

Trabajo Social y salud: la teoría hecha práctica para una transformación social

Rosa Blanca PEREZ LOPEZ

INTRODUCCION

La intención principal de este artículo es transmitir una idea que considero fundamental en el trabajo social que se desarrolla en el campo de la salud — tanto hospitalario como extrahospitalario—: la persona debe ser considerada como una totalidad biopsicosocial y no como una suma de partes diversas; de este modo debe ser entendida y tratada por todos los componentes del equipo sanitario (ver gráfico 1).

En consecuencia, los objetivos que el Departamento de Trabajo Social de nuestro hospital nos hemos marcado son:

1. Contribuir a que el conjunto de los trabajadores sanitarios contemplen los aspectos sociales de la persona enferma y los tengan presentes para establecer un diagnóstico completo de su falta de salud; esto posibilita un adecuado tratamiento.

2. Conocer la problemática social que llega al hospital y la demanda que genera con el fin de, además de realizar el trabajo social propiamente dicho, trasladar a otros servicios o instancias los datos precisos para que den respuesta a dicha demanda en los casos en que el propio Departamento no pueda hacerlo por sí mismo.

A partir de aquí, una vez hecha esta introducción intentaré exponer la primera etapa del trabajo realizado por el grupo de trabajadores sociales del Hospital Severo Ochoa, de Leganés. Este hospital cuenta con 470 camas, atiende a una población de unas 300.000 personas, está situado en una localidad industrial de los alrededores de Madrid y fue inaugurado en marzo de 1988.

EL AREA DE SALUD DONDE SE UBICA EL HOSPITAL

Los municipios de Leganés y Fuenlabrada forman el área de salud en que se ubica el hospital.

Para conocer las características de la población a la que habría de atender, antes de la apertura del hospital, la autoridad sanitaria encargó a la asistente

social que coordinara el Departamento TS. (Trabajo Social) del propio hospital, un estudio social del área, incluyendo aspectos de la demanda de servicios sanitarios; a ese estudio pertenecen algunos de los datos que voy a utilizar ahora.

La población de Leganés evoluciona desde la década 1960-1970 con una marcadísima línea ascendente. En la actualidad dicha línea se ha detenido e, incluso, muestra algún síntoma de regresión (ver gráfico 2).

La población de Fuenlabrada ha seguido una evolución similar a la de Leganés, aunque con algunas variantes: su crecimiento comienza más tarde, es menor en términos absolutos y hoy aún continúa creciendo.

En cuanto a las pirámides de población, se observan notables diferencias entre las de una y otra localidad. La de Leganés se va pareciendo ya a la clásica de una ciudad que tiende al envejecimiento: la base comienza a reducirse mientras que la cúspide va ensanchándose; pero todavía la población adolescente y joven es predominante (ver gráfico 3).

En la de Fuenlabrada se ve claramente que esta población está formada sobre todo por parejas de entre veinticinco y treinta y cinco años con hijos de hasta diez años; figurando pocos ancianos (ver gráfico 4).

Antes de existir nuestro hospital, la población del área debía trasladarse a otros centros cuando precisaba asistencia hospitalaria. En el estudio a que me vengo refiriendo se investigó cuáles eran los servicios a los que acudían las personas del área para, con esos datos, conocer qué servicios deberían instalarse en el nuevo hospital; el primer lugar fue para ginecología y obstetricia y el segundo para pediatría (ver gráfico 5).

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

El número de profesionales que componen el Departamento es de cuatro, que se han ido incorporando progresivamente a medida que se han puesto en marcha los distintos servicios del hospital.

La distribución del trabajo se ha hecho en base a los servicios médicos sanitarios existentes, tal como suele ser habitual en el resto de los hospitales, asumiendo cada trabajador social la atención a uno o más de ellos de acuerdo a la afinidad entre los mismos, carga de trabajo que cada uno genera, etc., uno de los miembros del Departamento se encarga, además, de la coordinación del trabajo común.

METODO Y ORGANIZACION DEL TRABAJO

Organizamos nuestro trabajo de la siguiente manera:

* Ocho horas semanales las dedicamos a la documentación.

* Cuatro horas a la semana se reservan para la programación de la actividad.

* A diagnóstico y tratamiento de los casos destinamos veintidós horas semanalmente.

* A la evaluación de todo el trabajo anterior nos ocupamos durante cuatro horas cada semana.

Naturalmente, este reparto de tiempo, que es aproximado, se dirige tanto a la actividad individual como a la institucional y comunitaria.

INSTRUMENTO EMPLEADO PARA LA CONSECUICION DE LOS OBJETIVOS

Nuestra herramienta de trabajo es un protocolo u hoja de recogida de datos mediante el cual aportamos los «datos sociales para la historia del enfermo». La idea que defendemos es que exista una sola historia para cada enfermo en la que se incluyan tanto los datos médico-clínicos como los de enfermería y los de índole social.

