

Modelo de Trabajo Social Sanitario en la Urgencia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid

Concha Vicente Mochales^{1*}, Patricia Gonzalez Carbajo²

¹Jefa Servicio Trabajo Social. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Trabajadora Social. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. España.

***Correspondencia:** ¹concepcion.vicente@salud.madrid.org ²patricia.gonzalez@salud.madrid.org

Cómo citar: Vicente Mochales, Concha; Gonzalez Carbajo, Patricia; (2025) "Modelo de Trabajo Social Sanitario en la Urgencia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid". *Revista Trabajo Social y Salud*, N°101, 267-281.

Resumen: Resumen: Este artículo aborda la historia y construcción del equipo de trabajo social en las Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, así como su situación actual. Describe, además, el modelo de Trabajo Social en la urgencia aprobado por Gerencia (2022) y, finalmente aporta datos de actividad a lo largo del año 2022.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario, urgencias hospitalarias

Abstract: This article discusses the history and construction of the social work team in the emergency department of the Hospital General Universitario Gregorio Marañón, as well as its current situation. It also describes the model of Social Work in the emergency department approved by Management (2022) and, finally, provides data on activity throughout the year 2022.

Keywords: Healthcare Social Work, hospital emergencies

Introducción

Los orígenes del hospital se remontan a 1567 con Felipe II. En julio de 1968, el hospital adquiere una organización que dará origen a la actual tras varias reestructuraciones arquitectónicas y administrativas. Es un hospital vivo en constante transformación para dar respuesta a las necesidades de la población; su cartera de 46 Servicios y Unidades Médicas dan amplia cuenta de ello (más la amplia cartera de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, CESURES). Las últimas reestructuraciones son el Bloque Médico Quirúrgico y el Pabellón Oncológico.

Ubicado en la zona del distrito de Retiro, está administrado por el Servicio Regional de Salud. Está constituido por varios edificios (Médico-Quirúrgico, Oncología, Materno-Infantil, Psiquiatría, consultas externas, Pabellón de Asistencia Ambulatoria, Anatomía Patológica, Farmacia) en la manzana urbana delimitada por las calles Dr. Esquerdo, Ibiza,

Maiquez y O`Donnell; cuenta además, con otros edificios fuera de esta zona geográfica: Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR), Instituto de Oftalmología, Centros de Especialidades Hermanos Sangro y Moratalaz y Centros de Salud Mental de retiro y Moratalaz. Dispone, además, de un Pabellón Docente vinculado a la Universidad Complutense de Madrid.

La Dirección Asistencial Sureste de Atención Primaria comprende el área de referencia para el Hospital Gregorio Marañón, al que se vinculan 11 centros de salud en la adscripción de población, más los dos centros de salud de Rivas Vaciamadrid (por acuerdo institucional para determinadas prestaciones). Atendemos, según datos proporcionados por el Servicio de Admisión un total de 318. 607 tarjetas sanitarias a 1 de enero de 2023 (314.734 en 2022); somos referencia para 11 centros de salud repartidos por los distritos mencionados.

Población de referencia:

NOMBRE CENTRO		GRUPOS DE EDAD (AÑOS)					
		0-2	>2-15	16-64	65-79	>=80	TOTAL
C.S. ADELFA	MADRID	558	3.113	17.580	3.641	1.733	26.625
C.S. ARROYO MEDIALEGUA	MADRID	634	3.476	21.844	6.220	3.683	35.857
C.S. IBIZA	MADRID	734	3.814	21.237	4.983	2.401	33.169
C.S. NUMANCIA	MADRID	479	2.976	16.775	2.971	1.821	25.022
C.S. PACIFICO	MADRID	570	3.296	21.333	5.220	2.768	33.187
C.S. PAVONES	MADRID	583	4.188	26.566	4.822	2.841	39.000
C.S. PEÑA PRIETA	MADRID	361	2.211	13.960	1.667	927	19.126
C.S. TORITO	MADRID	550	3.475	20.608	4.930	4.057	33.620
C.S. VALDEBERNARDO	MADRID	255	2.247	14.161	1.525	609	18.797
C.S. VICALVARO - ARTILLEROS	MADRID	277	2.240	12.874	2.603	1.880	19.874
C.S. VILLABLANCA	MADRID	703	6.241	20.979	2.307	1.203	31.433
TOTAL		5.704	37.277	207.917	40.889	23.923	315.710

Fuente: Servicio de Admisión H.G.UG.M. Memoria H.G.UG.M 2021

Es, además, hospital de referencia en complejidad para los hospitales del Sureste y Hospital Universitario Infanta Leonor, para el conjunto de la población de la Comunidad de Madrid para especialidades o procedimientos complejos y, por último, para la población que haciendo uso del derecho a la atención por libre elección así lo desea. Según la memoria del Hospital 2021. Esto, incrementa la población a atender en más de 750.000 habitantes

(memoria de actividad H.G.U Gregorio Marañón, 2021).

