

INGRESOS POR PROBLEMÁTICA SOCIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Autora: Abigail Abreu Pérez

Tutora: Luisa M^o Saavedra Jiménez

Grado En Trabajo Social

Trabajo De Fin De Grado: Convocatoria 12 de junio de 2020

Facultad De Ciencias Sociales y de la Comunicación

Universidad De La Laguna

“Todas las cosas son imposibles, mientras lo parecen.”
Concepción Arenal, precursora del Trabajo Social en España.

Resumen

La existencia de ingresos de pacientes por problemática social en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, advertida durante el periodo de prácticas externas del Grado de Trabajo Social, ha motivado la investigación que se presenta.

Conocer las distintas características de este tipo de pacientes y diseñar un perfil de la persona que ingresa por motivos sociales; la recogida de datos de diversas variables; conocer el tiempo medio de estancia; y, por último, aproximarse a las patologías asociadas de los ingresos por motivos sociales, han sido los aspectos investigados a través de la recogida de información de las historias sociales, ficha social y bases de datos del Hospital mencionado.

Para la realización de este documento, se ha tomado como población de estudio 500 pacientes del total de 634 pacientes registrados en el periodo de 1 de enero de 2019 al 1 de enero de 2020 en la Unidad de Trabajo Social. Se han analizado los datos de los expedientes (ficha social, informe social, historia social, hoja de consulta, NUT, INTRANET y HP DOCTOR) y se ha realizado y analizado una entrevista a la trabajadora social del Hospital para contrastar algunos de los resultados obtenidos a través del análisis cuantitativo de los datos.

Los principales resultados de este estudio nos indican que el porcentaje de ingresos por problemática social es del 8% poniendo en evidencia una realidad a abordar. El perfil de ingreso por motivo social: hombre de 78 años, procedente de Zaragoza, que vive solo, con vivienda en propiedad y jubilado. Acude al hospital por caída y presenta demencia y/o desorientación. El tiempo medio de estancia de este paciente es de casi 15 días.

Entre las conclusiones de esta investigación se destaca, el aumento de días de hospitalización de una persona que no requiere este nivel de atención o su ingreso sin criterios clínicos, tiene consecuencias negativas para la salud de los pacientes y también para la organización y gestión hospitalaria. Para superar este aspecto se reflexiona sobre la necesidad de mejorar la coordinación del Hospital con la Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales; en este sentido destaca la inexistencia de protocolos de Planificación al alta existentes en otros Hospitales de nuestro entorno. Por último, se plantea la necesidad de mejorar el modelo de Ficha Social, como instrumento de registro de la información de la actividad del profesional de Trabajo Social, mejorando con ello su praxis, y el registro informatizado para que pueda ser compartida con otros niveles de atención en especial, la Atención Primaria de Salud.

Palabras claves: motivos de ingreso, problemática social, Trabajo Social hospitalario, Trabajo Social sanitario, tiempo medio de estancia, paciente sociosanitario, planificación al alta hospitalaria.

Abstrac

The existence of patient admissions for social problems at the Miguel Servet University Hospital in Zaragoza, noted during the period of the external internships of the Social Work degree, has motivated the research presented.

Know the different characteristics of this type of patient and design a profile of the person who is admitted for social reasons; collecting data on various variables; know the average length of stay; and, finally, to approach the associated pathologies of income for social reasons, have been the aspects investigated through the collection of information from the aforementioned social histories, social record and Hospital databases.

To carry out this document, 500 patients have been taken as the study population from the total of 634 patients registered in the period from January 1, 2019 to January 1, 2020 in the Social Work Unit. The data from the files (social record, social report, social history, query sheet, NUT, INTRANET and HP DOCTOR) have been analyzed and an interview with the hospital social worker has been carried out and analyzed to contrast some of the results obtained through the quantitative analysis of the data.

The main results of this study indicate that the percentage of income due to social problems is 8%, revealing a reality to be addressed. The income profile for social reason: 78-year-old man from Zaragoza, who lives alone, with a property and retired. He comes to the hospital due to a fall and presents dementia and / or disorientation. The average length of stay for this patient is almost 15 days.

Among the conclusions of this research, the increase in days of hospitalization of a person who does not require this level of care or their admission without clinical criteria, has negative consequences for the health of patients and also for hospital

organization and management. To overcome this aspect, the need to improve the coordination of the Hospital with the Primary Health Care and Social Services is reflected; In this sense, the absence of existing discharge planning protocols in other hospitals in our area stands out. Finally, there is a need to improve the Social Record model, as an instrument for recording information on the activity of the Social Work professional, thereby improving its practice, and the computerized record so that it can be shared with other levels of special attention, Primary Care.

Key words: social for admission, social problems, hospital Social Work, health Social Work, average length of stay, socio-health patient, discharge planning.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| 1. Marco teórico | 3 |
| 1.1. Concepto de salud y su evolución | 3 |
| 1.2. Sistema de Salud: organización y normativa | 5 |
| 1.2.1. Atención Primaria de la Salud..... | 7 |
| 1.2.2. Atención Especializada de la Salud | 8 |
| 1.2.3. Marco normativo..... | 8 |
| 1.3. Atención Hospitalaria | 13 |
| 1.4. Trabajo Social en el campo de la salud | 19 |
| 1.4.1. Breve historia del Trabajo Social en el campo de la salud..... | 19 |
| 1.4.2. Concepto de Trabajo Social en el campo de la salud..... | 20 |
| 1.4.3. Funciones del Trabajo Social sanitario | 22 |
| 1.4.4. Trabajo Social hospitalario..... | 24 |
| 1.4.5. Planificación al alta hospitalaria | 25 |
| 1.5. Coordinación entre el sector sanitario y el sector social | 27 |
| 2. Objetivos | 29 |
| 2.1. General..... | 29 |
| 2.2. Específicos | 29 |
| 2.3. Hipótesis | 30 |
| 3. Método | 32 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1. Diseño | 32 |
| 3.2. Población objeto | 33 |
| 3.3. Instrumentos y definición de variables medidas | 33 |
| 3.4. Procedimiento | 35 |
| 4. Resultados | 39 |
| 5. Discusión..... | 57 |
| 6. Conclusiones | 62 |
| Referencias bibliográficas | 67 |
| Anexos..... | 75 |
| Anexo 1..... | 75 |
| Anexo 2..... | 78 |
| Anexo 3..... | 81 |
| Anexo 4..... | 82 |
| Anexo 5..... | 83 |
| Anexo 6..... | 84 |

Introducción

La presente investigación se realiza para el Trabajo Fin de Grado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de la Laguna y ha sido tutorizada académicamente por Luisa M^o Saavedra Jiménez. Con ella se pretende estudiar los ingresos por problemática social en el Hospital Universitario Miguel Servet, ubicado en la provincia de Zaragoza de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Se ha elegido este tema de estudio porque se quiere conocer la existencia de ingresos por problemática social en el Hospital Universitario Miguel Servet y conocer el perfil de las personas que ingresan por motivos sociales y ocupan una cama del hospital cuando no requiere este nivel de atención. Asimismo, se reflexiona la cuestión de los motivos por los que no se accede a otros recursos e instituciones para evitar dichos ingresos.

La estructura del trabajo que se presenta consta de: en primer lugar, el marco teórico en el cual se define el concepto de salud, el Sistema de Salud, la atención hospitalaria donde se recoge la información sociodemográfica de la población de Aragón, concretamente de Zaragoza y el Hospital Universitario Miguel Servet, el Trabajo Social en el campo de la salud, la planificación al alta hospitalaria y, la coordinación entre el sector sanitario y el sector social.

En segundo lugar, se muestran los objetivos e hipótesis propuestos para esta investigación y también el método, describiendo el diseño, la población objeto, los instrumentos y definición de las variables medidas y, el procedimiento llevado a cabo.

La última parte del trabajo presenta: la descripción de los resultados obtenidos tras la elaboración del análisis realizado mediante la descripción textual de los datos,

porcentajes y gráficas. Además, se desarrolla la discusión a partir de los datos, en la que se interpretan los resultados y se relacionan con la teoría consultada, para presentar seguidamente las principales conclusiones a las que se ha llegado con la investigación.

Para finalizar, junto con las referencias bibliográficas que se han utilizado se encuentran los anexos en distintos apartados a lo largo del texto, que facilitan la comprensión de ciertas definiciones.

1. Marco teórico

1.1. Concepto de salud y su evolución

El concepto de salud es difícil de definir de manera precisa ya que, a lo largo del tiempo ha cambiado de forma significativa, además de que cada persona interpreta la salud en relación a su percepción, ideas, sociedad y la cultura donde habita.

Desde los inicios de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos con ayuda de la naturaleza para conservar la salud. Desde la antigüedad, se consideraba que existían ciertas personas con conocimientos y capacidades curativas para poder paliar las enfermedades causadas por las alteraciones producidas por los dioses, espíritus y demonios (Vergara, 2007).

Esta creencia se deja atrás en la edad moderna gracias al auge de la ciencia, donde existe un interés natural por el cuerpo humano. A finales del siglo XVII con la Revolución Industrial y los avances tecnológicos de la época, se comienza a relacionar el concepto de salud no solo con los aspectos biológicos y físicos sino también, con los efectos económicos, políticos y sociales que puede generar enfermedad (Vergara, 2007).

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, se centra en la idea de salud como un factor de desarrollo donde el proceso biológico se relaciona con las condiciones que rodea a un individuo y que están vinculadas con su estado de salud, es decir, se comienza a relacionar la calidad de vida y el bienestar con la salud (Vergara 2007).

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986, se expresa que la salud no se percibe como objetivo sino como un concepto positivo que resalta tanto los recursos sociales y personales como las capacidades físicas del individuo.

Por tanto, se comienza a estudiar la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general que abarca de los aspectos biológicos y sociales a los culturales y, la relación de una buena salud con el progreso personal, económico y social generando así una buena calidad de vida.

Tras la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada y firmada en 1946 y con su entrada en vigor en 1948, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2014, p.1). Mediante la actual definición del concepto de salud, nos permite entender que, la salud no solo se centra en lo biológico sino además en el aspecto psicológico y social de la persona, siendo la calidad de vida, el bienestar social, las interacciones con otros individuos, etc., parte del concepto.

Asimismo, “los factores como la educación, el trabajo, vivienda, cohesión social, etc., suponen una benéfica influencia sobre el grado de salud, entendida como algo más y distinto que la ausencia de enfermedad en las personas y comunidades” (Segura, 2018, p. 388).

Hasta hace poco, la salud se entendía como la ausencia de enfermedad o de dolor, pero en la actualidad entendemos la salud, y por tanto la enfermedad, como la integración de los aspectos físicos, psíquico, social y ambiental que interactúan en la vida de cada hombre o mujer. (Mondragón y Trigueros, 1999, p.1)

1.2. Sistema de Salud: organización y normativa

El Sistema de Salud es la coordinación y complementación de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal, consiste en mejorar la salud de la vida cotidiana de las personas. Dicho sistema, debe prestar unos servicios y tratamientos de calidad que cubran las necesidades de la población (Organización Mundial de la Salud, 2020). Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud garantiza el acceso a los servicios para toda la población. Su financiación proviene de recursos públicos.

Según el informe *The European Health Report* (2009) de la oficina regional de la OMS en Europa, plantea que los sistemas de salud desempeñan cuatro funciones para la mejora de la salud de la ciudadanía: provisión de servicios (atención sanitaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad), financiación (eficacia de la calidad de los servicios), obtención de recursos (mediante la unión de los recursos humanos, económicos y tecnológicos para la obtención de resultados positivos) y, rectoría (políticas y mecanismos que regulen la rendición de cuentas).

Según Baeza (2009), el Sistema Sanitario es un conjunto de partes que se interrelacionan con un fin y que está vinculado con la salud de las personas. Y, la Salud Pública es organizada por las administraciones públicas para proteger y promover la salud a la población. Se centra en la información, protección, promoción y prevención de la salud (Instituto de Formación sanitaria, 2010).

Además, la Salud Pública parte de dos vertientes, como dispositivo sanitario y como institución social. Como dispositivo sanitario aporta conocimientos y métodos sanitarios y, como institución social proporciona y desarrolla actividades que mejoran la salud de la comunidad (Segura, 2018).

Igualmente, el correcto funcionamiento del Sistema de Salud y la equidad del mismo, son estrategias fundamentales para poder combatir la pobreza y su aumento. Los países pobres no son los únicos que se enfrentan a este tipo de problemática, sino también algunos países ricos, debido a la mala gestión de la protección social, grandes sectores de la población carecen de acceso al Sistema de Salud (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Por otro lado, el nivel socioeconómico, el género, la clase social, los valores, el entorno y las oportunidades que tiene una persona influye en su estilo de vida y su salud, ya que se puede convertirse factores desencadenantes de la exclusión social y/o problemática social y de salud.

En España, en el artículo 44 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, de General de Sanidad, hace referencia al Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, orientado prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Además, el artículo 45 de esta misma ley, expone que el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son de responsabilidad de los poderes públicos, es decir, las diversas administraciones son las organizaciones responsables de las funciones y prestaciones sanitarias del sistema sanitario. Esta ley conlleva la creación del Sistema Nacional de Salud, generando así la coordinación del conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Por tanto, cada Comunidad Autónoma crea un Servicio de Salud integrado y coordinado entre todos los centros e instituciones sanitarias.

Los medios y actuaciones del sistema sanitario deben estar orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las

enfermedades, para ello las Admiraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud desarrollan, entre otras, actuaciones referidas a dos niveles asistenciales: la Atención Primaria integral de la salud, que aborda acciones curativas, de rehabilitación, promoción de la salud y prevención de enfermedad y, la Asistencia Sanitaria Especializada siendo la asistencia médica, hospitalización y rehabilitación. (Mondragón y Trigueros, 1999, p.39)

1.2.1. Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la Salud cubre una serie de servicios básicos con la finalidad principal de ser accesible de manera inmediata. Es el primer nivel de atención y la puerta de entrada al Sistema Sanitario Público. Además, el régimen de actuación abarca tanto el centro como el domicilio siempre y cuando sea necesario. Los dispositivos asistenciales se componen de Centros de Salud y Consultorios Locales, donde trabajan equipos multidisciplinares (Medicina, enfermería, Trabajo social, otros profesionales sanitarios y de gestión). Desde este nivel se concentra la mayor parte de las actividades de promoción a la salud, educación, prevención de enfermedad, asistencia, rehabilitación y Trabajo Social (Instituto de formación Sanitaria, 2010).

La Atención Primaria “se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas” (Declaración Alma-Ata, 1978, p.2).

Asimismo, la Atención Primaria es el primer contacto hacia el individuo, la familia y a la comunidad, siendo más accesible para la población que reside y trabaja en un territorio generando así una atención sanitaria más cercana (Declaración Alma-Ata, 1978).

1.2.2. Atención Especializada de la Salud

Según Mondragón y Trigueros (1999), la Atención Especializada de la Salud, es el segundo nivel del Sistema de Salud y se acude a este servicio cuando en Atención Primaria se han agotado los medios que poseen para cubrir las necesidades asistenciales que la persona necesita, esto quiere decir que, la Atención Especializada es el conjunto de medios humanos y materiales del Sistema de Salud para atender con cuidados especializados los problemas sanitarios de mayor complejidad y, desde Atención Primaria no es posible realizar, es decir, la persona es derivada al segundo nivel de atención, especializada, porque en su centro de salud no le puede continuar tratando la enfermedad porque requiere mayor especialización.

“La Atención Especializada garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y en coordinación con ésta” (Instituto de la Formación de la Salud, 2010, p.21).

La Atención Especializada se presta en los Centros de especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso, siendo un apoyo a la Atención Primaria, hospitalización a domicilio, consultas externas, atención paliativa a los enfermos terminales, atención en hospital de día, médico y quirúrgico, régimen de ingreso hospitalario, etc. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica retornan nuevamente al médico/a (Instituto de la Formación de la Salud, 2010).

1.2.3. Marco normativo.

Tal como se recoge en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la salud es un derecho fundamental de los seres humanos. Asimismo, la salud es una necesidad para poder alcanzar el desarrollo armonioso y duradero que permita a las personas a cumplir sus objetivos personales.

El derecho a la salud también fue reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1966, en el artículo 12, hace mención a que toda persona tiene el derecho de disfrutar del más alto nivel de salud. Además, según el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 hace referencia a que “se reconoce el derecho a la protección de la salud”, es decir, se interpretó como derecho a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad.

En el artículo 1 de la Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad, que desarrolla el Sistema Público de Salud en España hasta la actualidad, hace mención a que tienen derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en España. En el artículo 3 de esta misma ley, establece que el sistema sanitario se oriente hacia la prevención y promoción de la salud. Además, en el artículo 3 de la **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, hace referencia a que todos los españoles y extranjeros residentes tienen derecho a la asistencia sanitaria y promoción a la salud.

En el Real Decreto **1030/2006**, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios común del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación, hace referencia garantizar la accesibilidad y equidad de la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, estableciendo una cartera de servicios común y fijando las bases de actuación del procedimiento de dicha cartera.

En el artículo 35, de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2007, recoge que toda persona tiene derecho a acceder a la prevención y atención sanitaria y se garantiza un alto nivel de protección a la salud humana.

En el artículo 16 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, hace referencia a acciones dirigidas a la promoción de la salud con el fin de mejorar la salud individual y colectiva.

Es necesario destacar, el Real Decreto de 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, se basa en la modificación de Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud, que supone la limitación de la universalidad de la atención sanitaria, fruto de los recortes provocados por la crisis económica que arranca en 2008 en nuestro país. Por tanto, la asistencia sanitaria en España se limita a aquellas personas que se encuentren en situación de asegurado/a.