Es así como pensamos que puede cumplirse la premisa que exponía en la introducción: considerar al enfermo como un todo biopsicosocial, esto es, como una persona integral, no dividida en partes, lo cual, a su vez, permite el trabajo en equipo de los profesionales que han de atenderle (ver gráfico 6).

Esa hoja que recoge los datos sociales para la historia del enfermo, además de la indentificación personal, incluye los siguientes apartados:

1. Una síntesis del problema por el que se solicita la intervención del Departamento de Trabajo Social y el origen de esa solicitud —profesional y servicio—. Estos son los datos que deben estar cumplimentados al hacer la solicitud de intervención; así se establece la misma metodología de trabajo que se emplea para una petición de interconsulta, de pruebas complementarias o de cualquier otra intervención necesaria para completar el diagnóstico o tratamiento del enfermo. El resto de los datos corresponde cubrirlos al trabajador social que se hace cargo de la intervención.

2. Composición familiar, características de la vivienda, nivel de satisfacción relacional. Estos elementos, sin ser exhaustivos, contribuirán a establecer el diagnóstico social de esa persona.

3. Con los datos obtenidos hasta aquí, conseguidos a través de entrevista personal con el enfermo y/o su familia, entrevista que sirve también para conocer la visión que el interesado tiene del problema, el trabajador social está en condiciones de plantear no sólo un diagnóstico sino el posible tratamiento que, desde la vertiente social, pueda contribuir a la curación o mejora del enfermo.

4. Por último, incluimos un apartado para el seguimiento de la evolución y evaluación de los resultados que puedan llevar, si llega el caso, a cambiar el tratamiento establecido.

De este documento se hacen tres ejemplares: uno se incorpora a la historia del enfermo; otro queda en el Departamento de Trabajo Social; el tercero se envía a los Servicios Sociales municipales con el fin de que, por parte de ellos, si procede, exista un seguimiento cuando vuelve el enfermo a su domicilio. Además, tanto los Servicios Sociales municipales como a los distintos servicios del hospital, se les envía semestralmente la información globalizada y elaborada relativa a toda esta actividad.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA RECIBIDA EN EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL ENTRE MARZO Y SEPTIEMBRE DE 1988

Veremos ahora una muestra de la información que elaboramos y enviamos a los servicios, tal como acabo de decir.

A través del instrumento ya comentado —«Datos sociales para la historia del enfermo»— evaluamos, en primer lugar, qué tipo de demanda en general llega al departamento; ésta se ordena de mayor a menor así:

1. Problemas relacionados con la tercera edad (40,17 por 100).
2. Demandas de información, trámites burocráticos o administrativos (25,76 por 100).
3. Asuntos que tienen que ver con la familia, la infancia y la juventud (17,90 por 100).
4. Problemas derivados de la drogodependencia (11,79 por 100) (ver gráfico 7).

En segundo lugar veremos esa misma demanda según los servicios clínicos que la hacen:

Servicio de Medicina Interna:

1. Tercera edad (71,25 por 100).
2. Problemas burocráticos (12,50 por 100).
3. Familia (8,75 por 100) (ver gráfico 8).

Servicio de Cirugía:

1. Tercera edad (55,00 por 100).
2. Problemas burocráticos (30,00 por 100).
3. Salud mental y toxicomanías (10,00 por 100) (ver gráfico 9).

Servicio de Traumatología:

1. Tercera edad (45,45 por 100).
2. Problemas burocráticos (36,36 por 100).
3. Salud mental y problemas económicos (9,09 por 100) (ver gráfico 10).

Servicio de Ginecología y Obstetricia:

1. Familia e infancia (42,50 por 100).
2. Problemas burocráticos (32,50 por 100).
3. Problemas económicos (17,50 por 100) (ver gráfico 11).

Servicio de Pediatría:

1. Familia e infancia (53,85 por 100).
2. Problemas burocráticos (30,77 por 100).
3. Salud mental y toxicomanías (15,38 por 100) (ver gráfico 12).

Servicio de Urgencias:

1. Tercera edad (43,75 por 100).
2. Salud mental y toxicomanías (34,38 por 100).
3. Familia e infancia (12,50 por 100) (ver gráfico 13).

Terminaré mostrando cómo se distribuye la misma demanda según sea el profesional que la emite:

Los médicos hacen las siguientes demandas:

1. Temas de tercera edad (60,42 por 100).
2. Problemas burocráticos (20,83 por 100).
3. Familia e infancia (8,33 por 100) (ver gráfico 14).

Las enfermeras se manifiestan así:

1. Tercera edad (33,33 por 100).
2. Familia e infancia (27,27 por 100).
3. Problemas burocráticos (21,21 por 100) (ver gráfico 15).

