

Trabajo final de grado

El reconocimiento del trabajador social sanitario en el Hospital Clínic y en el Hospital Vall d'Hebron

Laura Ferrari Costa

Grado en Trabajo Social. Itinerario en salud y promoción de la autonomía
Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés. Universitat Ramon Llull

Tutora: Dra. M^a Tereza Leal Cavalcante

Curso 2015-2016

Fecha de depósito: 2 de mayo 2016

Agradecimientos:

En primer lugar me gustaría agradecer de manera muy especial a mi tutora, la Dra. Tereza Leal, por el acompañamiento que me ha realizado desde el primer momento y la gran dedicación que ha puesto.

Quiero también agradecer a todas las personas que han participado en este trabajo voluntariamente: a todas las trabajadoras sociales del hospital Clínic y del hospital Vall d'Hebron, a la responsable de la comisión de salud del colegio de trabajo social de Catalunya y a Dolors Colom. Sin su participación este trabajo no habría sido posible.

Finalmente, mencionar el gran apoyo y motivación que he recibido por parte de mis compañeras de universidad, de mi pareja, de mis padres y de mi hermano.

Gracias a todos.

Título: El reconocimiento del trabajador social sanitario en el Hospital Clínic y en el Hospital Vall d'Hebron.

Resumen

El presente trabajo es una investigación aplicada que pretende aproximarse a la figura del trabajador social sanitario. El estudio se centra en la percepción que tienen las trabajadoras sociales sanitarias de dos hospitales terciarios de la ciudad de Barcelona sobre su quehacer profesional. El objetivo principal de la investigación consiste en conocer la valoración que estas trabajadoras sociales sanitarias tienen sobre su profesión. La metodología de esta investigación ha partido de una perspectiva cualitativa mediante entrevistas realizadas a estas profesionales.

Palabras clave: trabajo social, trabajo social sanitario, profesional sanitario, hospital, reconocimiento

Resum

El present treball és una recerca aplicada que pretén aproximar-se a la figura del treballador social sanitari. L'estudi es centra en la percepció que tenen les treballadores socials sanitàries de dos hospitals terciaris de la ciutat de Barcelona sobre el seu quefer professional. L'objectiu principal de la recerca consisteix en conèixer la valoració que aquestes treballadores socials sanitàries tenen sobre la seva professió. La metodologia d'aquesta recerca ha partit d'una perspectiva qualitativa mitjançant entrevistes realitzades a aquestes professionals.

Paraules clau: treball social, treball social sanitari, professional sanitari, hospital, reconeixement

Abstract

This essay is an applied research that offers a closer look to the figure of social workers in healthcare. The research focuses on the perception of healthcare social workers from two tertiary hospitals in the city of Barcelona regarding their work. The main objective of the research is to understand how these social workers value their profession. The methodology is qualitative and based on interviews with social work professionals.

Keywords: social work, social work in healthcare, healthcare provider, hospital, appreciation

Índice

1. Introducción	1
2. Justificación.....	1
3. Marco teórico.....	3
3.1 Antecedentes del trabajo social sanitario.....	3
3.2 ¿Qué es el trabajo social sanitario?	7
3.2.1 ¿Qué es el trabajo social hospitalario?	9
3.3 Funciones del trabajador social sanitario	11
3.4 El trabajador social sanitario dentro del equipo multidisciplinar.....	12
3.5 Método del trabajo social sanitario	16
3.6.1 La planificación del alta hospitalaria.....	19
3.6 Reconocimiento del trabajo social sanitario	21
3.7 El futuro de los trabajadores sociales sanitarios	23
4. Hipótesis y objetivos.....	24
4.1 Hipótesis	24
4.2 Objetivo general	24
4.3 Objetivos específicos.....	24
5. Metodología	25
5.1 Muestra.....	25
5.2 Tipología e instrumentos	31
6. Resultados	35
7. Análisis y discusión	49
8. Conclusiones.....	54
9. Bibliografía	58

1. Introducción

El presente trabajo final de grado (TFG), es un trabajo de investigación aplicada que pretende contribuir al campo del trabajo social sanitario a partir de resultados empíricos extraídos de metodologías cualitativas.

Se trata de una investigación aplicada al respecto del papel desempeñado por las trabajadoras sociales de dos hospitales de Barcelona. Se han aplicado entrevistas de carácter cualitativo con la finalidad de conocer la percepción de estas profesionales al respecto de su práctica profesional. El objetivo que presenta la investigación se basa en profundizar sobre el papel del trabajo social en el ámbito sanitario.

Dentro del ámbito sanitario, el presente trabajo se centra en la atención especializada, en concreto la hospitalaria, basado en el papel que desempeñan las trabajadoras sociales del Hospital Clínic y el Hospital Vall d'Hebron. Realicé las prácticas de trabajo social en estos dos hospitales, donde las trabajadoras sociales son las únicas profesionales del equipo multidisciplinar que no provienen del campo de la salud.

El trabajo está estructurado en cinco bloques. En el primero de ellos, el marco teórico, se expone la base teórica del trabajo social sanitario basada en bibliografía de diferentes autores relevantes en el ámbito, como Dolors Colom, Amaya Ituarte o Pilar Porcel, y en una entrevista de profundización teórica. A continuación, se presenta la hipótesis principal de este trabajo junto con los objetivos que se pretenden alcanzar. La tercera parte es la metodología, que describe una técnica cualitativa, la entrevista, utilizada para la aproximación a la realidad del trabajo social sanitario del Hospital Clínic y el Hospital Vall d'Hebron. Además también se ha contado con una entrevista a la responsable de la comisión de salud del Colegio de trabajo social de Catalunya como contraste y complemento a las demás. Por fin, se muestran los resultados extraídos de estas técnicas y su posterior análisis y discusión.

2. Justificación

La realización de esta investigación tiene diferentes motivaciones. La primera de ellas viene dada por el reconocimiento de que el ámbito de la salud es un gran empleador de trabajadores sociales.

Colom (2011), manifiesta que en 1987, en un artículo firmado por el Dr. Palafox, se señala que el campo sanitario era el mayor empleador de asistentes sociales.

De acuerdo con la Mesa del 3r sector (2014), hay 1381 entidades sociales en el área de Barcelona, un 28 % de ellas son del ámbito de la salud. A este porcentaje hay que añadirle, según datos del Ayuntamiento de Barcelona (2015), los 8 hospitales públicos, los 74 centros de atención primaria, los 15 centros socio-sanitarios, los 8 centros de salud mental infantil y juvenil, los 16 centros de salud mental de adultos y los 14 centros de atención y seguimiento a las drogodependencias, que hay en la ciudad de Barcelona y en los cuales cuentan con trabajadores sociales.

La siguiente motivación viene dada por la ausencia de reconocimiento como profesión. Ituarte (2009) refiere que los trabajadores sociales sanitarios, no siempre están considerados parte del equipo y lo que se espera de ellos es solucionar problemas relacionados con recursos sociales, únicamente.

Porcel (2008) manifiesta que en el año 2003, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, publicó el libro blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña. Entre estas profesiones se encuentra el trabajo social pero expresa que los grandes olvidados son ellos.

La tercera y última motivación, está relacionada directamente con las dos anteriores y viene dada por observaciones que realicé durante las prácticas de trabajo social en el ámbito de la salud, referentes a la ambivalencia de la figura del trabajador social.

Realicé las prácticas en el ámbito hospitalario en dos hospitales terciarios de la ciudad de Barcelona: el hospital Clínic y el hospital Vall d'Hebron. En ambos hospitales, el trabajador social forma parte del equipo multidisciplinar, siendo el único profesional que no procede del ámbito sanitario, sino del social. Se pudo observar la diferencia entre el conocimiento o desconocimiento por parte de los demás profesionales hacia las funciones del trabajador social, cuál es el límite de su intervención y el reconocimiento de esta profesión.

De este modo, con la presente investigación se pretende ver si los trabajadores sociales de estos hospitales consideran si están reconocidos o no, y cuáles son los factores que, según su opinión, influyen en este aspecto. Con los resultados extraídos de las entrevistas pasadas a los trabajadores sociales de estos hospitales, se pretende, por intermedio de una investigación cualitativa, superar la mera observación que se realizó en las prácticas y acercarse a la percepción de los profesionales de trabajo social sanitario de una forma sistemática y rigurosa.

3. Marco teórico

El presente marco teórico está dividido en diferentes apartados. El primero de ellos trata sobre los antecedentes del trabajo social sanitario para poder situar al lector en la evolución de la profesión; a continuación se expone un apartado sobre las diferentes definiciones del trabajo social sanitario para continuar con otro bloque sobre las funciones de esta profesión; seguidamente se describe el papel del trabajador social sanitario dentro del equipo multidisciplinar enlazando con el método utilizado en la actividad profesional; posteriormente se presenta el bloque más relevante para la investigación, el reconocimiento del trabajo social sanitario, para finalizar con un último apartado sobre el futuro de la profesión.

El marco teórico está basado en la producción científica de trabajadoras sociales referentes en el ámbito de la salud, como Dolors Colom, Amaya Ituarte o Pilar Porcel, así como diferentes artículos extraídos de la Revista de Trabajo Social y Salud, de la Revista Ágathos, de diferentes autores que han escrito sobre el tema y de un blog escrito por una trabajadora social. Además, se ha podido contar con una entrevista realizada a Dolors Colom que ha servido para ampliar información sobre algunos conceptos clave presentes en este trabajo.

3.1 Antecedentes del trabajo social sanitario

De acuerdo con Díaz, Diaz-Faes, Suárez, Villazón y Casero (2002), fue en EE.UU. a principio del siglo XX, en el año 1905, cuando aparece por primera vez la figura del trabajo social sanitario, en concreto, en el ámbito hospitalario. Fue el Dr. Cabot quien creó el primer servicio social hospitalario en el Massachusetts General Hospital (Boston) y contrata a la primera trabajadora social en el ámbito de la salud, surgiendo así una nueva profesión encargada de complementar una parte del diagnóstico del paciente: la parte social.

De acuerdo con Colom (2011), la experiencia y visión del Dr. Cabot, su impulso del trabajo social sanitario, llegó hasta la Universidad de Harvard donde, mediante un curso formativo impartido por la jefa del servicio de trabajo social, se instruyó en dicha materia a los médicos estudiantes del Massachusetts General Hospital.

En el año 1917, Ida M. Canon señaló que “la eficacia y eficiencia médica no son posibles sin el trabajo social sanitario” (Canon, 1917, p. 159).

En 1948 la OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). De acuerdo con Porcel (2008), es a raíz de esta definición que se da importancia a los elementos sociales de la vida de las personas. “La salud y la enfermedad son procesos sociales y personales en las que lo somático, lo psicológico y lo social son tres aspectos relacionados e indisolubles” (Ituarte, 2009, p. 4).

De acuerdo con Ituarte (2009):

La definición de Salud de la OMS supuso un importante avance sobre concepciones anteriores, que reducían la salud a la ausencia de enfermedad. Introdujo la necesidad de tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales, además de los físicos o somáticos. Sin embargo, no es suficientemente explicativa, ni universalmente aplicable, es absoluta y atemporal. No tiene en cuenta los aspectos subjetivos. Parece establecer una preeminencia de lo físico sobre lo psicológico y social, que no se justifica; y finalmente es poco operativa. (p. 3).

Respecto a la aparición de la figura del trabajador social sanitario en España y Cataluña, de acuerdo con Díaz et al. (2002), fue en la década de 1960 cuando emergió en los hospitales generales y los hospitales psiquiátricos.

A diferencia de EE.UU., “en España predominaba la actividad burocrática y la atención puntual de aquellos problemas sociales que alteraban la dinámica del hospital, pero sin ninguna influencia en el equipo sanitario ni en el proceso de atención del paciente”. (Díaz et al., 2002, p. 19).

De acuerdo con Colom (2011), en 1961 se firmó la Carta Social europea en el cual dos artículos se referían a la asistencia social y médica y al derecho a los beneficios de los servicios sociales.

Según Colom (2011), en 1978 coincidieron dos eventos que pueden considerarse un eje en la evolución del sistema sanitario y del trabajo social en el ámbito de la salud: la Declaración de Alma-Ata y la aprobación de la Constitución española. Colom (2011) refiere que la Declaración de Alma-Ata dio una definición de salud que sigue siendo un referente para

profesionales y políticos, en la que se cita específicamente al trabajo social sanitario como una de las profesiones con responsabilidad en el nuevo panorama profesional.

Colom (2011) refiere que, cuando a finales de los setenta se empezaron a generalizar los servicios de trabajo social sanitario, las funciones asumidas por cada uno de ellos eran ambiguas. Esto condujo a que se crearan servicios de trabajo social sanitario al uso y sin un encargo específico.

En el año 1982, la OIT (Organización Internacional de Trabajadores) reconoció la profesión del trabajador social incluyendo nueve especializaciones posibles, entre ellas el ámbito de la salud, desde donde se trabaja la prevención y la educación sanitaria desarrollando políticas. De acuerdo con Díaz et al. (2002), la Federación Internacional de Trabajo Social, corrobora y ampara esta clasificación de especializaciones.

De acuerdo con Colom (2011), en 1983 España asumió el Convenio Europeo de asistencia social y médica, en el cual dos artículos expresan la importancia de la ayuda desde el trabajo social sanitario dentro del sistema de salud actual.

En 1984 se crea el Real Decreto 137/84 en el cual se divide el sistema de salud en atención primaria y especializada, con la consecuente creación de los EAP (Equipo de Atención Primaria) donde las trabajadoras sociales forman parte del equipo, amparadas por el artículo 31 de dicho Decreto (Burgos, Pérez y Sánchez, 2009).

De acuerdo con Díaz et al. (2002), en los años siguientes a 1984 se fue contratando progresivamente a trabajadoras sociales sanitarias, tanto en atención primaria como especializada hasta el año 1987. Es importante mencionar que se incorporó a trabajadoras sociales sanitarias “no por voluntad de gestores sino por prescripción legislativa” (Porcel, 2008, p. 29).

En ese mismo año, 1987, el INSALUD (antiguo Sistema Nacional de Salud), crea un decreto en el cual las unidades de Trabajo Social desaparecen y “queda sin validez el único antecedente normativo sobre organización y funciones que les confería independencia organizativa y unificaba criterios de actuación para todos los hospitales” (Díaz et al., 2002, p. 22). Únicamente se prevé esta figura en la Junta Técnico asistencial y en las comisiones de valoración de interrupción voluntaria de embarazo y bioética.

En el ámbito universitario, de acuerdo con Colom (2011), la importancia del trabajo social sanitario aparece en 1987, en un artículo firmado por el Dr. Palafox, profesor de la Escuela Universitaria de Trabajo social de la Universidad Complutense de Madrid, en donde se señala que el campo sanitario era el mayor empleador de asistentes sociales.

Según el Consorcio de salud y social de Catalunya (2015), a partir de 1989 se vuelve a contratar a trabajadoras sociales sanitarias, de este modo todos los hospitales fueron incorporando a trabajadores sociales sanitarios a su plantilla de personal.

Durante la década de 1990 no hubo cambios a nivel legislativo ni de contrataciones. En relación a la década del 2000, Colom (2008) manifiesta que a partir de esta década el trabajo social sanitario se consolida como ámbito de trabajo aunque:

Las realidades actuales de los modelos de gestión sanitaria, las exigencias de eficacia del sistema tanto en la optimización de recursos como en el logro de la mejora del grado de salud de individuos y colectivos, los avances tecnológicos en medicina y sobre todo los cambios en la dinámica familiar y social, provocan situaciones de conflicto difíciles de resolver con organizaciones pensadas para otros tiempos. (p.15).