Es hospital de referencia para la población madrileña de los distritos de Retiro, Puente de Vallecas, Moratalaz y Vicalvaro. Tiene una larga tradición benéfico asistencialista que, todavía hoy, tiene su huella. Durante mucho tiempo atendió a los pacientes de Madrid que carecían de cobertura

sanitaria, sin domicilio fijo y/o tenían Cartilla de Beneficencia Municipal.

Madrid está distribuido en 21 distritos municipales. Detallamos, a continuación, algunas de las condiciones sociodemográficas de los distritos de referencia según el Panel de Indicadores por distritos del Ayuntamiento de Madrid 2022

Tal y como aparece en la tabla los dos distritos de Madrid más envejecidos, Moratalaz y Retiro están en nuestra zona de influencia; este hecho tiene amplias

repercusiones en la atención a la cronicidad y en la continuidad asistencial al colectivo y nos obliga a repensar los cuidados y la atención como veremos más adelante.

También es de señalar la posición en el *rancking* de rentas y vulnerabilidad, Vallecas es el distrito nº 1 en vulnerabilidad y el nº 21 en nivel de renta. Salvo el distrito de Retiro que ocupa el lugar nº 4 en renta (y Vallecas ya mencionado), el resto de los distritos están por debajo de la media.

	Moratalaz	Retiro	Vallecas Puente	Vicalvaro
Población	92.390	117.672	235.638	79.328
X de edad	48,3 (1º de 21)	47,5 (2º de 21)	43,5 (15º de 21)	41,1 (20º de 21)
Renta	37.890 (13º de 21)	56.302 (4º de 21)	27.714 (21 de 21)	35.589 (15 de 21)
Posición rancking de vulnerabilidad	10	20	1	9
Receptores/as RMI	3,20%	0,60%	18,90%	4,70%
Atendidas/os en Unidad de 1ª A	2,80%	2,10%	12,80%	2,30%
Beneficiarios/as de prestaciones	2,30%	2%	13%	4,40%

Fuente: elaboración propia con datos del Panel de indicadores por Distrito, Ayuntamiento de Madrid

El Equipo de Trabajo Social de la Urgencia H.G.U Gregorio Marañón: Un poco de historia.

Hasta el día 1 de noviembre de 2022 el equipo asistencial de trabajo social del Servicio de Urgencias del H.G.U Gregorio Marañón atendía en turno de mañana, tarde y noche en jornada de lunes a domingo. El equipo estaba (y está) formado por 8 trabajadoras sociales.

La atención a la población adulta se realiza en la Urgencia del Centro Médico Quirúrgico, ubicada en la planta -1 de esta área; a demanda de intervención del personal sanitario, en tarde y noche, el personal de trabajo social se traslada a la urgencia del Área Materno Infantil situada en otro edificio cercano. La demanda de intervención también puede provenir de organizaciones externas, SAMUR, Servicios Sociales Especializados, familia o del propio paciente.

Según el relato de M^a Dolores García Galot, trabajadora social de urgencias (que posteriormente pasaría a psiquiatría y más tarde al Instituto Provincial de Rehabilitación, IPR), es en 1971 cuando

se adscriben las primeras trabajadoras sociales a la urgencia de la entonces Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco en turno de mañana; en 1972 se amplía el horario a la tarde. En 1981 y debido al aumento de intervenciones realizadas por el equipo de asistentes sociales se amplía al turno de noche, pasando a ser el único hospital de la Comunidad de Madrid con servicio de trabajo social 24 horas los 365 días del año, condición que se mantiene en la actualidad. Este cambio se produce estando de director médico el Doctor Barros, director médico en ese momento (información transmitida por Julián Martín Olea)

En 1981, por lo tanto, se crea el turno de noche y según tradición oral, este se instauró teniendo en cuenta el criterio de género. Los primeros trabajadores sociales en turno de noche fueron varones, Julián Martín Olea y Roberto Casuso.

“La apuesta por varones en turno de noche estaba mediada por la atención a la población vulnerable y en situación de exclusión social que acudía a la urgencia. Ten en cuenta que atendíamos a los

sintecho y a la población beneficiaria de las antiguas cartillas de asistencia médico farmacéutica.

La actuación en aquellos momentos fue pura intuición profesional (...). Salió bien lo que salió bien, pero otras cosas salieron fatal. No había nada protocolizado. La experiencia y la pericia técnica nos ayudó. Emocionalmente la experiencia en salud es muy dura; la de la urgencia, además, un reto. (J. Martín Olea, comunicación personal)

García Galot plantea en el único artículo¹ encontrado (no así memorias técnicas y documentos) que el objetivo general de la Unidad de Trabajo Social es

Realizar de una forma eficaz y urgente la detección, primera valoración y canalización de las problemáticas sociales de los pacientes que acuden al hospital, y que no son capaces por sí solos de superar las dificultades extrínsecas o intrínsecas de diverso orden que están obstaculizando su tratamiento médico y la óptima reincorporación a la vida social (p.106).

Y plantea, también, los sectores de atención, sectores de población y el tipo de demanda e intervención que se puede recibir (cuestión que retomaremos en páginas sucesivas).

