



UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA
METROPOLITANA
del Estado de Chile

ISSN: 0718-946X

ISSN (ISSN-L): 0717-9391

Vol. 15, N.º 21

2023: diciembre

<https://doi.org/10.58560/cts.n21.023>

The background of the cover is a photograph of a classroom. Students are seated at desks, looking towards the front of the room. The image is overlaid with a semi-transparent orange filter. The text 'revista CUADERNO DE TRABAJO SOCIAL' is centered over the image in white.

revista
**CUADERNO
DE TRABAJO
SOCIAL**

Artículo de investigación aplicada

MÁS ALLÁ DE LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA: EL ESPACIO DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL

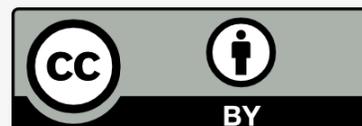
*BEYOND HOSPITAL DISCHARGE PLANNING: THE SPACE OF SOCIAL
WORK IN TERTIARY LEVEL HOSPITALS*

Autores

GLÒRIA CASAS-MARTÍ
JOAN CASAS-MARTÍ

Cómo citar este artículo:

Casas-Martí, G. y Casas-
+Martí, J. (2023). Más
allá de la planificación
del alta hospitalaria:
el espacio del trabajo
social en los hospitales
de tercer nivel. Cuaderno
de Trabajo Social, 15(21),
38-60. Santiago de Chile:
Ediciones UTEM.
[https://doi.org/10.58560/
cts.n21.023.001](https://doi.org/10.58560/cts.n21.023.001)



GLÒRIA CASAS-MARTÍ

*Trabajadora social, Universidad de Barcelona,
España. Correo electrónico:*

gloriacasasmarti@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6619-5582>.

JOAN CASAS-MARTÍ

*Español, trabajador social. Máster en Antropología
y Etnografía. Doctorando en Trabajo Social,
Universidad de Barcelona, España. Investigador
predoctoral (FPU-Ministerio de Universidades) en
la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de
Barcelona, España.*

Correo electrónico: casasmarti@ub.edu.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2376-0347>.

Artículo recibido 25-06-2023

aceptado 01-11-2023

publicado 28-12-2023

Resumen

El artículo examina el papel del trabajo social en el ámbito hospitalario y su contribución a una atención integral de las personas hospitalizadas. El objetivo principal de la investigación es comprender la posición y función de los y las trabajadoras sociales hospitalarias en relación con la evolución del concepto de salud y el desarrollo del trabajo social sanitario como disciplina académica. Se ha utilizado una metodología cualitativa, con entrevistas exploratorias a trabajadoras sociales de un centro hospitalario de tercer nivel español, una de ellas con funciones de coordinadora. Los resultados obtenidos revelan que el trabajo social hospitalario desafía el modelo biomédico hegemónico, viendo paulatinamente incrementado su nivel de reconocimiento institucional. Se destaca especialmente el esfuerzo por focalizarse en el abordaje de los factores sociales que interfieren (y son interferidos por) el estado de salud de las personas hospitalizadas, además de la preocupación por avanzar hacia una planificación proactiva y precoz del alta hospitalaria que asegure una gestión responsable de los flujos de pacientes, una transición adecuada después del alta y la continuidad asistencial. No obstante, también se identifican algunos desafíos, como la restrictiva asociación del trabajo social con la gestión del alta o las limitaciones resultantes del incremento de tareas administrativas y políticas de austeridad, lo que puede afectar la capacidad de las profesionales para desarrollar funciones de notoria importancia, tales como las de acompañamiento o defensa de derechos. En conclusión, se resalta la necesidad de seguir construyendo un trabajo social hospitalario que permita el cuestionamiento de las estructuras dominantes de atención hospitalaria, poniendo en el centro la ética del cuidado y la justicia social. Además, se subraya la importancia de reconocer y valorar plenamente las contribuciones únicas que las trabajadoras sociales aportan con el fin de promover su visibilidad y reconocimiento para asegurar una práctica profesional que aborde lo biopsicosocial en su conjunto.

PALABRAS CLAVE

hospital de tercer nivel, modelo asistencial, planificación del alta hospitalaria, trabajo social hospitalario, trabajo social sanitario.

Abstract

The paper examines the role of social work in the hospital setting and its contribution to comprehensive care for hospitalised people. The main objective of this research is to understand the position and function of hospital social workers in relation to the evolution of the concept of health and the development of health social work as an academic discipline. A qualitative methodology has been applied, using exploratory interviews from a Spanish tertiary level hospital with social workers, one of whom has the coordination functions. The results obtained reveal that hospital social work challenges the hegemonic biomedical model, gradually seeing its level of institutional recognition increase. Particularly noteworthy is the effort to focus on addressing the social factors that interfere (and are interfered) with the health status of hospitalised people, in addition to the concern of moving towards proactive and early planning of hospital discharge that ensures responsible management of patient flows, an adequate transition after discharge and continuity of care. However, some challenges are also identified, such as the restrictive association of social work with discharge management or the limitations resulting from the increase in administrative tasks and austerity policies, which may affect the ability of professionals to develop functions of utmost importance, such as the accompaniment or the defense of rights. In conclusion, the need to continue building hospital social work that allows questioning the dominant structures of hospital care is highlighted, placing the ethics of care and social justice at the centre. In addition, the importance of fully acknowledging and valuing the unique contributions that social workers make is emphasised in order to promote their visibility and recognition to ensure professional practice that addresses the biopsychosocial as a whole.

KEY WORDS

discharge planning,
healthcare model,
Health social work,
hospital social work,
tertiary hospital.

INTRODUCCIÓN

Durante años se ha trabajado arduamente para incorporar una perspectiva no reduccionista en el sector sanitario y considerar la salud como un fenómeno multidimensional (Ponte, 2008). La inclusión del trabajo social en los equipos de salud ha supuesto un cambio significativo en la forma de abordar los factores psicosociales que afectan a los procesos de salud-enfermedad, rompiendo con siglos de enfoque exclusivamente biomédico (Hidalgo y Lima, 2020). Sin embargo, a pesar de estos avances, todavía existe una subestimación del carácter integral de la salud (Heenan, 2023). En el ámbito hospitalario, ello comporta un mayor fracaso de los objetivos terapéuticos, reingresos por motivos no estrictamente médicos y altas a domicilio con pocas garantías de éxito (Dimla et al., 2023).