A raíz de la crisis económica del año 2008, las presiones y exigencias del sistema anteriormente expuestas, afectaron al trabajo social sanitario, además de tener que redefinir la profesión. Colom (2008) refiere que “el binomio enfermedad - problema o dificultad psicosocial requiere del sistema sanitario acciones que den forma a ese suelo discursivo tan prometedor de la atención integral” (p.16), a la vez que se definen nuevos procesos de trabajo con implicaciones directas en las funciones que cumple el trabajador social sanitario.

Así pues, en este bloque se ha podido apreciar la evolución de la profesión, que empezó a principio del siglo XX en EE.UU. y se fue consolidando en otros países a partir de 1948 con la definición de salud que proporcionó la OMS en donde se concibe la perspectiva social de la persona como algo fundamental en su salud. A raíz de esta definición aparecen las primeras trabajadoras sociales sanitarias contratadas en hospitales en España, no obstante, tenían funciones más encaminadas a la burocracia y no hacia una intervención social como se entiende actualmente. En las décadas de 1970 y 1980 hubo dos acontecimientos relevantes en los antecedentes de la profesión: la declaración de Alma-Ata y el reconocimiento del trabajo social sanitario por parte de la OIT, lo que generó que el ámbito de la salud fuera el mayor empleador de trabajadoras sociales. En la década del 2000 el trabajo social sanitario se consolidó como profesión peor a raíz de la crisis económica del año 2008, la profesión tuvo que redefinirse.

3.2 ¿Qué es el trabajo social sanitario?

Partiendo de la base de que los antecedentes implicaron todo lo anteriormente expuesto, en el siguiente bloque se procede a explicar de forma teórica qué es el trabajo social sanitario.

La primera persona que definió el trabajo social sanitario fue la precursora del trabajo social, Mary Richmond, en 1922: “es la intérprete de la población ante el hospital y la del hospital ante la población” (Richmond, 1922, p. 137).

“Los trabajadores sociales sanitarios aportan información básica sobre la persona y su familia, valiosa para el diagnóstico global del caso y el posterior seguimiento, así como para resolver situaciones en el alta hospitalaria” (Colegio de Trabajadores sociales de Cataluña, 2004, p. 17).

Según Porcel (2008), el trabajador social es la única figura dentro del equipo sanitario que tiene formación académica para intervenir sobre la parte social del paciente. Colom (2008) refiere que el trabajador social sanitario es el profesional del equipo multidisciplinario que se encarga de los aspectos sociales de la enfermedad padecida por los pacientes atendidos en cualquier nivel de asistencia sanitaria. “El trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención socio sanitaria o la atención especializada” (Colom, 2010, p. 109).

Colom (2008) refiere que hay cuatro pilares que sostienen la presencia del trabajador social en el ámbito de la salud. El primero de ellos es que el ser humano es una unidad psicosomática y social, es decir, la atención sanitaria nunca debe dejar de lado al enfermo ni a su medioambiente. En segundo lugar, se encuentra que la enfermedad siempre es una ruptura de lo vital, es decir, la enfermedad fractura la dinámica social de la persona que la padece. En tercer puesto, se encuentra que el enfermo, antes de ser una persona enferma bajo la tutela del sistema sanitario, ha sido una persona en su domicilio, por lo tanto, la persona no puede verse separada de su entorno social. En último lugar, se encuentra que el enfermo necesita confiar en su autonomía psicosocial, en este caso, el trabajador social ayuda al enfermo a gestionar pérdidas, a reelaborar sus miedos o a planificar el futuro a medio/largo plazo.

Colom (2008), manifiesta que la enfermedad genera muchos movimientos internos en la persona y en su familia, es por este motivo que muchas veces los usuarios de los trabajadores sociales sanitarios son, a su vez, usuarios de otros trabajadores sociales de otros ámbitos y servicios.

Siguiendo con la importancia de la presencia de los trabajadores sociales sanitarios, Ituarte (2009), refiere que los trabajadores sociales sanitarios aportan:

La comprensión de la interrelación entre factores psicosociales y calidad de salud de individuos, grupos y comunidades. También el estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones concretas de malestar psicosocial que inciden en la aparición o exacerbación de trastornos físicos y/o mentales, o que puedan producirse como consecuencia de procesos patológicos y que deben ser tenidas en cuenta en el contexto general de la intervención sanitaria. (p. 7).

El trabajador social sanitario “aporta eficacia al propio sistema sanitario, y evita actividad extra derivada de soportes psicosociales débiles de las personas enfermas. Dicho de otro modo, lo psicosocial abraza lo sanitario, que siempre es una parte del caso social” (Colom, 2010, p. 112). La misma autora manifiesta que el trabajo social sanitario aplica de manera implícita técnicas e instrumentos de *management*, combina conocimientos, habilidades, técnicas y recursos.

Colom (2011) refiere:

El trabajo social sanitario es el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. Considera no sólo las necesidades sanitarias que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento terapéutico, el cumplimiento terapéutico, en las condiciones óptimas. (p. 14).

La Agencia Valenciana de Salud (2012) afirma que:

El Trabajo Social en el ámbito de la salud es la actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina. (p. 12).

Como último dato de trabajo social sanitario, cabe mencionar que en el proceso de acreditación de hospitales de agudos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, se recoge como requerimiento que "la organización disponga de una unidad funcional de atención social, con una persona responsable identificable, para dar respuesta a los problemas sociales derivados de las necesidades asistenciales de sus clientes" (Consortio de salud y social de Catalunya, 2015, p.8).

Como se ha podido apreciar en este apartado, se dispone de diferentes definiciones del trabajo social sanitario pero todas ellas parten de la misma base: es una disciplina social que requiere de una formación académica específica para poder intervenir sobre la parte social del paciente, que aporta información sobre esta persona y su familia para poder realizar el diagnóstico global del caso, de esta manera se aporta eficacia al propio sistema de salud ya que evita actividad extra causada por problemas psicosociales derivados de la salud del paciente.

3.2.1 ¿Qué es el trabajo social hospitalario?

Al tratarse la presente investigación sobre el trabajo social sanitario en dos hospitales de Barcelona, se procede a esclarecer brevemente qué es el trabajo social hospitalario.

Colom (2008) refiere:

El trabajador social hospitalario detecta y analiza, considera las variables que inciden en el bienestar de la persona y su familia durante el tiempo de atención en el establecimiento y después ya en el domicilio. Interviene, en especial, sobre las dificultades sociales sobrevenidas, o crecidas, a raíz de una enfermedad aguda imposible de atender en la atención primaria. (p. 103).

De acuerdo con Colom (2008), el trabajador social hospitalario considera la gravedad de la enfermedad y el soporte social necesario en el domicilio, el cual compara con las posibilidades disponibles dentro del núcleo familiar. "Ello implica establecer un plan de trabajo orientado a evitar la pérdida de la calidad de vida o de marginación social por causa de la enfermedad" (Colom, 2008, p. 103).

Colom (2008), concluye que el trabajador social hospitalario se apoya en diferentes variables de la persona y su entorno, ya sean cualitativas como la actitud de la persona, el apoyo real

de la familia o maneras de expresar el problema; o cuantitativas, es decir, indicadores como reingresos anteriores, periodicidad o personas con las que convive.

De acuerdo con Colom (2011) existen unos criterios de riesgo social que son la puerta de entrada al estudio social sanitario sin una demanda previa de la persona o de otros profesionales. Para esta misma autora, éstos son los siguientes:

ADULTOS	MENORES DE EDAD
Tener más de 75 años	Hijos de madres adolescentes
Tener más de 70 años y vivir solo o con pareja de edad similar.	Diagnóstico de enfermedad crónica
Tener más de 70 años y padecer una enfermedad crónica.	Diagnóstico de enfermedad rara
Tener más de 70 años y haber ingresado anteriormente.	Menores portadores del virus del VIH
Tener más de 70 años e ingresar por caída o fractura.	Hijos de padres toxicómanos
Tener más de 70 años y haber sido dado de alta dentro de los 15 días anteriores al ingreso actual.	Lesiones por supuestos malos tratos
Ingresar a consecuencia de un accidente vascular cerebral.	Menores que presentan reingresos
Padecer una enfermedad terminal.	Menores con enfermedades terminales
Padecer una enfermedad mental.	
Padecer una toxicomanía	
Haber sufrido un politraumatismo.	
Lesiones de supuestos malos tratos	
Intentos de autolisis	

Elaboración propia a partir de Colom (2011)

Colom (2011) refiere que estos criterios de riesgo social se deben identificar cuanto antes. Cabe mencionar, que los criterios de riesgo social no son sinónimo de problema social. “Los criterios de riesgo social son características que se van repitiendo y se han observado que están presentes en algunos de los casos sociales atendidos con anterioridad” (Colom, 2011, p. 167)

De acuerdo con la misma autora, cuando se han definido estos criterios de riesgo social, todas las personas atendidas en el establecimiento que presentan alguno de ellos entran en el procedimiento de *screening*, que permite identificar a aquellas personas que no requieren intervención de las que sí lo requieren; las seleccionadas pasan un segundo *screening*, en este caso realizado por profesionales del trabajo social sanitario. De acuerdo con el coloquio de trabajadoras sociales sanitarias (2013), éstas deben recordar continuamente al resto del equipo multidisciplinar que existen estos criterios de riesgo social.

Como se ha podido comprobar, es importante hacer mención al trabajo social hospitalario ya que dentro del ámbito de la salud encontramos sub-ámbitos, siendo el hospitalario en el que se enmarca la presente investigación. La principal autora de referencia en este ámbito es Dolors Colom, la cual presenta una definición del trabajo social hospitalario y aporta la idea de los criterios de riesgo social y posterior *screening*.

3.3 Funciones del trabajador social sanitario

Para desarrollar el trabajo social sanitario es necesario contar con esta figura profesional con una formación específica y que tiene unas funciones y responsabilidades concretas en el ámbito donde está ubicado, las cuales se exponen a continuación.

Díaz et al (2002), concluyeron que las funciones que tienen los trabajadores sociales sanitarios son:

Atención directa a individuos, grupos y comunidades en los diferentes aspectos: asistencial, promoción, prevención y rehabilitación de la salud; Acción sobre el centro sanitario, participando en la planificación de políticas sociales y de humanización del mismo, (...) colaborando en investigaciones interdisciplinarias; Acción sobre la comunidad promoviendo la presencia del hospital en la misma, colaboración con las diferentes instituciones sociales y servicios, y participación en la promoción de recursos; Coordinación intra y extra hospitalaria; Investigación; Docencia. (p. 40)

El Colegio de Trabajadores Sociales de Cataluña (2004), afirma que las funciones del trabajador social sanitario se dividen en tres grandes niveles de intervención: asistencial, preventivo y de promoción de la salud.

Respecto al nivel asistencial, “es el trabajo directo con el usuario, con el objetivo de encontrar conjuntamente una respuesta a la necesidad planteada” (Colegio de trabajadores sociales de Cataluña, 2004, p. 17). En respuesta al nivel preventivo, éste “tiene un carácter interno y comunitario en los diferentes servicios que encarna el sistema, trabajando con la población” (Colegio de trabajadores sociales de Cataluña, 2004, p. 17). Finalmente, respecto a la promoción de la salud, está encaminada “para una mejora en el marco de la salud del usuario” (Colegio de trabajadores sociales de Cataluña, 2004, p. 17).

Como se ha podido apreciar, las funciones del trabajador social sanitario se dividen en tres grandes niveles de intervención, cada uno de ellos con unos objetivos concretos. Asimismo hay unas funciones concretas de la profesión que todo trabajador social sanitario debe realizar para llevar a cabo una correcta intervención.

3.4 El trabajador social sanitario dentro del equipo multidisciplinar

Sabiendo que el trabajador social sanitario tiene las funciones anteriormente mencionadas, éste necesita de un soporte de otras profesiones para realizar una atención biopsicosocial en la que en el centro está el paciente. En el siguiente bloque se expone el papel del trabajador social sanitario dentro del equipo multidisciplinar.

De acuerdo con Díaz et al. (2002), en otros países, el trabajo social en el ámbito de la salud se implantó rápidamente como una actividad profesional de tipo clínico, a diferencia de lo que ocurre en España. Estos orígenes continúan marcando el desarrollo del trabajador social sanitario, sin una pertenencia a los equipos y servicios y una plena participación en el proceso de diagnóstico y tratamiento, y menos aún en los niveles de planificación.

Mellado (2008) afirma que los trabajadores sociales sanitarios siguen luchando para sentirse integrados en el equipo multidisciplinar. La figura del trabajador social aún se ve, por parte del resto del equipo, como un mero gestor o buscador de recursos a los cuales la medicina no puede acceder. Según el coloquio de trabajadores sociales sanitarias (2013), muchas veces el recurso es el propio paciente, la familia o el trabajador social, no hace falta que sea una institución.

Ituarte (2009) refiere que los trabajadores sociales sanitarios, no siempre están considerados parte del equipo y, a la par de lo que refiere Mellado (2008), lo que se espera de ellos es solucionar problemas relacionados con recursos sociales, únicamente. Según Porcel (2008), algunas veces los trabajadores sociales sanitarios se preguntan por qué se da esta situación poco considerada hacia su profesión, ya que ellos saben que su intervención modifica la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias.

Porcel (2008) manifiesta que en el año 2003, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, publicó el libro blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña. Entre estas profesiones se encuentra el trabajo social pero expresa que los grandes olvidados son ellos, y de acuerdo con Porcel (2008) no se entiende el por qué. “Seguramente nunca nadie (ni profesionales, ni gestores, ni la Administración), ha cuantificado el valor añadido que el trabajo social aporta a la calidad de vida de los ciudadanos.” (Porcel, 2008, p. 36).

A modo de ejemplo, siguiendo con lo expuesto en el párrafo anterior, Porcel (2008) refiere que es más probable que atendiendo al paciente desde una perspectiva bio-psico-social, el ahorro en medicamentos se reduzca mucho más que si únicamente se atiende desde una visión médica, de esta manera el trabajo del trabajador social sanitario no solo aporta un valor hacia la ciudadanía sino también hacia el propio sistema sanitario. El enfoque bio-psico-social “supone ganar eficacia en todas las fases de la cadena asistencial” (Colom, 2008, p. 172).

De acuerdo con Colom (2010), una de las erratas respecto a la figura del trabajador social sanitario, es relacionarlo únicamente con la tramitación de recursos, aspecto que hace que en algunos casos se prescindiera de esta figura.

Según Ituarte (2009):

Mientras las tareas principales de los trabajadores sociales sanitarios se centren en la búsqueda y gestión de recursos (gestión muy relativa, ya que el sistema de salud no posee recursos sociales o sociosanitarios sino en muy pequeña medida y es preciso acudir a otros sistemas de protección social, que son los que evidentemente los gestionan) además de que, desde luego, no cumplen con sus más importantes funciones y responsabilidades profesionales, no dejarán de ser elementos marginales dentro del sistema de salud. (p. 11).

Según Ituarte (2009), el desconocimiento de las funciones del Trabajador Social sanitario por parte de los demás profesionales del equipo multidisciplinar puede ser debido a que éstos no han explicado correctamente el concepto social dentro del ámbito de la salud o que la identidad profesional de los Trabajadores sociales sanitarios no está bien delimitada. En referencia a esta mala definición de la identidad profesional, manifiesta Ituarte (2009), que a veces es debido a que algunos trabajadores sociales sanitarios se definen a sí mismos como los representantes de los servicios sociales en el ámbito de la salud; esta autodefinición tiene efectos relevantes. Ituarte (2009), refiere que entre éstos, se encuentra la autoafirmación de que los trabajadores sociales sanitarios son meros prestadores externos al ámbito de la salud

y que los pacientes tienen un desconocimiento, ya que creen que si ya tienen un trabajador social referente en servicios sociales básicos, no tienen por qué pedir ayuda al del ámbito sanitario.