CONCLUSION

Nuestra aportación, como decía al principio, pretende servir a los objetivos ya expuestos que, de cumplirse, fomentarían el trabajo en equipo de los profesionales y redundaría en beneficio de la persona enferma y de la sociedad, ya que las instituciones ante el conocimiento de la problemática o demanda planteada deberían dar respuestas resolutivas que llevaran al tan preconizado estado de bienestar.

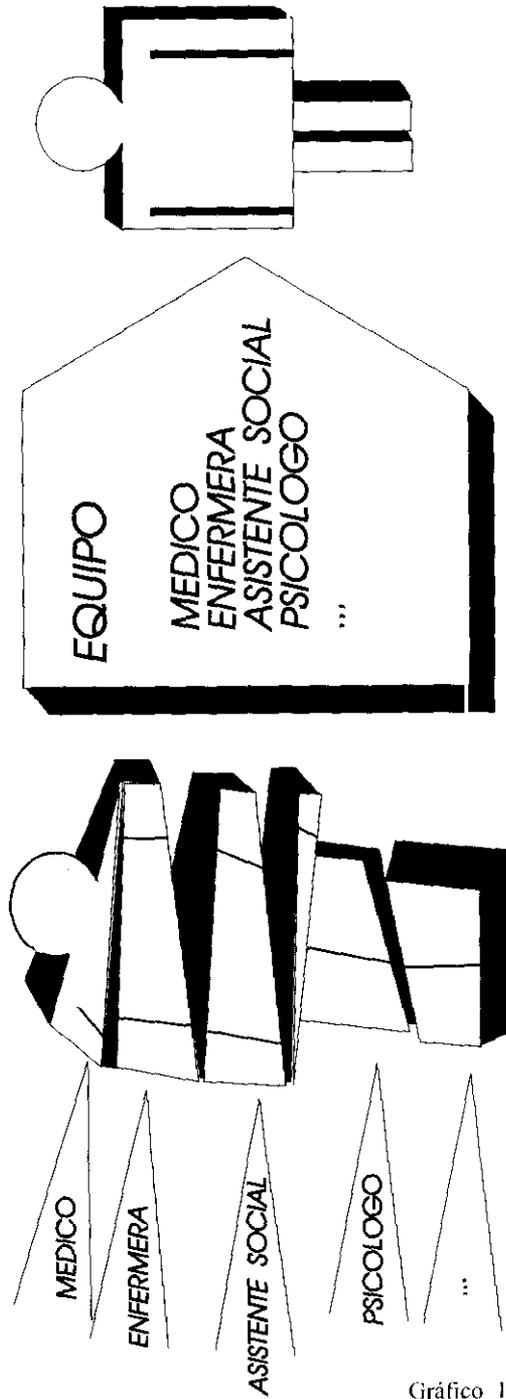
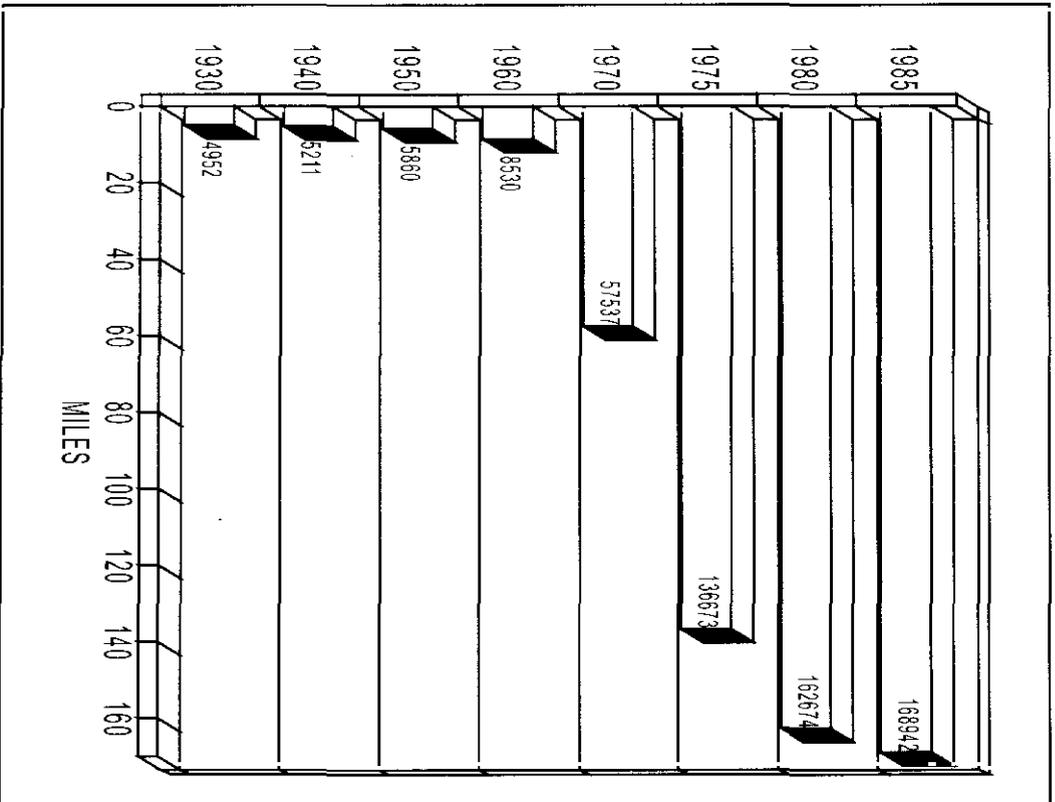