Desde hace tiempo se han planteado propuestas para implementar un modelo innovador de intervención social, basado en la proactividad y la atención precoz de las personas hospitalizadas, que fortalezca la práctica del trabajo social y priorice una atención sanitaria holística y de calidad desde el momento mismo del ingreso (Colom, 2000).

Aunque estos modelos no son nuevos y han demostrado reiteradamente excelentes resultados (Ortega et al., 2014; Plaza et al., 2006; Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2013), en el contexto español muchos hospitales aún suelen seguir trabajando con un enfoque reactivo tradicional, con intervenciones que son respuesta a una demanda externa, lo que puede retrasar o afectar la detección de casos que requieren la intervención del trabajo social hospitalario (Casas y González, 2019) u omitir intervenciones que trasciendan la urgencia o el binomio necesidad-recurso.

En este artículo nos proponemos realizar un análisis actualizado del rol del trabajo social en el contexto hospitalario, utilizando una aproximación cualitativa a partir del estudio de caso del servicio de trabajo social de un centro hospitalario de tercer nivel español. Nos basamos en los avances del trabajo social sanitario como disciplina académica y en la amplia evidencia empírica que respalda la importancia de un enfoque integral en la salud, con el fin de profundizar en cómo la práctica profesional cotidiana se posiciona frente a un modelo biomédico (aún) hegemónico.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Una concepción necesariamente amplia de la salud

El concepto de salud ha experimentado una gran evolución a lo largo de la historia y el debate todavía está abierto. Lejos de entenderla únicamente como la ausencia de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud la definió en 1948 como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (Olivero, 2023, p. 93). Este paso supuso ir más allá de la esfera física del constructo, incluyendo también las disposiciones mentales y las condiciones sociales en las que se desarrolla¹ (Gavidia y Talavera, 2012).

Actualmente, nos encontramos con una visión de la salud que va más allá y que añade la dimensión ecológica. Desde esta perspectiva, no sólo se trata de la oposición a la enfermedad y del bienestar físico, mental y social, sino que también se entiende como un proceso que nunca se acaba; una conquista diaria que requiere una adaptación responsable con el entorno, promoviendo lo saludable para el beneficio colectivo (Gavidia y Talavera, 2012). Desde esta perspectiva, trabajar para el bienestar social y cotidiano de las personas, trabajar por sus derechos desde una perspectiva comunitaria y participativa, también es trabajar en salud y en calidad de vida.

Se ha de concebir la enfermedad como el final de todo un proceso de exposición a las causas o factores que generan el riesgo de padecerla (Ariza, 2017). Ya son bastantes las décadas en las que se han centrado los esfuerzos en identificar la importancia de los factores sociales que influyen en la salud, la enfermedad y la vulnerabilidad (García, 2022). En este sentido, la superación de un paradigma biomédico, caracterizado por marginar aspectos tan relevantes como la prevención, la promoción o la salud global (Ponte, 2008), comporta entrar en un nuevo modelo de salud integral donde la biología y la genética comparten protagonismo con el entorno social de las personas.

1. Aún así, algunas figuras críticas han considerado que el adjetivo *completo* dibuja la salud como una cualidad estática y absoluta. De lo contrario, se equipara salud y bienestar, reduciéndola estrictamente a la subjetividad de la persona y excluyendo toda dimensión objetiva u observable (Gavidia y Talavera, 2012).

1.2. El sentido del trabajo social en el contexto sanitario

En ciertos momentos de nuestra historia la medicina se preocupó de individualizar la atención al sujeto “sin olvidar que es un ser social, que piensa, que siente, que tiene o no familia, trabajo, recursos económicos, amigos, etc.” (Miranda, 2008, p. 21). La salud, sin embargo, es un derecho inalienable de las personas y conservarla o restaurarla es una cuestión por abordar de forma interdisciplinaria, ya que, como se ha mencionado, son muchos los aspectos que inciden en ella (Ituarte, 2011).

En muchos casos la persona que sufre un problema de salud tiene una vivencia subjetiva de malestar que no sólo está relacionada con la propia dolencia, sino también con el sufrimiento hacia la respuesta (o falta de la misma) que tendrá su entorno, especialmente en un contexto de crisis de los cuidados como el actual (Casas-Martí, 2023). Es decir, frente a un problema de salud, la red social puede ser un elemento de contención y apoyo o, de lo contrario, actuar como un elemento desestabilizador en una situación de suyo complicada (Ituarte, 2011). Y es que la enfermedad suele alterar las dinámicas sociales más básicas de las personas (Ariza, 2017) y, por tanto, debe contemplarse que el acto sanitario continúa más allá del sistema sanitario y que “se proyecta sobre los nudos del tejido social de cada persona enferma” (Colom, 2008, p.15).