Por otro lado, el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, recoge en el Artículo 3, de nuevo recupera la universalidad de asistencia, garantizando el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones y, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español y que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

Para terminar, en el anexo I se recogen todas las leyes estatales, reunidas en el Código Sanitario de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, haciendo especial mención a la Salud Pública, la asistencia sanitaria y, los derechos y deberes de los/as usuarios/as.

Respecto a la Comunidad Autónoma de Aragón en materia de Salud: la Ley 6/2002, de 15 de abril, de la Salud Pública de Aragón, tiene como objeto la regulación de las actuaciones en la Comunidad Autónoma de Aragón, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en el artículo 43. Además, en el artículo 30 de esta misma ley se establece que son titulares de los derechos y deberes aquellas personas que tengan su residencia en la Comunidad Autónoma de Aragón y, aquellas que no cumplan esta condición serán beneficiarios/as de los derechos previstos en la legislación estatal. Además, dicha ley hace mención a que todas las personas tienen derecho a la asistencia sanitaria en situación de emergencia y urgencia.

Asimismo, se hace mención a que todas las personas tienen derecho a la asistencia sanitaria sin discriminar por alguna razón de sexo, raza, religión o cualquier otra condición, siendo económica o social.

Y, por otro lado, Ley 5/2014, 26 de junio, de la Salud Pública de Aragón que recoge las funciones esenciales, las competencias y exclusivas de cada colectivo con responsabilidad en Salud Pública. Además, pretende dar una mejor respuesta a los problemas de Salud Pública en la Comunidad Autónoma de Aragón de las nuevas demandas sociales mediante la unión y coordinación de los propios dispositivos, las acciones de prevención y promoción de la salud de los servicios sanitarios y todas las actuaciones y programas que sin ser sanitario tiene efecto sobre la salud.

La Cartera de Servicios sanitaria del Sistema de Salud de Aragón que se recoge en el Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, dicho decreto incorpora otros servicios que son específicos del Sistema de Salud de Aragón además de estar

constituida por los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud establecidos en el Real Decreto 1030/2006.

Además, en la Orden de 12 de julio de 2007 del Departamento de Salud y Consumo se estructura el contenido de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, en dicha orden se organiza la Cartera de Servicios Sanitarios de Salud de Aragón en líneas asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención a Enfermos Crónicos Dependientes, Atención a la Salud Mental, Atención a la Urgencia y Emergencia y, Salud Pública.

Por último, el Plan que se recoge en el Sistema de Salud en la comunidad autónoma de Aragón es el Plan de Salud Pública de Aragón 2030, con el objetivo de mejorar la salud de las personas en todas las etapas de la vida, orientar el sistema sanitario a las personas e impulsar la información e investigación a la formación en salud. En dicho Plan recoge cuatro áreas de actuación:

1. Salud en todas las políticas: mediante los objetivos y las actuaciones impulsar el Plan de Salud de Aragón, desarrollar políticas públicas desde los determinantes de la salud y definir políticas efectivas que mejoren la salud de la población.
2. Salud en todas las etapas de la vida: en dicha área se prende en líneas generales mediante objetivos y actuaciones aumentar la esperanza de vida, reduciendo las desigualdades en salud y reducir las conductas de riesgo.
3. Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas: en esta área se hace hincapié a la inadecuada respuesta hacia las personas ancianas de salud débil que requieren apoyo y servicios sociales y sanitarios para poder permanecer en su hogar en las mejores condiciones posibles. Destacan que no hay suficientes recursos para los/as cuidadores/as de dichas personas con problemas de salud.

Asimismo, en esta área se pretende abordar mediante los objetivos y actuaciones la oferta de servicios sociales y sanitarios de calidad y coordinada llegando a todos los hogares.

4. Información, investigación y formación para la Salud: en esta área se hace mención mediante los objetivos y actuaciones la mejora de los sistemas de información del Gobierno de Aragón y potenciar la investigación e innovación sobre salud.

1.3. Atención Hospitalaria

La Atención Especializada cuyo referente físico es el Hospital, se encuentra en el segundo nivel de asistencia del Sistema de Salud. Desde el hospital se atiende las necesidades más complejas que desde Atención Primaria no se puede resolver. Aznar y Buil (como se citó en Alonso, Febrel y Huelin, 2000) “La atención especializada se concibe así como un apoyo y complemento de la Atención Primaria, atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de esta” (ibid, p. 123). Asimismo, para que una persona pueda acceder a la Atención Especializada debe ser mediante la derivación de un/a médico/a de primaria o urgencias externas.

La presente investigación, se enmarca en el contexto de la asistencia hospitalaria de la Comunidad Autónoma de Aragón y concretamente, el Hospital Universitario Miguel Servet.

Aragón forma parte de las 17 Comunidades Autónomas de España y abarca 47.720 km². Aragón se compone de tres provincias (Zaragoza, Huesca y Teruel), 33 comarcas y 731 municipios (Instituto Aragonés de Estadística, 2019).

Respecto a la población, Aragón tiene 1.319.291 de habitantes y Zaragoza cuenta con 706.904 habitantes (Instituto Aragonés de Estadística, 2019).

La mayor tasa de morbilidad hospitalaria se corresponde con las enfermedades infecciosas y parasitarias, seguido por las enfermedades infecciosas (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Además, de las 155.424 altas analizadas, las tasas más elevadas al alta hospitalaria, por diagnóstico principal, son las enfermedades relativas al aparato circulatorio, al aparato digestivo, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato circulatorio y neoplasias (Instituto Aragonés de Estadística, 2018).

Respecto a la mortalidad de la Comunidad de Aragón en 2018, según el Instituto Nacional de Estadística del total Nacional, Zaragoza es la que presenta menos defunciones de las tres provincias, con 10,13 defunciones por mil habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

Según el Ayuntamiento de Zaragoza y Servicio de Organización y Servicios Generales (2019), de los 706.904 habitantes que cuenta Zaragoza, 340.270 (48%) son hombres y el 366.634 (52%) son mujeres. Además, la edad media entre los hombres es de 43 años y 46 años entre las mujeres. La esperanza de vida media de la Comunidad Autónoma en hombres en 2018 es de 80,69 años y, 86,22 años en mujeres (Instituto Aragonés de Estadística, 2019).

Sobre población extranjera, en la provincia de Zaragoza, cuenta con 100.837 (14,3%) de habitantes. Asimismo, de los países más representados en Zaragoza, un 34% de los/as extranjeros/as son de Rumanía (Ayuntamiento de Zaragoza y Servicio de Organización y Servicios Generales, 2019).

Las tasas que son más significativas en Zaragoza son: la tasa de dependencia con un 53,04%, la tasa de envejecimiento, es decir, la relación entre la población que ha sobrepasado la edad productiva de 64 años y la población que todavía no accede al mercado laboral de 15 años, es de 151,10%. La tasa de sobre-envejecimiento, es decir la relación entre la población mayor de 84 años entre la población que ha sobrepasado la edad productiva, mayores de 64 años, representan el 17,93% (Ayuntamiento de Zaragoza y Servicio de Organización y Servicios Generales, 2019).

Respecto a la distribución de viviendas en Zaragoza, 81.205 personas residen solas, 79.842 personas residen con otra persona y 55.990 personas residen con dos personas más (Ayuntamiento de Zaragoza y Servicio de Organización y Servicios Generales 2019).

Respecto a la Salud Pública, según el Observatorio Municipal de Estadística (2019) Zaragoza en 2018 contaba con 31 consultorios, 15 centros de salud y 15 hospitales, de los cuales, 7 son públicos y 8 privados. Además, el número de camas en los hospitales de Zaragoza en 2018 son de 3.750, de los cuales, 2.836 camas son de hospitales públicos y 914 de las camas totales son de hospitales privados.

Respecto a la organización del mapa sanitario en la comunidad autónoma de Aragón se aprueba en el Decreto 130/186, 19 de diciembre, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón que establece la ordenación territorial y funcional del Sistema de Salud de Aragón en Zonas, Sectores y Áreas de Salud. Dicha organización se continúa manteniendo en la Ley 6/2002, de 15 abril, de Salud Aragón.

Por lo tanto, la organización territorial del Sistema de Salud de Aragón consta de cinco áreas de salud (figura 1):

- Área de Salud I: consta del sector de Barbastro con 102.683 habitantes y el Sector de Huesca con 107.197 habitantes. Incluyen en cada sector 14 zonas de salud entre consultorios y centros de salud. Los hospitales de referencia de esta área es el Hospital de Barbastro y Hospital General San Jorge.
- Área de Salud II: consta del Sector Zaragoza II con una población de 367.110 habitantes. Incluye 21 zonas de salud siendo el hospital de referencia el Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital San Juan de Dios.
- Área de Salud III: consta del Sector Zaragoza III con una población de 267.252 habitantes, con 22 zonas de salud y, Sector de Calatayud consta de 56.851 habitantes con 10 zonas de salud. Los hospitales de referencia de esta área son el Hospital clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital de Especialidades Inocencio Jiménez.
- Área de Salud IV: consta del Sector de Alcañiz con 36.831 habitantes, incluye 12 zonas de salud y, el Sector de Teruel con

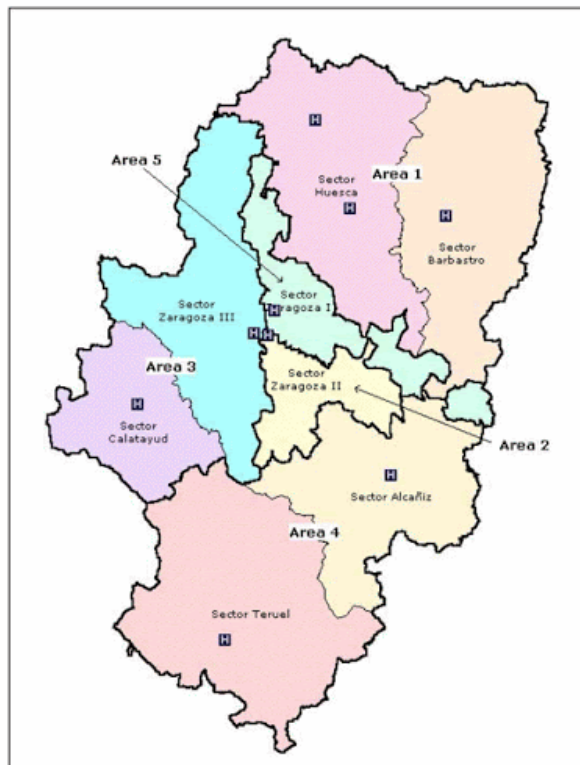


Figura 1. Organización territorial del Sistema de Salud de Aragón.

78.879 habitantes e incluye 16 zonas de salud. Los hospitales de referencia de esta área son el Hospital de Alcañiz, el Hospital Obispo Polanco y Hospital San José.

- Área de Salud V: consta del Sector Zaragoza I con 166.174 habitantes e incluye 13 zonas de salud. Los hospitales de referencia de esta área son el hospital Royo villanova y el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

(Amorín, Martínez y Júdez, 2004).

En este trabajo se recogen los datos de los ingresos derivados a la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Miguel Servet. Siendo este Hospital una institución sanitaria dependiente del Servicio Aragonés de Salud y vinculado en cuanto a la docencia, a la Universidad de Zaragoza.

Actualmente, forma parte de un Complejo Hospitalario Universitario de nivel IV compuesto por tres hospitales, intercomunicados, y un total de 1290 camas: Hospital General, Hospital Materno Infantil y Hospital de Rehabilitación, Traumatología y Quemados (Izquierdo, 2018). En la figura 2 se muestra un plano de los tres hospitales:

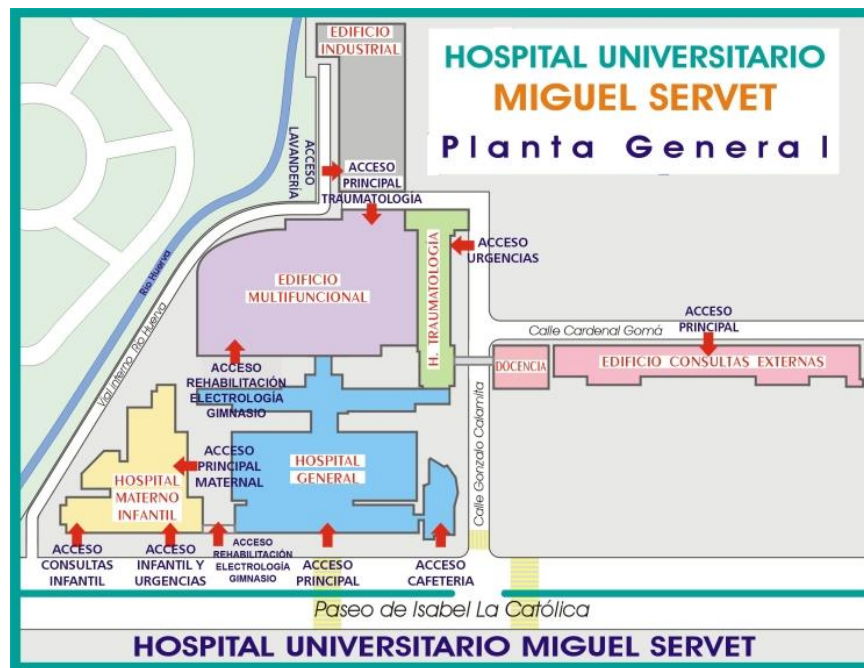


Figura 2. Plano del Hospital Universitario Miguel Servet.

El Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra en el Área de Salud II y es el hospital de referencia del Sector Zaragoza II. Su ámbito es amplio ya que es el centro de referencia para toda la población de la Comunidad de Aragón y otras Comunidades Autónomas cercanas porque presta atención sanitaria especializada, de alta complejidad, de tercer nivel.

Tiene una Unidad de Trabajo Social formada por 8 trabajadoras sociales que atienden a los y las pacientes hospitalizados en los tres edificios: Hospital General consta de dos trabajadoras sociales, Hospital de día una trabajadora social, Traumatología y quemados dos trabajadoras sociales, Valoración sociosanitaria una trabajadora social, Hospital Materno – Infantil, dos trabajadoras sociales y psiquiatría dos trabajadoras sociales (parte de su jornada laboral una de ellas interviene en el Hospital de Día y la otra en el hospital Materno - Infantil).

1.4. Trabajo Social en el campo de la salud

En este apartado abordaremos el papel del profesional de Trabajo Social en el campo de la salud y concretamente a nivel hospitalario que nos ayudará a comprender la aportación de este profesional en un Hospital y la relevante función que tiene en el alta hospitalaria.

1.4.1. Breve historia del Trabajo Social en el campo de la salud

El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y se remonta a finales del siglo XIX, manteniendo desde entonces una estrecha relación con ella. El Trabajo Social en la salud se caracterizó por facilitar asistencia a las personas enfermas y a sus familiares, basándose a la comprensión y en el contacto directo y personal. Mediante la asesoramiento y orientación para que la persona enferma y sus familiares puedan adaptarse de una manera favorable a la nueva realidad clínica y social (Consejo de Trabajo Social, 2013).

Según el Colegio de Trabajo Social (2013), en 1903 en Boston, concretamente en el Massachussets General Hospital se crea el primer servicio de Trabajo Social hospitalario. Y, en 1932 en España, el Doctor Roviralta, crea la primera escuela de Trabajo Social en Barcelona.

Como dato histórico a destacar, en 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración Alma Ata, modifica el concepto de salud y deja de definirla como ausencia de enfermedad para recoger también el bienestar físico, psíquico y social de la persona. Este cambio de concepto generó el desarrollo de nuevos paradigmas de atención a la salud ya que no solo se le da importancia al carácter general en las disciplinas sino además a las intervenciones en salud y, por lo tanto, supuso un avance

para el Trabajo Social siendo dicha disciplina referencia ante esta nueva definición (Colegio de Trabajo social, 2013).

1.4.2. Concepto de Trabajo Social en el campo de la salud

El Trabajo Social se entiende como la atención a las personas con dificultades para poder cubrir sus necesidades de manera autónoma y, se caracterizan por la falta de recursos económicos, de vivienda, salud y/o relaciones sociales (Ituarte, 2012). Y, la intervención social por parte del profesional para la atención a dicho perfil, se realiza mediante la observación, escucha activa, orientación, asesoramiento y acompañamiento en la toma de decisiones con el objetivo de encontrar una solución total o parcial de sus problemas. Todo ello, utilizando los propios recursos y apoyos que la persona pueda necesitar (Hervás, 2014).

Según Amaya Ituarte (como se citó en Mondragón y Trigueros, 1999), el Trabajo Social en el campo de la Salud es una actividad profesional clínica que involucra el diagnóstico global de la persona enferma, es decir, el diagnóstico médico y la problemática psicosocial, que puede o no estar relacionado con la salud y/o enfermedad de la persona. Y, conlleva la orientación, apoyo y asesoramiento tanto al paciente, a la familia como al equipo médico de los diversos recursos sociales que pueden ser adecuados y efectivos a los objetivos de salud.

Por ello, el diagnóstico social sanitario del/la trabajador/a social identifica los factores de riesgo del/la paciente y su entorno familiar que afectan a su estado de salud. En el cual, se establece un plan de intervención mediante la coordinación del equipo multidisciplinar para proporcionar al paciente, a la familia y al equipo sanitario orientación, recursos, estrategias y herramientas para la mejora o mantener su salud (Fernandez, Fuster, Illa y Lopez, 2012).

Por un lado, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias no establece textualmente el Trabajo Social como profesión sanitaria, sin embargo, existe ciertas ambigüedades que hace incluir el Trabajo Social como profesión sanitaria. En el artículo 1 y 2 de esta misma ley, se hace mención a los criterios para aplicar las profesiones sanitarias desde dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Además, en el artículo 16 de esta misma ley, se hace mención que los Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad y de Educación, pueden habilitar y capacitar a los profesionales que demuestren experiencia profesional sanitaria en el campo del Trabajo Social Sociosanitario como profesión sanitaria.

