de respuesta-respuesta obtenida
 - . Relación actitud esperada en la respuesta-actitud mostrada
- Valoración del paciente/familia respecto a la derivación al TS

POSICIONAMIENTO RESPECTO A LA TEMPORALIDAD

- Tiempo transcurrido habitualmente hasta poder contactar con la trabajadora social
 - . Valoración del tiempo transcurrido
 - . Necesidad de acortar los tiempos de respuesta
- Aplazamiento del alta por petición de la trabajadora social (Solo para los médicos)
 - . Se ha producido el aplazamiento (nº ocasiones, razones)
 - . No se ha producido el aplazamiento (nº ocasiones, razones)
 - . Cómo valora la información dada por la TS para dicho aplazamiento

POSICIONAMIENTO RESPECTO A LA ACTITUD

- Implicación de la TS en las intervenciones de las que usted es partícipe

POSICIONAMIENTO RESPECTO AL TRABAJO EN EQUIPO Y LA COORDINACIÓN

- Utilidad de la información proporcionada por la TS
- El diagnóstico social y las explicaciones dadas por la TS han sido expresadas en terminología asumible por el equipo
- Coordinación usted/TS? (realidad, posibles modificaciones...)

POSICIONAMIENTO RESPECTO A LA NECESIDAD/IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL SERVICIO

- Si ha trabajado en otros servicios sin TS: diferencias encontradas
- Aportación del TS al PAI.FCAM
- Aportación del TS a usted
 - En su trabajo
 - En la visión global (multiprofesional) de la atención al paciente-usuario
- Relación entre la Intervención del TS y número de reingresos

OBSERVACIONES:

- De la persona entrevistada:
- De la entrevistadora:

ANEXO 5. Guión de entrevista: Trabajadora social

INVESTIGACIÓN: *Intervención del trabajador social en la planificación del "Alta Hospitalaria" con los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera, en el Hospital Universitario de León. Periodo 2015-2022.*

ENTIDAD: Escuela Universitaria de Trabajo Social "Nuestra Señora del Camino".

MOTIVO: Trabajo fin de grado en Trabajo Social.

AUTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Aldara Olano Varela.

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Margarita Alonso Sangregorio.

FECHA INVESTIGACIÓN: 2022-2023.

FECHA RECOGIDA DE DATOS: abril-mayo de 2023.

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE DATOS: Aldara Isabel Olano Varela.

DESTINATARIO: TRABAJADORAS SOCIALES

Presentación de la entrevistadora y de la investigación.
Explicación de la importancia de su participación en el estudio como informante clave.
Explicación del anonimato de los resultados.
Ofrecimiento y recogida del documento de “Consentimiento informado”.

GUIÓN

Participación en la elaboración del PAI.FCAM
Años trabajando en la Unidad (PAI.FCAM)
Experiencia de trabajo colaborativo con trabajadores sociales (entidades, servicios, tiempo...)

DEMANDAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL (DIFERENCIAS POR PROFESIÓN)

- Profesionales
 - . Profesionales que presentan la demanda
 - . Situación social de los pacientes comunicada al TS
 - . Información que solicitan del TS

- Demandas presentadas por paciente/familia
 - . Persona/familiar que presenta la demanda
 - . Situación social de los pacientes comunicada al TS
 - . Solicitud inicial del TS

POSICIONAMIENTO RESPECTO A LA TEMPORALIDAD

- Tiempo transcurrido
 - . Ingreso/demanda presentada
 - . Demanda presentada/contacto con paciente/usuario familia
 - . Valoración del tiempo transcurrido
 - . Necesidad de acortar los tiempos de respuesta

- Aplazamiento del alta por petición de la trabajadora social
 - . Se ha producido el aplazamiento (nº ocasiones, razones)
 - . No se ha producido el aplazamiento (nº ocasiones, razones)

. Valoración de la respuesta del médico responsable a la información dada por la TS para dicho aplazamiento

POSICIONAMIENTO RESPECTO AL TRABAJO EN EQUIPO Y LA COORDINACIÓN

- Amabilidad en el trato y respeto recibido por parte del equipo

- Valoración intercambio de información

- Información compartida

- Utilidad de la información proporcionada por el equipo
- Opinión respecto al diagnóstico comprensible
- Coordinación (realidad, posibles modificaciones...)