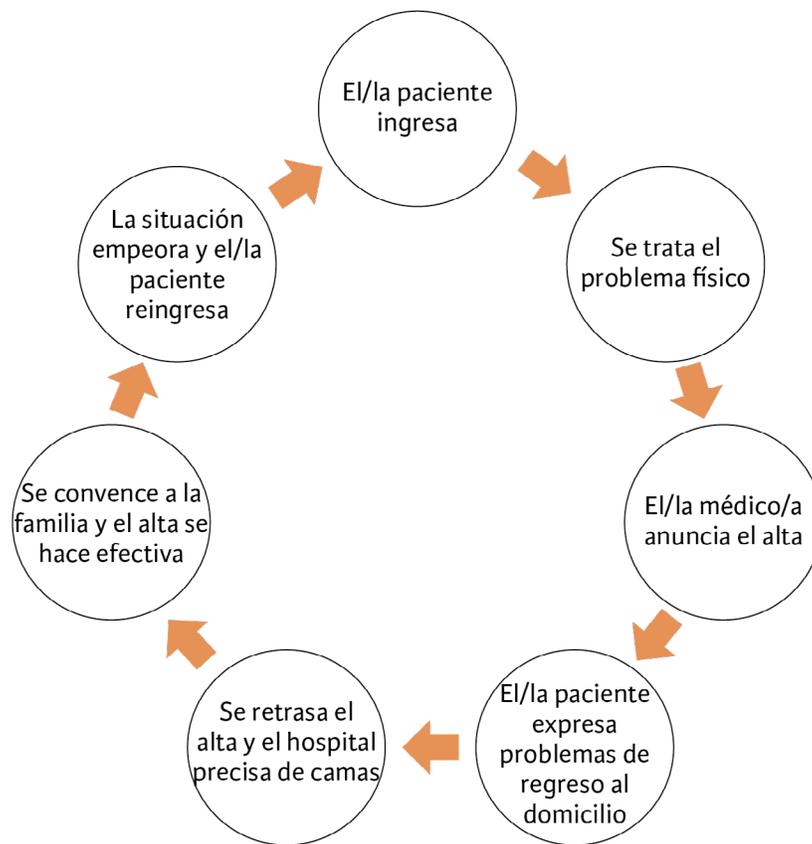
La complementación del diagnóstico clínico con el diagnóstico social permite ampliar la visión del proceso salud-enfermedad (Hidalgo y Lima, 2020), siendo imprescindible para realizar un pronóstico relativamente fiable, así como para valorar la pertinencia y la utilidad de las medidas propuestas desde el dispositivo (Ituarte, 2011). Por otra parte, interpretar la realidad del o de la paciente y su entorno facilita la detección y tratamiento de aquellos factores protectores y de riesgo que interfieren o pueden interferir en los procesos de morbilidad, curación y rehabilitación (Muñoz, 2003).

1.3. El trabajo social en el engranaje hospitalario

Ante la categórica necesidad de trabajar los aspectos psicosociales en los contextos hospitalarios, se ha hecho evidente la idoneidad de incorporar el trabajo social a lo largo de todo el proceso de hospitalización (Fernández, 2013; Muñoz, 2003). El trabajo social hospitalario realiza el estudio, diagnóstico y tratamiento sociosanitario de las personas ingresadas y de sus redes más próximas (Hidalgo y Lima, 2020), velando para que la enfermedad no represente un motivo de pérdida de calidad de vida, discriminación o marginación social (Davis et al., 2004).

Además, se destaca el papel de la profesión en la planificación del alta hospitalaria para garantizar una atención integral, una gestión eficiente de los flujos de pacientes, una transición adecuada después del alta y la continuidad asistencial (Dimla et al., 2023; Fernández, 2013; Heenan, 2023; Ochando y de Irizar, 2009; Plaza et al., 2006; Muñoz, 2003). Se hace hincapié en evitar el círculo vicioso de las altas hospitalarias que, como describe Colom (2000), se produce cuando se subestima la importancia de abordar los aspectos sociales durante el ingreso y se vincula con el fracaso terapéutico.

Figura 1. Círculo vicioso de las altas hospitalarias



Fuente: elaboración propia a partir de Colom (2000).

Además, es importante resaltar la sólida evidencia que respalda la idoneidad de que el trabajo social, tanto en la planificación del alta como en otros procesos de atención hospitalaria, se aleje de la aplicación de los modelos tradicionales reactivos, basados únicamente en la demanda del o de la paciente o de profesionales externos al ámbito social. Aunque este enfoque tradicional todavía prevalece en la organización de la intervención social hospitalaria, puede llevar a un sesgo asistencial (Casas y González, 2019; Muñoz, 2003). Por otro lado, existe una amplia evidencia que respalda los modelos proactivos o de atención precoz, los cuales, en el ámbito de estudio,

se caracterizan por una acción directa con las personas y sus circunstancias, anticipándose a las posibles dificultades y considerando sus capacidades (Hendy et al., 2012). En este contexto, los y las profesionales del trabajo social sanitario desempeñan un papel fundamental para realizar un cribado –o establecer los criterios y mecanismos del mismo– y detectar a pacientes susceptibles de su intervención (Ochando y de Irizar, 2009).

En el ámbito del alta, el éxito de estos modelos se debe a la incorporación del trabajo social sanitario desde el mismo momento del ingreso, evaluando las necesidades de apoyo social de los y las pacientes, y construyendo un plan individualizado durante el ingreso que asegure la continuidad en la atención, la optimización de las posibilidades de funcionamiento personal y la integración con el entorno sociofamiliar (Heenan, 2023). En el contexto español, las experiencias al respecto evidencian que no sólo se trata de un mero ideal teórico. Algunos ejemplos de éxito son el Centro Fórum de Barcelona (Casas y González, 2019), la UFIS del Hospital de Bellvitge (Ortega et al., 2014), el Hospital de Teruel (Plaza et al., 2006) o los hospitales San Juan de Dios (Rodríguez, 2006) y Virgen de las Nieves (Rodríguez et al., 2013) de Granada. En dichos recursos sanitarios la planificación proactiva y precoz del alta hospitalaria ha representado una atención integral a los y las pacientes, la armonía entre el alta médica y el alta social, y la reducción de las prolongaciones innecesarias de los ingresos y de la cantidad de reingresos.

2. DEL OBJETIVO A LA METODOLOGÍA

El objetivo principal de la investigación es comprender la posición y función de los y las trabajadoras sociales hospitalarias en relación con la evolución del concepto de salud y el desarrollo del trabajo social sanitario como disciplina académica.

Con el fin de alcanzar este objetivo, se ha empleado una metodología cualitativa a partir de entrevistas exploratorias. El propósito de estas entrevistas ha sido obtener una perspectiva interpretativa que pueda revelar nuevas ideas, reflexiones e hipótesis de trabajo (Quivy y Carnpenhoudt, 2005). Las entrevistas han sido semiestructuradas y las preguntas han emergido de una amplia revisión de la literatura nacional e internacional. Siguiendo investigaciones similares (Heenan, 2023), las dimensiones exploradas se han centrado en la identidad profesional, los roles y responsabilidades, el trabajo interdisciplinario, el reconocimiento profesional y los desafíos.