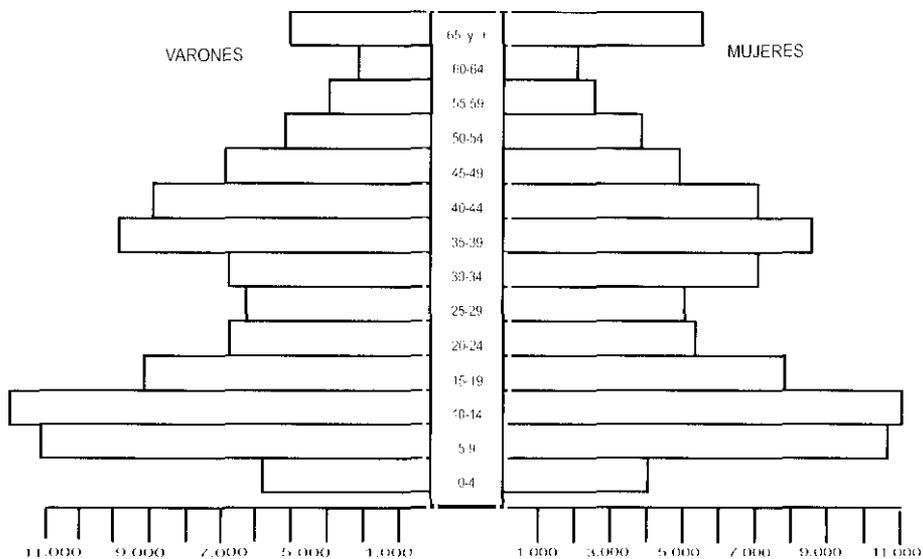
Gráfico 1

EVOLUCION DE LA POBLACION EN LEGANES (DE 1930 A 1985)