Puy (2013) afirma:

Una realidad es que la profesión del TSS sigue siendo aún desconocida tanto por la población en general, que muchas veces ignora que pueda acceder a sus prestaciones en el ámbito sanitario, como por parte de los profesionales sanitarios que en su mayoría tienen un escaso conocimiento sobre las funciones y actividades del TSS en general. (p. 44).

Colom (2011) concluye:

El Trabajo Social Sanitario no debe confundirse con los Servicios Sociales. Dicha confusión, cada vez más generalizada y que viene de antiguo, en el plano asistencial amenaza con convertir el Trabajo Social Sanitario en un conjunto de procedimientos burocráticos que poco tienen que ver con su función y esencia. (p. 23).

La misma autora refiere:

Para comprender la diferencia básica entre el Trabajo Social Sanitario y los Servicios Sociales, el primero, aplica métodos de apoyo, motivación, posicionamiento, soporte, etcétera. El Trabajo Social Sanitario se apoya en los aspectos psicosociales de las personas, su centro de gravedad, las mueve e impulsa con sus propios recursos personales. Si carecen de ellos establece un plan de trabajo orientado a su regeneración o logro, orienta sus pasos ante los desajustes que la enfermedad provoca en su dinámica social, guía sus acciones hacia realidades que les ayuden a ganar independencia y mantengan su dignidad. (p. 24)

De acuerdo con la Agencia Valenciana de Salud (2012), los trabajadores sociales sanitarios son difícilmente reconocibles por los demás profesionales del equipo multidisciplinar y por los mismos usuarios. "La idea, de que su función es exclusivamente de gestores de los recursos sociales, ofrece una visión reduccionista de su quehacer profesional" (Agencia Valenciana de Salud, 2012, p. 8).

De acuerdo con la Agencia Valenciana de Salud (2012):

No cabe duda de que “lo social” tiene un peso importante en la concepción y provisión de los cuidados de salud, puesto que cualquier persona que presente una enfermedad va a enfrentarse a unos cambios que afectarán directamente a las otras dimensiones de su persona, tales como las relaciones familiares, personales, laborales, económicas, etc. Ayudar a enfrentarse a ellos y a encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida y la nueva situación para garantizar su calidad de vida, es una de las tareas que deben realizar los/as trabajadores/as sociales de salud, además de contribuir a completar la visión biopsicosocial que debe llevarse a cabo por los profesionales sanitarios en el abordaje de los problemas de salud complejos del individuo. (p. 12)

Según el Institut Català de la Salut (2013), se debe entender al paciente desde una perspectiva integral mediante un enfoque bio-psico-social. “La asistencia al paciente debe concebirse desde una perspectiva de asistencia integral, lo que implica una actuación que va desde la detección del riesgo social hasta la finalización o derivación de la problemática planteada.” (Agencia Valenciana de Salud, 2012, p. 12). Según Porcel (2008), la perspectiva y atención bio-psico-social a los pacientes está cada vez más integrada. Sin embargo, refiere Porcel (2008) que respecto a los aspectos sociales, relacionados con la prevención y reinserción del paciente en el tejido social, actualmente aún están poco contemplados.

Conforme con el coloquio de trabajadoras sociales sanitarias (2013), se argumenta el desconocimiento de la figura del trabajo social dentro del ámbito de la salud por parte de los demás profesionales y de los propios usuarios. Una de las trabajadoras sociales refiere que los usuarios consideran a las trabajadoras sociales sanitarias parte de los servicios sociales, y no como un profesional del ámbito sanitario.

En este bloque se ha podido observar la importancia que tiene el trabajador social sanitario dentro del equipo multidisciplinar y cuál es el papel de éste. En otros países como en EE.UU. el trabajo social sanitario es una profesión de tipo muy clínico implementada rápidamente, aspecto muy diferenciado con la profesión en España, la cual en ocasiones se ve por parte de los demás profesionales como un mero gestor de recursos a los cuales la medicina no puede llegar.

Se ha podido apreciar como diferentes autores como Ituarte o Porcel manifiestan que a veces los trabajadores sociales sanitarios no están del todo integrados en los equipos de trabajo y aportan la idea de que algunos trabajadores sociales no saben explicar adecuadamente a los demás profesionales en qué consiste su trabajo y cuál es su función; a esto hay que añadirle el desconocimiento por parte de la población del trabajo social sanitario, teniendo la idea de asociar trabajo social a servicios sociales.

3.5 Método del trabajo social sanitario

Sabiendo qué es el trabajo social sanitario, las funciones que tiene y su papel dentro del equipo, en el siguiente apartado se procede a hacer una explicación sobre qué tipo de método de trabajo tiene que seguir, ya que es propio de su especialización y requiere de unas pautas para que su labor sea eficiente.

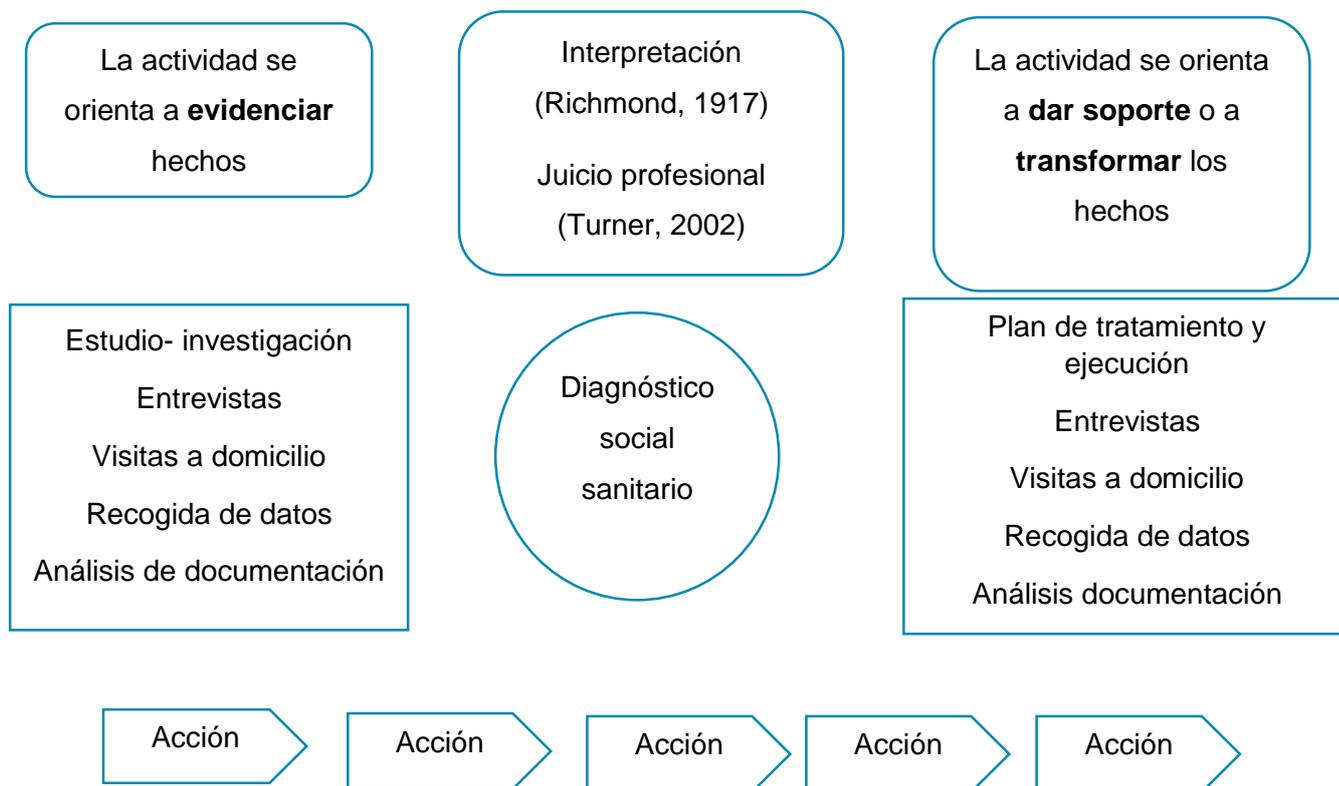
Respecto al método del trabajo social sanitario, el trabajo de Colom (2011) es el principal referente. Para esta autora es importante e imprescindible que el trabajo social sanitario se apoye en procedimientos, protocolos y procesos, que “son conceptos que forman parte del lenguaje habitual de los diferentes colectivos profesionales que integran el sistema sanitario” (Colom, 2011, p. 31). Fue Mary Richmond la primera en aplicar el esquema del procedimiento de *problem-solving*, tomando como base sistemas operacionales de la abogacía y de la medicina.

Colom (2011) refiere que los procedimientos clásicos del trabajo social sanitario son:

- El método del trabajo social de caso, *casework*.
- El método del trabajo social de grupo, *groupwork*.
- El método del trabajo social comunitario, *community work*.
- El método de trabajo social con familias.
- La planificación del alta sanitaria.

Según Colom (2010), el procedimiento en el trabajo social sanitario tiene 3 fases: estudio, diagnóstico y tratamiento, todas ellas relacionadas con la vivencia subjetiva de la enfermedad, de cómo ésta afecta en la vida diaria de la persona. “Cada fase se dividirá en múltiples subfases que vienen determinadas por el tipo de procedimiento o protocolo del que se trate”(Colom, 2010, p 113).

Este es el procedimiento básico de trabajo social sanitario:



Fuente: Colom (2011)

De acuerdo con la Agencia Valenciana de Salud (2012), el método utilizado por los trabajadores sociales sanitarios es el mismo que en cualquier ámbito del trabajo social. “Detectar una necesidad, establecer el diagnóstico social sanitario, concretar el plan de intervención profesional, ejecutarlo y evaluarlo, bien sea de forma individual (casework) o grupal (groupwork).” (Agencia Valenciana de Salud, 2012, p. 12).

“El diagnóstico social sanitario es la articulación del caso social sanitario que permite girar la tendencia e iniciar el camino más idóneo para la reconstrucción, la reinserción” (Colom, 2011, p. 39). Por otro lado, Colom (2009) manifiesta que en el diagnóstico social sanitario se determinan los obstáculos que dificultan la cobertura eficaz de las necesidades del paciente cuando se le dé el alta del servicio sanitario y el modo en cómo se van a solucionar. Este diagnóstico irá cambiando a medida que avance el plan de trabajo y se vayan resolviendo los primeros conflictos o aparezcan otros.

“En el ámbito sanitario, cualquier acción social o ayuda, si no se apoya en el diagnóstico social sanitario siempre emitido por un trabajador social sanitario, ésta no pasa de ser una acción filantrópica” (Colom, 2011, p. 23).

La Agencia Valenciana de Salud (2012) concluye:

El diagnóstico social sanitario permite concretar la acción que se llevará a cabo con el paciente, contextualizándola y enmarcándola en el presente inmediato, pero sin perder de vista que tiene una realidad a la que en un momento determinado volverá. Mediante el diagnóstico social sanitario se identifican las situaciones de riesgo social que afectan al paciente y a su entorno familiar y que inciden en su salud. (p. 12).

De acuerdo con el ICS (2013), el diagnóstico social sanitario es el dictamen técnico que realiza el trabajador social que consiste en el estudio social sobre la situación de necesidad que vive el paciente.

Conforme con Colom (2015), lo que marca la diferencia entre una buena metodología del trabajo social sanitario, es hacer el diagnóstico social sanitario que no se puede confundir con problemas o variables que presenta el usuario, no se puede codificar ni categorizar. “El diagnóstico social sanitario es una descripción narrativa, precisa y concreta de uno o varios eventos vitales de la persona relacionados con su enfermedad” (Colom, 2011, p. 217).

Respecto al tratamiento social, “hace referencia a la intervención social realizada en la institución sanitaria. Con esta acción se proyecta el logro de los objetivos planificados en relación a la situación social que afecta al proceso de salud” (ICS, 2013, p. 17). Así mismo, de acuerdo con la Agencia Valenciana de Salud (2012), se aporta al equipo multidisciplinar el plan de intervención individual “para proporcionar tanto a la persona como a la familia los apoyos técnicos y estratégicos necesarios para mejorar o mantener su salud” (Agencia Valenciana de Salud 2012, p. 12).

Según Colom (2010), el plan de trabajo, en lenguaje técnico el tratamiento social, “materializa los apoyos, materiales y humanos, establece y asume las gestiones que se requieren para prestar el servicio.” (Colom, 2010, p. 113).

La última fase del método es la evaluación. “Es un ejercicio continuo y dinámico apoyado en los valores que justificaron la propuesta, en sus indicadores iniciales” (Colom, 2011, p. 284).

En referencia a los protocolos, Colom (2011) refiere que son un conjunto de procedimientos que obedecen a un plan superior y “se basa en los mismos principios, estandariza la actuación ordenada obligatoriamente en el servicio que lo ha definido” (Colom, 2011, p. 68). “Los protocolos de trabajo social sanitario orientarán a la actuación o prevención sobre

circunstancias o situaciones de carácter psicosocial surgidas del hecho de enfermar” (Colom, 2011, p.68).

Respecto a los procesos del trabajo social sanitario, son “el conjunto de actividades y gestiones que culminan en un servicio de valor para el cliente (...). En trabajo social ello equivale a la tipología de apoyo” (Colom, 2011, p. 239). De acuerdo con Colom (2011), los ejemplos más claros de procesos sociales son la atención domiciliaria, el ingreso temporal en una residencia o la asistencia al centro de día, entre otros.

Colom (2011) refiere que, si bien las fases del procedimiento previamente descritas son obligatorias en todos los casos sociales, el proceso social está sujeto a una gran variabilidad, a las particularidades de cada caso social.

Como se ha podido observar, el trabajo social sanitario tiene una metodología específica basada en procedimientos, protocolos y procesos en la cual siempre debe haber 3 fases: estudio, diagnóstico social sanitario y tratamiento social. La autora remarca la importancia de realizar un buen diagnóstico social sanitario que es lo que diferencia a un buen profesional social.

3.6.1 La planificación del alta hospitalaria

Según Colom (1992), es importante dentro de la metodología del trabajo social sanitario la planificación del alta hospitalaria. En EE.UU. se objetivó la importancia que tenía el hecho que los pacientes atendidos en el hospital tuvieran un buen plan de alta. Según Colom (1992), es la negativa de la familia a llevarse al paciente a casa el hecho que acostumbra a ser el desencadenante para que intervenga el trabajador social del hospital.