POSICIONAMIENTO RESPECTO A LA NECESIDAD/IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL SERVICIO

- Opinión respecto al PAI.FCAM
- Aportación del TS
 - En su trabajo
 - En la visión global (holística) de la atención al paciente-usuario
- Relación entre la Intervención del TS y número de usuarios/demandas

OBSERVACIONES:

- **De la persona entrevistada:**

- **De la entrevistadora:**

ANEXO 6. Cuestionario: profesionales de los servicios sociosanitarios de derivación

Intervención del trabajador social en la planificación del “Alta Hospitalaria” con los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera, en el Hospital Universitario de León. Periodo 2015-2022.

ENTIDAD: Escuela Universitaria de Trabajo Social “Nuestra Señora del Camino”-ULE.

MOTIVO: Trabajo fin de grado en Trabajo Social.

AUTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Aldara Olano Varela.

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Margarita Alonso Sangregorio.

FECHA INVESTIGACIÓN: 2022-2023.

FECHA RECOGIDA DE DATOS: mayo de 2023.

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE DATOS: Aldara Isabel Olano Varela.

DESTINATARIOS: profesionales de los servicios sociosanitarios de derivación

Soy una alumna en prácticas de Grado en Trabajo Social de la Escuela Universitaria de Trabajo Social “Nuestra Señora del Camino”, Centro adscrito a la Universidad de León.

El Trabajo de Final de Grado que estoy realizando para la obtención de dicho título profundiza sobre la intervención realizada por la trabajadora social del Hospital Universitario de León en la planificación social del Alta Hospitalaria de los pacientes que han sufrido una fractura femoral o del tercio proximal del fémur.

Este estudio tiene como finalidad la descripción de las actuaciones efectuadas por la trabajadora social durante el desarrollo de las distintas fases del *Protocolo Asistencial Integrado: Fractura de cadera en el adulto mayor*. Para ello, resulta esencial la obtención de información de los profesionales de los servicios sociosanitarios de derivación, relativa al posicionamiento y la opinión sobre el trabajo realizado en coordinación con la misma.

Su colaboración en este estudio es de gran importancia para la consecución de los objetivos planteados en el mismo, por lo que, su participación anónima y totalmente confidencial, contribuirá al éxito de la presente investigación. El tratamiento de los datos se utilizará en exclusiva para este estudio.

Contestar el cuestionario no le llevará más de 10 minutos.

Muchísimas gracias por su colaboración.

Profesión/cargo

- Director/a de centro residencial
- Trabajador/a social de centro residencial

Años de experiencia en el centro: _____

Desde su experiencia, jerarquice del 1 (mayor porcentaje) al 4 (menor porcentaje) las vías de ingreso en la residencia, de personas operadas de rotura de cadera tras producirse el alta

- El paciente/usuario
- Los familiares
- Trabajador/a social del hospital
- Trabajador/a social de CEAS

Respecto a las siguientes frases que se proponen, marque un aspa en la que refleje su opinión o situación

1. VALORACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO ENTRE AMBOS

- Considero que el trabajo realizado entre la trabajadora social hospitalaria y yo se lleva a cabo con suficiente antelación

- SI
- NO

- Indique los ámbitos de información concernientes al usuario-familia, que usted solicita/requiere a la trabajadora social hospitalaria

- Las características del usuario-familia
- El nivel de dependencia del usuario
- El tiempo previsto de estancia del paciente en las dependencias del centro residencial
- Datos relativos al estado clínico del paciente

- Considero que la trabajadora social hospitalaria me comunica en todo momento las características del usuario-familia que necesito saber para el desarrollo de mi trabajo

- SI
- NO
- En ocasiones

- En caso afirmativo, enumere brevemente las características concernientes al usuario-familia, que le son comunicadas por la trabajadora social hospitalaria

- Considero que la trabajadora social hospitalaria me comunica información de interés sobre el nivel de dependencia del usuario

- SI
- NO
- En ocasiones

- Los datos relativos al estado clínico del paciente, que la trabajadora social hospitalaria me comunica, resultan relevantes para la fecha de previsión del alta, y consecuentemente, del ingreso en el centro residencial

- SI
- NO
- En ocasiones

- La trabajadora social hospitalaria me comunica información sobre el tiempo previsto de estancia del paciente en las independencias del centro residencial

- SI
- NO
- En ocasiones

- Considero que el trabajo en coordinación con la trabajadora social hospitalaria contribuye a la disminución del estrés generado durante los ingresos de nuevos usuarios en el centro residencial

- SI
- NO
- En ocasiones

- Considero que el trabajo realizado en coordinación con la trabajadora social hospitalaria contribuye a la clarificación de situaciones alusivas a los pacientes, favoreciendo la reducción de confusiones en la planificación del ingreso en el centro residencial

- SI
- NO
- En ocasiones

- Considero que el trabajo en coordinación con la trabajadora social hospitalaria es de utilidad para mi desempeño laboral