FUENTE: Elaboración propia en base a los datos del Censo Municipal

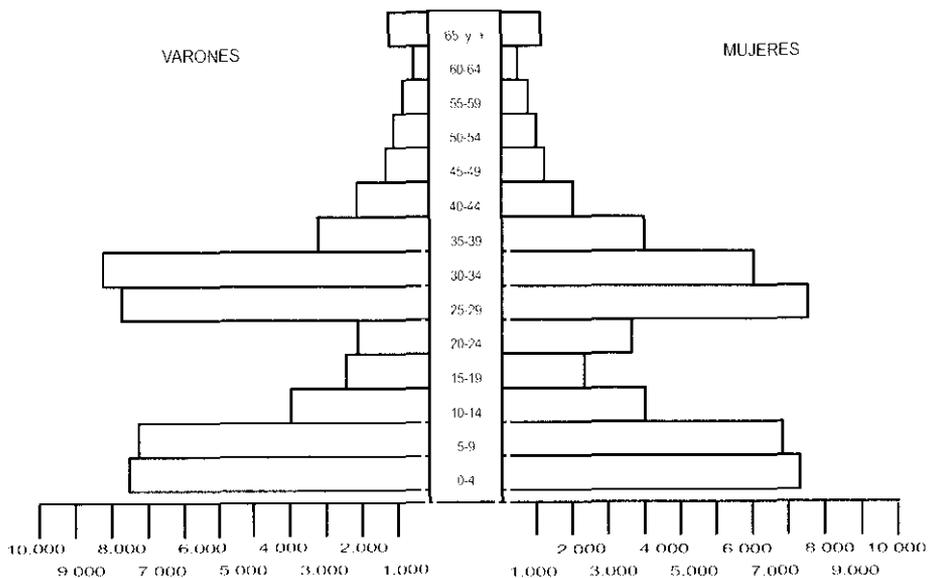
PIRAMIDE DE POBLACION. LEGANES, 1985



ELABORACION PROPIA
FUENTE: CENSO MUNICIPAL

Gráfico 3

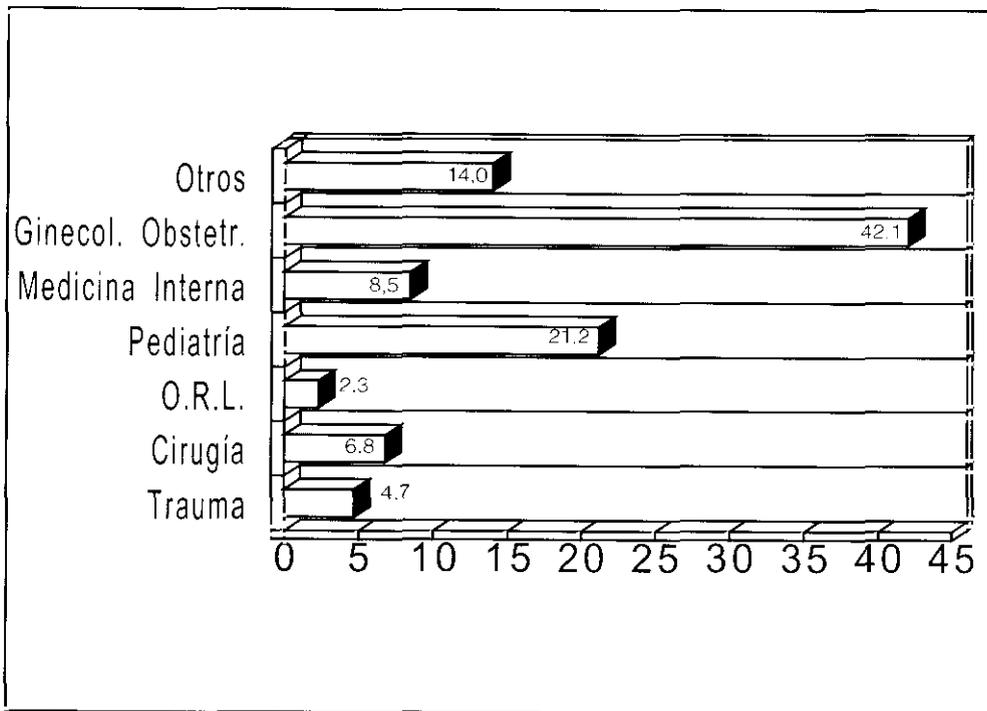
PIRAMIDE DE POBLACION. FUENLABRADA, 1984



ELABORACION PROPIA
FUENTE: CENSO MUNICIPAL

Gráfico 4

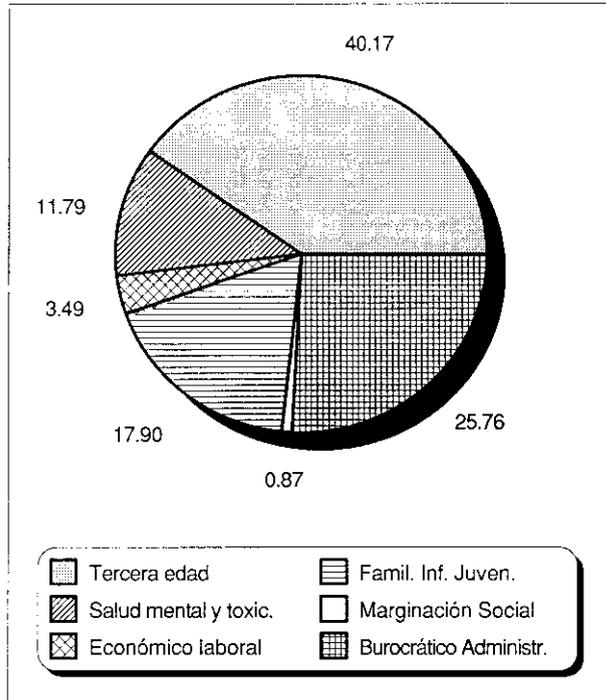
INGRESOS EN LOS HOSPITALES DE REFERENCIA POR SERVICIOS
PROCEDENTES DE LEGANES Y FUENLABRADA



ELABORACION PROPIA.

FUENTE: REGISTRO DE INGRESOS EN LOS HOSPITALES DE REFERENCIA.