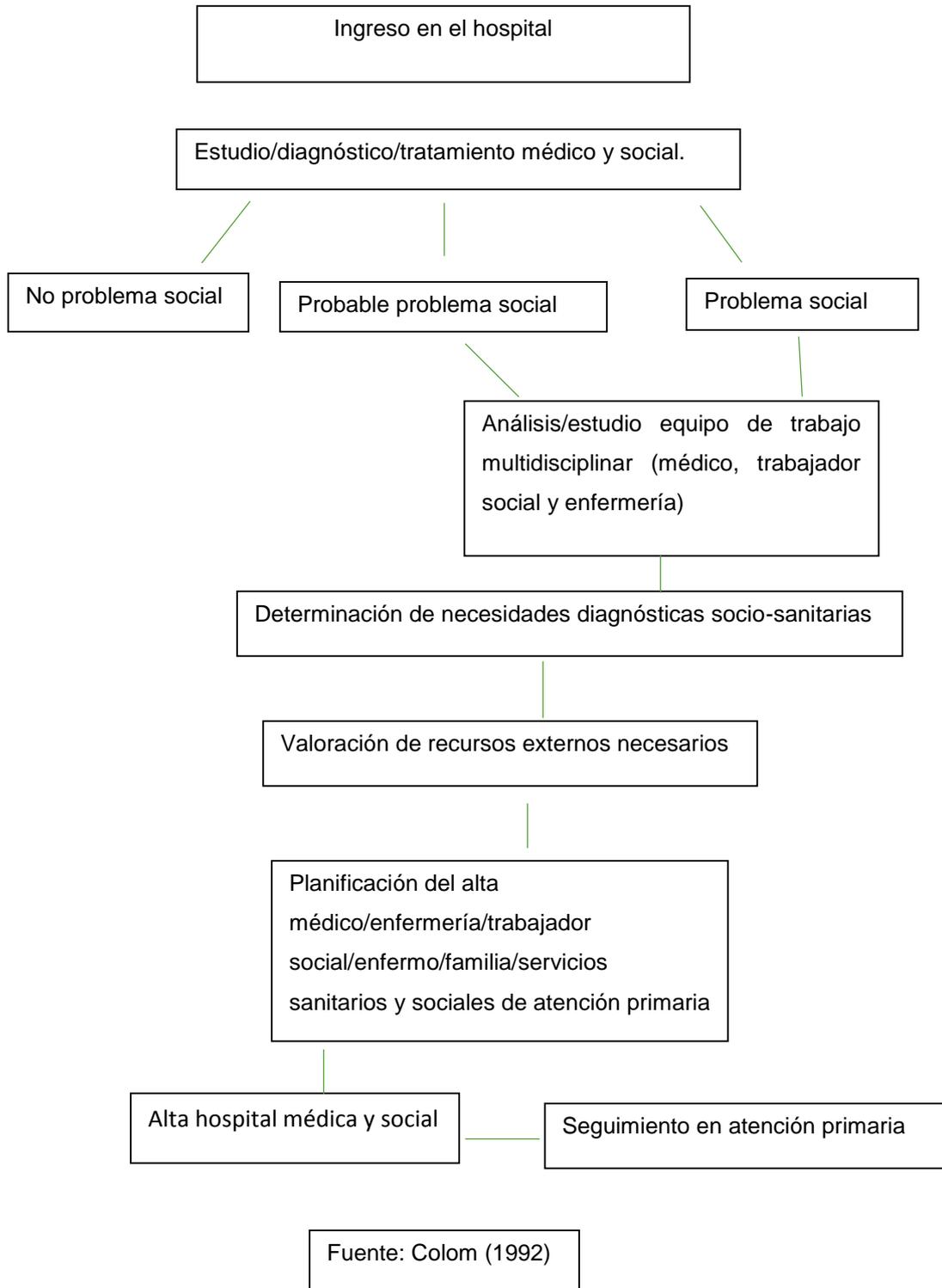
Colom (1992) refiere que es importante diferenciar entre el tipo de alta hospitalaria: la que se produce antes que ocurra el ingreso y la que se inicia cuando la persona ya ha ingresado. En el primer caso, se refiere a ingresos programados en los cuales el paciente sabe que al alta necesitará ayuda y servicios comunitarios. En el segundo caso y más habitual, es el que se refiere a ingresos no programados.

De acuerdo con Colom (1992), la planificación del alta no se tiene que traducir en intervenciones individualizadas y en solitario de los profesionales sino en intervenciones coordinadas y de trabajo en equipo, no solo entre profesionales de la atención hospitalaria sino también con profesionales de atención primaria.

La autora presenta un esquema de cómo se produce la intervención del trabajador social en un programa de alta. Esta intervención se da sobre una base de atención socio-sanitaria, bajo

una perspectiva integral y tiene seis fases: estudio de la situación socio-sanitaria → análisis de recursos comunitarios existentes → elección del recurso comunitario → resolución del caso → derivación → seguimiento.

A continuación se procede a presentar el primer esquema del programa de alta



De acuerdo con el coloquio de trabajadoras sociales sanitarias (2013), el mayor problema con el que se encuentran las trabajadoras sociales sanitarias es que el alta médica algunas veces no coincide con el alta social ya que no se trabaja el programa de planificación del alta, anteriormente expuesto.

3.6 Reconocimiento del trabajo social sanitario

Debido a que el tema central del presente trabajo es el reconocimiento del trabajo social sanitario, es procedente hacer una mención a este concepto para poder comprender el porqué de esta investigación.

Ituarte (2009) manifiesta que es importante la necesidad por parte de los trabajadores sociales sanitarios, de una formación en aspectos relacionados con la salud ya que, de esta manera, será posible su total integración como un profesional más en el sistema sanitario.

Según Colom (2015), los trabajadores sociales sanitarios deben ser una profesión sanitaria para estar reconocida. La ley dice que para ser una profesión sanitaria se tiene que tener un título oficial propio de ciencias de la salud y tener un colegio. El hecho de ser sanitario no es un capricho, es que el sistema sanitario tiene una organización propia que permite a los profesionales beneficiarse de determinadas cuestiones, si no eres sanitario no te beneficias, por ejemplo, no te dan una subvención para un proyecto porque no eres sanitario.

De acuerdo con los comentarios en una entrada sobre el trabajo social sanitario en el blog “No soy asistenta, soy trabajadora social” (octubre 2015), hay una dualidad entre las trabajadoras sociales en el ámbito de la salud que consideran que deben sanitarias y la que consideran que no lo deben ser. Por un lado, las que defienden ser sanitarias argumentan que la salud y lo social van de la mano y es importante conocer las enfermedades para saber cómo actuar desde el trabajo social. Por otro lado, las que consideran que no deben ser sanitarias argumentan que no es necesaria una especialización en trabajo social sanitario aunque si recomendable, y que no debemos olvidar que su ámbito es el social, no el sanitario.

De acuerdo con Colom (2015), que el trabajo social sanitario esté reconocido implica que los profesionales de este ámbito adquieren unos derechos en formación y de esta forma se benefician de todo aquello que el sistema sanitario ofrece a los profesionales sanitarios. Según Colom (2015), el problema del trabajo social sanitario es la carencia de formación ya que en el grado no se da, a excepción del máster en trabajo social sanitario. “Con este máster, finalmente, se está dando una estructura formal y universitaria, un currículo, a los fundamentos teóricos y prácticos de esta disciplina que, sin ser nueva, en España sigue

siendo una gran desconocida” (Colom, 2010, p. 111). Tanto es así, que en EE.UU. hay una especialización del trabajo social denominada *medical social worker*, en donde los profesionales a parte de la carrera, tienen un postgrado o máster universitario en el ámbito de la salud, aspecto que les da reconocimiento profesional.

De acuerdo con Colom (2015), para que los trabajadores sociales sanitarios estén reconocidos por el resto de equipo tienen que explicar qué servicio dan, no es decir lo que hacen sino explicar para qué ha servido lo que se ha hecho. El servicio siempre tiene un aspecto psicosocial y no se puede confundir con recursos. Deben saber dar esta información a cada persona que lo necesite, sabiendo que no es lo mismo lo que se tiene que decir al gerente del hospital que a otros profesionales. Colom (2011) refiere que cuando el gerente hace diferentes preguntas al trabajador social como por ejemplo cuáles son sus aportaciones a la salud de las personas o qué es lo que hace en su despacho, y éste no sabe qué contestar, se acercan al descrédito y esto es lo que hace que se desprestige al trabajador social sanitario.

Si los trabajadores sociales en el ámbito de la salud, siguen el procedimiento descrito en apartados anteriores, su importancia dentro del equipo multidisciplinar queda más que justificada. Colom (2015) refiere que hay personas enfermas que están desajustadas de lo que era su vida a causa de la enfermedad y necesitan una reintegración y reinserción, ayuda que ofrece el trabajador social sanitario.

En este bloque se ha podido apreciar la importancia de que el trabajo social sanitario pase a ser una profesión sanitaria para estar reconocida, aunque haya una dualidad de opiniones entre los profesionales respecto a este tema; también es importante que cada trabajador social sepa explicar qué servicio dan, de esta manera su importancia dentro del equipo multidisciplinar queda más que justificada.

De esta manera, con las informaciones que se han aportado en este último bloque, surge una pregunta respecto al reconocimiento y valoración de la figura del trabajador social sanitario, que, como aprecian los diferentes autores, está lejos de ser totalmente integrado en los equipos multidisciplinarios, como si lo está en EE.UU. con los *medical social workers*.

3.7 El futuro de los trabajadores sociales sanitarios

Para finalizar el marco teórico, en el siguiente apartado se quiere hacer referencia a hacia dónde va el trabajo social, es decir, cuál es el futuro de la profesión.

De acuerdo con Colom (2008), el futuro de los trabajadores sociales sanitarios depende de ellos. "El trabajo social sanitario no debería suscitar la duda de su continuidad." (Colom, 2008, p. 174). Sin embargo, de acuerdo con Colom (2008), en algunas comunidades autónomas y algunas fundaciones del ámbito de la salud se prescinde del trabajador social sanitario.

El futuro del trabajo social sanitario pasa por dejarlo en el plano de las evidencias científicas y resultados palpables en el ámbito local y global. El valor añadido del trabajo social sanitario debe poderse expresar en forma de resultados apreciables. Si un establecimiento sanitario con servicio de trabajo social obtiene los mismos resultados cualitativos y cuantitativos que otro en donde dicho servicio no existe, desde la objetividad de cualquier dirección su presencia no se verá como necesaria. (Colom, 2008, p. 174).

Es decir, para que haya un buen futuro, los trabajadores sociales en el ámbito de la salud deben hacer trabajo social sanitario, no realizar funciones ni tareas que son de trabajo social de otros ámbitos. Es decir, deben basarse en el método científico que tanto defendió Mary Richmond, basándose en concomimientos, no en intuiciones.

4. Hipótesis y objetivos

4.1 Hipótesis

Explicada ya la teoría sobre trabajo social sanitario y reconocimiento de la profesión, la hipótesis planteada en la presente investigación surge a raíz de una cuestión respecto a la valoración que tienen los trabajadores sociales sanitarios del hospital Clínic y el hospital Vall d'Hebron en relación a su reconocimiento profesional, que surgió realizando las prácticas en estos hospitales.

Así pues, la hipótesis es que las trabajadoras sociales sanitarias del hospital Clínic y las del hospital Vall d'Hebron no están igualmente valoradas, causado por el conocimiento o desconocimiento de sus funciones.

4.2 Objetivo general

- Conocer la valoración de la figura del trabajador social en el Hospital Clínic y el Hospital Vall d'Hebron por parte de las trabajadoras sociales que trabajan en dichos hospitales.

4.3 Objetivos específicos

- I. Conocer la opinión de los trabajadores sociales que trabajan en estos hospitales al respecto de su profesión y del reconocimiento que consideran que tienen dentro del equipo multidisciplinar.
- II. Averiguar si los trabajadores sociales consideran que se conoce sus funciones.
- III. Identificar el sentimiento de valoración que tiene cada trabajador social hacia su figura.
- IV. Determinar los motivos por los cuales consideran que están o no reconocidos.
- V. Conocer cómo ha evolucionado el reconocimiento de la profesión.

5. Metodología

5.1 Muestra

Las trabajadoras sociales entrevistadas desarrollan su tarea profesional en el Hospital Clínic y el Hospital Vall d'Hebron, de esta manera se podrá obtener la información necesaria para alcanzar los objetivos planteados. La muestra consta de 10 entrevistas: 5 profesionales de cada hospital, además se ha realizado una entrevista extra a la responsable de la comisión de salud del Colegio de trabajo social de Catalunya como contraste a las demás entrevistas.

A parte de haber realizado las prácticas de trabajo social en estos dos hospitales, se han escogido para la muestra ya que son referentes como hospital en la ciudad de Barcelona y como trabajo social sanitario porque los dos cuentan con esta figura profesional desde hace muchos años. Respecto a la entrevista a la responsable de la comisión de salud del Colegio de trabajo social de Catalunya, se decidió hacerla ya que de esta manera se podía contrastar la información que proporcionaron las trabajadoras sociales de los dos hospitales y para ver cuál es el posicionamiento desde el Colegio de trabajo social de Catalunya sobre el reconocimiento del trabajo social sanitario.

A continuación, se hará una caracterización de los dos hospitales así como de la comisión de salud del colegio profesional.

5.1.1 Hospital Vall d'Hebron

Respecto al Hospital Vall d'Hebron, es un hospital público perteneciente a la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya) que depende del ICS (Insitut Català de la Salut), fundado en el año 1955. Su área de influencia incluye los distritos de Horta-Guinardó, Nou Barris y Sant Andreu, y la ciudad de Montcada i Reixac. Está estructurado en tres grandes áreas asistenciales: Área General, Área Materno-infantil y Área de Traumatología y Rehabilitación.

Existe una cartera de servicios de trabajo social sanitario del ICS que es el documento base que recoge la actuación de trabajo social. Este documento ofrece una definición de trabajo social que sirve para cualquier unidad de trabajo social de las instituciones sanitarias que dependen del ICS y es por la que se rigen las trabajadoras sociales del hospital:

El trabajo social es la intervención que mediante unos objetivos y una metodología lleva a cabo un profesional del Trabajo Social en una institución sanitaria. Esta acción se realiza para atender y dar respuesta a situaciones sociales o psicosociales que condicionan el funcionamiento óptimo de la persona en la atención a su salud y de los familiares cercanos, y que a la vez pueden interferir en el idóneo desarrollo de un proceso de salud-enfermedad, ya sea, por ser situaciones que aparecen a partir de un problema de salud o por ser situaciones que derivan a un problema de salud. (ICS, 2008, p. 11)

En el hospital Vall d'Hebron se dispone de una unidad de atención al ciudadano y trabajo social donde la *cap* de unidad es una trabajadora social; esta unidad, a su vez, depende de enfermería. Cabe mencionar que se cuenta con la figura profesional del trabajo social desde final de la década de 1970, es decir, casi 20 años después de la apertura del hospital. Existe un documento interno que define el funcionamiento de las unidades de trabajo social y su dotación.

Actualmente las trabajadoras sociales del Hospital Vall d'Hebron se dividen de esta manera:

- Área general: 5 trabajadoras sociales
- Área materno-infantil: 5 trabajadoras sociales (2 de ellas dependen de una fundación encargadas de oncología y hematología infantil)
- Área traumatología y rehabilitación: 3 trabajadoras sociales

A estas 13 profesionales hay que añadirle las 3 *caps* de unidad de atención al ciudadano y trabajo social de las 3 áreas asistenciales que también son trabajadoras sociales.

Respecto a las 5 trabajadoras sociales entrevistadas del Hospital Vall d'Hebron, se procede a hacer una tabla resumen sobre su formación, experiencia profesional en el hospital y unidades en las que trabajan.

	Formación	Antigüedad en el hospital	Unidades
TS nº 1	Diplomada trabajo social	11 años	Unidad de daño cerebral, unidad de rodilla, unidad de extremidad inferior.
TS nº 2	Diplomada trabajo social, postgrado en trabajo social en inmigración y máster en mediación sanitaria	16 años	Unidad de extremidad superior, unidad de traumáticos, unidad de urgencias, unidad de sépticos
TS nº 3	Diplomado trabajo social	8 meses	Unidad de raquis, unidad de lesión medular, unidad de quemados, unidad de otorrinolaringología, unidad de maxilofacial
TS nº4	Diplomada trabajo social, postgrado en mediación y resolución de conflictos	12 años	Cap de unidad de atención al ciudadano y trabajo social área materno-infantil
TS nº5	Diplomada trabajo social, máster en mediación y resolución de conflictos y máster en peritaje social.	26 años	Cap de unidad de atención al ciudadano y trabajo social área traumatología y rehabilitación

Tabla 1: Formación, antigüedad en el hospital y unidades

5.1.2 Hospital Clínic

Respecto al hospital Clínic, es un hospital concertado que pertenece a la XHUP (Xarxa d'Hospitals d'Utilitat Pública de Catalunya) fundado en el año 1906. Su área de influencia incluye los distritos del Eixample, Sants-Montjuic, les Corts y Sarrià-Sant Gervasi.