Por otro lado, en el artículo 12 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, hace mención al Trabajo Social como parte del conjunto de prestaciones que contempla el sistema sanitario. Además, en el artículo 7 de esta misma ley, menciona el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud a los “servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos” (p.16).

Por lo tanto, desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, consideran que es necesario incluir a los Trabajadores Sociales Sanitarios entre las profesiones sanitarias. Ya que, en el artículo 36 de la Constitución establece que “la ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos” (p.9).

1.4.3. Funciones del Trabajo Social sanitario

Se definen las funciones como el ejercicio propio de una profesión que luego puede desarrollarse en diferentes campos de actividad y áreas de atención. Partiendo de esta premisa, los modelos de intervención proactivos en trabajo social sanitario, toman como punto de inicio el estudio social de los riesgos y, sobre todo, diagnostican la existencia de problemas si los hubiera, estableciendo un plan de trabajo en función de los mismos, que persiga su resolución y que debe estar perfectamente integrado en el plan de intervención global realizado por el equipo multidisciplinar. (Castrillo, et al., 2013, p.19)

Para poder realizar una buena intervención por parte del profesional de Trabajo Social debe de tener en cuenta, respetando la libre actuación del paciente, la demanda y las necesidades de la persona, los recursos externos e internos de la persona, los medios y la red de apoyo que dispone. Asimismo, el trabajador/a social ejerce sus funciones con la coordinación del equipo multidisciplinar del campo sanitario con un objetivo en común, el bienestar del paciente.

Por ello, las funciones que se llevan a cabo desde el Trabajo social sanitario son las siguientes:

1. Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social.
2. Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
3. Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad.

4. Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.
5. Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.
6. Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud.
7. Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias.
8. Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral.
9. Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud.
10. Participar en los planes de formación, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.
11. Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social.

(Castrillo, et al., 2013, p.19 - 20)

Por otro lado, para Fernández, Fuster, Illa y López (2012) las funciones que desarrollan las/os Trabajadoras/es sociales sanitarios en el ejercicio profesional y que van desde la atención directa de pacientes, para complementar el diagnóstico de salud, con el social y que tiene su punto culminante en la gestión de casos, hasta funciones de planificación o definición de estrategias preventivas del riesgo social; de promoción de la autonomía del paciente y su familia; y de inserción social. También despliegan funciones como las de docencia a nuevos profesionales de trabajo social y a otros profesionales del

ámbito sanitario, para que incorporen la visión social que los diagnósticos y la resolución de los problemas deben tener. (p.14)

1.4.4. Trabajo Social hospitalario

El trabajador/a social hospitalario forma parte del equipo multidisciplinar, colabora con este en la detección de carencias y necesidades sociales, que inciden en los procesos de salud-enfermedad, con el objetivo de evitar que obstaculicen la recuperación del paciente. Asimismo, se promueve la utilización de recursos internos como externos disponibles con el fin de capacitar al paciente a través, del apoyo, información y orientación hacia el paciente y la familia ante una nueva realidad que deben afrontar por motivos clínicos. Siendo el hospital el hilo conductor entre el paciente y las diversas instituciones existentes de la zona o comunidad.

Respecto a la metodología utilizada desde el Trabajo Social hospitalario se destaca los siguientes entre los diversos modelos existentes:

El modelo de intervención en crisis, según Viscarret (2014) adaptado al Trabajo Social, es un modelo en el que se interviene con usuarios/as en situación de crisis, es decir, ante una situación imprevista y de alto estrés (en este contexto a menudo es la enfermedad sobrevenida).

El método que plantea este modelo se basa en apoyar de manera activa al usuario/a y/o a la familia de éste con la finalidad de que puedan superar un suceso traumático intentando generar los menores efectos negativos posibles, a través de dotar a la persona y/o familia de esta una serie de herramientas y movilizar sus propios recursos para poder afrontar el problema y recuperar el equilibrio emocional (Viscarret, 2014).

Según Viscarret (2014) **el modelo de intervención de gestión de casos** aparece en el Trabajo Social como respuesta a la necesidad de ofrecer una intervención más eficiente, eficaz y más económica.

Además, según Morro y Conti (2018), **el modelo de gestión de casos** que proviene del campo de la salud con la finalidad de planificar, coordinar y evaluar la eficacia y la eficiencia de la intervención conjunta y coordinada entre profesionales y distintos agentes, como respuesta al enfermo y a sus familias.

Por último, según Contreras (2006), **el modelo de intervención de resolución de problemas** consiste en proporcionar ayuda a la persona que lo que necesita con la finalidad de afrontar, resolver los problemas y desarrollar sus potencialidades. Este modelo proviene del apoyo y fortaleza de la relación que se establece entre el usuario y el/la profesional.

14.5. Planificación al alta hospitalaria

En 1985 se desarrolla el programa de la planificación del alta como un modelo asistencial y apoyado por la atención proactiva frente a la intervención reactiva, es decir, se centra en las personas frente a los problemas. En dicha época, este programa en España suponía la mejora en soluciones a los problemas que comenzaban a afectar a las personas hospitalizadas ya que, generaba preocupación por parte de las instituciones del tiempo de estancia, donde se había limitado el tiempo necesario por razones clínicas. Para estas personas enfermas, vulnerables, con escaso apoyo formal e informal y que, en el momento del alta, es decir, el regreso al domicilio o instituciones residenciales, se manifestaban diversos problemas que en la hospitalización no se mostraban (Colom, 2013).

Según American Hospital Association for Social Work Directors Society (como se citó en Colom, 2013):

La planificación del alta es un procedimiento centralizado, coordinado e interdisciplinario, en el cual los miembros del equipo de salud colaboran con los/as enfermos/as y sus familias, anticipándose a las necesidades de estos después de la hospitalización, desarrollando un plan que les ayudará a ganar independencia y a mantener los beneficios ganados durante la estancia en el hospital. (p. 128)

Cuando una persona ingresa en un hospital, tanto la persona como su entorno sociofamiliar no se centra en el momento del alta sino se centran en la enfermedad y recuperación. Por ello, el programa de planificación al alta plantea un conjunto de acciones individualizadas en cada caso, donde se interrelaciona con el fin de proveer el regreso de la persona enferma a su domicilio o institución residencial, garantizándose las atenciones postalta tanto a la persona enferma como su entorno sociofamiliar. Ya que, cuando se planifica el alta hospitalaria es porque se considera que la persona enferma no requiere de hospitalización sino de acciones y previsiones en momentos puntuales (Colom, 2013).

Por último, el objetivo del programa de planificación al alta busca que las personas hospitalizadas regresen a su domicilio o institución residencial cuando médicamente sea posible y que no le resulte inesperado ni traumático. Garantizando la asistencia con el fin de que mejore su estado de salud. Todo ello, mediante la identificación de las personas ingresadas en situación de riesgo, apoyo psicosocial tanto a la persona como a su entorno familiar, continuidad de los cuidados postalta y la calidad de los servicios mediante su correcta utilización (Colom, 2013).

1.5. Coordinación entre el sector sanitario y el sector social

Para Aznar (2000) el sector sanitario y el sector social no trabajan conjuntamente y las consecuencias se concentran en la insuficiente e inadecuada respuesta que demanda la persona, ya que el ámbito sanitario y social cubren por separado determinadas necesidades que requiere la interrelación de ambos sectores. Además, Díaz (2017) manifiesta que el sistema sanitario actual no existe un modelo uniforme y homogéneo de coordinación de servicios sanitarios y sociales (p.108).

Por otro lado, en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud, define la prestación socio-sanitaria como “La Atención Sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. (p.20)

La atención de las necesidades sociosanitarias requiere de la participación de estructuras y servicios de los dos sectores: el sanitario y el de los servicios sociales (López, 2014, p. 63).

La diferencia entre los sistemas sanitarios y social está relacionada con un desarrollo distinto, mientras que la asistencia sanitaria es considerada como un derecho y como tal, tiene cobertura universal o casi universal, tienen un conjunto común de normas más definidas y principios financieros. Los servicios sociales de atención no tienen ni el derecho ni la cobertura universal garantizada, es un sistema descentralizado con gran participación del tercer sector y entidades privadas, autonomía local y con una variación en el acceso y la calidad de los

servicios, además de la aportación de los usuarios en los costes de los servicios.

(Díaz, 2014, p. 63 - 64)

Destacar que, la realidad socio familiar y económica de un/a paciente y su familia puede condicionar sus limitaciones respecto a las posibilidades de recuperación y necesidades de apoyo al alta, generando así angustia e incertidumbre al paciente y a la familia y, como consecuencia la prolongación de tiempo de estancia e indebida ocupación de una cama.

El Comité Europeo (como se citó en Aznar, 2000) considera que, debido a la ausencia de coordinación de ambos sectores, surgen circunstancias tales como la prolongación injustificada de la ocupación de camas hospitalarias para enfermos/as agudos que no requieren este tipo de asistencia por falta de una adecuada respuesta a las necesidades del/la paciente.

Para Suárez et al. (2001) las tasas de ingreso y estancia hospitalaria están relacionadas con la edad, concretamente en personas mayores de 65 años por las diversas características sociales (vivir solo/a o en residencias), clínicas (enfermedades crónicas) y funcionales (dependencia para las actividades de la vida diaria) que se relacionan con una alta demanda de los servicios sanitarios, generando múltiples ingresos hospitalarios con problemas y necesidades para el cuidado al alta y la vuelta al hogar.

Para Brovelli et al. (2015) la prolongación hospitalaria de aquellas personas que no requieren este tipo de asistencia se ven expuestas a un impacto negativo en su salud integral ya que tienen mayor riesgo a sufrir infecciones intrahospitalarias como el deterioro de sus capacidades funcionales. Destaca que, las personas con diversidad funcional y de edad avanzada corren mayor riesgo además de poder sufrir desorientación, deterioro cognitivo, etc.

Por lo tanto, es importante el acceso a una adecuada Protección Social ya que es un derecho fundamental de todas las personas. Además, la protección social se considera instrumento para la promoción y bienestar del individuo (Hervás, 2013). Se debe cubrir de manera integral todas las áreas de bienestar de una persona y con la coordinación sociosanitaria se debe garantizar la integración de servicios sociales y sanitarios. Por ello, se debe ofrecer Protección Social a través el Sistema Social a la persona y su entorno más cercano como en el domicilio para favorecer su mejoría. Cuando no sea posible garantizarlo se debe articular un alojamiento alternativo que cubra todas sus necesidades de manera temporal o definitiva a través de Residencias Sociosanitarias.

2. Objetivos

2.1. General

1. Profundizar en las características de las personas que ingresan por problemática social en el Hospital Universitario Miguel Servet de enero de 2019 a enero 2020 que facilite el diseño de un Protocolo de atención a este tipo de pacientes, de forma que se proporcione alternativas y recursos para disminuir los ingresos por motivos sociales.

2.2. Específicos

2. Analizar mediante la recogida de los datos las diversas variables (mes, sexo, edad, nacionalidad, procedencia, convivencia, tipo de vivienda, situación de dependencia y discapacidad, cobertura sanitaria, presencia de adicciones, otros ingresos, tipo de demanda, petición de intervención social, ingreso) que nos permita diseñar un perfil de los pacientes ingresados por problemática social en el Hospital Universitario Miguel Servet.

3. Conocer el tiempo medio de estancia de las personas ingresadas por problemática social.
4. Aproximarse a las patologías asociadas a los ingresos por motivos sociales, identificando la planta o servicio donde han sido ingresados los mismos.

2.3. Hipótesis

- 1.1. Existen ingresos por problemática social donde utiliza una cama que no se adecua a las necesidades del usuario.
- 1.2. Existe un número elevado de ingresos por problemática en la Unidad de Trabajo Social.
- 2.1. La provincia que predomina en la comunidad autonómica de Aragón respecto a los pacientes de ingreso por problemática social es Zaragoza, porque es la provincia que cuenta con mayor número de habitantes.
- 2.2. La variable predominante de personas que ingresan por motivos sociales es que carecen de recursos económicos.
- 2.3. La variable hombre es la que predomina ante las personas que ingresa por motivos sociales.
- 2.4. La franja de edad que predomina en las personas que ingresan por problemática social oscilan entre los 40 a 44 años porque dicha franja de edad es la mayoritaria entre los habitantes de Aragón.
- 2.5. Las personas que ingresan por problemática social mayoritariamente soy personas sin hogar.

2.6. Las personas que ingresan por problemática social son personas que presentan adicciones.

2.7. Agosto es el mes con más ingresos que predomina en la Unidad de Trabajo Social.

3.1. El tiempo medio de estancia por problemática social no supera los dos días de ingreso.

4.1. Medicina Interna es la planta con mayores ingresos por problemática social.

4.2. Los ingresos por motivos sociales predominan en urgencias.

3. Método

La presente investigación se basa en los ingresos por problemática social derivados a la Unidad de Trabajo Social en el Hospital Universitario Miguel Servet, ubicado en la comunidad autónoma de Aragón, concretamente, la provincia de Zaragoza. El motivo de esta investigación surge de la inquietud de conocer la razón del por qué no se utiliza otros recursos e instituciones para este tipo de problemática sin ser el ingreso en el Hospital como medida inmediata.

Este apartado se ha desarrollado bajo una estructura que pretende facilitar su comprensión, observándose así diversos subapartados como el diseño, población, instrumentos y definición de variables y, para finalizar, el procedimiento de la recogida y análisis de los datos para esta investigación.

3.1. Diseño

Se trata de una investigación de carácter mixto, ya que, los datos recogidos son cuantitativos porque se concreta en aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación, al mismo tiempo, cualitativo porque se orienta a describir el sentido y el significado del tema estudiado, utilizándose así los diagnósticos principales y motivos de ingreso de aquellos/as pacientes por motivos sociales como la entrevista semiestructurada a la trabajadora social. En función de los objetivos se puede decir que es una investigación descriptiva y explicativa, ya que, se describe un hecho de manera detallada y, se analiza los factores que intervienen y se atribuyen a una acción determinada, concretamente, las variables con los ingresos por motivos sociales.

Según la amplitud, se trata de un estudio micro porque se recoge los datos de un grupo de 500 ingresos derivados a la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Miguel Servet.

Por último, se usan fuentes primarias porque se recogen datos para obtener resultados como punto de partida del análisis. Se ha realizado un análisis de datos estadísticos descriptivo, ya que se halla la media, la moda, la desviación típica y la frecuencia de las diversas variables de la investigación.

3.2. Población objeto

La población objeto de estudio de esta investigación sobre los ingresos por problemática social en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, son los ingresos derivados/as a la Unidad de Trabajo Social desde el 1 de enero de 2019 al 1 de enero de 2020, de los cuales, existe un registro de 634 expedientes totales, donde se ha recogido un total de 500 expedientes, es decir, para realizar esta investigación se ha recogido el 78,86% de los expedientes totales. Por otro lado, el total de la población que ingresa por problemática social es de 40 expedientes en el mismo periodo, siendo este el número total que se usará para analizar las variables correspondientes.

Asimismo, se cuenta con la participación de la tutora de la asignatura Practicum de Intervención del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza a la que se como realiza una entrevista semiestructurada.

3.3. Instrumentos y definición de variables medidas

La fuente de información para la elaboración de esta investigación son los diversos expedientes archivados, por lo tanto, un expediente es una carpeta que contiene los diversos documentos que permite conocer la historia y proceso del paciente. Dichos documentos que forman el expediente son: la historia social, documento donde se registra los datos personales, familiares, socio económicos, educativos y, todos aquellos que den significado a la realidad del usuario/a, la demanda, el diagnóstico, la intervención y la evolución de la situación (Consejo General de Trabajo Social, 2012).

Igualmente, la hoja de consulta que es un documento que escribe el médico/a y que envía a la Unidad de Trabajo Social donde expone brevemente la situación clínica y social de la persona y la solicitud de intervención por parte de la unidad. Además, la ficha social, documento donde se registra la información sistematizada de la persona. Y, por último, el informe social, documento técnico exclusivo del Trabajo Social, donde se refleja la situación, la valoración, intervención y propuestas de intervención profesional (Consejo General de Trabajo Social, 2012). En el apartado anexo 2 se puede visualizar un ejemplo de la ficha social, informe social y hoja de consulta del paciente.

Por otro lado, los instrumentos utilizados para esta investigación son los diferentes recursos y herramientas tecnológicas con que cuenta el Hospital Universitario Miguel Servet siendo, la NUT, sistema informático donde se registra los datos básicos del paciente, el estado de alta o ingreso y la ubicación de la habitación en la que se encuentra hospitalizado/a. En el anexo 3 se puede visualizar el programa informático NUT.

La INTRANET, es el sistema informático establecido como la nube de datos en el que se recoge la historia clínica del paciente tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada en la Comunidad Autónoma de Aragón. En el anexo 3 se visualiza el sistema informático INTRANET.

Por último, HP DOCTOR, programa informático semejante al INTRANET. Desde el Trabajo Social se usa este programa para realizar el informe social del paciente. En el anexo 5 se puede observar dicho programa.

Finalmente, para la realización de esta investigación se ha elaborado un Excel a partir de los datos extraídos de los expedientes para poder recoger y agrupar con el fin

de trabajar de manera más ordenada y, asimismo, analizar los datos mediante los diversos ítems (mes, año, sexo, edad, nacionalidad, provincia, convivencia, código postal, tipo de vivienda, situación de dependencia y/o discapacidad, cobertura sanitaria, presencia de adicciones, ingresos económicos e ingreso).

3.4. Procedimiento

El procedimiento de esta investigación se presenta en tres fases: recopilación de los datos y que se realizó en los meses de enero y marzo, la fase de diseño de la investigación realizada en febrero y, por último, la fase de análisis y conclusiones que se ejecutó en los meses de abril y mayo.