El trabajo de campo se ha realizado entre los meses de febrero y marzo de 2023 en un centro hospitalario de una capital autonómica española. La estrategia de muestreo cualitativo utilizada fue designativa (Riba, 2009). La

selección de las participantes (n=6) se basó en una elección motivada por el interés de la investigación y las oportunidades materiales disponibles. En este sentido, la coordinadora del equipo de trabajo social desempeñó un papel fundamental, no solamente participando como informante, sino también facilitando el enlace con otras profesionales². Este diseño metodológico nos acerca al estudio de caso, que permite la comprensión en profundidad de la realidad objeto de estudio (Ramírez-Sánchez et al., 2019). Además, y para que la muestra fuera diversa y pudiera captar diferentes circunstancias y experiencias (Ritchie et al., 2013), se estableció el criterio de inclusión/exclusión de que todas las trabajadoras sociales seleccionadas fueran de diferentes servicios dentro del mismo hospital. Además, se requirió que tuvieran más de 5 años de experiencia en el sector para garantizar una base sólida de conocimiento y experiencia en el ámbito del trabajo social hospitalario.

Tabla 1. Muestra de profesionales

| Profesionales ³ | Experiencia | Servicio |
|--|-------------------|-----------------------------|
| Coordinadora de Trabajo Social y de Educación Social del Hospital (C1) | 15-20 años aprox. | Todos los servicios |
| Trabajadora Social (TS) | 35 años aprox. | Medicina interna |
| Trabajadora Social (TS) | 20-25 años aprox. | Hematología |
| Trabajadora Social (TS) | 10-15 años aprox. | Enfermedades digestivas |
| Trabajadora Social (TS) | 5-10 años aprox. | Enfermedades infecciosas |
| | | Traumatología |
| Trabajadora Social (TS) | 5-10 años aprox. | Hospitalización a domicilio |
| | | Orto geriatría |

Fuente: elaboración propia.

El hospital seleccionado para el estudio es reconocido ampliamente como un centro terciario de referencia⁴ con una extensa trayectoria de trabajo so-

2. El número total de profesionales de trabajo social en dicho centro hospitalario gira en torno a 35.

3. En los resultados se hace referencia a las trabajadoras sociales de los diferentes servicios a partir de los siguientes códigos: TS1, TS2, TS3, TS4 y TS5. No obstante, y sobre la base del acuerdo de confidencialidad y anonimato al que se ha llegado con las profesionales, los números no corresponden con el orden que aparece en el cuadro de la tabla.

4. En España los centros hospitalarios terciarios o de tercer nivel se caracterizan por su alto nivel tecnológico y por ofrecer una amplia gama de servicios especializados.

cial, lo que sugiere su consolidación como entidad favorable para el avance de esta figura profesional. Además, se prevé que los resultados obtenidos a partir de esta investigación puedan tener aplicabilidad en otros contextos hospitalarios similares o, al menos, estimular la formulación de preguntas de investigación para futuros trabajos en este ámbito.

Para la sistematización y organización de la información, se ha desarrollado un análisis de contenido, contando con el soporte del programa Atlas.ti (V.23.1) y, de acuerdo con Maxwell (2019), siguiendo un proceso de cuatro fases:

- a. Obtención de información a través de entrevistas exploratorias con las trabajadoras sociales y la coordinadora de trabajo social.
- b. Transcripción de las entrevistas, puesto que se han grabado en audio para facilitar la posterior transcripción de los datos.
- c. Codificación de la información, agrupando los datos en distintas dimensiones de estudio, categorías y códigos. Las categorías y códigos se han desarrollado y redefinido durante el análisis y se han creado nuevos códigos para abordar temas de interés que no se habían contemplado en ningún código anterior.
- d. Integración de la información, relacionando las categorías y códigos en interacción con los fundamentos teóricos del estudio.

En lo que respecta a las consideraciones éticas y legales, se ha garantizado la confidencialidad y el anonimato en todo momento. Se han seguido el Código de Buenas Prácticas de la Universidad de Barcelona y la Ley española 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, adaptándolos a las circunstancias de la investigación. En los resultados, tanto servicios como profesionales se han anonimizado. A las profesionales se les ha brindado información sobre sus derechos como participantes a través de un proceso de consentimiento informado, en el cual se les ha solicitado permiso para grabar las entrevistas, transcribirlas y tratar los datos resultantes.

3. RESULTADOS

3.1. Miradas a la profesión

A partir de las ideas expuestas por las profesionales entrevistadas, y en diálogo con las contribuciones de diferentes autores y autoras, puede definirse el trabajo social sanitario como una especialidad que aporta una perspectiva psicosocial a la atención sanitaria (Colom 2000; 2008), atendiendo a que la perspectiva biologicista sigue muy presente y su peso y dominio han propiciado, durante años, una desigualdad en la toma de decisiones y entre disciplinas. El trabajo social sanitario permite contemplar una visión global de la salud, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas (Hidalgo y Lima, 2020).

Aportamos una atención holística [...] Aquella persona tiene un entorno que también es necesario cuidar. El paciente es una persona que tiene una patología, pero que también debe tenerse en cuenta que, aparte del cuerpo, tiene una mente, pensamiento y emociones. Nosotros somos clave en esto, en humanizar estos cuerpos. Para nosotros no es un cuerpo enfermo, sino una persona enferma que lo está por muchas circunstancias (TS3).

Una de las profesionales entrevistadas habla del trabajo social como ciencia fundamental para tener en cuenta todo el engranaje de una intervención interdisciplinaria (TS2). Además, la TS1 enfatiza la importancia de alejarse de la concepción del trabajo social como el ejercicio de meras funciones de gestión de recursos. Aunque reconoce que esta faceta existe y se lleva a cabo, es fundamental que parta de una rigurosa valoración social y elaboración de planes de intervención. Ello implica considerar la situación en su totalidad y trabajar en estrecha colaboración con los equipos de manera coordinada. Además, la responsable del servicio de trabajo social destaca la necesidad de considerar el trabajo social como una profesión empírica que investiga, diagnostica, actúa y evalúa.

Nosotros hacemos una evaluación de la situación del paciente, un estudio y ponemos un diagnóstico con unos indicadores objetivos. Hacemos intervención y, después, hacemos una evaluación de los resultados [...] Esto es empírico y debe poderse estudiar de forma empírica (C1).