En el Hospital Clínic, el primer trabajador social contratado fue en 1968, antes que en el hospital Vall d'Hebron. Desde el hospital Clínic no se da una definición de trabajo social ni las funciones que tiene.

El hospital Clínic está dividido en institutos, de este modo realiza una asistencia lo más personalizada posible, avanza hacia una gestión descentralizada e implanta progresivamente el modelo de gestión clínica o *managed care*.

Cada instituto tiene un número de trabajadoras sociales las cuales dependen de enfermería, es decir, su superior directa es la jefa de enfermería del instituto al que pertenecen; no disponen de una unidad de trabajo social. Actualmente las trabajadoras sociales del hospital Clínic se dividen de esta manera:

- Institut Clínic de malalties digestives i metabòliques → 1 treballadora social
- Institut Clínic de nefrologia i urologia → 1 treballadora social
- Institut Clínic d'especialitats mèdiques i quirúrgiques → 2 treballadores socials
- Institut Clínic de neurociències → 5 treballadores socials
- Institut Clínic d'oftalmologia → 1 treballadora social
- Direcció mèdica (urgències) → 5 treballadores socials (24 hores, 365 dies al any)
- Institut Clínic de medicina i dermatologia → 1 treballadora social
- Institut Clínic del tòrax → 1 treballadora social
- Institut Clínic de ginecologia, obstetrícia i neonatologia → 1 treballadora social
- Institut Clínic de malalties hematològiques i oncològiques → 1 treballadora social

En total hay 19 trabajadoras sociales.

Respecto a las 5 trabajadoras sociales entrevistadas del Hospital Clínic, se procede a hacer una tabla resumen sobre su formación, experiencia profesional en el hospital y unidades en las que trabajan.

	Formación	Antigüedad en el hospital	Unidades
TS nº 1	Diplomada en trabajo social y licenciada en criminología	7 años	- Institut Clínic de ginecologia, obstetricia i neonatologia → ginecologia y obstetricia. - Institut Clínic d'oftamologia → oftalmologia
TS nº 2	Diplomada en trabajo social y postgrado en trabajo social sanitario	6 años	- Institut Clínic de neurociències → unidad de adicciones, CSMIJ Esquerre de l'Eixample
TS nº 3	Diplomada en trabajo social y diplomada en magisterio	4 años (suplencias de verano y navidades)	- Institut Clínic de ginecologia, obstetricia i neonatologia → ginecologia y obstetricia. - Institut Clínic d'oftamologia → oftalmologia
TS nº4	Diplomada en trabajo social y diplomada en enfermería	12 años	- Institut Clínic de neurociències → planta psiquiatria de adultos y CSMA Esquerre de l'Eixample
TS nº5	Graduada en trabajo social y realizando postgrado en inmigración, multiculturalismo y derechos humanos.	2 años	- Institut Clínic de neurociències → neurologia y neurocirugia

Tabla 2: Formación, antigüedad en el hospital y unidades

5.1.3 Comisión de salud del colegio de trabajo social de Catalunya

En relación al colegio de trabajo social de Catalunya, es una corporación de derecho público, creada en 1983 como un espacio plural de representación colectiva que actúa como voz y referente profesional y social del colectivo colegiado de trabajadores sociales de Catalunya.

Dentro del colegio profesional, encontramos las Comisiones, que son creadas por la Junta de Gobierno y que tienen como objetivo desarrollar una actividad concreta y limitada en el tiempo. Suelen estar coordinadas por un miembro de la Junta, constan de un mínimo de 10 personas colegiadas y su actuación se desarrolla sobre todo en Catalunya o sobre un territorio concreto.

Una de estas comisiones es la de salud que fue constituida ante el incremento de la presencia profesional de trabajadores sociales en el ámbito sanitario, así como por la relevancia creciente de las relaciones entre las políticas sociales y las políticas sanitarias. Como objetivos básicos de esta Comisión se pretende clarificar el papel del trabajo social sanitario, ampliar el conocimiento profesional para intervenir en este campo, favorecer el posicionamiento del Colegio hacia aspectos que afectan a la profesión así como abordar cuestiones, problemas y dilemas éticos en relación a la situación actual del trabajo social sanitario, las políticas sanitarias y las dificultades sociales para acceder a la salud de algunos colectivos, entre otros.

Esta comisión de salud tiene una referente, que es la persona a la cual se ha entrevistado.

En referencia a la selección de la muestra, primeramente, durante las prácticas realizadas, tanto en 3º como en 4º de carrera, se fue haciendo una lista con el nombre y contacto de las trabajadoras sociales de los hospitales a las que se había tenido acceso. Posteriormente, en el mes de diciembre de 2015 se contactó vía correo electrónico con algunas de ellas para concertar entrevista. La selección de la muestra ha sido escogida a partir de la trayectoria profesional de cada trabajadora social, eligiendo a profesionales que lleven diferente tiempo trabajando en el hospital –tal y como se aprecia en las tablas resumen anteriores-, de esta manera se considera que se podrán obtener mejores resultados.

En el hospital Vall d'Hebron se ha podido entrevistar a dos *caps* de unidad de trabajo social, aspecto que en el Hospital Clínic no ha sido posible ya que, como se ha mencionado anteriormente, no hay unidad de trabajo social.

Las entrevistas han sido realizadas durante el mes de diciembre de 2015, enero de 2016 en el espacio de trabajo de las profesionales. La entrevista a la responsable de la comisión de salud del Colegio de trabajo social de Catalunya ha sido realizada en el mes de febrero de 2016 en su espacio de trabajo. Todas las transcripciones de las entrevistas se encuentran en el anexo (*ver anexo 1*).

5.2 Tipología e instrumentos

Tal y como se ha mencionado en otros apartados, el presente trabajo se ha basado en una metodología cualitativa para obtener la información.

La investigación cualitativa es una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimiento. (Bisquerra, 2004, p. 276)

En el caso de la presente investigación, la metodología cualitativa ayuda a entender cómo cada trabajadora social de los hospitales Clínic y Vall d'Hebron definen el trabajo social sanitario y cómo es su reconocimiento dentro del equipo multidisciplinar, y de esta forma poder comprender su valoración, principal objetivo del trabajo.

Se ha escogido una metodología cualitativa ya que se ha considerado que de esta manera las profesionales pueden expresar su visión subjetiva del contexto profesional abiertamente.

El instrumento de recogida de datos que se ha utilizado es la técnica de entrevista semi abierta (*ver anexo 1*) en la cual hay preguntas abiertas y cerradas dirigidas a las trabajadoras sociales de los hospitales Clínic y Vall d'Hebron contando con su protagonismo directo. Cabe mencionar que la mayoría de estas preguntas son abiertas, de esta forma se permite que las trabajadoras sociales respondan reflexivamente y críticamente aportando un *feedback* por parte de la entrevistadora.

Cada entrevista se ha estructurado a partir de unas preguntas encaminadas a obtener información en torno a unas categorías extraídas del marco teórico. A continuación se procede a definir un cuadro con las categorías escogidas y las preguntas que se han realizado en las entrevistas:

CATEGORIA	PREGUNTAS
Trabajo social sanitario	¿Cómo definirías el trabajo social sanitario?
Reconocimiento	¿Cómo definirías el reconocimiento del trabajo social sanitario? ¿Consideras que estás reconocida dentro del equipo multidisciplinar? ¿Qué factores consideras que influyen en el reconocimiento? En caso de no estar reconocido, ¿qué crees que se debería hacer para que estuviera reconocido? Desde que empezaste a trabajar aquí hasta ahora, ¿has notado cambios en el sentido de reconocimiento de la profesión? ¿Consideras que el hecho de compartir despacho influye en el reconocimiento? ¿Consideras que el hecho de tener una unidad de trabajo social o no tenerla influye en algo?
Funciones	¿Crees que las funciones del Trabajo social en el hospital están bien definidas? ¿El resto de equipo las conoce? ¿Alguna vez te han pedido realizar alguna tarea que no entraba dentro de tu función? Si es que sí, ¿informaste a tu superior y qué te dijo ésta?
Profesión sanitaria	¿Crees que el trabajo social sanitario debe ser una profesión sanitaria? Justifica
Protocolos y procedimientos	¿Disponéis de protocolos realizados por trabajo social? ¿Consideras que son importantes? ¿Tenéis un programa de planificación del alta hospitalaria? ¿Consideras que se debería tener?
Coordinación	¿Consideras que se hace una buena coordinación con TS de atención primaria?

Tabla 3: Relación de categorías y preguntas de las entrevistas

Respecto a las entrevistas que se realizaron a las *caps* de unidad de trabajo social del Hospital Vall d'Hebron se han añadido algunas preguntas, aunque las categorías son las mismas.

CATEGORIA	PREGUNTA
Reconocimiento	¿Qué opinas de que la unidad sea atención al usuario y trabajo social conjuntamente?
Protocolos y procedimientos	¿Quién impulsa los protocolos de trabajo social? ¿Cuál es tu papel en el diseño de estos protocolos?

Tabla 4: Relación de categorías y preguntas de las entrevistas a las *caps* de unidad

Finalmente, en relación a las preguntas que se realizaron a la responsable de la comisión de salud, a parte de algunas de las cuestiones anteriores, se añadieron las siguientes:

CATEGORIA	PREGUNTA
Reconocimiento	Desde el colegio de TS ¿aconsejáis o recomendáis alguna formación complementaria en parte del grado? ¿Consideras que si se hiciera algún máster o una formación complementaria, influiría en el reconocimiento? ¿Cómo ves el futuro del trabajo social sanitario?

Tabla 5: Relación de categorías y preguntas de la entrevista a la comisión de salud

Todas las entrevistas están estructuradas en diferentes partes:

- 1ª parte: consiste en extraer datos básicos del profesional como la titulación que tienen, en qué unidad trabajan, cuántos años llevan en el hospital o si tienen alguna otra experiencia como trabajadores sociales sanitarios.
- 2ª parte: es la parte gruesa de la entrevista en donde se extrae más información. Se han hecho preguntas en relación al trabajo social sanitario, las funciones, el reconocimiento de la profesión, protocolos y procedimientos y por último la coordinación extra hospitalaria.
- 3ª parte: pregunta de cierre donde los profesionales podían añadir lo que quisieran expresar sobre su profesión.

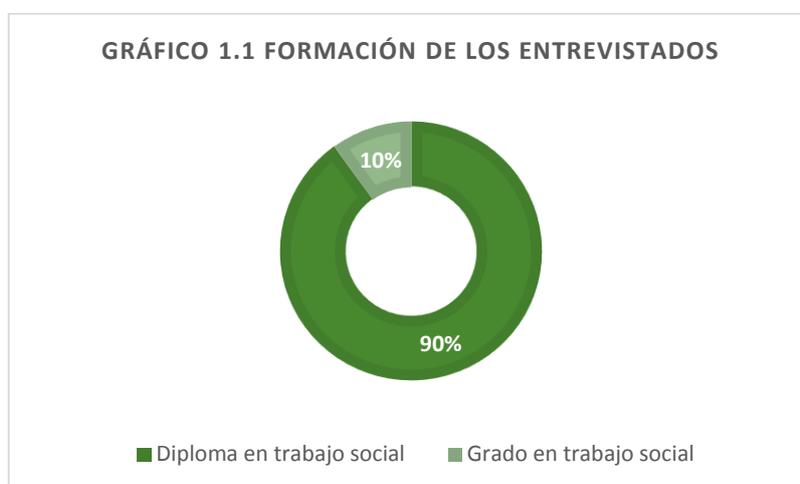
En todas las entrevistas se ha entregado el consentimiento informado (*ver anexo 2*).

6. Resultados

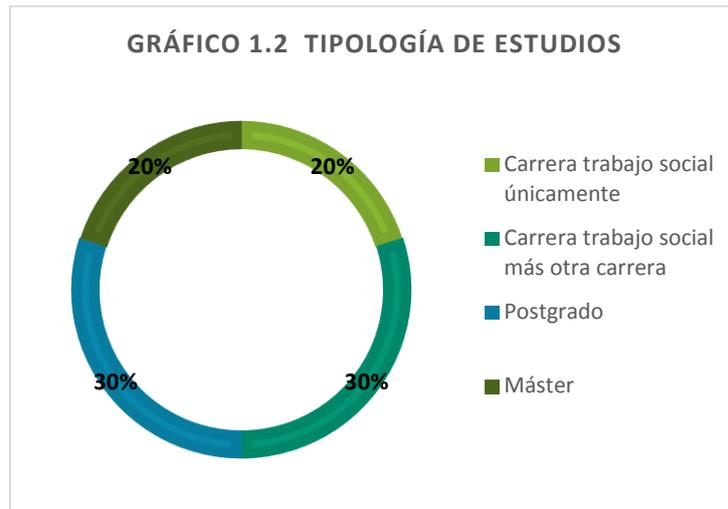
En esta parte del trabajo se expondrán los resultados extraídos de las entrevistas realizadas a las 10 trabajadoras sociales y a la responsable de la comisión de salud del Colegio de trabajo social de Catalunya.

Primeramente, se procede a realizar diferentes gráficos sobre la primera parte de las entrevistas, la información general sobre las trabajadoras sociales entrevistadas: qué formación académica tienen y cuántos años hace que trabajan en el hospital. De esta manera, se podrá mostrar visualmente la variabilidad de la muestra.

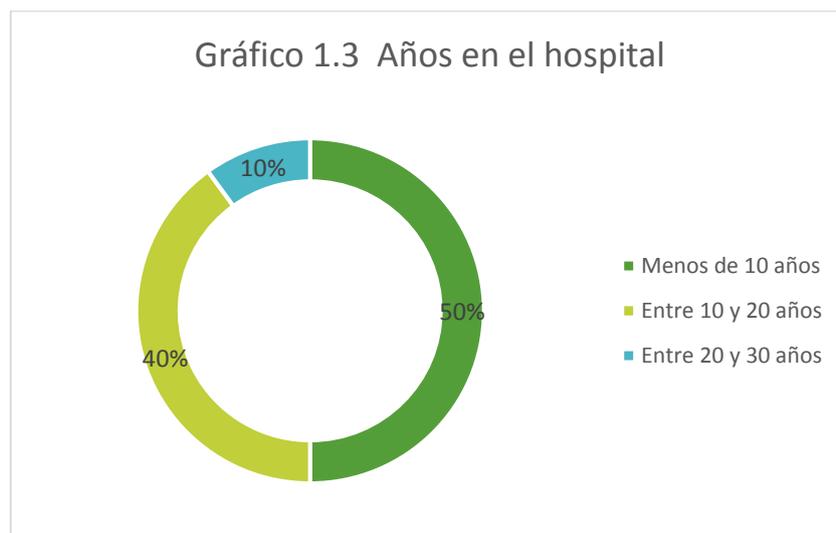
En el gráfico 1.1 se puede apreciar que el 90% de los entrevistados es diplomado en trabajo social, esto quiere decir que acabaron la carrera de trabajo social antes del 2012, es decir, antes que pasara a ser un grado. Solo un 10% de la muestra es graduado en trabajo social.



En el gráfico 1.2 podemos apreciar como un 20% de los entrevistados tienen únicamente la carrera de trabajo social, un 30% la carrera de trabajo social más otra carrera, un 30% un máster y un 20% un postgrado.