Fase 1. Recopilación de los datos:

En esta fase, se acude a una primera reunión con la tutora del Trabajo de Fin de Grado (TFG) para plantearle que, mediante las prácticas del grado desde septiembre 2019 a enero 2020 en el Hospital Universitario Miguel Servet, se pudo observar que existen ingresos por problemática social y que son derivados a la Unidad de Trabajo Social, por ello, surge la inquietud de estudiar los motivos de este tipo de ingreso, cuando se entiende que son otros recursos e instituciones los que deben dar respuesta a la problemática.

Asimismo, en esta fase de acuerdo con la tutora, se elaboró un Excel eligiendo las variables donde se intenta abarcar todos los datos posibles haciéndolo lo más rico respecto a la información a analizar ya que aún no se tenía establecidos los objetivos de la investigación. Como aún se estaba en el periodo de prácticas, se comentó a la tutora del campo de practicum de intervención la intención de realizar el TFG y se solicitó

verbalmente permiso para poder acceder y extraer los datos de los expedientes para la investigación.

Además, mediante la búsqueda en la base de datos de la Unidad de Trabajo Social, concretamente, Hospital General, se determinó el periodo de análisis, es decir, 1 de enero de 2019 al 1 de enero de 2020 definiéndose así la población objeto, siendo los 634 expedientes. Se utilizó como fuente de información la historia social, la ficha social, el informe social, la NUT, el HP DOCTOR y la INTRANET ya explicados anteriormente.

Por limitaciones vinculadas a la movilidad, se recogieron los datos antes de comenzar el diseño de la investigación ya que, se tenía los datos accesibles estando en Zaragoza durante un tiempo limitado antes de regresar a Tenerife. Por ello, solo se pudieron recoger los datos de 500, de los 634 expedientes.

La recogida de datos se realizó en dos momentos, la primera en enero (del 16 al 24 de enero de 2020 en horario de mañana) donde se extrajo la gran parte de los datos a analizar y, en marzo (12 y 13 de marzo de 2020 en horario de mañana) para recoger datos de variables que surgieron tras la realización de los objetivos e hipótesis, siendo el tiempo medio de estancia y el diagnóstico clínico de los 40 ingresos por motivos sociales y, la entrevista semiestructurada a la tutora de prácticum de intervención.

Fase 2. Diseño de la investigación:

En esta fase, se ejecutó el diseño de la investigación, búsqueda bibliográfica sobre la conceptualización de salud, marco normativo y abordaje sobre el Trabajo Social en la Salud. Además, se definieron los objetivos e hipótesis donde se me plantea nuevas variables a recoger en el Excel siendo el tiempo medio de estancia, el diagnóstico de los

informes de los/as pacientes que ingresan por problemática social y la entrevista a la trabajadora social del área del Hospital General del Hospital Universitario Miguel Servet. Estas nuevas variables planteadas y recogidas se consideraron enriquecedoras en esta investigación. Y, para ello, en marzo se acude nuevamente al Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Fase 3. Análisis y conclusiones:

En esta fase, tras recoger la información de los diversos ítems, se elaboró el vaciado de datos llevándose a cabo la realización análisis descriptivo, de los datos cuantitativos recabados, utilizando el Excel como fuente primaria. Además, se incorpora para completar el análisis aspectos cualitativos a través de:

- Entrevista a la trabajadora social del área Hospital General.
- Recopilación de información del diagnóstico de los ingresos por problemática social.

Asimismo, se elaboró un análisis estadístico donde se refleja el perfil del paciente ingresado/a derivado a la Unidad de Trabajo Social, como las plantas, temporalización y diagnóstico y, se ha llegado a las conclusiones oportunas explicadas en el apartado 6 de esta misma investigación

En la tabla 1 se presenta un cuadro resumen para una mayor comprensión y facilidad donde se recogen las fases, actividades y temporalización en meses llevadas a cabo durante el procedimiento de esta investigación:

Tabla 1. *Las fases del procedimiento de la investigación.*

| Fases | Meses | Actividades realizadas |
|------------------------------------|--------------|---|
| Fase 1: Recopilación de los datos | Enero | Elaboración del Excel |
| | | Recogida de los datos |
| | Marzo | Recogida de los datos (tiempo de estancia y diagnóstico de los ingresos por motivos sociales). |
| | | Realización de la entrevista a la tutora de practicum de intervención. |
| Fase 2: Diseño de la investigación | Febrero | Búsqueda bibliográfica sobre la conceptualización de salud, marco normativo y abordaje sobre el Trabajo Social en la Salud. |
| | | Elaboración de las preguntas de la entrevista. |
| Fase 3: Análisis y conclusiones | Abril | Vaciado de los datos. |
| | | Análisis de los datos recogidos en el Excel. |
| | | Análisis estadístico de los datos cuantitativos. |
| | Mayo | Análisis estadísticos de los datos cualitativos. |
| | | Elaboración de la discusión y las conclusiones. |

4. Resultados

A continuación, se muestra los apartados en los que se dividen los resultados de esta investigación conectado con las variables planteadas. Además, se encuentra reflejado el análisis de los datos de los ingresados derivados a la Unidad de Trabajo Social desde la perspectiva social que ha generado el ingreso. Por ello, se describe tanto los datos sociodemográficos como las variables relacionadas con el motivo de ingreso y derivación a la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Miguel Servet. Para una mejor comprensión de los resultados se reflejarán en gráficos con la consiguiente explicación e interpretación de los resultados.

Destacar que en la presente investigación todos los expedientes son derivados a la Unidad de Trabajo Social, en la mayoría de los casos ingresan por motivos clínicos y, en un momento del periodo de hospitalización requiere intervención social. Pero en un porcentaje objeto principal de este estudio, ingresan por motivos sociales, reflejado así por el profesional de medicina que lo decide. Por tanto, nos encontramos con dos grupos estudiados: el número de casos derivados a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria (500 de los 634) y, el número de casos cuyo ingreso está motivado por problemática social (40 de los 500 estudiados). En cada una de las variables se estudiarán los resultados de ambos grupos.

4.1. Ingresos estudiados derivados a la Unidad de Trabajo Social

En primer lugar, se puede observar que, de los 500 ingresos estudiados, en total derivados a la Unidad de Trabajo Social, 40 de ellos, son ingresos motivados por problemática social frente a los 460 pacientes que ingresan por criterio médico, es decir, el 8% de los ingresos son por motivos sociales derivados a la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Miguel Servet. En la figura 3 se muestra los datos:

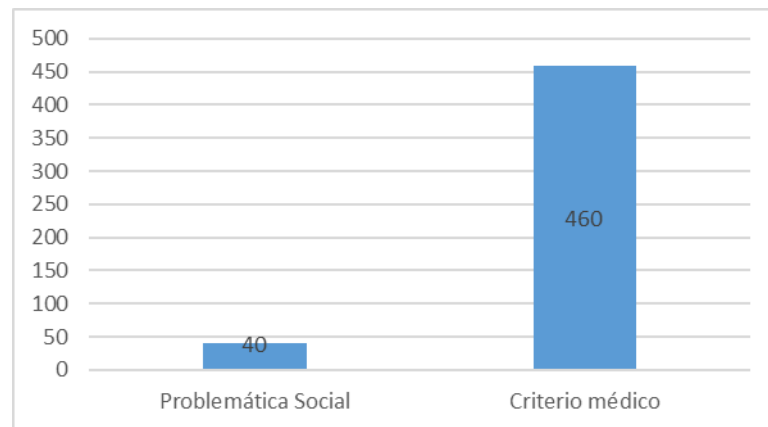


Figura 3. Número de ingresos estudiados en la Unidad de Trabajo Social.

4.2. Sexo

La variable sexo de los/as pacientes derivados/as a la Unidad de Trabajo Social, se puede observar que la cifra de los hombres asciende a 320 frente a las 180 mujeres, es decir, el 64% de los expedientes recogidos son hombres y el 36% de los expedientes son mujeres. En la siguiente figura se refleja los datos:

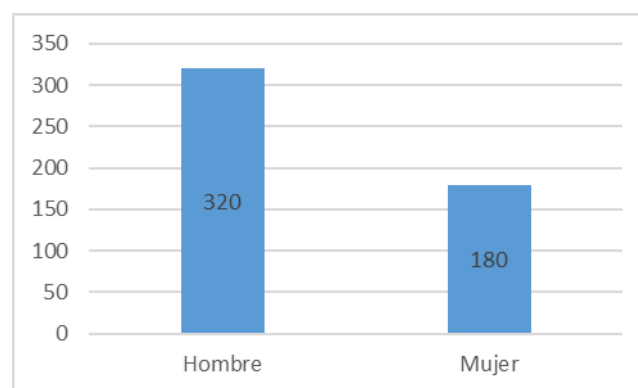


Figura 4. Sexo de los pacientes derivados a la Unidad de Trabajo Social.

Respecto a la variable sexo desde la perspectiva de la problemática social que ha generado el ingreso, se puede observar que la variable hombre asciende al 72,5% frente al 27,5% (5,8% frente al 2,2% de los ingresos totales) de la variable mujer, es decir, se recoge en los expedientes 29 hombres y 11 mujeres. En la figura 5 se muestra los datos:

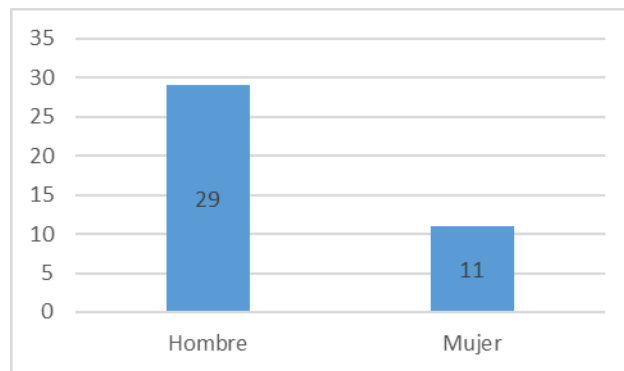


Figura 5. Sexo de los pacientes ingresados por problemática social.

4.3. Edad

Con referencia a la edad de los/as pacientes derivados/as a la Unidad de Trabajo Social, se puede observar que el valor mínimo de edad es de 16 años, mientras el máximo es de 100 años. La media es la edad es de 76 años. Además, se observa que 104 expedientes, es decir, el 20,8% oscilan en el rango de edad de los 78 y 85 años. A continuación, se puede visualizar los datos:

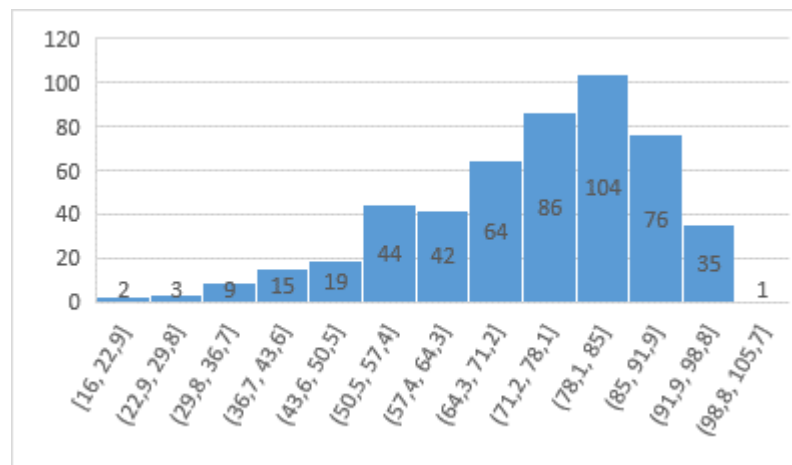


Figura 6. Edad de los pacientes derivados a la Unidad de Trabajo Social.

Asimismo, haciendo mención a la variable edad de los/as pacientes ingresados/as por problemática social, se refleja que el valor mínimo de edad es de 16 años, mientras que el máximo de edad es de 92 años. También, se observa que las

frangas de edad de los pacientes ingresados por motivos sociales oscilan entre 56 a 92 años, concretamente, la edad que más se repite es 78 años. Destacar que, al observar los rangos de edad de 16 a 55 años se acumulan 10 pacientes, mientras en el rango de edad de 56 a 85 se acumulan 25 y, aquellos/as pacientes mayores de 85 años se puede observar que asciende a 5 pacientes. En la figura 7 se muestra los datos:

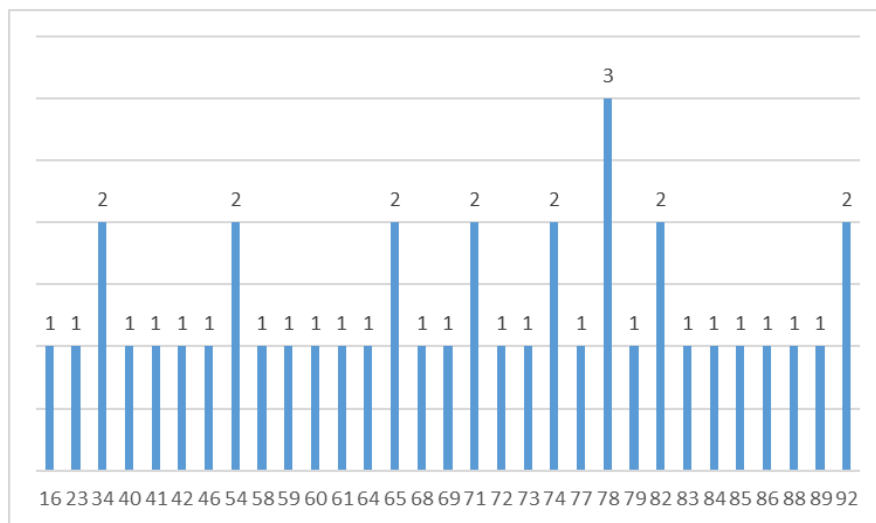


Figura 7. Edad de los pacientes ingresados por problemática social.

4.4. Procedencia

Respecto a la variable provincia de los pacientes ingresados/as por motivos sociales, se puede observar que la provincia que predomina es Zaragoza con el 87,5% (7% de los ingresos totales), es decir, en 35 expedientes se reflejan los datos y, la variable código postal que predomina es 50003 que corresponde a la zona del casco viejo de Zaragoza. Esto es normal si tenemos en cuenta que el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra en la provincia de Zaragoza, concretamente en la ciudad. Mediante el siguiente grafico se muestra los datos:

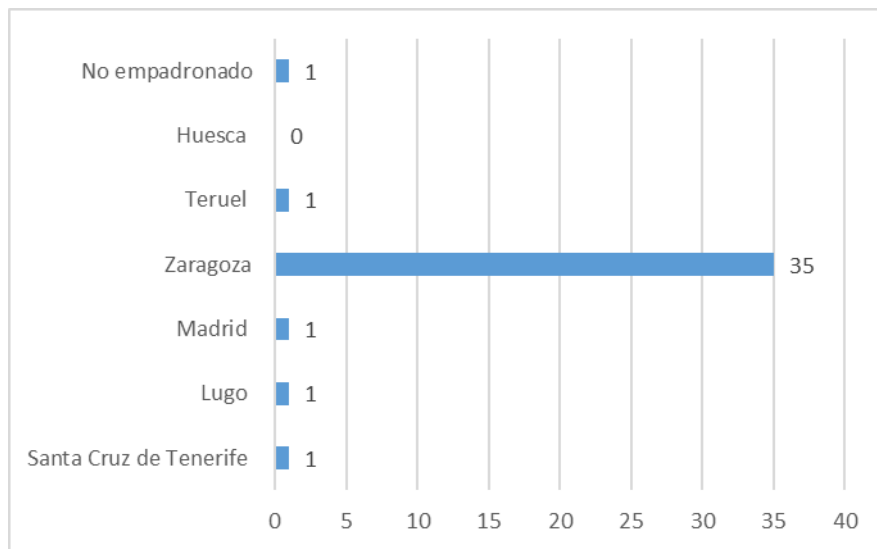


Figura 8. Provincia de los ingresados por problemática social.

4.5. Mes de ingreso

La variable mes en el periodo de 1 de enero de 2019 a 1 enero de 2020 de los ingresos/as derivados a la Unidad de Trabajo Social, se refleja que el 14,4% de los ingresos son en el mes de enero, seguido por el mes de marzo con un 13,2% de los ingresos y, el 9,4% de ingresos corresponden al mes de noviembre. Asimismo, el mes que se registra con menos ingresos derivados en la Unidad de Trabajo Social es octubre con un 2,2%. En la Figura 9 se muestra los datos:

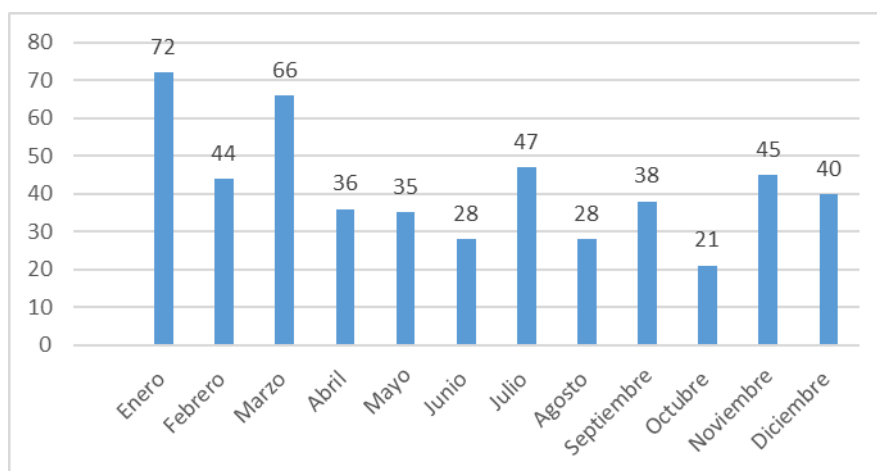


Figura 9. Mes de ingreso de los pacientes derivados a la Unidad de Trabajo Social.