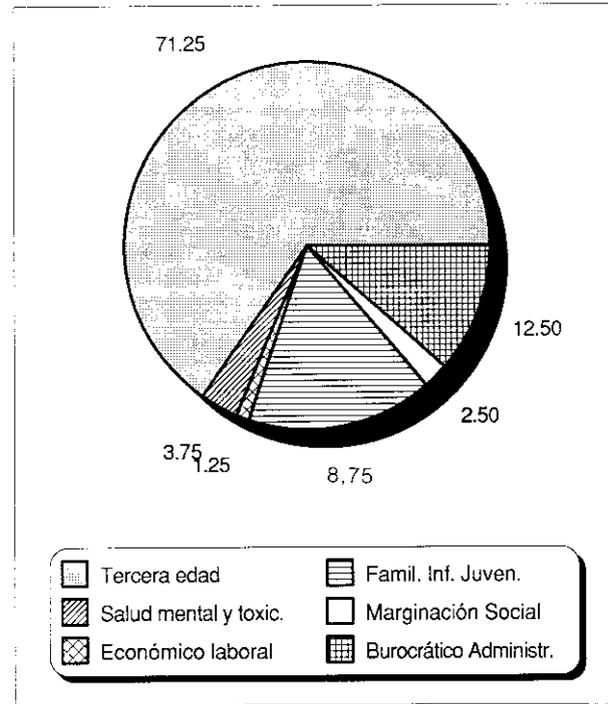
DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
DEL HOSPITAL SEVERO OCHOA (Septiembre 1988)



ELABORACION PROPIA
FUENTE: REGISTRO DE LA DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Gráfico 7

DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA



ELABORACION PROPIA
FUENTE: REGISTRO DE LA DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Gráfico 8

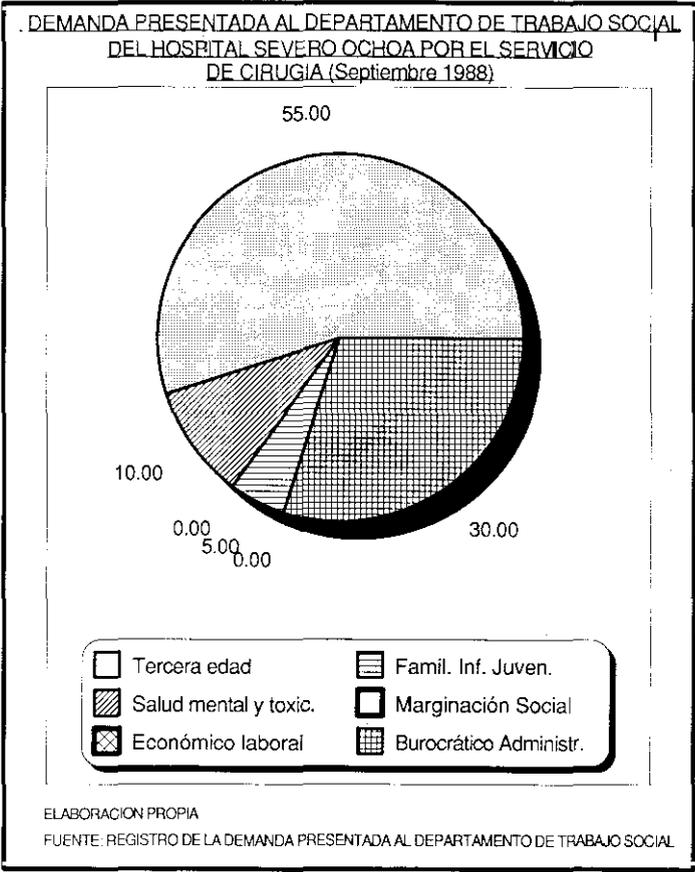
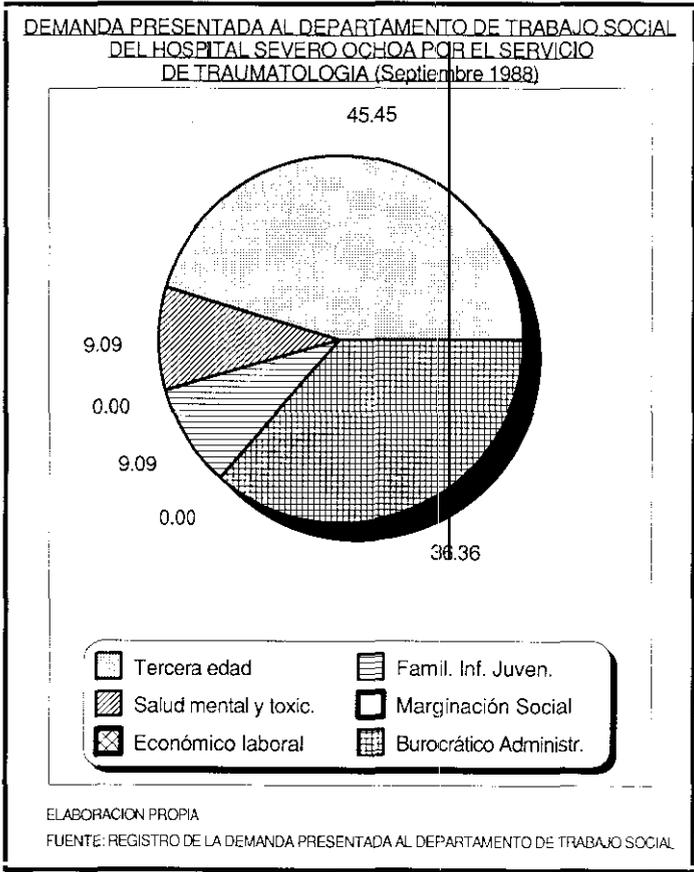
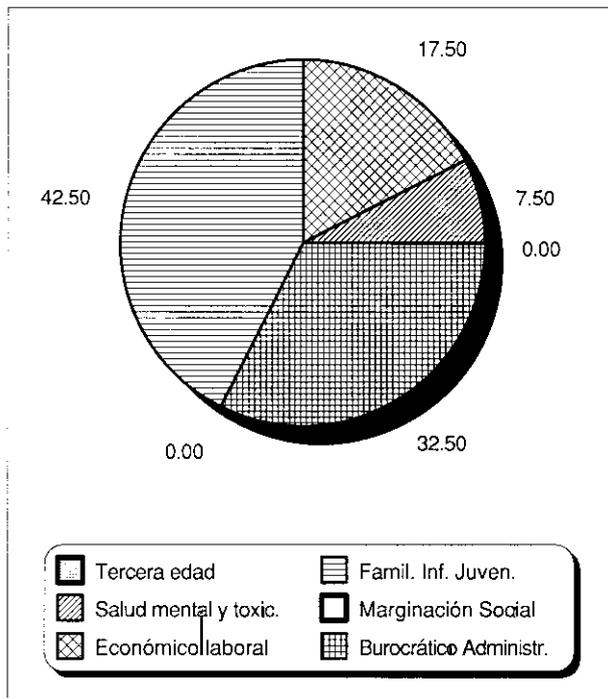