En las entrevistas, aunque cada servicio tiene características propias y particulares, las profesionales coinciden con aquellos indicadores clave para realizar una exploración social y sanitaria completa y para garantizar una intervención que tenga en cuenta todos los aspectos biopsicosociales fundamentales. Entre los más comentados, se menciona la situación sanitaria y funcional, en términos de autonomía-dependencia; la vivencia

de cada persona sobre aquella situación (Ituarte, 2011); la red social con la que se cuenta; la situación económica, de vivienda y laboral; la vinculación con servicios sociales; y la cobertura de prestaciones sociales de la que se dispone o no.

Figura 2. Indicadores de exploración social y sanitaria



Fuente: elaboración propia.

En el hospital objeto de estudio, el equipo de trabajo social sanitario está compuesto por más de 35 profesionales (C1), abarcando servicios de hospitalización, consultas externas y urgencias. Desde hace aproximadamente un año y medio, tal y como hemos comentado anteriormente, se ha incorporado a este equipo la figura de la coordinadora de trabajo social y educación social. Siguiendo la tendencia observada en otros hospitales de características similares en el contexto español, todas las profesionales coinciden en que la incorporación de este rol de liderazgo ha implicado numerosas mejoras, especialmente en términos de mayor visibilidad y reconocimiento profesional.

Lo que hago es velar por el equipo de trabajo social y de educación social, darle presencia y visibilidad en el hospital para poder resolver todo lo que pueda surgir, establecer formas de trabajar conjuntas, ofrecer formaciones

[...] Para mí, el objetivo prioritario era convertir al grupo de trabajo social en un equipo y creo que se está consiguiendo (C1).

Pero la evolución del reconocimiento del trabajo social hospitalario no se limita únicamente a esta incorporación. Las profesionales entrevistadas destacan un notable aumento en la comprensión de la importancia de esta figura en el sector sanitario. En clave histórica (Miranda, 2008), dos de las trabajadoras sociales entrevistadas afirman que este mayor reconocimiento se debe a las precursoras: aquellas profesionales que las han precedido y que han luchado, en un contexto aún más marcadamente biologicista, para que esto sea posible (TS1; TS2). Además, se destaca, en términos de lucha colectiva, la integración dentro de los servicios y la consideración que se tiene actualmente del trabajo social hospitalario: “Nos hemos integrado mucho en los servicios. Hemos ido ganándonos un sitio, un reconocimiento y formamos parte de los equipos. Cuando ganas un reconocimiento en tu servicio no sólo lo ganas tú, sino también la profesión” (TS2).

En este sentido, una de las profesionales resalta que el trabajo de sensibilización continua de los equipos con los que se trabaja, aprovechando los espacios interdisciplinarios, contribuye a fomentar una comprensión colectiva más amplia sobre la noción de salud. Además, señala que “sensibilizar sobre la amplitud de nuestras funciones repercute a una mejor atención, puesto que se cribarán más situaciones si conocen nuestra figura y nuestras funciones” (TS1). La sensibilización de los equipos sigue considerándose como un tema de gran importancia que da paso, en definitiva, a una mejor atención a las personas y sus entornos. Todas las trabajadoras sociales participantes en el estudio explican lo que aporta esta tarea pedagógica y coinciden en que permite reconvertir muchas de las imágenes que se tienen o tenían del trabajo social anteriormente: “Antes el concepto era que si veníamos nosotros ya se demoraría el alta. Esto se ha reconvertido y ahora se considera necesaria nuestra intervención en muchos casos” (TS2).

3.2. La planificación del alta hospitalaria

Las profesionales entrevistadas mencionan que el alta hospitalaria es uno de los procesos en los que el trabajo social toma mayor importancia en un hospital de tercer nivel. Al mismo tiempo, diversos estudios han demostrado una correlación positiva entre la peor situación sociofamiliar y la duración de la estancia hospitalaria (Ceballos et al., 2014). La falta de apoyo social, entre otras variables, se ha asociado con un aumento en los días de hospitalización (Casas y González, 2019).

La falta de apoyo familiar y social, la poca capacidad de la familia para apoyar a la persona que sale de alta, la situación laboral precaria, las situaciones administrativas irregulares, la gente muy aislada, sola [...] También la precariedad económica, porque no es lo mismo tener recursos y poder adaptarte a esta nueva situación con recursos que sin ellos. [...] Todo esto dificulta mucho el alta, sobre todo si después hay una dependencia que antes no estaba (TS5).

Los tiempos hospitalarios, con su creciente voluntad de estricto ajuste a los tratamientos, suelen marcar la intervención social con base en el alta. Ello nos lleva a reflexionar sobre la posible conexión entre el mayor reconocimiento de la profesión y una hipotética lógica utilitarista que busca promover estancias más cortas y, en efecto, la eficiencia económica de los hospitales en clave neoliberal (Comelles et al., 2017). Sin embargo, es fundamental resaltar que garantizar el alta hospitalaria en el momento médicamente adecuado –y sin prolongarse por motivos que escapen de lo médico– se ha convertido en una preocupación fundamental en la política actual de atención social y sanitaria (Heenan, 2023).

Lo anterior lo justifican hechos como que la Organización Mundial de la Salud constatará que las estancias prolongadas pueden ser perjudiciales para la salud de las personas, al informar que una de cada diez personas sufre algún tipo de daño durante su hospitalización (Colom, 2000). Además, diferentes estudios señalan que, a medida que aumenta el tiempo de hospitalización, aumenta la probabilidad de que la persona hospitalizada experimente eventos adversos, como infecciones intrahospitalarias, que pueden llegar a ser mortales (Ceballos et al., 2014). Los impactos negativos aparecen, también, a nivel subjetivo, ya que los y las pacientes que experimentan retrasos en su alta hospitalaria muestran niveles significativos de desilusión y un estado de ánimo bajo (Peñas, 2010).

En este marco, las profesionales refieren que el trabajo social se ha hecho un espacio en torno al alta hospitalaria, para que esta necesidad de eficiencia (en términos sanitarios) se dé con ciertas garantías de atención integral. No obstante, al igual que otros estudios en el mismo contexto territorial (Casas y González, 2019), esta labor no está sistematizada. Se menciona que este proceso comienza de manera variable y con diferentes procedimientos, dependiendo de la evolución médica, que a menudo es impredecible en las unidades de agudos de un hospital de nivel terciario. Además, se suele focalizar en un perfil poblacional concreto, el de personas en situación de riesgo o problemática social evidente, dejando de lado el trabajo interdisciplinar con aquellas personas con necesidades sociales menos visibles. Como resultado, las experiencias de proactividad y atención precoz de las que nos habla la literatura científica al respecto, aunque preferibles, no son generalizadas.