Por último, la variable del mes de ingreso, en el periodo de 1 de enero de 2019 al 1 de enero de 2020 del ingreso de los/as pacientes ingresados/as por problemática social, se observa que el mes que cuenta con más ingresos por motivos sociales es enero con 11 pacientes, es decir, 27,5% (2,2% del total de ingresos derivados a la Unidad de Trabajo Social), seguido por el mes de julio con 7 pacientes ingresados por motivos sociales, es decir, el 17,5% (1,4% del total de ingresos). En la figura 10 se muestra los datos:

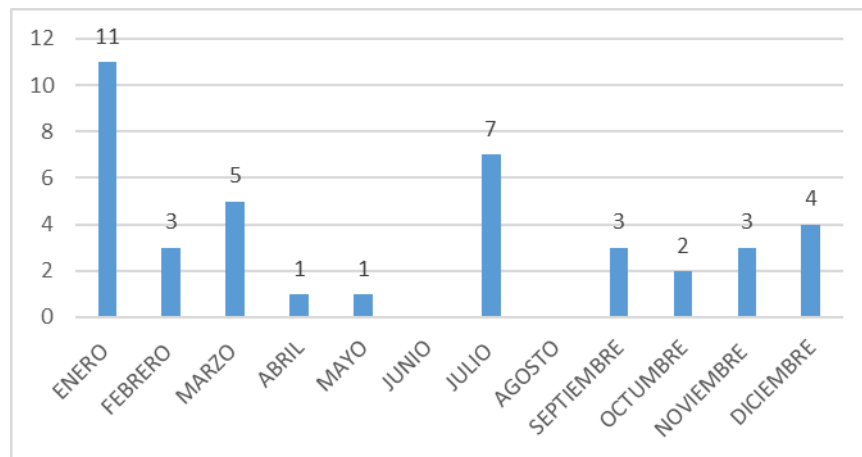


Figura 10. Mes de ingreso por problemática social.

4.6. Vivienda

Respecto la variable tipo de vivienda de los ingresados/as por problemática social (figura 11), se puede observar que del 8% de los pacientes ingresados por motivos sociales, 11 de ellos no se encuentra reflejado en los expedientes y por lo tanto no se puede determinar, lo que supone un porcentaje importante sin datos (2,2% del total de ingresos) y, de los expedientes que se muestra los datos, se observa que el 30% (2,4% del total de ingresos), es decir, 12 ingresados por motivos sociales poseen una vivienda propia.

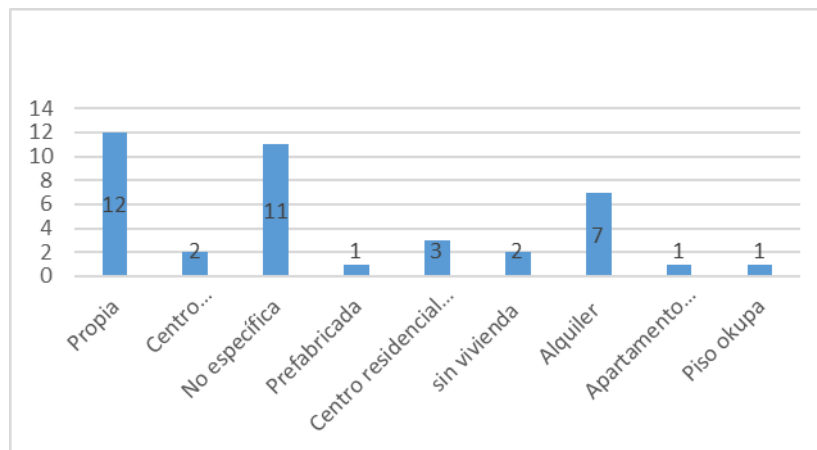


Figura 11. Tipo de vivienda de los pacientes ingresados por problemática social.

4.7. Convivencia

Por otro lado, la variable convivencia desde la perspectiva de los ingresos por problemática social, se muestra que el 37,5% de los pacientes viven solos/as (3% del total de ingresos), seguido por un 25% (2% de los ingresos totales) de otros, donde se recoge a personas que conviven con otras en centros de residencias de la tercera edad y centro penitenciarios y, el 15% de los ingresados viven en pareja (1,2% de los ingresos totales). Mediante la siguiente gráfica se puede observar los datos descritos anteriormente:

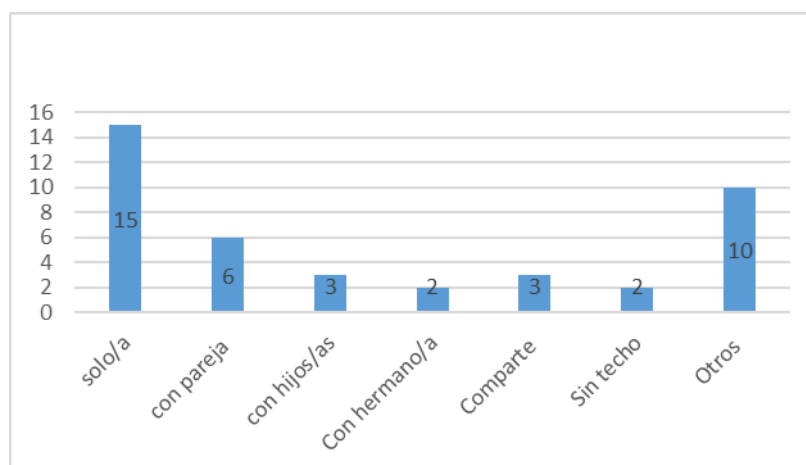


Figura 12. Convivencia de los pacientes ingresados por problemática social.

En relación la variable convivencia con el sexo y la edad, se puede observar que de los/as pacientes por motivos sociales que viven solo/a, el 80% son hombres frente a un 20% que son mujeres y, en relación a la edad con la variable solos/as, se refleja que el valor mínimo de edad es 40 años y el máximo 92 años, la edad media de los ingresados que viven solo/a es 69 años y, la moda 65 años.

Sobre la variable otros, el 100% son hombres, el ítem con pareja, se refleja que en 50% son hombres y el 50% mujeres. Del ítem comparte, 66,7% son hombres frente al 33,3% de mujeres. Convive con hijos/as, el 66,7% son mujeres frente al 33,3% de hombres. Y, por último, los ítems con hermanos/as y sin techo, se refleja que el 50% son hombres y el 50% mujeres.

4.8. Dependencia

Por otro lado, la variable dependencia de las personas ingresadas por motivos sociales (figura 13), se observa que el 95% no tiene grado de dependencia reconocido (7,6% de los ingresos totales). Este aspecto no arroja luz sobre el nivel de dependencia en cualquiera de sus grados, real en el momento de su ingreso, sino la declaración administrativa de situación de dependencia según Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.



Figura 13. Dependencia de los ingresados por problemática social.

4.9. Discapacidad

Respecto la variable discapacidad en las personas ingresadas por motivos sociales, se reflejan que el 95% no tienen ningún grado de discapacidad reconocido (7,6% de los ingresos totales). Este aspecto no arroja luz sobre el nivel de discapacidad en cualquiera de sus grados, real en el momento de su ingreso, sino la declaración administrativa de situación de discapacidad según Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. En la siguiente figura se puede visualizar los datos descritos:

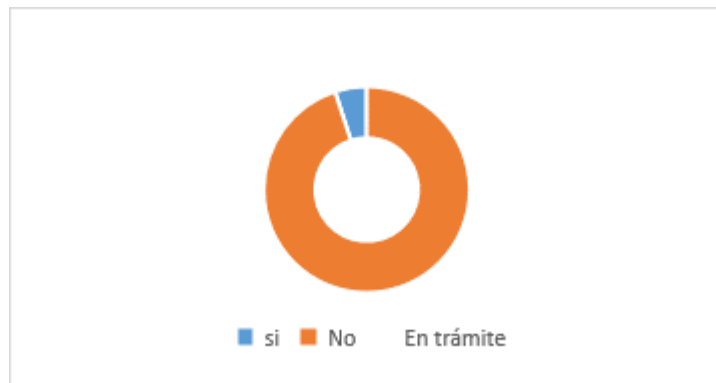


Figura 14. Discapacidad de los pacientes ingresados por problemática social.

4.10. Drogadicción

La variable drogadicción no se puede analizar ya que en los expedientes recogidos no se refleja dicha información.

4.11. Ingresos económicos

En relación a la variable ingresos económicos desde la perspectiva de la problemática social que ha generado el ingreso, se puede observar que un 47,5% no se especifica en los expedientes, por lo que se carece de datos en una parte importante de la muestra, (representa el 3,8% de los ingresos totales), seguido por 22,5% cobra la

pensión de jubilación (1,8% de los ingresos totales) y el 10% cobra una Pensión No Contributiva (PNC) (0,8% de los ingresos totales). En la figura 15 de muestra los datos:

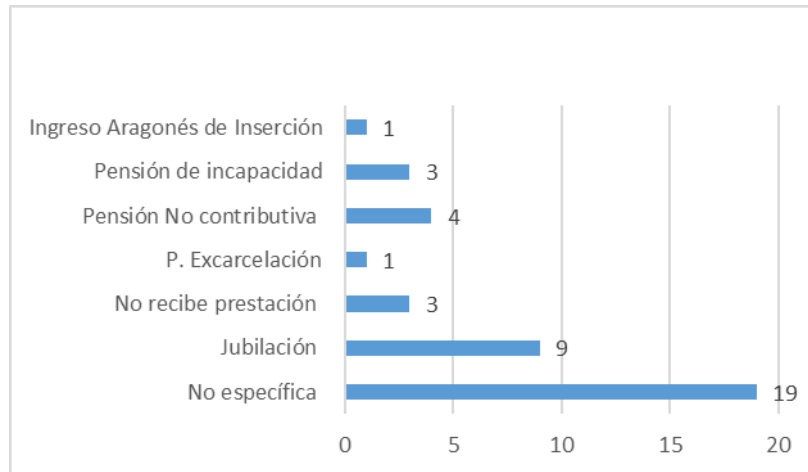


Figura 15. Ingresos económicos de los ingresados por problemática social.

4.12. Petición de intervención social

Respecto a la variable petición de intervención social de los pacientes ingresados/as derivados a la Unidad de Trabajo Social (figura 16), se observa que el 47,6% (238 pacientes) es por parte de la familia, el 47,2% (236 pacientes) es por parte del equipo sanitario, lo que representan valores- porcentajes muy similares. Por último, el 5,2% (26 pacientes) por parte del paciente.

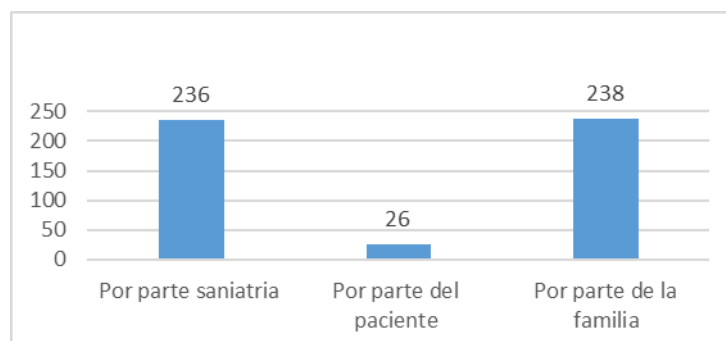


Figura 16. Petición de intervención social de los ingresados derivados a la Unidad de Trabajo Social.

Asimismo, la variable petición de intervención social desde los ingresos por problemática social que ha generado ingreso, encontramos porcentajes bien diferentes, se muestra que el 97,5% (7,8% de los ingresos totales) son por parte del equipo sanitario, el 2,5% (0,2% de los ingresos totales) son por parte del paciente y, finalmente, por parte de la familia no se registra ninguna petición de intervención social. Esto se comprende ya que como hemos visto el apoyo sociofamiliar de estos pacientes es casi nulo. En siguiente figura se visualiza los datos:

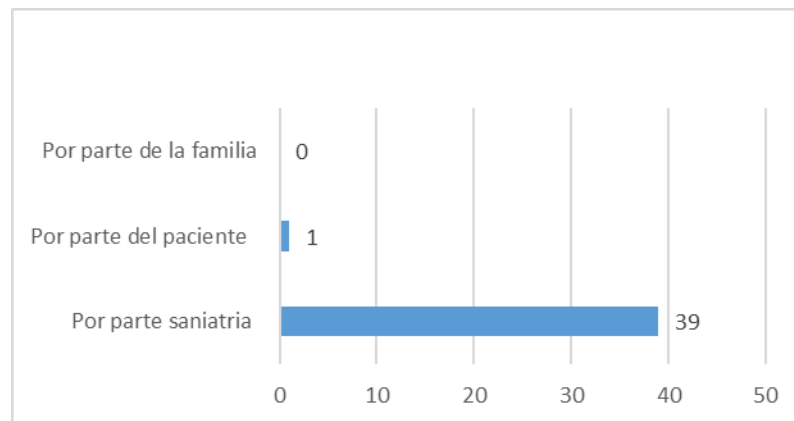


Figura 17. Petición de intervención social de los ingresos por problemática social.

4.13. Ubicación de las camas de los pacientes ingresados

Respecto a la variable de planta de ingreso y urgencias de los pacientes ingresados/as derivados/as a la Unidad de Trabajo Social en el Hospital General, siendo una de las áreas del Hospital universitario Miguel Servet, se observa que el 39,8% de los ingresados corresponde a la planta de medicina interna, siguiéndolo con un 13% de ingresos en la planta de oncología y, por último, el 8,6% de los ingresos corresponden a neumología. En la figura 18 se muestra los datos:

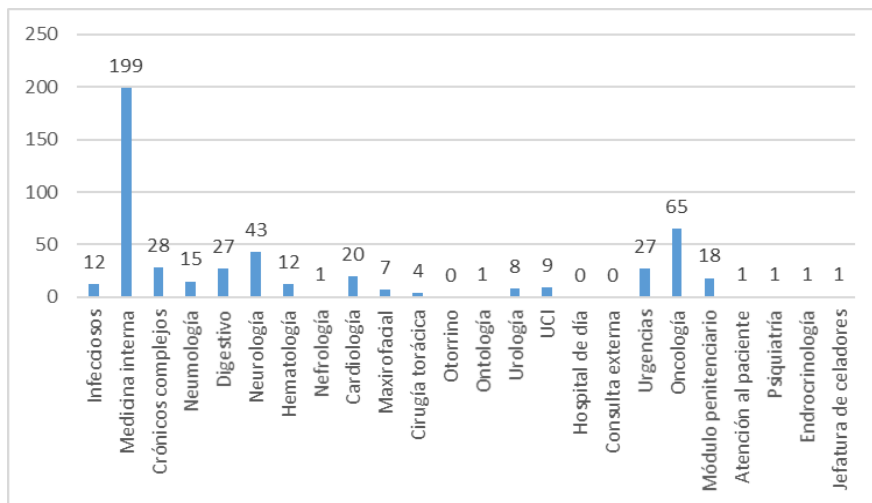


Figura 18. Planta de ingreso de los pacientes derivados a la Unidad de Trabajo Social del Hospital General.

En relación al paciente que ingresa por motivos sociales y la variable urgencias, se puede observar que el 42,5% (3,4% de los ingresos totales derivados/as a la Unidad de Trabajo Social) corresponde a urgencias, el 27,5% (2,2% de los ingresos totales) son ingresos en medicina interna y, por último, el 10% (0,8% de los ingresos) son de UCI. En la figura 19 se muestra los datos:

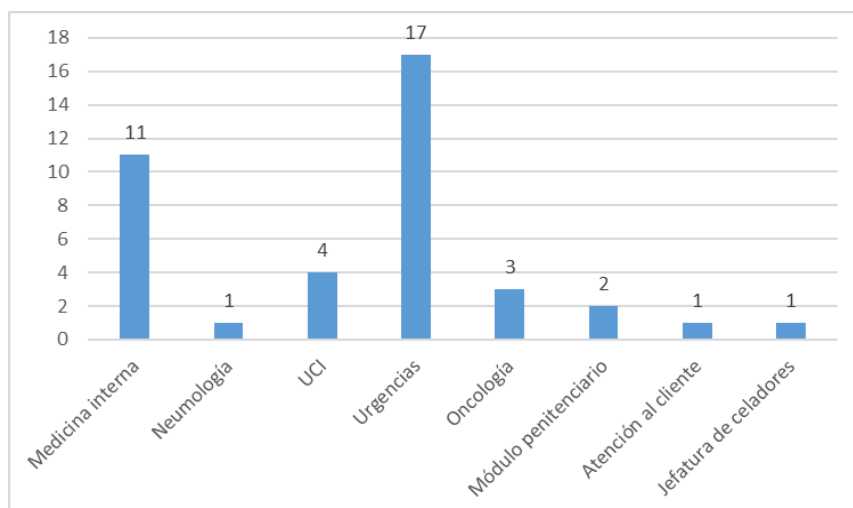


Figura 19. Planta de los ingresos por motivos sociales.

En relación a las plantas que más ingresos por problemática social tiene con la edad, el sexo y mes podemos ver que, en urgencias el mes con mayores ingresos con un 29,41% es enero y julio con un 23,5%. Respecto al sexo, se refleja que el 64,7% son hombres frente al 35,3% son mujeres y, por último, la edad de los ingresados por motivos sociales en urgencias se observa que la edad mínima es de 16 años y el mayor 92 años, la edad media es de 67 años y la moda de 40 años, es decir, es la edad que más se repite en urgencias.

La siguiente planta en importancia de ingresos tras urgencias es medicina interna, donde se puede observar que el mes que se registra con un elevado número de ingresos que asciende a un 36,7% corresponde a enero. En relación al sexo los datos muestran que el 54,5% son hombres y el 45,5% son mujeres. Observando que la diferencia entre sexos es menor. Y, por último, la edad de los ingresados desde la perspectiva social que ha generado el ingreso en medicina interna, el valor mínimo de edad es de 54 años y el mayor de 92 años y la media de edad es de 78 años.