En el gráfico 1.3 se puede apreciar como un 50% de los entrevistados lleva menos de 10 años trabajando en el hospital, un 40% entre 10 y 20 años, y únicamente un 10% lleva entre 20 y 30 años trabajando en el hospital. Esto indica que hay una variabilidad en cuanto a la experiencia de los entrevistados, con lo cual se logrará alcanzar mejor el objetivo general y en concreto el objetivo específico número 5 (conocer cómo ha evolucionado el reconocimiento de la profesión).



Respecto a las preguntas de contenido de las entrevistas, se expondrán y analizarán los resultados desde las categorías previamente establecidas y los resultados se dividirán en 3 bloques: hospital Clínic, hospital Vall d'Hebron y comisión de salud, para así poder hacer una posterior comparación.

Categoría 1: Trabajo social sanitario

Conforme a las preguntas de la *tabla 3* en relación a la definición de trabajo social sanitario se ha encontrado lo siguiente:

➤ Hospital Clínic:

Esta pregunta ha sido la que ha tenido más variabilidad de respuestas.

Algunas de ellas indican que el trabajo social sanitario es un vértice más del equipo sanitario que trabaja en el hospital, y que no es mejor ni peor que los demás profesionales del equipo multidisciplinar. Algunas expresan que es un trabajo en equipo y de coordinación con otros recursos. Otro aspecto que destacan es la variabilidad y especificidad de cada unidad, es decir, según manifiestan no es lo mismo el trabajo social que se realiza en una unidad de traumatología que en una de psiquiatría.

Llama la atención que únicamente una de ellas lo define como una disciplina, aspecto fundamental en el trabajo social sanitario si tenemos presente lo mencionado en el marco teórico de esta investigación. Además, esta misma profesional y otra más mencionan la importancia del diagnóstico social sanitario dentro de la metodología de trabajo, aspecto también indicado en el marco teórico.

➤ Hospital Vall d'Hebron:

Respecto a la definición de Trabajo social sanitario que dan las profesionales de este hospital, también se encuentra una variabilidad.

Una profesional lo define como una profesión de soporte a la asistencia médica para dar una visión integral del paciente y que trata los aspectos sociales de la enfermedad. Cabe mencionar que dos profesionales más también lo definen como una profesión que ofrece una visión integral del paciente.

Algunas profesionales también manifiestan que el trabajador social sanitario trabaja en un equipo multidisciplinar y es el que encarga de la valoración social del paciente de cara al alta hospitalaria.

Únicamente un profesional aporta el término “coordinación” como aspecto fundamental en el trabajo social sanitario.

➤ Comisión de salud:

La responsable de la comisión manifestó que actualmente están en un momento de cambio y de reformulación de la comisión y no tienen aún una definición unánime de trabajo social sanitario.

Categoría 2: reconocimiento del trabajo social sanitario

Conforme a las respuestas obtenidas a las preguntas de esta categoría de la *tabla 3*, *tabla 4* y *tabla 5* se ha encontrado lo siguiente:

➤ Hospital Clínic:

Respecto a la primera pregunta sobre cómo las profesionales definirían el reconocimiento del trabajo social sanitario, la mayoría de ellas lo ha explicado poniendo un ejemplo de la práctica profesional. Una de ellas manifiesta que el reconocimiento para ella es que la esperen para empezar una reunión de equipo para aportar una visión social del paciente y su familia y que todos la tengan en cuenta. Otra de ellas refiere que para ella el reconocimiento es que el trabajador social sanitario se implique, haga un buen trabajo en equipo y forme sobre aspectos sociales al resto del equipo. Otra de las entrevistadas manifiesta que para ella estar reconocida sería que se conocieran todas sus facetas y funciones, en toda su amplitud, sin reducirlo a la faceta que suele interesar más a la institución en la que estás trabajando. Una de las profesionales que trabaja en la maternidad refiere que para ella el reconocimiento es que si hay algún tipo de sospecha de riesgo social del bebé, no se haga ningún movimiento hasta que la trabajadora social no dé el visto bueno o que si esto coincide en fin de semana – que no hay trabajador social- se espere al lunes para dar el alta para que antes la trabajadora social haga su valoración.

Respecto a la pregunta sobre si consideran si están reconocidas dentro del equipo multidisciplinar -pregunta clave en esta investigación y relacionada directamente con la hipótesis- todas ellas han respondido que sí que están reconocidas. Algunas argumentan que el resto del equipo sabe que las trabajadoras sociales son un peso muy importante, sobre todo las que trabajan en psiquiatría y maternidad. Una de ellas aporta un dato muy interesante y es que argumenta que ella sí que se ha sentido reconocida como trabajadora en general, hay un reconocimiento hacia su entrega personal y hacia su dedicación, pero no está convencida de que ese reconocimiento haya sido un reconocimiento del trabajo social sanitario.

En relación a la pregunta sobre los factores que consideran que influyen en el reconocimiento, 3 de ellas consideran que estos factores están relacionados con el trabajador social. Una de ellas argumenta que el factor clave es la personalidad de la profesional; otra de ellas dice que la actitud de la trabajadora social, es decir, que ésta esté implicada y se deje ver; y la última, menciona que la manera de trabajar de cada persona es un factor clave en el reconocimiento. Otras añaden un factor externo al trabajador social, es decir, una de ellas menciona el conocimiento o desconocimiento que haya en relación a la función del trabajador social y de la predisposición del equipo multidisciplinar.

La pregunta sobre qué se debería hacer para estar reconocido, en caso de no estarlo, no la realicé a ninguna profesional ya que todas afirmaron estar reconocidas.

Acerca de la evolución del reconocimiento de la profesión desde que empezaron a trabajar en el hospital Clínic hasta ahora, únicamente una profesional menciona que su reconocimiento es el mismo ahora que cuando empezó hace 12 años, éste siempre ha sido positivo. Una de ellas menciona que la evolución ha sido a peor, que con la crisis económica se han reducido dos plazas de trabajo social, y a causa de esto ha habido poco reconocimiento hacia la profesión y en comparación a otros países estamos muy mal. Las otras profesionales refieren que ha habido una evolución positiva, que se ha notado a largo plazo y progresivamente. Mencionan por ejemplo, que antes no había protocolos y ahora están 100% implementados o que hacen reuniones mensualmente con otras trabajadoras sociales del hospital para compartir qué hace cada una.

Sobre si consideran que el hecho de compartir despacho influye en el reconocimiento, algunas de ellas manifiestan que tienen ventajas e inconvenientes. Como ventaja argumentan que si estás encallada en un caso puedes consultar a la compañera de despacho y como inconveniente manifiestan que no hay confidencialidad con el paciente ya que el otro profesional está escuchando todo. No queda claro si influye o no en el reconocimiento, ninguna profesional sabe qué contestar.

En relación a si consideran positivo o negativo de cara al reconocimiento el hecho de no disponer de una unidad de trabajo social y depender de enfermería, dos de ellas han manifestado que es negativo no tener unidad de trabajo social, y las 3 restantes han mencionado que no creen que influya. Argumentan que lo que realmente importa es que el coordinador del que dependas tenga una sensibilidad con el ámbito social y que sea como el representante de ese colectivo, pero no es necesario que sea trabajador social ni disponer de unidad.

Por lo tanto, respecto al hospital Clínic y en relación a esta categoría, se puede concluir que cada profesional define el reconocimiento de su profesión de una manera diferente, poniendo ejemplos respecto a la unidad en la que trabaja. Todas ellas consideran que están reconocidas dentro del equipo multidisciplinar, aspecto clave en esta investigación, desmontando así la hipótesis de ésta. Respecto a los factores que influyen en este reconocimiento, hay una división de opiniones: unas los relacionan directamente con el trabajador social y otras lo relacionan con factores externos a él. En relación a la evolución del reconocimiento hay una disparidad de opiniones de un extremo a otro. Sobre disponer o no unidad de trabajo social, la mayoría de profesionales manifiestan que no es necesario para el reconocimiento de la profesión.

➤ Hospital Vall d'Hebron:

La primera de las preguntas de esta categoría sobre cómo definirían el reconocimiento de la profesión, al igual que en el Hospital Clínic también lo definen con ejemplos. Dos de ellas manifiestan que el reconocimiento es que para bien o para mal cuentan con trabajo social y que su valoración importa mucho y cuenta a la hora de tomar decisiones conjuntas. Una de ellas refiere que el reconocimiento es que son uno más del equipo y tomen parte activa de las decisiones que se toman respecto del paciente.

Respecto a la pregunta sobre si consideran si están reconocidos o no dentro del equipo multidisciplinar, todos ellos sin excepción manifiestan que están reconocidos y que es gracias a que antiguamente había trabajadoras sociales que lucharon por este reconocimiento.

En relación a los factores que influyen en el reconocimiento, todos excepto uno manifiestan que los factores son internos al trabajador social, es decir, estos factores son estar presente y ser proactivos, su implicación, estar comprometido con la profesión y tu profesionalidad. Únicamente uno de ellos refiere que los factores son externos al trabajador social, están relacionados con el resto del equipo multidisciplinar.

Al haber respondido todos los profesionales que se sienten reconocidos, no se ha hecho la pregunta sobre qué harían para estar reconocidos en caso de no estarlo.

Acercas de la evolución del reconocimiento de la profesión, todos ellos manifiestan que no ha cambiado, siempre ha sido una valoración muy positiva en el hospital Vall d'Hebron. Han cambiado las formas de trabajar y de relacionarse con los otros profesionales del equipo multidisciplinar a causa de la creación del sistema informático, pero el reconocimiento siempre ha sido el mismo.

Al igual que en el hospital Clínic, ningún profesional ha sabido manifestar si influye o no en el reconocimiento de la profesión. Únicamente han mencionado que tiene aspectos positivos y negativos.

Sobre si consideran que tener una unidad de trabajo social influye en el reconocimiento, un 100% lo afirma. Manifiestan que tener una unidad propia da entidad y reconocimiento, y además si la jefa de unidad es trabajadora social mucho más. Una de ellas aporta una información muy relevante y es que refiere que si existe la unidad de trabajo social pero luego los trabajadores sociales no están implicadas ni hacen bien su trabajo, duda que sirviera de algo.

Respecto a la pregunta realizada a las *caps* de unidad sobre cuál su opinión de que la unidad sea de trabajo social y atención al usuario, y no únicamente de trabajo social, éstas manifiestan que no está junto, es decir, tienen una *cap* de unidad conjunta pero las funciones están muy bien diferenciadas. Refieren que son dos unidades unidas con una dirección común que se pueden complementar en momentos determinados dándose soporte mutuo. Todo lo que es la gestión y resolución de conflictos no está nada alejada la una de la otra.

Por lo tanto, en relación al Hospital Vall d'Hebron y a esta categoría, se puede concluir, al igual que en el otro hospital, que cada profesional pone ejemplos de cómo él/ella entienden el reconocimiento de la profesión. Todas ellas refieren estar reconocidas dentro del equipo multidisciplinar, desmontando así la hipótesis de la investigación. Los factores de este gran reconocimiento la mayoría de ellos los relacionan con factores internos al trabajador social como su implicación y profesionalidad, y que siempre ha habido reconocimiento desde que empezaron a trabajar hasta la actualidad. Todos ellos manifiestan que pertenecer a una unidad de trabajo social da reconocimiento a la profesión.

➤ Comisión de salud:

Respecto a la entrevista que se realizó a la responsable de la comisión de salud del colegio de trabajo social de Catalunya, ésta manifestó que el reconocimiento del trabajador social sanitario varía dependiendo del sub-ámbito en el que trabaje. En salud mental está muy reconocido y en atención primaria también. En atención hospitalaria dependiendo de las unidades, hay algunas como traumatología o neurología que requieren obligatoriamente del trabajador social entonces está más reconocido.

En relación a disponer de unidad de trabajo social o no, la responsable de la comisión de salud manifiesta que todos deberían tener una unidad de trabajo social, y que tenerla da mucho reconocimiento a la profesión, siempre y cuando el jefe sea un trabajador social.

Los factores que influyen en el reconocimiento, según la responsable de la comisión de salud son la competencia técnica y la competencia relacional, es decir, factores internos al profesional.

Además aporta la idea de que es conveniente y necesario que para ejercer el trabajo social en el ámbito de la salud se tenga una formación complementaria, como el máster en trabajo social sanitario, el máster en atención y curas paliativas o si se trabaja en salud mental algún máster del ámbito. Además refiere que es una formación continua, siempre deben estar formándose.

Según la responsable de la comisión de salud, tener uno de los másters anteriormente descritos no influiría en el reconocimiento de la profesión ya que los demás compañeros del equipo multidisciplinar no saben si dispones de un máster o no, es más a nivel personal.

Finalmente, respecto a cómo ve la comisión de salud el futuro de la profesión, éste es muy positivo. Refiere que veremos la especialización de aquí a poco en trabajo social sanitario pero es complicado ya que esto sería a nivel estatal y europeo.

Categoría 3: funciones del trabajo social sanitario

Conforme a las respuestas obtenidas a las preguntas de esta categoría de la *tabla 3* se ha encontrado lo siguiente:

➤ Hospital Clínic:

En esta categoría se pueden encontrar una gran variabilidad de ejemplos, aunque 3 de ellas consideran que las funciones del trabajo social no están bien definidas y 2 de ellas consideran que sí.

Una trabajadora social refiere que hay un documento interno del hospital en donde se explican las funciones del trabajo social, pero que debería ser revisado periódicamente ya que el contexto y las necesidades van cambiando. Llama la atención que únicamente una profesional mencione este documento. Otra profesional manifiesta que como que el personal médico cambia mucho a causa de los médicos MIR que van rotando de unidad, siempre hay que estar recordando cuáles son tus funciones.

Otra trabajadora social refiere que todo lo que no sea un problema médico ni de enfermería, estos profesionales lo derivan a trabajo social y que lo que se debe hacer es redirigir sus demandas y nunca asumir cosas que no son del ámbito social.

Una de las entrevistadas manifiesta que las funciones del trabajo social cuando ella llegó a la unidad no estaban bien definidas, faltaban muchas funciones. Según su opinión, lo que se debería hacer es realizar una sesión con médicos y enfermeras en donde se explique en qué consiste nuestra profesión y cuáles son nuestras funciones.

Respecto a si alguna vez les han pedido realizar alguna tarea que no entraba dentro de su función, 3 de ellas también han dicho que sí. Alguna de ellas refiere que aceptó hacer la tarea porque era una tarea que no le tocaba hacer a nadie y que lo hizo en beneficio del paciente. Otra de ellas afirma que no cree que le pidan cosas que no tocan porque las funciones no estén bien definidas sino simplemente porque la propia naturaleza de la intervención social es más diversa que una intervención médica. Llama mucho la atención que una de ellas manifiesta que algunas veces los médicos se encuentran con sistemas familiares complejos y directamente derivan a trabajo social, sin eso ser un problema social.

Las dos profesionales que han manifestado que nunca les han pedido cosas que no entraban dentro de su función, refieren que en caso de que les pasara, avisarían a la supervisora.

➤ Hospital Vall d'Hebron:

Respecto a la pregunta sobre si las funciones del trabajo social están bien definidas y si el resto del equipo las conoce, en este caso un 100% de los profesionales ha dicho que sí. Una de ellas matiza que las funciones están definidas, pero que tienen que estar defendiendo la profesión ya que, según su opinión, parece ser que de trabajo social todos entienden, por lo tanto hay que luchar y defender.