La intervención reactiva es dejar únicamente a criterio de los demás la necesidad de nuestra intervención, lo que puede producir que no se detecten algunas situaciones prioritarias de nuestra intervención. La proactiva da un papel de mayor autonomía a la figura de trabajo social y se trata de una práctica más basada en procedimientos y protocolos, más preventiva (TS1).

Dentro del enfoque reactivo o de intervención a demanda de terceros, algunas trabajadoras sociales mencionan situaciones en las que se les ha notificado con muy poco tiempo, incluso el mismo día, sobre el alta hospitalaria de pacientes en situaciones sociales que requieren llamativamente de su intervención. A veces, según comentan TS1 y TS2, deben adaptarse a los ritmos médicos y las situaciones individuales, lo que lleva a que algunas intervenciones comiencen cerca del alta hospitalaria y, por tanto, no puedan ser muy exhaustivas. La falta de planificación conlleva que “los problemas parece que surjan el día en que se quiere dar el alta al paciente, y entonces todo se convierte en prisas y presiones” (TS5). No obstante, todas las profesionales coinciden en que los casos en los que no se ha llegado a un consenso interdisciplinario o se han producido altas inadecuadas son mínimos.

También es necesario considerar las estrategias de las profesionales para reducir esta reactividad, lo cual nos lleva a la idea de que la proactividad no siempre debe interpretarse como un concepto absoluto. Existen diversas formas de aproximarse a ella, como aumentar la participación del trabajo social en las reuniones interdisciplinarias en que se abordan todos los casos, para poder desarrollar detección y cribar *in situ*. Otra estrategia consiste en capacitar al equipo para tener una mayor claridad en los criterios de derivación hacia el trabajo social, definiendo un equilibrio entre los recursos profesionales disponibles y las tasas de pacientes. De hecho, en uno de los servicios, la trabajadora social explica que su protocolo de intervención se basa en la coordinación estrecha con el equipo de enfermería, determinar quiénes se encargan de derivarle los casos, basándose, cada vez más, en criterios sistematizados y rigurosos (TS4).

Las profesionales entrevistadas, si bien reconocen e incluso reivindican la necesidad de participar en la planificación del alta hospitalaria para asegurar una adecuada transición del o de la paciente después de la hospitalización, también dejan entrever cierta preocupación por el creciente énfasis en esta tarea. Las trabajadoras sociales no desean ser simplemente coordinadoras de altas y buscan ajustar esta función únicamente en términos de brindar una atención de calidad a las personas, emprendiendo nuevas luchas hacia la consolidación de nuevos espacios de trabajo social hospitalario.

3.3. El cambio de mirada: la vocación universal del trabajo social

Prácticamente la totalidad de las profesionales entrevistadas consideran, al ser abordadas en torno a los desafíos futuros, que el trabajo social ha estado excesivamente asociado con la pobreza y la marginalidad y, por tanto, que es necesario cambiar esta percepción estigmatizante. Las profesionales apuestan por un trabajo social con vocación universal, entendiendo que cualquier persona puede necesitar de una intervención de trabajo social en algún momento o etapa de su vida. Las personas atraviesan una situación de vulnerabilidad cuando ingresan en el hospital y en muchos casos han de encarar decisiones importantes o que incluso les cambien la vida (Heenan, 2023). Los y las trabajadoras sociales deben, pues, poner en el centro la ética del cuidado y la justicia social y acompañar las transiciones vitales con un trabajo no solamente centrado en los efectos del malestar psicosocial, sino también en la prevención del mismo.

Igualmente, en el espacio del trabajo social hospitalario se vislumbran las posibilidades de contribuir a un cambio de paradigma en la atención hospitalaria, alejándose de los modelos médicos tradicionales hacia enfoques más colaborativos que involucren a los y las pacientes y sus entornos en la planificación y prestación de la atención sanitaria. Al igual que en el ámbito de los servicios sociales (Arranz y Casas, 2021), varios estudios han destacado que el trabajo social hospitalario está en una posición favorable para impulsar el cambio hacia una atención más centrada en los y las pacientes, considerando la amplia evidencia que respalda el éxito de los modelos colaborativos de atención (Zimmerman y Dabelko, 2008).

Ahora bien, las profesionales, ante tales posibilidades de trabajo preventivo, no urgente, centrado en el empoderamiento individual y colectivo, reconocen que es difícil abarcarlas todas, debido a la carga asistencial y a la limitación de recursos (TS1; TS2; TS3). Los años de políticas de austeridad en España y la consecuente carga de casos son los principales motivos señalados. Además, los casos de vulnerabilidad social más evidentes demandan una cantidad significativa de tiempo para su atención y seguimiento (TS1; TS4). Estos hallazgos coinciden con investigaciones como la de Sims-Gould et al. (2015), las que señalan que las trabajadoras sociales tienden a concentrarse, en la práctica, en aquellos casos de mayor complejidad, dejando de lado otros casos menos urgentes, pero con un potencial enorme para el aporte de la profesión.

Por ejemplo, una de las trabajadoras sociales (TS1) indica que la intervención de trabajo social en su servicio se inicia cuando se detectan situaciones sociales que afectan o pueden afectar a la salud de la persona o familia, especialmente cuando existe una situación de convalecencia o pérdida de

autonomía y funcionalidad y no existe una red de soporte familiar y social que pueda cubrir las necesidades. Además, destaca situaciones como las de personas en situación de sinhogarismo, violencia, falta de recursos o dificultad de acceso a estos, entre otros. En otro de los servicios, la trabajadora social (TS3) diferencia dos grandes tipologías de pacientes: los y las que tienen alguna dificultad social derivada de su enfermedad; y los y las que ingresan y, a través del ingreso, se detecta algún tipo de problemática social que no está asociada con la enfermedad, pero que es necesario abordar en coordinación con los servicios sociales. La falta de apoyo social y familiar representa, según esta profesional, uno de los motivos más frecuentes de intervención.