Gráfico 10

Gráfico 9

DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL SEVERO OCHOA POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (Septiembre 1988)

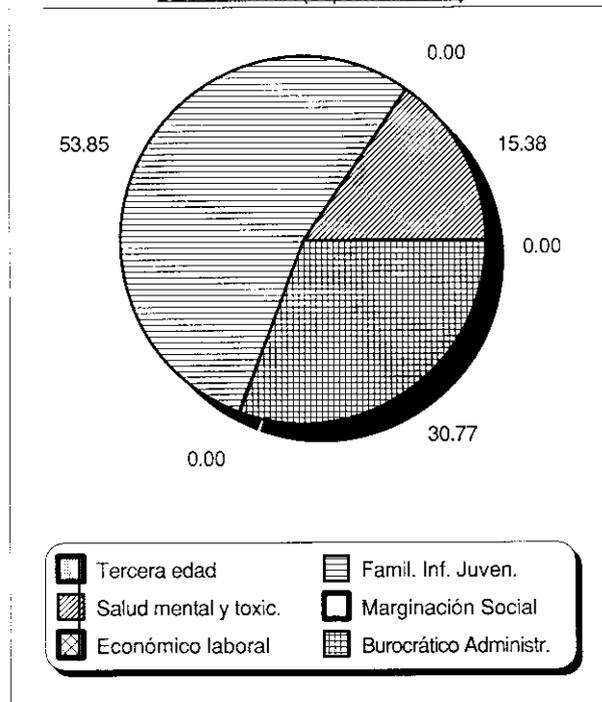


ELABORACION PROPIA

FUENTE: REGISTRO DE LA DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Gráfico 11

DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL SEVERO OCHOA POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA (Septiembre 1988)



ELABORACION PROPIA

FUENTE: REGISTRO DE LA DEMANDA PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Gráfico 12