Finalmente, la tercera planta con mayores ingresos tras medicina interna es UCI, el cual se puede observar en los datos que el 100% son hombres y, la edad media ronda en los 44 años, el valor mínimo de edad es de 34 años y el mayor de 60 años y la moda es de 34 años.

4.14. Tiempo medio de estancia

En relación al tiempo medio de estancia de los ingresos por motivos sociales derivados a la Unidad de Trabajo Social, se refleja que, de los 40 expedientes, cinco de ellos no se pudo registrar los días de estancia por falta datos, por lo tanto, se reflejará los datos de los 35 expedientes restantes. El valor mínimo de días de estancia ronda a un día y el valor máximo registrado de 68 días. Asimismo, el 17,14 % son ingresos de tres días

y el 11,4% son ingresos de cuatro días. Además, la media del tiempo de estancia corresponde a 14,55 días, aproximadamente de 15 días de ingreso. En la figura 20 se muestra los datos:

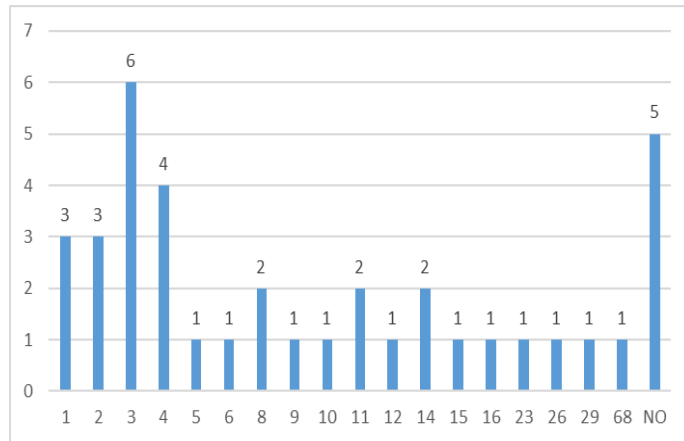


Figura 20. Tiempo medio de estancia de los pacientes ingresados por motivos sociales.

Asimismo, si observamos los días de estancia (figura 21), se puede observar que la mediana de los días de estancia de ingreso es de 10,5 días, aproximadamente de 11 días y, la moda corresponde a los tres días de ingreso. Además, se puede observar que existe ingresos por problemática social de larga estancia, aunque con la excepción, son significativos los datos, máxime cuando no están justificados por razones clínicas.

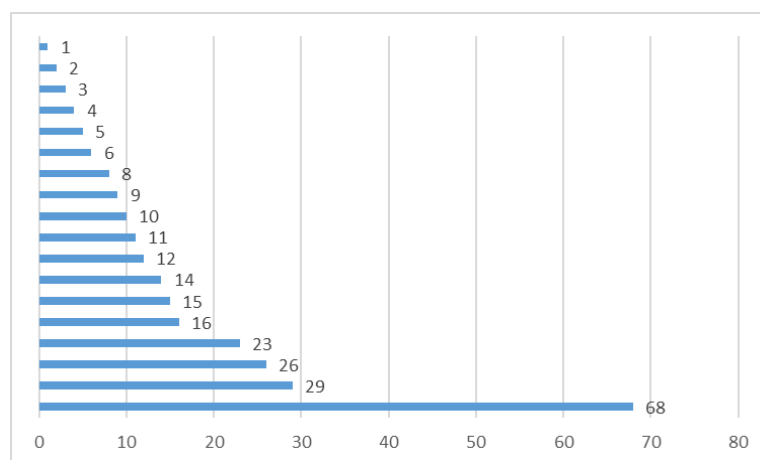


Figura 21. Días de ingresos.

4.16. Diagnósticos de los informes de los ingresos por problemática social

Mediante el sistema informático de INTRANET se ha podido acceder a los informes de alta o exitus de los ingresos por problemática social de esta investigación. No se pudo obtener la información de los 40 ingresos, por ello, a continuación se expondrán los resultados sobre 27 ingresos por problemática social. La información se divide en tres apartados: motivo de ingreso, diagnóstico principal y otros diagnósticos y/o complicaciones durante el ingreso. Esta información viene redactada por el personal médico que realiza el ingreso (Ver Anexo 6).

Respecto a los motivos de ingresos, se puede observar que casi la totalidad ingresa por urgencias excepto un ingreso en el que se recoge que es un ingreso improcedente en el servicio de medicina interna. También, se puede observar que, entre la causa más frecuente del acceso al Hospital por caídas tanto en el domicilio como en la calle, ingresos por intoxicación patológica con alcohol, de saturación, descompresión ascítica y, presentan demencia, confusión, desorientación e ideas delirantes.

En relación al diagnóstico principal que presentan este tipo de ingresos se puede observar cómo las más destacables son fracturas, neumonía, trastorno mental, alucinaciones, infección respiratoria, intoxicación aguda, metástasis y cirrosis hepáticas.

Por último, otros diagnósticos y/o complicaciones durante el ingreso, es donde se reflejan los aspectos sociales vinculados al motivo de ingreso, que deriva en un ingreso hospitalario, aunque no exista causa clínica una vez atendido en urgencias.

Estos son: problemática social, ausencia de cuidador/a, escasez de red de apoyo en el domicilio, destrucción, consumo de tóxicos, “transexual”, “retraso mental”, VIH y debilidad generalizada en el paciente anciano/a.

4.17. Perfil de persona que ingresa por problemática social

El perfil de los/as pacientes ingresados/as por problemática social en el Hospital Universitario Miguel Servet tras la recogida de los datos se puede definir de la siguiente forma. El perfil sociodemográfico: hombre de 78 años, procedente de Zaragoza y vive solo. El perfil socioeconómico: Vivienda en propiedad. Además, no tiene reconocido el grado de dependencia y ni de discapacidad y, cobra una prestación por jubilación. Por último, el perfil clínico se puede definir como: paciente que ingresa en urgencias o medicina interna, mayoritariamente en los meses de enero y julio, por caída en el domicilio o en la calle y, presenta demencia y desorientación. Y, el tiempo medio de estancia es de 15 días aproximadamente. Asimismo, la petición de intervención social a la Unidad de Trabajo Social es por parte sanitaria, aunque, no se conoce el tiempo desde que ingresa. Mediante la siguiente figura se puede visualizar una descripción gráfica del perfil de ingreso por problemática social:

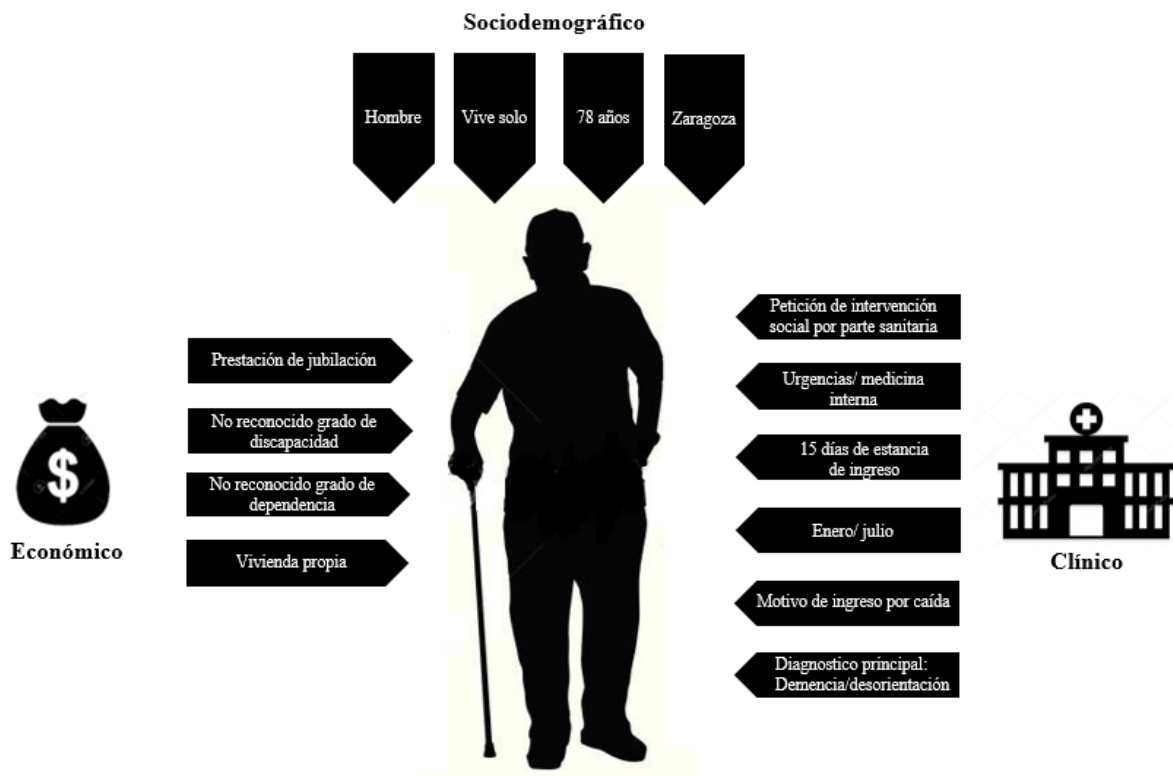


Figura 22. Perfil de ingreso por problemática social.

4.18. Entrevista a la trabajadora social

Los datos aportados mediante la entrevista a la trabajadora social de la Unidad de Trabajo Social del área de Hospital General del Hospital Universitario Miguel Servet que actualmente trabaja en el área de Hospital General desde hace dos años en el puesto, que pretendían contrastar o completar la información de los datos recogidos de los ingresos por problemática social ya expuestos, no aportan nuevos datos debido tanto a la falta de tiempo para la realización de la entrevista como al limitado tiempo que lleva en el puesto. Sin embargo, seguidamente recogemos alguna de sus aportaciones que corroboran los resultados ya expuestos, estudiados a través de la recogida de información. El resumen de los aspectos recogidos se presenta seguidamente:

Existencia de ingresos por problemática social que no tienen respuesta en el nivel primario de atención: En dicha entrevista la trabajadora social tiene la percepción de que, si existen ingresos por problemática social y manifiesta que, aunque en esta investigación se haya registrado 40 ingresos por problemática social de los 500 ingresos derivados a la Unidad de Trabajo social considera que, es un número significativo ya que *“esto es un hospital y la gente acude aquí porque están enfermas. Si desde Atención Primaria y los Servicios Sociales los hubieran intervenido a lo mejor no vendrían o llegarían a estar ingresados aquí en el Hospital”*.

Perfil de la persona de ingreso por motivos sociales: Manifiesta que el perfil de paciente que ingresa por motivos sociales por lo general son personas de avanzada edad sin red de apoyo socio familiar que viven solas y, por otro lado, personas sin hogar.

Inexistencia de protocolos de actuación y derivación: Además, la trabajadora social afirma que efectivamente no existe un protocolo o proyecto ante este tipo de ingresos en el área Sector Zaragoza II y desconoce si otras áreas lo tienen.

Instrumentos de la Unidad de Trabajo Social mejorables: la trabajadora social refiere que debería mejorarse el modelo de ficha social introduciendo diversos ítems que completen la información del/la paciente y que están en proceso de modificación, aunque manifiesta que *“como se escribe en la historia social considera que se recoge solo lo necesario para intervenir”*.

5. Discusión

Una vez realizado el primer análisis de los datos recopilados a través de los diversos expedientes sociales de los ingresos derivados a la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Miguel Servet, utilizándose para ello la ficha social, historia social, informe social, hoja de consulta, INTRANET, HP DOCTOR, NUT y la entrevista a la trabajadora social, se procede a discutir y valorar los resultados obtenidos en esta investigación, teniendo en cuenta los aportes teóricos consultados.

En el año 2019, 634 pacientes fueron derivados a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria (UTSH), de los cuales se han estudiado 500 ingresos, y 40 de ellos han sido ingresados por problemática social, por decisión facultativa. Es decir, el 8% ingresan y ocupan una cama hospitalaria, aunque según criterio clínico, no requieren este tipo de nivel de asistencia. De este 8% de los ingresos por motivos sociales, el 7,8% es el equipo sanitario quienes solicitan intervención a la Unidad de Trabajo Social. Estos datos se pueden relacionar con lo que afirma Aznar (2000), que manifiesta que el sector sanitario presta servicios de asistencia en casos que deberían ser intervenidos por el sector social. Los Servicios Sociales, más debilitados como Sistema de Protección Social, tienen límites para atender todas las situaciones por la falta de recursos y, por ello, el sector sanitario se ve obligado a ofrecer asistencia. Si tenemos en cuenta que las ratios de plazas residenciales sociosanitarias están muy por debajo de las recomendadas (5%), encontramos parte de las causas de este hecho.

Para ello, el perfil diseñado para esta investigación debe estar presente en los programas de planificación al alta, donde la persona enferma no requiere de una hospitalización sino de intervenciones puntuales, se proporcione tanto al/la enfermo/a

como a su familia si existe, se pueda garantizar las atenciones necesarias y de calidad en el domicilio o institución residencial.

Se puede observar que, de los ingresos por motivos sociales, el 3% viven solos/as, el 2% vive en instituciones residenciales y el 1.2% viven en pareja. Si lo relacionamos con la variable sexo, aquellas personas que ingresan por motivos sociales y que viven solo/a, el 80% son hombres frente a un 20% son mujeres y que la edad media de aquellos/as que viven solo/a es de 69 años. Estos mismos datos son similares con los datos recogidos anteriormente, donde una gran parte de la población vive sola. Existe por tanto una población mayor que vive sola que está en situación de riesgo en la ciudad de Zaragoza.

Entre los ingresos por problemática social, el 5,8% son hombres frente al 2,2% que corresponde a las mujeres, el 7% del total de hombres y mujeres proceden de Zaragoza. Estos datos se pueden comprender teniendo en cuenta la esperanza de vida en Aragón en años que es alta, 80,69 para hombres, y 86,22 para mujeres. Si miramos estos datos desde la perspectiva de género podríamos determinar que los hombres tienen mayores conductas de riesgo frente a las mujeres y, por otro lado, las mujeres no son consumidoras del servicio de salud, sino tienden a ejercer el rol de proveedoras de cuidados sanitarios y sociales en la familia.

Siguiendo con la variable edad, la franja de edad de los/as pacientes ingresados/as por problemática social oscilan entre los 56 a 92 años, concretamente la edad que más se repite es 78 años. Además, se destaca que la edad mínima de ingreso por problemática social en este estudio es de 16 años, este dato llama la atención ya que es un/a menor de edad en situación de vulnerabilidad susceptible de actuaciones de protección. Este dato, se puede comprender tras la investigación de Suárez et al. (2001)

donde las tasa de ingreso y estancia hospitalaria están relacionadas con la edad, concretamente en personas mayores de 65 años con diversas características sociales (vivir solo/a o en residencias), clínicas (enfermedades crónicas) y funcionales (dependencia para las actividades de la vida diaria) que se relacionan con una alta demanda de los servicios sanitarios, generando múltiples ingresos hospitalarios con problemas y necesidades para el cuidado al alta y la vuelta al hogar.

En cuanto a los ingresos económicos, aunque no todos los ingresos reflejan el dato, 1,8% cobra una prestación por jubilación y el 0,8% cobra una Pensión No Contributiva. El 3,8% de los ingresos por motivos sociales tienen expedientes incompletos, sin datos económicos y de tipo de alojamiento, es llamativo ya que para poder realizar una intervención de calidad se debe tener todos los datos posibles del/la paciente. Sin embargo, es probable que la urgencia e inmediatez en la atención dificulten el registro adecuado de la información, digamos que se prioriza la atención frente a las tareas de registro cuando existe situaciones de urgencia y/o sobrecarga de trabajo.

Además, se puede comprender al observar las diversas variables recogidas en este estudio que el perfil de ingreso por problemática social se acerca a lo planteado con Colom (2013), que manifiesta que los criterios de riesgo psicosocial más comunes son: tener más de 75 años, ser mayor de 70 años y vivir solo/a o con pareja de edad similar, tener más de 70 años y padecer de una enfermedad crónica, tener más de 70 años e ingresar por caída o fractura, ingresar a consecuencia de un accidente cerebral, ingreso con signos de violencia, padecer una enfermedad terminal, mental o alguna toxicomanía y, persona con politraumatismos.

Al observar los datos recogidos en esta investigación, se pueden identificar a partir del perfil, los factores de riesgo social, para problemas asociados al alta hospitalaria: personas que además de la edad avanzada que presentan (78 años), viven solo/a, tienen una escasa red de apoyo, escasos recursos económicos e ingresan generalmente por caída. Y, este tipo de perfil de riesgo debería ser derivado, atendido e intervenido por la Unidad de Trabajo Social en un periodo de 24 o 48 horas máximo desde el ingreso.

Destacar en esta investigación que, si observamos los datos cuantitativos y cualitativos de dependencia y discapacidad, podemos observar que existe ciertas incoherencias ya que, en los datos recogidos de los expedientes de este aspecto no arroja luz sobre el nivel de discapacidad o dependencia en cualquiera de sus grados. Pero en los datos cualitativos recogidos de los informes de la base de datos de INTRANET, se puede observar que el equipo sanitario describe demencia, confusión, desorientación, que hacen sospechar situaciones de dependencia previa o tras el ingreso. Tras observar dichos datos, se llega a la conclusión de que no se recoge toda la información del/a paciente y si se recoge, no se registra para futuras intervenciones.

Los/as pacientes ingresados por motivos sociales estudiados, el 3,4% no pasa a planta y se mantiene en el servicio de urgencias, el 2,2% en planta de medicina interna y el 0,8% en UCI.