En el marco estructural de burocratización y reduccionismo en la intervención del trabajo social, diferentes autores y autoras nos hablan de las preocupaciones sobre la sostenibilidad y las contribuciones de los y las trabajadoras sociales en el sector de la atención sanitaria (Sims-Gould et al., 2015), puesto que esto ha llevado, en algunos casos, a la reasignación de tareas, el incremento de las labores administrativas y el alejamiento en término de contacto directo con las personas usuarias. Esto no es acorde, pues, con los retos planteados por las profesionales entrevistadas, sobre todo vinculados con ámbitos de la intervención hospitalaria que tienen que ver con las relaciones sociales y el acompañamiento psicosocial (Casas-Martí, 2023).

Para contrarrestar esta tendencia, una de las trabajadoras sociales (TS2) resalta, de nuevo, la importancia hacerse visible y reivindicar su presencia diaria en las rondas de guardia donde se analizan todos los ingresos. Este aspecto también es destacado por otras profesionales, las cuales coinciden en la importancia de este intercambio.

Cada vez estamos más presentes en los equipos. Vamos en las reuniones, tenemos contacto directo con los diferentes profesionales... Somos parte de los equipos interdisciplinarios y es importante potenciar esto. Aportar nuestra mirada en los diferentes casos [...] Mi equipo es muy amplio y creo que cada vez se entiende más lo que puedo aportar y cuál es el potencial del trabajo social (TS4).

No encerrarse en el despacho, estar presente en los espacios de toma colectiva de decisiones y, en definitiva, *ser uno/a más*, puede proyectar el trabajo social hacia un cambio de paradigma. Su presencia en estos espacios, como vimos en los apartados anteriores, representa una oportunidad para contribuir a ampliar la mirada que se tiene sobre el colectivo profesional. De esta manera, se visibilizan las potenciales contribuciones y aplicabilidades de la profesión, incluso en áreas y casos no tradicionalmente asociados a la

misma. Dentro de este contexto, se destaca el papel del trabajo social en la interdisciplinariedad, pero sin descuidar la labor necesaria con pacientes en situaciones de riesgo o problemáticas sociales.

CONCLUSIONES

Aún siendo un proceso inevitablemente inacabado, esta investigación ha contribuido a comprender la posición y función de los y las trabajadoras sociales hospitalarias en relación con la evolución del concepto de salud y el desarrollo del trabajo social sanitario como disciplina académica en diferentes sentidos.

La aproximación cualitativa nos ha permitido profundizar en el papel fundamental que cumplen los y las trabajadoras sociales en la atención integral para personas hospitalizadas. A través de la comprensión del contexto global y del significado que el ingreso hospitalario tiene en sus vidas, el trabajo social hospitalario se posiciona frente a un modelo biomédico hegemónico y busca abordar los factores sociales que pueden interferir en el estado de salud, así como ser interferidos por el mismo. En este sentido, el trabajo social reivindica, con su praxis y misma cotidianidad, la mirada holística y no reduccionista de la salud (Ariza, 2017; Gavidia y Talavera, 2012).

Hemos identificado que la planificación del alta hospitalaria se ha convertido en una función central para los y las trabajadoras sociales, con el objetivo de garantizar una gestión responsable de los flujos de pacientes, una correcta ubicación de las personas en el momento posterior al alta y la continuidad asistencial. Sin embargo, se observa que la labor del trabajo social en este ámbito no siempre está sistematizada. Los hospitales históricamente han trabajado desde un modelo caracterizado por la reactividad, iniciando la intervención de trabajo social respondiendo a demandas de terceras personas y propiciando el sesgo asistencial. En este sentido, hemos destacado, a la luz de las profesionales entrevistadas, la importancia de un enfoque proactivo y precoz que evite prolongaciones innecesarias de las estancias hospitalarias o reingresos, facilitando así una atención integral y holística.

A este respecto, esta investigación ha permitido ampliar el constructo de la proactividad, entendiendo que hay muchas maneras de aproximarse a ella y que no es un término absoluto. Si bien la presión asistencial a veces imposibilita su aplicación estricta –y deberíamos no dejar de reconocer la falta de recursos–, son muchas las estrategias que los y las trabajadoras sociales pueden aplicar, y que de hecho aplican, para contrarrestarla. Ejemplo de ello es tomar iniciativa dentro de los equipos, participar activamente en espacios interdisciplinarios y hacer pedagogía sobre las posibles aportacio-

nes de la profesión, incluso en casos no tradicionalmente asociados con la misma. De igual modo, contribuir a la definición y mejora de los criterios y mecanismos de cribado social ajenos.

Por otro lado, existe la preocupación de que el énfasis en la planificación del alta de personas con situaciones socialmente complejas y las tareas administrativas limiten la capacidad del trabajo social para llevar a cabo otras funciones de gran relevancia, sobre todo las relacionadas con el acompañamiento psicosocial o la intervención más allá de la urgencia o del binomio necesidad-recurso. Las profesionales participantes abogan por un enfoque de trabajo social con vocación universal, reconociendo que cualquier persona puede ser susceptible de intervención social y que el criterio depende, en todo caso, de las situaciones que se priorizan sobre la base de la disponibilidad de tiempos y recursos. En este marco, se destaca la importancia de poner en el centro la ética del cuidado y la justicia social, no solamente acompañando a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad, sino también promoviendo la prevención del malestar psicosocial. Además, se vislumbra la posibilidad de impulsar un cambio hacia una atención hospitalaria más centrada en las personas y colaborativa, involucrando activamente a los y las pacientes y sus entornos en la planificación y prestación de la atención sanitaria, así como en la toma de decisiones.