- SI
- NO
- En ocasiones

- Considero que si se prescindiera del trabajo en coordinación con la trabajadora social hospitalaria, los ingresos en el centro residencial, de pacientes procedentes del complejo hospitalario, serían de mayor dificultad

- SI
- NO
- En ocasiones

- Considero que la trabajadora social hospitalaria proporciona a los usuarios y familias información de interés sobre los recursos disponibles de cara al Alta Hospitalaria

- SI
- NO
- En ocasiones

- Considero que la trabajadora social hospitalaria actúa como un mecanismo de conexión entre el usuario-paciente y los centros residenciales, facilitando el contacto que se establece entre estos y el personal de las residencias

- SI
- NO
- En ocasiones

- Considero que la trabajadora social hospitalaria actúa como una barrera entre el usuario-paciente y los centros residenciales, dificultando el contacto que se establece entre estos y el personal de las residencias

- SI
- NO
- En ocasiones

OBSERVACIONES: Señale algún aspecto que no se haya tratado en el cuestionario y que considere importante comunicar.

ANEXO 7. Carta adjunta al cuestionario dirigido a los profesionales de los servicios sociosanitarios de derivación



E.U. Trabajo Social

León, 19 de mayo de 2023

A./A.: Director/a y/o trabajador/a social residencia

Estimado/a amigo/a:

Soy Margarita Alonso Sangregorio, profesora en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de León y me dirijo a ti, a fin de solicitar tu participación en la investigación relativa a la *intervención del trabajador social en la planificación del "Alta Hospitalaria" con los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera, en el Hospital Universitario de León. Periodo 2015-2022*, realizada por la alumna Aldara Isabel Olano Varela con mi dirección y tutoría. Aldara, asimismo desarrolla sus prácticas curriculares en el Hospital Universitario de León.

Para alcanzar los objetivos que plantea en su trabajo de fin de grado, resulta de gran relevancia obtener datos relativos al posicionamiento y la opinión del personal de los servicios sociosanitarios de derivación que trabajan en coordinación con la trabajadora social hospitalaria, durante el proceso de planificación del Alta Hospitalaria, desarrollado conforme al *Protocolo Asistencial Integrado: Fractura de cadera en el adulto mayor*, por medio del cual se regula el funcionamiento de las actuaciones efectuadas dentro de la Unidad de Cadera integrada en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de León.

El presente cuestionario se dirige principalmente a los trabajadores sociales del centro residencial. No obstante, en el caso de aquellos centros residenciales que no cuenten con un profesional de este ámbito, se dirigirá al director de la residencia de que se trate.

Igualmente, independientemente de si deciden participar o no en el presente estudio, se solicita autorización para incorporar el nombre de la residencia en el anexo correspondiente, a modo de información general sobre las distintas residencias con las que la trabajadora social ha desempeñado su actuación desde el nivel hospitalario.

Muchísimas gracias por tu colaboración.

Un saludo. Margarita Alonso Sangregorio.

ANEXO 9. Residencias participantes en el estudio con autorización expresa de aparecer en esta Memoria de Fin de Grado (21 de un total de 36)

EN LEÓN CIUDAD

Residencia Buendía Altollano

Residencia Buendía Eras -hasta 2020 llamada Orpea I

Residencia Orpea -hasta 2018 llamada Sanyres

EN LEÓN PROVINCIA

Residencia Atardecer (Villaobispo)

Residencia Buenos Aires (Castrillo de San Pelayo)

Residencia Caser (San Andrés del Rabanedo)

Residencia de Mayores Virgen de Covadonga (Huerga de Garaballes)

Residencia de Personas Mayores "San Froilán" (Vilecha)

Residencia El Valle (Villablino)

Residencia Geriátrica San Miguel (Villoria de Órbigo)

Residencia Nuestra Señora de Castrotierra (La Bañeza)

Residencia Nuestra Señora de la Magdalena (Villaornate)

Residencia Ordás (Callejo de Ordás)

Residencia para Personas Mayores Santa Marina del Rey (Santa Marina del Rey)

Residencia Prazadiel (San Justo de la Vega)

Residencia San Juan Bautista (Astorga)

Residencia Santa Colomba de Somoza (Santa Colomba de Somoza)

Residencia Santiago Apóstol (La Bañeza)

Residencia Tercera Actividad -hasta 2019 llamada El Portillo- (Valdelafuente)

Residencia Virgen de Villaverde (Garaballes)

EN PALENCIA PROVINCIA

Centro Sociosanitario Guardo (Residencia para la tercera edad con centro de día)