En relación a la pregunta sobre si alguna vez les han pedido realizar alguna tarea que no entraba dentro de su función, hay variabilidad de opiniones. Algunos refieren que sí, argumentando que si tiene que ver con el alta hospitalaria y el bienestar del paciente, se colabora con el equipo, aunque no sea estrictamente de trabajo social. Respecto a la que ha dicho que nunca se lo han pedido, manifiesta que nunca le han dicho que haga una tarea que no le toca a nadie.

➤ Comisión de salud:

Como complemento a los dos hospitales, la referente de la comisión de salud, refirió que las funciones sí que las conoce el resto del equipo aunque siempre se debe estar refrescando, actualizando y definiendo cuáles son.

Categoría 4: trabajo social sanitario = profesión sanitaria

Esta categoría únicamente responde a una pregunta, tal y como se aprecia en la *tabla 3*, pero es muy relevante para el reconocimiento del trabajo social sanitario, tal y como indica Dolors Colom en el marco teórico.

➤ Hospital Clínic:

En esta pregunta encontramos que 4 de ellas refieren que no debería ser una profesión sanitaria y únicamente 1 de ellas manifiesta que sí.

Las que apuntan que no, lo argumentan diciendo que son trabajadores sociales en un ámbito sanitario, pero son más sociales que sanitarios. Otras refieren que igual que los médicos no tienen conocimientos sociales, ellas no deben tener conocimientos médicos. Una de ellas

manifiesta que cuando trabaja con una persona no piensa en la enfermedad que pueda tener, sino que piensa en ella.

La única trabajadora social que afirma rotundamente que sí que debería ser una profesión sanitaria lo argumenta diciendo que si fuese una profesión sanitaria, el trabajo social estaría reconocido. Según su opinión, aún estamos lejos de conseguirlo ya que en la carrera se deberían tener unos conocimientos relacionados con la medicina porque no es lo mismo conocer qué implica una diabetes a nivel social que un Alzheimer.

➤ Hospital Vall d'Hebron:

Respecto a las trabajadoras sociales de este hospital, 4 de ellas consideran que sí que debería ser una profesión sanitaria y únicamente 1 considera que no.

Las que consideran que sí, lo argumentan diciendo que es una profesión asistencial e interviene en el proceso del paciente. Otros refieren que si fuesen profesión sanitaria estarían mucho más reconocidos dentro del equipo multidisciplinar ya que al ser sociales, a veces les tratan como si no estuvieran integrados en el equipo. Un aspecto muy relevante es el que aporta una entrevistada, que refiere que no le parece lógico que dependan del equipo de cuerpo de gestión ya que trabajan con el paciente y su familia, y los administrativos no lo hacen.

Algunos manifiestan que el problema es que en la universidad, el trabajo social es rama de humanidades y no saben qué se debería hacer para cambiarlo.

Respecto a la entrevistada que ha dicho que no debe ser una profesión sanitaria, lo argumenta diciendo que para ella no es imprescindible ser sanitario para estar reconocido.

➤ Comisión de salud:

Respecto a la entrevista a la responsable de la comisión de salud, refiere que rotundamente sí debe ser una profesión sanitaria ya que tiene una metodología concreta, se requieren unos conocimientos concretos y se desarrolla en un ámbito concreto. Según ella, debe ser una especialización dentro del trabajo social.

Categoría 5: protocolos y procedimientos del trabajo social sanitario.

Conforme a las respuestas obtenidas a las preguntas de esta categoría de la *tabla 3* y *tabla 4* se ha encontrado lo siguiente:

➤ Hospital Clínic

En la pregunta relacionada con si disponen de protocolos realizados por trabajo social, todas ellas han contestado que sí, cada especialidad tiene los suyos. Una de ellas aporta una idea relevante y es que estos protocolos quedan en el mundo teórico y los demás profesionales del equipo multidisciplinar no lo consultan, es función del trabajador social recordar día a día que existen protocolos. Otra de ellas aporta la idea de que ella tampoco se ha mirado los protocolos de enfermería ni de medicina, por lo tanto, los demás profesionales tampoco habrán mirado los de trabajo social.

En relación a la pregunta sobre si consideran si estos protocolos son importantes, todas ellas han contestado que sí, aunque llama la atención lo que han manifestado dos profesionales. Una de ellas refiere que los protocolos son importantes entendiéndolo como una herramienta dinámica, no que la intervención se tenga que ceñir exclusivamente a eso, simplemente que sirva de orientación. Otra de ellas aporta que todo debe estar protocolarizado ya que esto hace que se trabaje con una objetividad ya que se trabaja con personas y siempre hay gente que te cae mejor o peor, si no hubieses protocolos solo se trabajaría con gente que te cae bien.

Respecto al programa de planificación del alta, únicamente una profesional ha dicho que sí que disponen de este programa. Dos de ellas además, no sabían qué es este tipo de programa. Sobre la pregunta si se deberían tener, una de ellas lo niega ya que el alta la marcan los pacientes y su evolución. Otra de ellas afirma que sí ya que sería muy positivo que estuviera para que no pase esto tan desagradable que al paciente le vayan a dar el alta y en el último momento te comuniquen que esa persona vive sola, ya se ha generado una angustia a la familia y paciente.

➤ Hospital Vall d'Hebron

Respecto al Hospital Vall d'Hebron, la pregunta relacionada con si disponen de protocolos realizados por trabajo social, todos han contestado que sí. Al igual que en el otro hospital, algunos manifiestan que estos protocolos están visibles en la intranet del hospital pero que hay profesionales que no los miran, al igual que los trabajadores sociales no se miran los de enfermería. Sobre si consideran si son importantes, también todos han contestado que sí.

Acerca del programa de planificación del alta hospitalaria, todos ellos refieren que sí que disponen de uno sobre prevención y riesgo social al alta.

En relación a la pregunta realizada a las *caps* de unidad sobre quién impulsa los protocolos de trabajo social, una de ellas ha contestado que es ella misma como *cap* de unidad quien los impulsa. Sobre cuál es su papel en el diseño de estos protocolos, ellas los impulsan y revisan periódicamente y si es necesario se crean otros nuevos. También son las encargadas de que estos protocolos estén en consonancia y alineados con el *Pla de salut* y se modifiquen en función de las nuevas líneas que se marquen.

➤ Comisión de salud:

Esta pregunta no se realizó a la responsable de la comisión de salud ya que los protocolos son internos de cada hospital.

Categoría 6: coordinación entre diferentes niveles de atención sanitaria

Finalmente, respecto a esta última categoría encontramos las respuestas a la pregunta de la *tabla 3*.

➤ Hospital Clínic

En relación a esta pregunta, 3 profesionales han dicho que sí que hay una buena coordinación, una ha dicho que no y otra no sabe ya que no hace coordinaciones con ambulatorio porque ésta es mas a nivel de servicios sociales que no de salud. Las que han manifestado que sí que hay buena coordinación con atención primaria, todas dicen que la coordinación no es presencial, es via telefónica o e-mail, y que a veces es difícil contactar con ellos por los

horarios que hacen. Una de ellas aporta la idea de que la coordinación es buena con las profesionales de atención primaria, no con centros en concreto.

➤ Hospital Vall d'Hebron

En este caso, la mayoría de ellos han manifestado que no se tiene una buena coordinación con atención primaria, que esta podría mejorar, les gustaría que fuera más fluida. Una de las profesionales aporta la idea de que cada trabajador social tiene su parcela muy definida y esto dificulta la coordinación. Todas ellas indican que siempre hay excepciones, ya que hay con profesionales de atención primaria que se hace una buena coordinación.

➤ Comisión de salud:

Esta pregunta no se le realizó a la responsable de la comisión de salud ya que es personal de cada trabajador social sanitario, de cómo ellos sienten si se realiza la coordinación.

7. Análisis y discusión

La presente investigación ha tenido como objetivo conocer la valoración de la figura del trabajador social en el Hospital Clínic y el Hospital Vall d'Hebron por parte de las trabajadoras sociales que trabajan en dichos hospitales.

Tal y como se ha podido apreciar en el marco teórico de esta investigación, “el trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención socio sanitaria o la atención especializada” (Colom, 2010, p. 109). De las entrevistas realizadas, únicamente una entrevistada hace referencia a este término, es decir, menciona la especialización en el ámbito de la salud del trabajo social.

Algunas trabajadoras sociales entrevistadas manifiestan que el trabajo social sanitario trata los aspectos sociales de la enfermedad, tal y como lo refiere la Agencia Valenciana de salud (2012).

Únicamente dos profesionales de los diez entrevistados definen el trabajo social sanitario como una disciplina y recalcan la importancia de realizar un diagnóstico social sanitario, aspecto fundamental si tenemos presente la bibliografía de Colom.

Tres entrevistadas indican que el trabajador social sanitario da una visión integral del paciente, y así lo indica también la Agencia Valenciana de salud (2012). También manifiestan que el trabajador social sanitario es parte del equipo multidisciplinar, al igual que se menciona en el marco teórico de esta investigación.

Cabe mencionar, que llama la atención que ningún profesional entrevistado mencione el método de trabajo del trabajo social sanitario aludiendo al diagnóstico social sanitario (excepto dos profesionales) y al plan de intervención, imprescindible en la práctica de nuestra profesión. Si bien es cierto que el 100% de los entrevistados manifiesta que tienen protocolos realizados por trabajo social, únicamente un profesional del hospital Clínic y los 5 del hospital Vall d'Hebron refieren disponer de un programa de planificación del alta hospitalaria, incluso diferentes profesionales no sabían lo que era. Esto contradice con lo que indica Colom 2011 “es importante e imprescindible que el trabajo social sanitario se apoye en procedimientos, protocolos y procesos”.

En relación al reconocimiento de la profesión, aspecto central de la presente investigación, los resultados contrastan con algunos aspectos remarcados en el marco teórico. Aunque la diferente bibliografía refiera que los trabajadores sociales sanitarios siguen luchando para sentirse integrados en el equipo multidisciplinar (Mellado, 2008) y que no siempre están considerados parte del equipo y lo que se espera de ellos es solucionar problemas relacionados con recursos sociales (Ituarte, 2009), los resultados extraídos de las entrevistas muestran una realidad diferente.

Un 100% de los entrevistados, incluida la representante de la comisión de salud, han manifestado sentirse integrados en el equipo multidisciplinar y reconocidos como trabajadores sociales, aspecto contrario a lo que se menciona en el marco teórico. Así pues, la bibliografía utilizada en el marco teórico tendría que contemplar otros aspectos, es decir, incorporar nuevos puntos de vista actualizados de trabajadores sociales sanitarios. Además de esta anotación, cabe mencionar también que la diferencia entre marco teórico y resultados ha podido ser debida a que cada persona tiene un baremo sobre lo que es estar reconocido o no. Hay una dualidad de opiniones entre los entrevistados: 5 de ellos manifiestan que no consideran que deban ser profesión sanitaria y los otros 5 que sí. Si tenemos presentes estos datos, se aprecia que los entrevistados no relacionan el ser profesión sanitaria con el reconocimiento profesional.

En relación a los factores que influyen en el reconocimiento, 3 de las entrevistadas en el hospital Clínic, 2 en el hospital Vall d'Hebron y la referente de la comisión de salud manifiestan que éstos son internos al profesional, es decir, podría ser la personalidad, la profesionalidad o las competencias que tenga el trabajador social sanitario. Esto se relaciona con la bibliografía al respecto, ya que diferentes autores refieren que si los trabajadores sociales sanitarios siguen el procedimiento específico de la profesión, su importancia y reconocimiento dentro del equipo multidisciplinar queda más que justificado.

La referente de la comisión de salud manifiesta que dependiendo de las unidades, el trabajador social sanitario está más reconocido o no. Por ejemplo, en las unidades de psiquiatría, traumatología, medicina interna, neurología o neurocirugía el trabajador social sanitario está muy reconocido ya que la propia intervención con estos pacientes necesita de los trabajadores sociales. En la presente investigación, aunque seis de los diez entrevistados trabajan en alguna de estas unidades, todos han referido sentirse reconocidos, independientemente de la unidad en la cual trabajen.

Respecto al conocimiento o desconocimiento de las funciones del trabajador social sanitario por parte del resto del equipo multidisciplinar, en el Hospital Clínic 3 entrevistados han manifestado que no se conocen y 2 que sí, y en el Hospital Vall d'Hebron los 5 entrevistados

han indicado que sí que se conocen. La referente de la comisión de salud, por su parte, manifiesta que sí que se conocen las funciones del trabajador social sanitario pero tienen que estar continuamente recordándoselas a los demás profesionales del equipo multidisciplinar. Por lo tanto, nos encontramos ante un 30% de la muestra que refiere que no se conocen sus funciones, todos ellos del mismo hospital. Esto choca con la bibliografía específica del marco teórico ya que diferentes autores manifiestan que hay un desconocimiento de las funciones del trabajador social sanitario y que puede ser debido a que éstos no han explicado correctamente el concepto social dentro del ámbito de la salud o que la identidad profesional de los trabajadores sociales sanitarios no está bien delimitada (Ituarte, 2009).

En los resultados de la investigación se aprecia que el motivo no es este. Los profesionales que han indicado que no se conocen sus funciones, refieren que es a causa de que hay mucha rotación de médicos MIR y éstos no conocen al 100% lo que hace un trabajador social sanitario o que todo lo que se salga de medicina o enfermería lo derivan a trabajo social. Esto ha hecho que 3 de los entrevistados del hospital Clínic hayan manifestado que alguna vez les han pedido realizar tareas que no entraban dentro de su función.

Por lo tanto, la hipótesis de la presente investigación "*las trabajadoras sociales sanitarias del hospital Clínic y las del hospital Vall d'Hebron no están igualmente valoradas, causado por el conocimiento o desconocimiento de sus funciones*" no queda al 100% demostrada por varios motivos. Primeramente, como se ha mencionado anteriormente, cada persona/profesional tiene un baremo sobre qué es el reconocimiento, es decir, para una puede significar una cosa y para otra persona, otra cosa completamente diferente. En los resultados se ha mostrado como cada profesional definió qué es el reconocimiento con ejemplos de su día a día profesional, algunos de ellos son que en las reuniones de equipo esperen a la trabajadora social para empezar la reunión, que tengan en cuenta su valoración social o que la trabajadora social se implique al máximo en la intervención multidisciplinar.

Así pues, las trabajadoras sociales sanitarias de estos dos hospitales coinciden en que están reconocidas, pero la valoración es diferente ya que cada una de ellas define esta valoración de una forma distinta, poniendo algunos de los ejemplos descritos con anterioridad.

Si bien es cierto que la segunda parte de la hipótesis se podría afirmar que se cumple ya que se aprecia una diferencia entre conocimiento y desconocimiento de las funciones del trabajador social sanitario entre los dos hospitales. Como se ha mencionado anteriormente, un 60% de los trabajadores sociales del hospital Clínic entrevistados manifiestan que el resto del equipo no conoce sus funciones; en cambio en el hospital Vall d'Hebron un 100% cree que conocen sus funciones.

Por lo tanto, por los datos proporcionados por las trabajadoras sociales entrevistadas, se demuestra, aparentemente, que no hay una relación entre reconocimiento de la profesión y conocimiento de las funciones del trabajador social sanitario, ya que en el hospital Clínic la mayoría de profesionales entrevistados afirman que no se conocen sus funciones pero en cambio, se sienten reconocidos.

Como limitación del presente estudio, cabe mencionar, que la investigación se basa únicamente en una metodología cualitativa habiendo utilizado la técnica de entrevista a 10 trabajadoras sociales de los hospitales, más la referente de la comisión de salud. Por lo tanto, los resultados obtenidos no se pueden ni deben generalizar ya que, si en vez de utilizar una técnica cualitativa se hubiese utilizado una técnica cuantitativa pasando cuestionarios a todos y cada uno de los 13 trabajadores sociales del hospital Vall d'Hebron y a los 19 del hospital Clínic, quizá los resultados serían diferentes.