En suma, en este estudio hemos podido destacar la importancia de seguir avanzando en el desarrollo del trabajo social sanitario, desafiando las estructuras hegemónicas de atención hospitalaria y dando continuidad a su vocación universal que permita hacer un trabajo preventivo, no únicamente centrado en la parte de la población en situaciones de problemática social. Es fundamental reflexionar sobre el papel del trabajo social en el contexto actual de la atención médica, garantizando que seamos agentes activos en la mejora de la atención integral y de calidad para las personas. Asimismo, se requiere una visibilidad y reconocimiento más amplios, tanto dentro como fuera de la institución hospitalaria, para promover una práctica profesional que responda a las necesidades biopsicosociales de las personas y contribuya a una sociedad más justa y equitativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariza, C. (2017). La vessant psicosocial de la salut i la malaltia. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 66, 13-32. Recuperado de: <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn66id327898>.

Arranz, M., y Casas, J. (2021). La participación desde el Trabajo Social. Una aproximación conceptual en el marco de los servicios sociales de atención básica. *Pedagogia i Treball Social: revista de ciències socials aplicades*, 10(1), 21-46. Recuperado de: https://doi.org/10.33115/udg_bib/pts.v10i1.22603.

Casas-Martí, J. (2023). Experiencias de soledad y dependencia en (algunas) personas mayores hospitalizadas. La crisis de los cuidados como un reto para el Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 58-65. Recuperado de: <https://doi.org/10.1344/its.i3.40753>.

Casas, J. y González, S. (2019). La dimensió social de la durada de l'estada hospitalària. El cas de la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum. *Revista de Treball Social*, 215, 127-143. Recuperado de: <https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.08>.

Ceballos, T. M.; Velásquez, P.A. y Jaén, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista gerencia y políticas de salud*, 13(27), 274-295. Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyeps13-27.dehm>.

Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. España: Siglo XXI.

Colom, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Revista SEDISA SXXI*, 3(1), 14-24.

Comelles, J. M.; Alegre-Agís, E. y Barcelo, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de anàlisis cultural*, 10, 57-85.

Davis, C.; Baldry, E., Milosevic, B. y Walsh, A. (2004). Defining the role of the hospital social worker in Australia. *International Social Work*, 47(3), 346-358. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0020872805051732>.

Dimla, B.; Parkinson, L., Wood, D. y Powell, Z. (2023). Hospital discharge planning: A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. *Australasian Journal on Ageing*, 42(1), 20-33. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/ajag.13138>.

- Fernández, L. (2013). Programa de planificación del alta hospitalaria. Tesis de posgrado. Pamplona, España: Universidad Pública de Navarra.
- García, R. (2022). Social Determinants of Health. En F. A. Gary, y M. J. Lotas (eds.). *A Population Health Approach to Health Disparities for Nurses: Care of Vulnerable Populations*. Springer.
- Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175. Recuperado de: <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>.
- Heenan, D. (2023). Hospital social work and discharge planning for older people: Challenges of working in a clinical setting. *Ageing y Society*, 43(6), 1333-1350. Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001124>.
- Hendy, P.; Patel, J.H., Kordbacheh, T., Laskar, N. y Harbord, M. (2012). In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. *Clinical Medicine*, 12(4), 320-323. Recuperado de: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-4-320>.
- Hidalgo, A. y Lima, A. I. (2020). *Trabajo social sociosanitario: Claves de salud pública, dependencia y Trabajo Social*. Editorial Sanz y Torres.
- Ituarte, A. (2011). Trabajo Social Clínico en el contexto sanitario: teoría y práctica. *Trabajo Social y Salud*, 68, 303-323.
- Maxwell, J. A. (2019). *Diseño de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.
- Miranda, M. (2008). Historia e identidad del Trabajo Social en Salud. *Trabajo Social y Salud*, 60, 7-24.
- Muñoz, M. (2003). Detección precoz del riesgo social en el ingreso hospitalario y la planificación del alta: reflexiones desde el Trabajo Social. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 3(3), 40-51.
- Ochando, G. y de Irizar, M. (2009). La planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social sanitario: el ingreso hospitalario como punto de partida. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 2, 30-39.
- Olivero, I. V. (2023). Dualidades del concepto de salud. *Educación y Salud, Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado De Hidalgo*, 11(22), 92-104. Recuperado de: <https://doi.org/10.29057/icsa.v11i22.10853>.
- Ortega, M.; Cabot, C., Porras, F., Cantos, M., Pastor, L. y Fàbregas, A. (2014). Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 25(4), 152-158. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400005>.

Peñas, E. M. (2010). ¿Cómo viven los ancianos hospitalizados el retraso en la gestión de su alta? *Evidentia: revista de enfermería basada en la evidencia*, 31(7), 20.

Plaza, B.; García, A. M. y Muñoz, M. (2006). Programa de detección del riesgo social en el hospital de Teruel. *Trabajo Social y Salud*, 53, 151-167.

Ponte, C. (2008). *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente*. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias.

Quivy, R. y Carpenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigación en ciencias sociales*. Limusa.

Ramírez-Sánchez, M.; Rivas-Trujillo, E. y Cardona-Londoño, C. (2019). El estudio de caso como estrategia metodológica. *Revista Espacios*, 40(23), 1-8.

Riba, C. E. (2009). *Mètodes d'investigació qualitativa*. Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10609/52403>.

Ritchie, J.; Lewis, J., Elam, G., Tennant R. y Rahim, N. (2013). Designing and Selecting Samples. en J. Ritchie et al. (eds.). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Sage.

Rodríguez, M. J. (2006). La relación asistencial paciente familia con pacientes crónicos. Unidad Médica de Enfermos Crónicos. Hospital de San Juan de Dios de Granada. *Trabajo Social y Salud*, 54, 125-143.

Rodríguez, M. J.; García, A., González, A. y García, M. A. (2013). Trabajo Social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 13, 67-76. Recuperado de: <https://doi.org/10.5218/prts.v13i1.21604>.

Sims-Gould, J.; Byrne, K., Hicks, E., Franke T. y Stolee P. (2015). “When things are really complicated, we call the social worker”: post hip-fracture care transitions for older people. *Health Soc Work*, 40(4), 257-265. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlvo69>.

Zimmerman, J. y Dabelko, H. I. (2008). Collaborative models of patient care: new opportunities for hospital social workers. *Social work in health care*, 44(4), 33-47. Recuperado de: https://doi.org/10.1300/J010V44N04_03.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional, salvo que se indique lo contrario. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> Atribución: debe otorgar el crédito apropiado a la Universidad Tecnológica Metropolitana como editora y citar al autor original.