Si bien a la atención especializada se accede a través de Atención Primaria, este perfil de paciente acude habitualmente de forma directa al Hospital, por la dificultad de ser atendido en su domicilio.

Destacar que, la hipótesis planteada en esta investigación respecto al mes que predomina con mayor número de ingresos por motivos sociales no se ha constatado, ya que, tras recoger los datos se muestra que el mes de mayor hospitalización por motivos

sociales es enero con un 2,2 % y el segundo mes con mayores ingresos por problemática social 1,4% corresponde al mes de julio.

Como indica Aznar (2000) la atención que proporciona el sector sanitario y el sector social es insuficiente e inadecuada a la demanda de las personas por la falta de coordinación de ambos sectores y surgen consecuencias tales como la prolongación injustificada de la ocupación de camas hospitalarias. Asimismo, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) indica que en Aragón la estancia media de hospitalización es de 7,8 días. De los ingresos por motivos sociales estudiados, el 2,4% son ingresos de tres días y el 1,6% son ingresos de cuatro días, mientras la media de tiempo de estancia corresponde a 14,5 días. Este dato es destacable ya que supera más de la mitad del número medio de días.

Por último, se pudo registrar que el valor máximo de días de hospitalización ha sido de 68 días por problemática social, donde se podría explicar que, aunque el motivo inicial fue por motivos sociales, durante su hospitalización pudo tener complicaciones clínicas. Como ya se ha recogido (Brovelli et al.2015) la prolongación hospitalaria de aquellas personas que no requieren este tipo de asistencia se ven expuestas a un impacto negativo en su salud integral ya que están expuestas a sufrir infecciones intrahospitalarias como el deterioro de sus capacidades funcionales.

6. Conclusiones

Para la elaboración de esta investigación, se buscaba conocer la existencia de ingresos por problemática social y, profundizar en las características que permitiera diseñar un perfil de los/as pacientes ingresados/as por motivos sociales en el Hospital Universitario Miguel Servet de enero 2019 a enero de 2020. A medida que se fue avanzando se comprobó que se debería añadir variables, de manera que además de conocer el perfil sociodemográfico, económico y clínico de la persona que ingresa por estos motivos, también se pudiera extraer el diagnóstico principal y el tiempo medio de estancia, con las implicaciones que tiene sobre la organización y gestión en un Hospital de tercer nivel, con camas de agudos con un alto coste.

Destacar que la recogida de los datos se realizó en dos momentos y en la segunda recogida de datos, solo se pudo acudir a la institución unos días ya que, por causas del Covid – 19 no se pudo realizar una entrevista a la trabajadora social extensa y más rica en contenido. Tampoco se le pudo realizar una entrevista a la trabajadora social del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para poder conocer si en el Sector Sanitario Zaragoza III disponen de proyectos, protocolos o actuaciones de intervención frente a ingresados, lo que ha limitado cierta comparativa entre Hospitales. Desde el punto de vista de la actuación del Trabajo Social.

Asimismo, en esta investigación se ha podido alcanzar los objetivos propuestos, ya que en los resultados se ha reflejado el perfil de las personas que ingresan por motivos sociales y se ha conocido las variables relacionadas, sociodemográficas, socioeconómicas y datos clínicos de los/as pacientes ingresados por motivos sociales.

Tras las recogida y análisis de los datos, lo más llamativo ha resultado ser el sexo, al analizar los datos, se pudo observar que el sexo que predominaba en los

ingresos derivados a la UTS y los ingresos motivos sociales pertenencia al sexo hombre. La mayor vulnerabilidad del sexo masculino para ingreso hospitalario por motivos sociales, invitan a reflexionar si el sexo de aquellas personas que ingresan está relacionado con la mayor susceptibilidad en hombres de procesos de exclusión social en edades avanzadas (sinhogarismo, consumos excesivos de tóxicos, rupturas de pareja, falta de autocuidado de la salud, etc.) y vinculadas a los roles de género, donde el rol de la mujer está centrado en el cuidado de la familia y, acudiendo a las instituciones sanitarias, no lo hacen por su propio bienestar sino por la de su familia.

Por otro lado, para futuras líneas de investigación sería interesante conocer en cuánto tiempo la Unidad de Trabajo Social es informada por el equipo médico e interviene en aquellos casos que ingresan por motivos sociales desde el ingreso, para así conocer: primero, cuánto tarda en llegar la notificación a UTS y, segundo, los días que trascurren de intervención frente al perfil elaborado en esta investigación considerado de riesgo y que no requieren una cama, por ello, se entiende que la persona debería ser intervenida de una manera rápida y eficaz para poder liberar la cama lo antes posible. También, como línea de actuación de investigación, conocer la coordinación entre la UTS del Hospital Universitario Miguel Servet con los recursos, instituciones y organizaciones del su ámbito de actuación.

Además, del perfil diseñado para esta investigación que sirve para poder identificar los factores de riesgo asociados a los ingresos hospitalarios por problemática social y que se debe de tener en cuenta a la hora de planificar el alta hospitalaria donde se pueda cubrir las necesidades de la persona mediante la coordinación con otros recursos e instituciones. Y, como otra línea de investigación, conocer la existencia de personas que ingresan por motivos clínicos y prologan su estancia porque se muestran

diversos problemas para volver al domicilio y, también, estudiar aquellos ingresos que inicialmente son por motivos sociales y que mediante la prolongación hayan podido contraer una infección intrahospitalaria.

Aunque no se ha estudiado, parece necesaria la coordinación entre Atención Primaria de Salud y Especializada, así como la coordinación con los Servicios Sociales. Todo ello de gran importancia si tenemos en cuenta las graves consecuencias que tiene para la persona la hospitalización si no requiere ese nivel de asistencia. La falta de recursos y de coordinación y una inadecuada intervención, hace que se prolongue el número de días de los ingresos y la persona esté expuesta a infecciones intrahospitalarias y a episodios de desorientación. El testimonio de la trabajadora social señala que *“esto es un hospital y la gente acude aquí porque están enfermas. Si desde Atención Primaria y los Servicios Sociales los hubieran intervenido a lo mejor no vendrían o llegarían a estar ingresados aquí en el Hospital”*. Invita a reflexionar que podría existir falta de apoyos y recursos en Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios Sociales donde por el desborde de trabajo no pueden abarcar todos los casos o desconocimiento del caso no puedan proporcionar una mayor calidad de intervención.

Asimismo, se desconoce la existencia de un protocolo o proyecto de actuación ante este tipo de ingreso y de derivación en las distintas áreas de salud en Aragón y, la trabajadora social confirma la información manifestando que en el área Sector Zaragoza II no existe ningún protocolo, siendo la coordinación con otras instituciones para poder intervenir y evitar la prolongación de la hospitalización de la persona, no protocolizada.

Se desconoce si en la Comunidad Autónoma de Aragón se lleva a cabo protocolos de intervención ante este tipo de situación, por ello, se menciona diversos protocolos de diferentes Comunidades Autónomas de los cuales se podría coger de

referencia para la elaboración de un protocolo de intervención en Aragón, siendo: Protocolo de Intervención en Trabajo Social Hospitalario (Valencia), La Realidad de las Unidades de Trabajo Social Hospitalario. Propuesta de Plan Funcional (Cataluña), Procedimiento de Atención a Pacientes Hospitalizados por Covid – 19 (Badajoz), Aportaciones del Trabajo Social al Sistema Sanitario Público de Andalucía (Andalucía) y, Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención domiciliaria (Canarias).

Destacar que, tras la realización de recogida de los datos para esta investigación se pudo observar que no se tiene un modelo de ficha social donde se recogen todos los datos de la persona, sino que en dicha ficha social se recoge los datos básicos y en la historia social se recoge la intervención realizada y los datos económicos y socio familiares de la persona-paciente, encontrando que en muchos de los expedientes carecen de la información mínima y solo se recoge la intervención realizada. El testimonio de la trabajadora social señala que se debería mejorar el modelo de ficha social introduciendo diversos ítems que completen la información del/la paciente y que están en proceso de modificación, aunque manifiesta que *“como se escribe en la historia social considera que se recoge solo lo necesario para intervenir”*. Se considera que se debería llevar a cabo dicha modificación de la ficha social para una mejor praxis del Trabajo Social en futuras intervenciones de los mismos pacientes que ingresen nuevamente en el Hospital Universitario Miguel Servet. Asimismo, se debería informatizar los expedientes para que se pueda compartir la información entre niveles asistenciales, y se pueda acceder tanto a la información como a la intervención realizada generando así coordinación entre ambas atenciones.

Para finalizar, es importante que las instituciones sanitarias cuenten con profesionales del Trabajo Social, con el objetivo de detectar las carencias y necesidades de la persona enferma y, además, mediante la intervención social se puede incidir en los procesos de rehabilitación, proporcionando tanto a la persona enferma como a su entorno sociofamiliar recursos y estrategias para poder afrontar la nueva realidad clínica.

Referencias bibliográficas

- Aboal - Viñas, J. L. (2010). Salud pública y sistema sanitario. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(Suppl 1), 12 – 18.
- Amorín, M., Matínez, O. & Júdez, D. (2004). *Mapa Sanitario Comunidad Autónoma de Aragón*. Zaragoza: Gobierno de Aragón.
- Ayuntamiento de Zaragoza y Servicio de Organización y Servicios Generales. (2019). *Cifras de Zaragoza. Datos demográficos del Padrón Municipal de Habitantes*. Recuperado de <http://www.zaragoza.es/contenidos/estadistica/Cifras-ZGZ-2019.pdf>
- Aznar, M. (2000). Sobre la atención sociosanitaria en España. *Revista española geriatría y gerontología*, 35(1), 1-3.
- Baeza, C. (2009). *Desarrollo saludable: estrategia del Banco Mundial para lograr resultados en materia de salud, nutrición y población*. Washington, D. C.:Banco Mundial.
- Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Morán, N., Otero, G., Pattro, L., Quiroga, M.,...Vezzetti, M. (2015). Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Margen* (78), 1 – 18.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 12 de diciembre de 2007, Diario Oficial 303, de 14 de diciembre de 2007.

Castrillo, J. L., Díez, T. D., Escaja, M. Á., García, J. M., González, E., & González, R. (2013). *Documento de Consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo social Sanitario*.

Colom, D. (2013). *La planificación del alta: programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria*. Barcelona: Editorial UOC.

Consejo General de Trabajo Social. (2013) La especialización en las Ciencias de la Salud del Trabajo Social. Recuperado el 4 de abril 2020. Obtenido de https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud

Consejo General del Trabajo Social. (2013). *La especialización en ciencias de la Salud del Trabajo Social*. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializa%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

Consejo General del Trabajo Social. (4 de abril de 2020). *Consejo General del Trabajo Social*. Obtenido de https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud

Consejo General del Trabajo Social. (Ed.). (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social.

Constitución Española, BOE 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 9 – 12.

Contreras, M. A. (2006). *Principales modelos para la intervención de Trabajo Social en individuos y familias*. Santiago de Chile: Departamento de Trabajo Social.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III) de la Organización de las Naciones Unidas, París, Francia, 10 de diciembre de 1948.

Decreto 130/1986, de 19 de diciembre, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón, BOA 133, de 31 de diciembre de 1986, pp. 1885 – 1886.

Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, BOA 62, de 25 de mayo de 2007, pp. 8153 – 8177.

Díaz, E. (2017). El Trabajo Social y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. *Comunitaria: Internacional Journal of Social Work and Social Sciences*, (13), pp. 102 – 120.

Fernández, M. A., Fuster, R., Illa, C., y López, M. (2012). Intervención del /la trabajador/a social en centros hospitalarios. En Monrós, M. J., y Zafra, E. (Ed.), *Guía de Intervención de Trabajo Social sanitario* (pp. 7 – 17). Valencia, España: Generalitat. Conselleria de Sanitat.

Gobierno de Aragón. (2020). *Plan de Salud Pública de Aragón 2030*. Recuperado de <https://www.aragon.es/-/plan-de-salud-de-aragon-2030>

Gobierno de España. (2010). *Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones.

Hervás, A. (2013). Sistema de Protección Social: la Salud. *Servicios Sociales y Política social*, XXX (101), 11-21.

Hervás, A. (2014). Trabajo Social Sanitario, Coordinación Sociosanitaria y Gestión de Casos. *Trabajo Social y Salud*, (78). Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

Hospital Obispo Polaco. (s.f). *Áreas de Salud de la Comunidad de Aragón*. recuperado de <http://www.opolanco.es/area-asistencia.php>

Instituto Aragonés de Estadística. (2018). *Estadística de morbilidad hospitalaria*. Recuperado de https://www.aragon.es/documents/20127/1909615/20200227_Comunicado.+Morbilidad_2018.pdf/3b08f4c0-b6ed-5174-1da8-32a15a7b9867?t=1582804985100

Instituto Aragonés de Estadística. (2019). *Espacio físico e infraestructuras*. Recuperado de <https://www.aragon.es/-/espacio-fisico-e-infraestructuras>

Instituto Aragonés de Estadística. (2019). *Estadística de demografía y población*. Recuperado de <https://www.aragon.es/-/demografia-y-poblacion>

Instituto Aragonés de Estadística. (2019). *Gobierno de Aragón*. Obtenido de <https://www.aragon.es/-/piramides-de-poblacion.-aragon>

Instituto Aragonés de Estadística. (2019). *Movimiento Natural de la Población*. Recuperado de https://www.aragon.es/documents/20127/1909615/Indicadores_MNP_2018_Co municado.pdf/e06d020b-de8e-cb80-5ce2-c682b5443b6c?t=1576154255319

Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Sistema Nacional de Salud de España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política social. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.

Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Tasa de Mortalidad por provincia.*

Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1482#!tabs-tabla>

Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según e diagnostico principal, la provincia, Comunidad y*

Ciudad autónoma de hospitalización. Recuperado de

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2013/&file=02020.px#!tabs-tabla>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Jubilados por Provincias, Sexo, Profesión y*

Nivel de instrucción. Recuperado de

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e243/e03/a1991/10/&file=01057.px#!tabs-tabla>

Ituarte, A. (2012). Trabajo Social Clínico: Teorías, Técnicas y Practicas. Rev. *Trabajo Social y Salud*, (72). Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

Izquierdo, M. B. (2018). *Proyecto de gestión clínica. FEA de anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor.* Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Ley 14/1986, de 25 abril, de General de Sanidad, BOE 102, de 29 de abril de 1986, pp.12.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud, BOE 128, de 29 de mayo de 2003, pp. 13 – 14.

Ley 26/1986, de 25 de abril, de General de Sanidad, BOE 102, de 29 de abril de 1986, pp. 24.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE 240, de 5 de octubre de 2011, pp. 15 – 16.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 3 – 4.

Ley 5/2014, 26 de junio, de la Salud Pública de Aragón, BOE 137, de 15 de septiembre de 2014, BOE 186, de 1 de agosto de 2014, pp. 13 – 14.

Ley 6/2002, de 15 de abril, de la Salud Pública de Aragón, BOE 46, de 19 de abril de 2002, BOE 121, de 21 de mayo de 2002, pp. 21.

López, M., I. (2014). Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales. *Servicios Sociales y Política Social*, XXXI (105), 61 – 73.

Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social. (2019). *Actividad y Calidad de los Servicios Sanitarios. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/5_CAP_17.pdf

Mondragón , J. & Trigueros , I. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España editores.

Morro, L., & Conti, M. (19 de junio de 2018). *Psicosocial y Emergencias*. Obtenido de <http://www.psicosocialyemergencias.com/modelos-intervencion-trabajo-social-sanitario-incidentes-multiples-afectados/>

Observatorio Municipal de Estadística. (2019). *Indicadores de Salud Pública*.

Recuperado de <http://demografia.zaragoza.es/inicio.aspx>

Observatorio Municipal de estadística. (2019). *Indicadores de Servicios Sociales*.

Ayudas de urgencia: Para gastos relacionados con la Salud. Recuperado de

<http://demografia.zaragoza.es/inicio.aspx>

Orden de 12 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se

estructura y se aprueba el contenido funcional de la Cartera de Servicios

Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, BOA 89, de 27 de julio de 2007, pp.

11339 – 11340.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta Ottawa Para la Promoción de la Salud,

celebrada en Otuwa (Ontario) Canadá el 12 – 24 de noviembre de 1986.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*. Recuperado de

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Organización Mundial de la Salud*.

Obtenido de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre

de 1966, BOE 103, de 30 abril de 1977, pp. 9343 – 9347.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de

servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su

actuación, BOE 222, de 16 de septiembre de 2006.

Real Decreto de 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, BOE 98, de 24 de abril de 2012.

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, BOE 183, de 30 de julio de 2018, pp. 76258 – 76264.

Segura, A. (2018). El Sistema Sanitario, la Atención Primaria y la Salud Pública. *Atención Primaria*, 50(7), 388 – 389.

Servicio Aragonés de Salud. (s.f). *Plano y ubicación*. Recuperado de <https://sectorzaragozados.salud.aragon.es/pags/plano-y-ubicacion.html>

Suárez, F., Oterino, D., Peiró, S., Librero, J., Barrero, C., Parras, N.,...Pérez, A. (2001). Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Revista española de Salud Pública*, 75 (3), 237 – 248.

Vergara, M. D. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud - enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41 - 50.

Viscarret , J. J. (2014). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Alianza Editorial.

World Health Organization. (2009). *The European Health Report.: Health and Health Systems*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization. Declaración Alma – Ata, celebrada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

ANEXOS

Anexo 1

Las leyes que recoge el Código Sanitario de la Agencia Estatal Boletín del Estado son:

Salud Pública:

- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Asistencia Sanitaria:

- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
- Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.


- Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.
- 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.
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

Derechos y deberes de los usuarios:

- Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud.
- Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- 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
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Anexo 2

A continuación, se puede visualizar un modelo de informe social, ficha social y hoja de consulta que se utiliza en la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Miguel Servet:

| | | |
|--|---------------------|-----------|
|  HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET" Avda. Isabel La Católica, 1. 50009 Zaragoza Tfno. 976 76 55 00 | Apellidos: | NHC: |
| | Nombre: | Episodio: |
| | Fecha Nac: | CIA: |
| | T. Sanitaria: | F. Alta: |
| | Domicilio: | |
| | Población: | |
| | Provincia: ZARAGOZA | |
| | Teléfono: | |
| | F. Ingreso: | |

INFORME
UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

INTERVENCIÓN REALIZADA A PETICIÓN DE: FACULTATIVO DE REFERENCIA

SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR:

INTERVENCIÓN REALIZADA:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

Zaragoza, Fecha

Fdo: TRABAJADORA SOCIAL
H.U "MIGUEL SERVET"

Conserve original y facilite copia de este informe a Trabajador/a Social de A.P.



Hospital Universitario Miguel Servet
Unidad de Trabajo Social
Pº Isabel La Católica, 1-3 (50009 – Zaragoza)

NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____
D.N.I.: _____
Nº SS: _____
F. NACI.: _____ **EDAD:** 50
DIRECCIÓN: _____
TLFNOS.: _____
CMSS: _____

Nº HISTORIA SOCIAL: _____
Nº HISTORIA CLÍNICA: _____
SERVICIO: NEUROLOGIA CLINICA
Nº HABITACIÓN: 602-1
FECHA INGRESO: 23.10.2019.
FECHA ALTA: 29/11/2019.
C.S.: _____
T.S. REFERENCIA: _____

FAMILIARES DE CONTACTO / SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR:

INTERVENCIÓN

FECHA DE DRIVACIÓN: 28.10.2019. **DR. / DRA.:** _____

DEMANDANTE: PACIENTE FAMILIA P. SANITARIO OTROS: _____



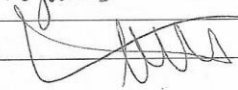
TIPOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

ACTUACIONES (indicar número)

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|----|
| ADICCIONES | <input type="checkbox"/> | APOYO PSICOSOCIAL | 10 |
| CONSULTA INESPECÍFICA | <input type="checkbox"/> | ORIENTACIÓN | 1 |
| DESPROTECCIÓN | <input type="checkbox"/> | CONTINUIDAD ASISTENCIAL | 1 |
| EXCLUSIÓN SOCIAL | <input type="checkbox"/> | COORDINACIÓN OTROS ORGANISMOS | 10 |
| FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS | <input type="checkbox"/> | DERIVACIÓN | |
| FALTA DE RED DE APOYO | <input type="checkbox"/> | EDUCACIÓN SOCIO SANITARIA | |
| INCAPACITACIÓN FUNCIONAL | <input type="checkbox"/> | GESTIÓN DE RECURSOS | 1 |
| PROBLEMAS LABORALES | <input type="checkbox"/> | INFORMACIÓN | |
| PROBLEMAS LEGALES | <input type="checkbox"/> | MEDIACIÓN | 1 |
| SALUD MENTAL | <input type="checkbox"/> | INFORME SOCIAL | 1 |
| SITUACIONES ADMINISTRATIVAS ANÓMALAS | <input type="checkbox"/> | TRAMITACIÓN DE DOCUMENTACIÓN | |
| VIOLENCIA | <input type="checkbox"/> | OTROS | |
| VIVIENDA | <input type="checkbox"/> | | |
| OTROS | <input type="checkbox"/> | | |

INFORME SOCIAL HCI: SI NO

INTERVENCIÓN REALIZADA:

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET | Historia: G904-1 URGEN |  | | | | | | | | | | | |
| | Financ.: 1 SEGURIDAD SOCIAL F.Nac.: 18/11/1950 MUJER F. Ingreso: 21/01/2019 18:32 1134 NEUMOLOGIA | | HABILITACION F. ALTA/...../..... | | | | | | | | | | |
| HOJA DE CONSULTA 25668 | | | | | | | | | | | | | |
| Del Servicio de <u>NEUMOCORÍA</u> Al Servicio de <u>TRABAJO SOCIAL</u> Sección Sección Petición: Fecha <u>23/01/19</u> Hora Dr. | | | | | | | | | | | | | |
| MOTIVO DE CONSULTA Urgente <input type="checkbox"/> En el día <u>23</u> <input checked="" type="checkbox"/> Preferente <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| <p> ♀ 68a con AP con HTA, DLP. Obesidad Miocardiopatia que ha necesitado ingresos en Cardiología y Medicina Interna. La paciente refiere no tener recursos para costearse tratamientos, sin embargo sigue fumando. Barrera idiomática importante (origen Rumanía). La paciente se muestra insistente a bajar al kiosko a recargar el móvil. Sospechamos que se vaya a la calle porque se abiza demasiado. (No le hemos debido de mostrar). Peticiones valoración por nuestra parte, gracias.  </p> | | | | | | | | | | | | | |
| INFORME Fecha Hora Médico Tel. interior | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Próxima revisión en: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Consulta externa de Durante hospitalización Hospital Universitario Miguel Servet Hospital Clínico Universitario Centro Médico de Especialidades | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Fecha | 70 | | | | | | | | | | | | |

Anexo 3

Mediante la presente imagen se visualiza el programa informático NUT:

```
ahc092          CONSULTA E INFORMACION SOBRE PACIENTES          26/11/2019
NHC _____ , _____
CIP _____ CIPA _____ NSS _____
DNI _____ Pasaporte _____ NIE _____
Fecha Nac.:      Sexo:      Provincia:
Domi.:                                     Tf:
Población:      Provincia:
Area Sanit.:
SITUACION ACTUAL: _      Con fecha:
-----
UBICADO-Cama/Puesto :      UENF/Sala:
      Tfno. :
ATENDIDO POR - Servicio :
      Médico :
ULTIMO EPISODIO - Area:      Desde      Hasta
      Servicio :
      Médico :
      Ubicación:
      Destino :
-----[ 236]-----
Número H.C.
```

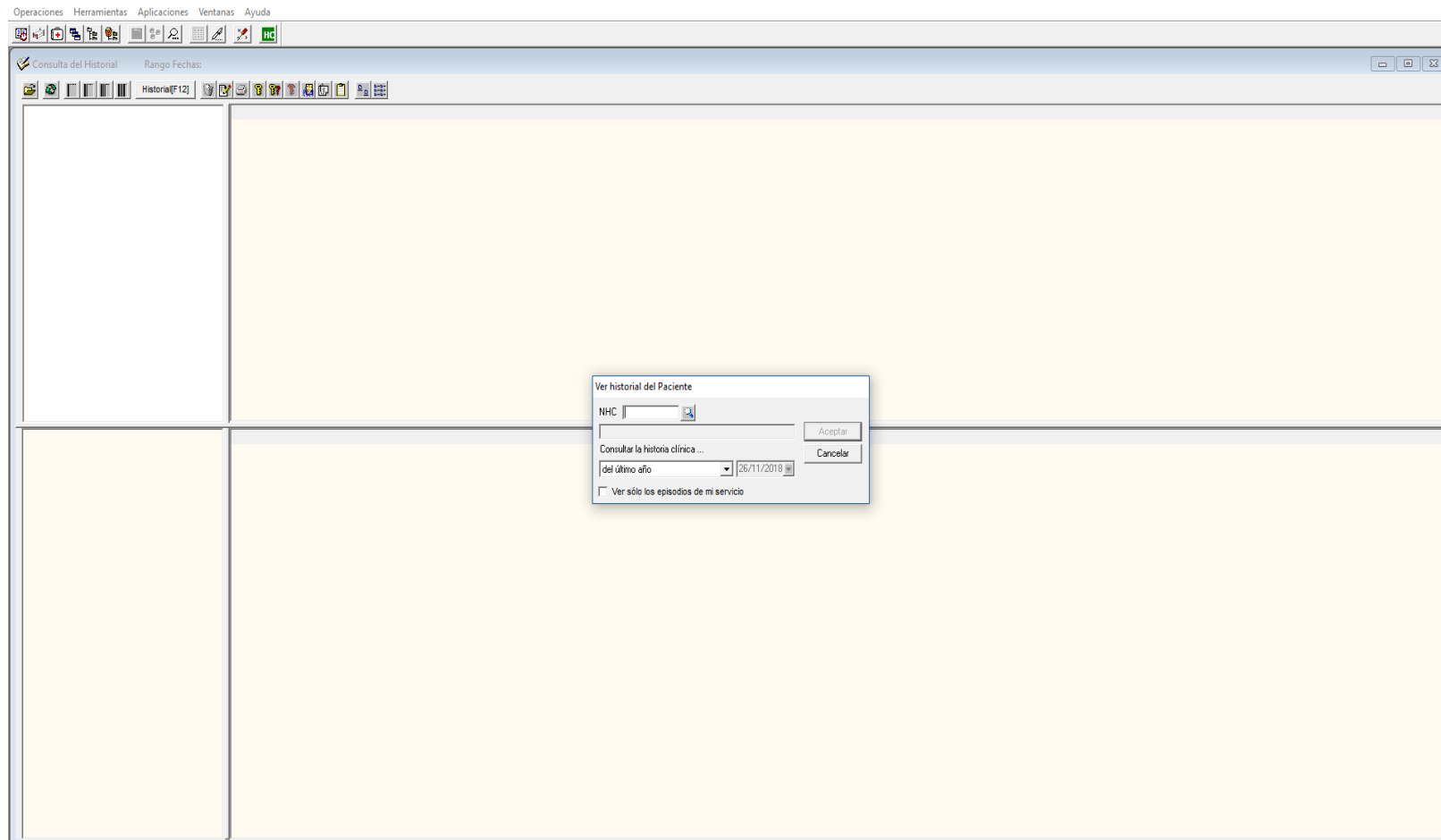
Anexo 4

En la presente imagen extraída de la Unidad de Trabajo Social, se puede visualizar cómo es el sistema informático INTRANET:

The screenshot displays the INTRANET interface for Sector Zaragoza 2. At the top left is the 'salud' logo (servicio aragonés de salud) and the text 'Sector Zaragoza 2'. On the top right are links for 'GEST.ASIST.', 'Cambio contraseña', and 'Salir'. Below the logo, it says 'INTRANET - Sector Zaragoza 2 v6.40 Hospital Miguel Servet mov:jeap:401.salud.psis'. A navigation bar includes 'INF.PACIENTE | Ingresados | Urgencias | Hosp.Día | CEX/RAD | Quirofanos'. Below this is 'OPCIONES: Buscar' and a 'Bienvenido' field. The main section is titled 'DATOS ADMINISTRATIVOS' and contains a form with the following fields: NHC (Hospital Miguel Servet), CIA, DNI, Tip.aport.farm., Paciente (PRUEBA PRUEBA, SI), Fecha nac. (01/01/2007 (12a)), Sexo (♂), Pasaporte (--), Núm.Seg.Soc. (0/-7169830/0), TIS (--), Domicilio (--), Población (DESCONOCIDA (ZARAGOZA)), Cód.postal (50000), Teléfono(s), Médico Atenc.Prim., Centro Salud (REBOLERIA (ZARAG.II)), and Último estado (DADO DE ALTA). A 'HCE SALUD' button is at the bottom right. Below the form is a table with columns: Estado dossier, Origen, Servicio, and Fecha préstamo. The table content is 'No hay resultados para mostrar'. At the bottom, a breadcrumb trail lists various medical services: Episodios, Bioquímica y Hematología, Microbiología, Ana.Patológica, Diag.por imagen, Inf.alta, Otros Inf., Inf.urg., Registros ECG, Atenc.Prim., Pendiente, Evol.enfermería, and Farmacia.

Anexo 5

En la siguiente imagen se puede observar cómo es el programa informático HP DOCTOR:



Anexo 6

En el siguiente cuadro se muestra el motivo de ingreso, diagnóstico principal y otros diagnósticos y/o complicaciones durante el ingreso de la muestra de los ingresos por motivos sociales. De los 40 ingresos por motivos sociales, se pudo recoger los datos de 27 pacientes y, los 13 restantes por diversos motivos no se pudo obtener la información.

| Motivo de ingreso | Diagnostico principal | Otros diagnósticos y/o complicaciones durante el ingreso |
|--|------------------------------|---|
| El paciente acude por dolor de perfil mecánico e impotencia funcional a nivel de la rodilla derecha de unas horas de evolución, a consecuencia de una caída accidental con traumatismo sobre dicha zona. Refiere caída accidental al bajar unas escaleras por donde resbaló. | Fractura de rotula derecha. | Problemas/o síntomas geriátricos: demencia. Riesgo de caídas. Ausencia de cuidador principal. Insuficiencia de apoyos en domicilio. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Ingresa por urgencias. Procedente de domicilio y en situación funcional, apoyo informal. Vive solo en domicilio con ayuda dos días a la semana, parece que es autónomo.</p> | <p>Fibración auricular con respuesta ventricular lenta</p> | <p>Ingresas tras ser encontrado en el suelo, inconsciente y sin saber de él, durante 48 horas. A su ingreso el paciente presenta mal estado general, poli contusionado con fibrilación auricular con respuesta lenta, somnoliento y obnubilado, todo secundario a probable accidente cerebro - vascular agudo y complicándose posteriormente, con cuadro de broncoaspiración y mala evolución clínica, presentando fallo cardiorrespiratorio que le conduce a la muerte.</p> |
| <p>Paciente de 82 años que ingresa por urgencias. Procedente de domicilio y en situación funcional dependiente. Disnea y úlceras sobreinfectadas.</p> | <p>Isquemia arterial crónica miembros inferiores; úlcera aterosclerótica de extremidades.</p> | <p>Insuficiencia renal y desnutrición moderada.</p> |
| <p>Tos, expectoración, febrícula</p> | <p>Neumonía adquirida en la comunidad basal derecha</p> | |
| <p>Confusión e ideas delirantes</p> | <p>Trastorno mental orgánico</p> | <p>Consumo perjudicial de tóxicos en abstinencia y problemática social</p> |
| <p>TCE leve en paciente con Demencia y problemática social Caída accidental en la calle con TCE. Presenta desorientación y confusión.</p> | <p>TCE leve en paciente con demencia de etiología y anti coagulado con riveroxabán.</p> | <p>Déficit de Folato y de vitamina D. Problemática social.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Ingresa por traslado a otro centro. Procedente: institución y en situación funcional: dependencia.</p> | <p>Taci derecho. Oclusión de gran vaso. Aterotrombótico con secuelas importantes. Hemiplejia izquierda.</p> | |
| <p>Desorientación</p> | <p>Alucinaciones/agitación en contexto de inicio de mirtazapina (ram) comunicada a la agencia española del medicamento; insuficiencia cardiaca crónica en paciente con fevi severamente deprimida; deterioro funcional asociado a insuficiencia cardiaca crónica.</p> | |
| <p>Por urgencias. Procedente de domicilio y en situación funcional autónomo.</p> | <p>Infección respiratoria. Fibrosis pulmonar. Agudización epoc</p> | <p>Insuficiencia cardiaca. Descompensación diabética. Dolor torácico inespecífico. Los previos. Desnutrición protética moderada.</p> |
| <p>Acude a urgencias por fiebre diagnosticado en Barcelona con Gripe A.</p> | <p>Criptococosis sistema (pulmonar, adenopatías) posible histoplasmosis pulmonar. Infección por VIH.</p> | <p>Transexual.</p> |
| <p>Ingresa por urgencias tras intoxicación patológica con alcohol en el contexto de problemática grave</p> | <p>Intoxicación aguda por consumo de alcohol y problemas relacionados con la falta de vivienda</p> | <p>"Retraso mental". Epilepsia</p> |

| | | |
|--|--|---|
| Somnolencia y disnea | Exacerbación de epoc. Acidosis respiratoria. Encefalopatía hipercapnia. Descompensación diabética. Síndrome ansioso - depresivo. | |
| Síndrome constitucional por anemia multifactorial con deterioro clínico. Procedente de domicilio y en situación funcional dependiente. | Diagnostico principal: gammpatia monoclonal de significado incierto vs mieloma | Infección de tracto urinario, enfermedad renal crónica grave. Deterioro cognitivo |
| | Descompensación edemo - ascítica en paciente con Cirrosis hepática B | Infección VIH C3 |
| Insuficiencia renal aguda. | | Cusas de la muerte: parada cardiorrespiratoria |
| Ingresa por urgencias. Procedencia institución y en situación funcional. Dependencia para las abvd | | Exitus letalis sepsis de origen respiratorio bacteria por pseudomonas aeruginosa |
| Encefalopatía an xia post - PCR | | |
| Ingresa por urgencias. Procedente de institución y en situación funcional: apoyo informal | Metastasishepaticas a estudio | Exitus: fracaso multiorganico |

| | | |
|---|--|--|
| Descompensación ascítica | Cirrosis hepática por vhc hepatocarcinoma multifocal | Motivo muerte: parada cardiorrespiratoria |
| Aumento de la disnea y desaturación | | Causa de la muerte: insuficiencia respiratoria crónica agudizada |
| Disminución del nivel de consciencia | Sepsis de foco urinario por k. Oxytoca aislada en orina | |
| Debilidad | Intoxicación por benziazepinas, bronquitis crónica tabáquica trastorno de la personalidad sin datos de descompensación psicopatológica en la actualidad. | |
| Por urgencias. Procedente de domicilio y en situación funcional apoyo informal. | Demencia fronto - temporal. Trastorno de personalidad. | |
| Por urgencia. Procedente de domicilio y en situación funcional autónomo. | Caídas casuales por estenosis del canal lumbar. | Debilidad generalizada en paciente aciano contusión de la espalda. Problemática social persona que vive sola y desnutrición. |
| AIT | Problemática social | AIT caratideo izq probable, abcd2 3 |
| Ingreso improcedente en el servicio de medicina interna | | Problemática social |