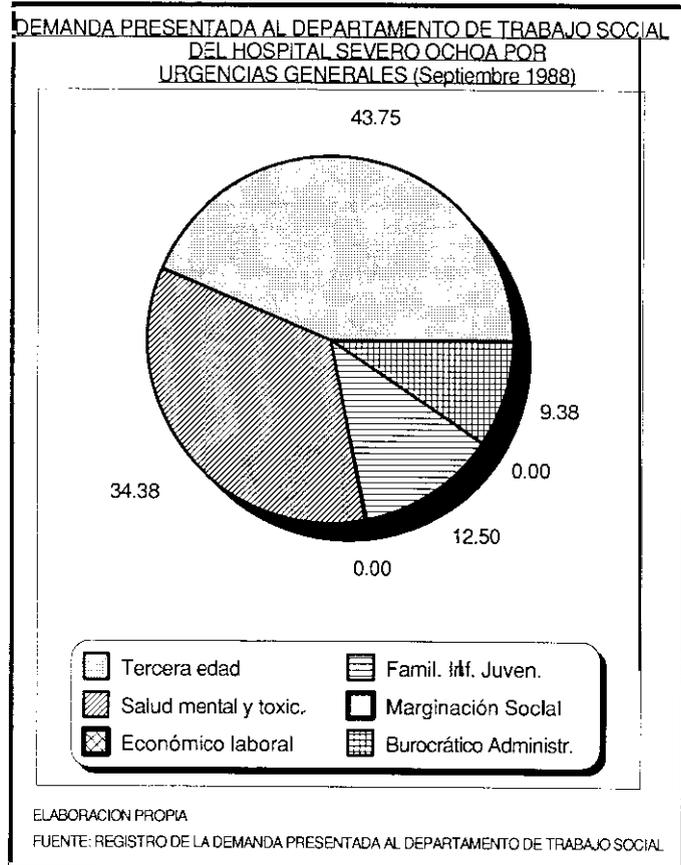
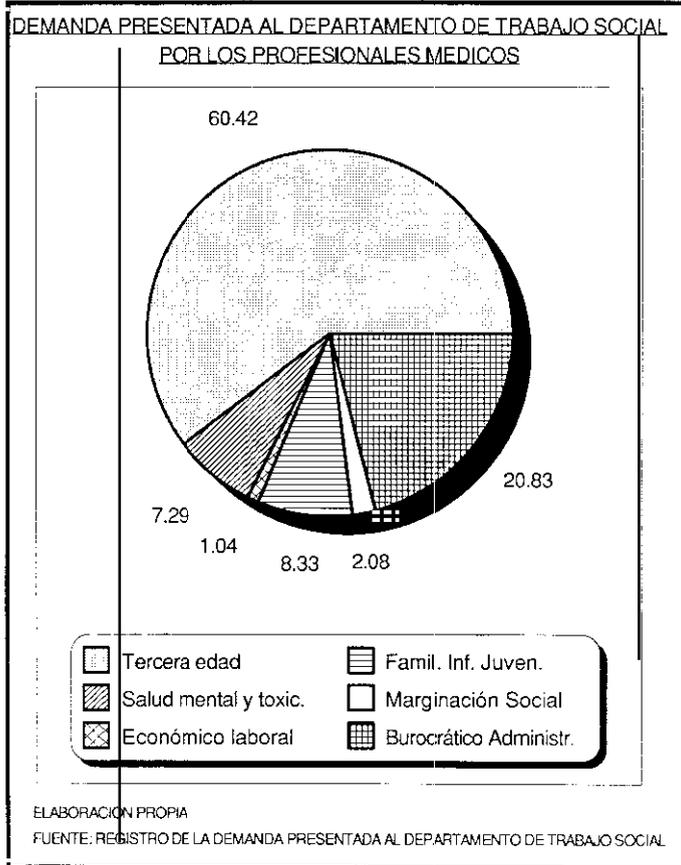


Gráfico 14

Gráfico 13

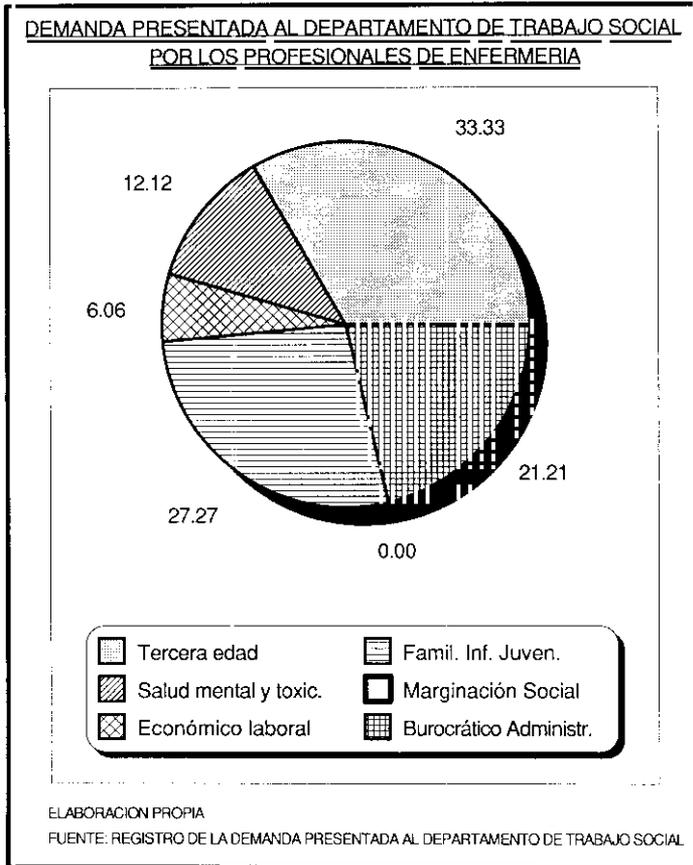


Gráfico 15