Además, otra limitación del estudio es que únicamente se ha entrevistado a trabajadoras sociales. No se ha contado con la participación de pacientes/usuarios, ni con las jefas de enfermería de los Institutos del hospital Clínic al cual pertenecen las trabajadoras sociales entrevistadas –recordemos que en el hospital Clínic no hay unidad de trabajo social y dependen de enfermería-, ni con otros profesionales del equipo multidisciplinar.

Es cierto que hubiera sido muy interesante para esta investigación poder contar con las personas anteriormente mencionadas, pero por las características y la exhaustividad de un trabajo final de grado, considero que no hubiera sido posible. Hubiese sido una muestra demasiado grande y un trabajo final de grado con mucho volumen.

Como punto final de esta discusión cabe mencionar, a pesar de la limitación del estudio que se ha expresado anteriormente, que la teoría y la práctica sobre reconocimiento de la profesión no concuerdan. Si bien es cierto que la práctica solo está basada en dos hospitales de Barcelona, omitiendo la gran cantidad de centros sanitarios en los que no se ha entrevistado a nadie, ya que la investigación se centraba únicamente en los dos hospitales. En el coloquio de trabajadoras sociales sanitarias (2013) utilizado en el marco teórico, todas ellas están de acuerdo en que el trabajo social sanitario en los hospitales de Catalunya no está reconocido. Esto choca con los resultados de la presente investigación ya que se puede afirmar que en el hospital Clínic y en el Hospital Vall d'Hebron sí que se consideran reconocidos. Otra cosa es que, tal y como manifiestan algunos entrevistados, tengan que estar permanentemente recordando cuáles son sus funciones delante de los demás profesionales que se incorporan al equipo multidisciplinar.

La bibliografía utilizada en el marco teórico es reciente, la más antigua data de 1992 y la más actualizada es de finales del 2015 en una entrevista que se le realizó a Dolors Colom, es decir, la información que me proporcionó estaba al día. Por este motivo, la relevancia de esta investigación es ofrecer de forma inédita una visión sobre el reconocimiento de la profesión. No tengo constancia que se haya hecho una investigación como la presente comparando dos hospitales terciarios en relación al reconocimiento del trabajo social sanitario, por lo tanto, a partir de esta investigación se podrían hacer muchas más, incluso ampliando el campo de visión y contando con la opinión de otros profesionales del equipo multidisciplinar.

8. Conclusiones

Llegados a este punto y después de haber realizado la investigación presentada, considero importante reprender el objetivo general y los específicos que planteé al principio para llegar a descubrir si la hipótesis era verdadera o falsa.

El objetivo principal que marqué fue *“conocer la valoración de la figura del trabajador social en el Hospital Clínic y el Hospital Vall d'Hebron por parte de las trabajadoras sociales que trabajan en dichos hospitales”*.

En el apartado de resultados considero que queda clara la valoración de la profesión por parte de las trabajadoras sociales de los dos hospitales. Todas ellas aprecian que se sienten valoradas y reconocidas por parte del resto del equipo multidisciplinar. Como ya se ha mencionado en el apartado de resultados, una de ellas aportó una idea relevante y es que se ha sentido reconocida como trabajadora en general, hay un reconocimiento hacia su entrega personal y hacia su dedicación, pero no está convencida de que ese reconocimiento haya sido un reconocimiento del trabajo social sanitario.

Lo mencionado anteriormente está relacionado con tres de los objetivos específicos que me marqué *“Conocer la opinión de los trabajadores sociales que trabajan en estos hospitales al respecto de su profesión y del reconocimiento que consideran que tienen dentro del equipo multidisciplinar”*, *“Identificar el sentimiento de valoración que tiene cada trabajador social hacia su figura.”* *“Determinar los motivos por los cuales consideran que están o no reconocidos.”*

Considero que estos objetivos específicos están completamente alcanzados. Se ha entrevistado a 10 trabajadoras sociales de los 2 hospitales, en donde podían expresar abiertamente su opinión, al ser la mayoría de preguntas de la entrevista abiertas. La mayoría de estas preguntas estaban relacionadas con el reconocimiento de la profesión y cómo ellas la valoran.

Otro de los objetivos específicos es *“Averiguar si los trabajadores sociales consideran que se conoce sus funciones”*. También se ha alcanzado. En las entrevistas se hizo algunas preguntas sobre si consideran que se conocen sus funciones, habiendo resultado una diferencia entre los dos hospitales.

A raíz del logro de este objetivo específico se ha podido desmentir la hipótesis ya que, según los resultados de la investigación, no hay una relación entre reconocimiento de la profesión y conocer o no las funciones del trabajador social sanitario. Todas ellas han afirmado sentirse reconocidas pero algunas han manifestado que no se conocen sus funciones y otras que sí.

En relación al último objetivo específico, “*Conocer cómo ha evolucionado el reconocimiento de la profesión*”, se hizo una pregunta a las profesionales sobre la evolución desde que llegaron al hospital hasta la actualidad. Hubo una gran variabilidad de respuestas en el hospital Clínic, algunas de ellas contradictorias y una unanimidad en el hospital Vall d'Hebron. No se puede sacar una conclusión respecto a este objetivo específico en el hospital Clínic ya que los resultados no son concluyentes.

Mencionar que conforme iba avanzando el trabajo me han surgido dudas, algunas de ellas ya se han ido indicando a lo largo del trabajo. La más relevante es, ¿cómo es posible que en toda la bibliografía se manifieste que el trabajo social sanitario está poco reconocido y por el contrario el 100% de la muestra haya referido sentirse muy reconocido? La hipótesis que he realizado en la discusión es que esto podría ser debido a que cada persona tiene una escala sobre lo que es estar reconocido, para uno significa una cosa y para otro puede significar otra. Además, la muestra es muy pequeña y limitada y hay que añadir el hecho de que solo representa a dos hospitales, siendo la bibliografía del marco teórico sobre trabajo social sanitario en general en España, por lo tanto, no se debe generalizar al trabajo social sanitario en general.

De forma resumida, además de los aspectos mencionados anteriormente, creo importante exponer los siguientes matices. Por un lado, me ha parecido relevante en la investigación la dualidad de opiniones entre pertenecer a una unidad de trabajo social o depender de enfermería directamente. En el hospital Vall d'Hebron, en donde se dispone de unidad de trabajo social, todas las entrevistadas manifiestan que tener esta unidad les da entidad y reconocimiento; por otra parte, en el hospital Clínic, en donde dependen de enfermería, únicamente 2 entrevistadas refieren que si dispusieran de unidad de trabajo social influiría positivamente en el reconocimiento.

Otro matiz que quiero destacar es la información proporcionada respecto a la coordinación con trabajo social de atención primaria, es decir, los ambulatorios. En el hospital Clínic la mayoría de las entrevistadas manifiestan tener buena coordinación con atención primaria, mientras que en el hospital Vall d'Hebron la mayoría refiere tener mala coordinación. Si bien es cierto que los ambulatorios con los cuales se coordinan no son los mismos ya que abarcan diferente área de salud.

En relación a la elaboración del trabajo me gustaría exponer cómo ha sido el proceso. Desde un primer momento tenía muy claro el tema y la hipótesis de la investigación, lo cual me ha facilitado mucho el trabajo. Los objetivos marcados me han ayudado a llegar a la hipótesis, con lo cual he podido comprobar que la valoración que tiene cada profesional varía aunque todos se sientan reconocidos.

Esto me ha hecho reflexionar mucho como futura trabajadora social. Yo tenía una idea muy clara y daba por supuesto que era verdad. La realización de esta investigación ha hecho cambiar mi punto de vista ya que se ha demostrado que lo que yo pensaba inicialmente no es así. Si no hubiese realizado el trabajo nunca lo hubiera sabido.

Para poder conseguir toda la bibliografía he tenido que hacer mucha búsqueda. Si bien es cierto que sobre trabajo social sanitario encontramos a Dolors Colom como referente, quería tener una variedad de autores para así poder comparar y que no todo se basara en su bibliografía. Cabe mencionar, que sobre reconocimiento de la profesión no hay mucho escrito y me ha resultado difícil poder acceder a los artículos. Durante la carrera, no hemos tenido ninguna asignatura específica de trabajo social sanitario, aunque sí diferentes optativas relacionadas con el ámbito de la salud. Esto ha hecho que me resulte difícil acceder a todo lo que es teoría sobre trabajo social sanitario, aunque la parte positiva de esto es que como futura trabajadora social esta bibliografía encontrada me ha aportado mucho.

Me ayudó mucho a nivel de esta investigación, pero también a profesional, la entrevista que le realicé a Dolors Colom. A nivel de investigación contribuyó a ampliar el marco teórico y aspectos que no me habían quedado claros sobre su bibliografía. A nivel profesional me aportó una visión de una persona referente en trabajo social sanitario que no olvidaré. A parte de la entrevista formal, estuvimos hablando un buen rato sobre la profesión y eso me ayudó a tener las ideas más claras sobre mi futuro.

También me ha aportado mucho el testimonio de las trabajadoras sociales entrevistadas. Obviamente a nivel de esta investigación, ya que sin su aportación no hubiera sido posible la realización de ésta. Pero lo que más me ha aportado es a nivel profesional: poder compartir un rato con trabajadoras sociales y comprender cómo entienden ellas su profesión y lo reconocidas que se sienten, cuando yo tenía una idea totalmente contraria. Quiero agradecer a todas y cada una de ellas su predisposición y amabilidad.

Recalcar también la gran ayuda que supuso la entrevista realizada a la responsable de la comisión de salud del colegio de trabajo social de Catalunya. Teniendo ya todas las entrevistas realizadas, su entrevista me aportó otro punto de vista y fue muy complementaria a todo lo que refirieron las trabajadoras sociales, ratificando lo que ellas habían manifestado.

Me gustaría también desatacar, que como perspectiva y propuesta de futuro, considero que con este trabajo no es suficiente y no se puede generalizar, tal y como he mencionado anteriormente. Es decir, he entrevistado a 5 trabajadoras sociales de cada hospital cuando en total hay muchas más. Por lo tanto, se podría hacer una futura investigación con una muestra

mayor y donde también participasen otros profesionales del equipo multidisciplinar para dar su punto de vista, y de esta manera obtener resultados más claros y contundentes.

Otra propuesta de futuro sería que, a partir de los resultados aquí extraídos, se contara con la participación de trabajadoras sociales no sanitarias. Es decir, entrevistar a trabajadoras sociales de otros ámbitos aportando su visión del reconocimiento de sus compañeras que trabajan en sanidad.

Como punto final, quiero mencionar que los principales aprendizajes que he extraído de este trabajo son que, primeramente, nunca hay que dar las cosas por supuestas. Es imprescindible analizar los aspectos de una forma sistemática y rigurosa para así poder afirmarlos o desmentirlos. Incluso hay veces que no es ni una cosa ni otra, sino que hay un punto intermedio. Por otro lado, el siguiente aprendizaje es que he profundizado en el trabajo social sanitario, no únicamente a nivel teórico sino también a nivel práctico, que es al ámbito al cual me quiero dedicar dentro del trabajo social. Este aspecto es el que más me ha aportado: tener unas bases teóricas sobre la profesión y tener la visión de la realidad profesional.

Elige un trabajo que te guste y no tendrás que trabajar ni un solo día de tu vida.

Confucio.

9. Bibliografía

- Agència valenciana de salut. (2012). *Guía de intervención de trabajo social sanitario*. Recuperado desde <http://www.san.gva.es/web/dgas/atencion-sociosanitaria>
- Ayuntamiento de Barcelona. (2016). *Sanidad y salud*. Recuperado desde http://w110.bcn.cat/portal/site/SanitatISalut/menuitem.600a6d04635c6acae3bf6af520348a0c/?vgnnextoid=0000000250594088VqnV6CONT000000000000RCRD&lang=es_ES
- Ayuntamiento de Barcelona. (2016). *Relación de centros de salud mental*. Recuperado desde <http://w110.bcn.cat/fixers/baccessible/relacindecentrosdesaludmentalcsm.153.pdf>
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: Editorial la Muralla
- Burgos, ML., Pérez, I. y Sánchez, R. (2009). Trabajo social en el sistema público de salud: atención primaria, hospitalaria y salud mental. *Revista de trabajo social y acción social*, edición especial tomo II, p. 30-53.
- Canon, I. (1917). *Social work in hospitals: a contribution to progressive medicine*. New York: Russell sage foundation.
- Colegio de trabajo social de Catalunya. (2016). *Comisión de salud*. Recuperado desde <http://www.tscat.cat/content/comissi%C3%B3-de-salut>
- Colom, D. (1992). *L'alta hospitalària: un repte a l'eficiència dels sistemes sanitari i social*. Barcelona: La llar del llibre.
- Colom, D. (2008). *El Trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada: teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Colom, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Revista Sedisa*, 10, p. 14-25.
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Revista de servicios sociales*, 47, 109-119.

- Colom, D. (2011). *El Trabajo social sanitario: los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC.
- Comissió de salut del Col·legi de treballadors socials de Catalunya. (2004). *Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari*. Recuperado desde http://www.tscat.cat/images/arxius/funcionsicompetencies_ts_campsanitari.pdf
- Díaz, E., Díaz-Faes, C., Suarez, D., Villazon, J. y Casero, M. (2002). *Trabajo social en el sistema sanitario público: balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: KRK ediciones.
- Hospital Vall d'Hebron. (2016). *Presentación*. Recuperado desde <http://www.vhebron.net/es/presentacio>
- Institut Català de la Salut. (2013). *Documents de treball social sanitari. Carta de serveis de treball social sanitari*. Recuperado desde http://m.aetrabajosocialsalud.es/1/upload/carta_serveis_ts_vf_.pdf
- Ituarte, A. (2009). Sentido del Trabajo social en salud. *XI Congreso estatal de trabajo social. Trabajo social: sentido y sentidos*. Zaragoza, 6-9 mayo 2009.
- Mesa de entidades del tercer sector de Catalunya. (2015). *Mapa d'entitats socials a Catalunya*. Recuperado desde <http://www.tercersector.cat/mapa>
- No soy asistenta, soy trabajadora social. (2013). *¿Por qué el Trabajo Social Sanitario no está reconocido?* Recuperado desde <http://nosoyasistenta.com/por-que-el-trabajo-social-sanitario-no-esta-reconocido/>
- OMS. (1948). *Definición de salud*. Recuperado desde <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Porcel, P. (2008). *El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.
- Puy, N. (2013). El trabajo social sanitario en los servicios de urgencias: razones para su reconocimiento. *Revista Ágathos, atención sociosanitaria y bienestar*, 3, p. 44-52.
- Richmond, M. (1922). *Caso social individual*. Buenos Aires: Humanitas.

- TVE. (2014). *Entrevista Dolors Colom*. Recuperado desde <http://www.rtve.es/alicarta/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-entrevista-dolors-colom/2333010/>
- TVE. (2013). *Debate: los trabajadores sociales*. Recuperado desde <http://www.rtve.es/alicarta/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-debate-trabajadores-sociales/1671439/#aHR0cDovL3d3dy5ydHZILmVzL2FsYWVhcnRhL2ludGVybm8vY29udGVudHRhYmxlLnNodG1sP3BicT00Jm1vbnRoRmlsdGVyPTEmb3JkZXJDcmI0ZXJpYT1ERVNDJm1vZGw9VE9DnllYXJGaWx0ZXI9MjAxMyZsb2NhbGU9ZXMmcGFnZVNpemU9MTUmY3R4PTM3NDEwJmFkdINiYXJjaE9wZW49ZmFsc2U>