Desde 1981 mantener estos turnos ha estado sometido a múltiples estresores. En la memoria de la entonces denominada Unidad de Trabajo Social de 1984, se habla de un equipo conformado por 6 trabajadoras sociales distribuidas en 4 turnos (entendemos que mañana, tarde, noche y correturnos). En 1985 solo en el servicio de urgencias fueron atendidos 14.868 pacientes por el equipo trabajo social compuesto por 6 profesionales en turnos fijos y un profesional en correturnos. Como hemos mencionado anteriormente. En 1986, ya los documentos encontrados hablan de tres

turnos, mañana (8 a 15 horas), tarde (15 a 22 horas) y noche (22 a 8 horas); estamos en jornadas de 7 y 10 horas (turno de noche) de lunes a domingo que permitían la cobertura de trabajo social los 365 días del año.

Dos han sido, desde el punto de vista organizativo, los grandes problemas que ha tenido el equipo:

- Las libranzas del turno de noche y la cobertura de esas libranzas.
- La dependencia al equipo general del hospital para la cobertura de esas libranzas

Hasta el año 2022, la cobertura de las libranzas en turno de noche se realizaba entre el personal estatutario del equipo general; esto suponía que la presencia en planta se resentía, lógicamente, por las libranzas que lleva aparejado el turno de noche. En este año, la incorporación de nuevo personal estatutario al equipo en turno de mañana y tarde planteó un cambio: el propio equipo asumió las libranzas de la noche. Esto, indudablemente significó un gran cambio con respecto a la independencia del equipo, si bien comenzamos a trabajar en la idea de cambiar los turnos de mañana, tarde y noche por dos turnos de 12 horas. Este cambio ha sido efectivo, de forma voluntaria por todo el equipo, desde el 1 de noviembre de 2022.

Esto ha significado:

- Que todo el equipo haga jornadas en turno diurno y nocturno.
- Planillas equitativas tanto en horas laborales como en retribuciones económicas.
- Mejoras económicas dado que todo el equipo cobra turnicidad.
- Las bajas y suplencias (a excepción del verano pueden cubrirse por el equipo).
- Mejora en la calidad asistencial ya que el equipo está más interrelacionado y puede dar continuidad a la tarea.
- Todo el equipo está abierto al exterior ya que pueden realizar coordinaciones externas y trabajo en red.

Modelo de Trabajo Social de la Urgencia

¹ No hemos podido encontrar las referencias bibliográficas del artículo en ninguna base de datos. La antigüedad del mismo, sin duda, ha favorecido que no esté digitalizado. No obstante y dada su importancia lo traemos a estas páginas

Las referencias al equipo de trabajo social en la urgencia son un hecho; la primera anotación, como hemos señalado, es en una memoria es de 1984. En esta se plantea que el equipo ha de atender “a 25 enfermos ingresados y a 200 ambulantes”. Más tarde en 1985, se perfilan los objetivos para este equipo. Según este último documento, serían “Desaparición de la información médica a los familiares de los pacientes, estudio de la problemática social que acude a la urgencia, intensificar el contacto con el enfermo para una mejor evaluación de la problemática social que se plantea en cada caso y potenciar la coordinación con los distintos asistentes sociales de los restantes institutos del hospital”².

También en un documento de 1986 se habla ya de la localización del despacho de trabajo social en la urgencia, características de los asistidos y de los objetivos de 1986

“Potenciar la coordinación con los distintos asistentes sociales que actúan en los diferentes institutos del hospital.

Potenciar la coordinación con el resto de los profesionales del hospital, para llegar a tener un mayor conocimiento de la situación real del paciente.

Sensibilizar al resto del equipo de profesionales, para que consideren la situación sociosanitaria del paciente como un todo.

Conocimiento global del colectivo que es atendido (objetivo para un año) y detectar los factores generados de problemáticas sociales.”

En este último documento aparece una relación de funciones del trabajador social en Urgencias afirmando que “la coordinación, instrumentos y técnicas, evaluación y recursos son más o menos lo mismo que para el trabajo social hospitalario en general”.

2 El tema de información a las familias fue muy importante para el equipo de la época. Eran los encargados de facilitar la información médica a los familiares del paciente; esto generó situaciones altamente delicadas y complejas en la relación con las familias “notificábamos, además, las malas noticias: muerte, accidente...”. Y nos plantamos. Nos negamos a hacer esto, de tal manera que lo asumió la enfermería y más tarde surgieron los Chaquetas Verdes que asumieron las funciones de informar sobre las localizaciones” (Julián Martín Olea)

Más allá de estos dos documentos no ha podido encontrarse un documento que plantee un modelo, programa de trabajo social en el servicio de Urgencias.

Nos planteamos, de este modo, la redacción de modelo de trabajo social en las Urgencias dado que este no estaba escrito a pesar de que a lo largo de los años el equipo de trabajo social de la urgencia ha desarrollado un saber y un hacer en la actividad del trabajo social que ha funcionado “a modo de conocimiento oral de año en año, de persona a persona”. Prácticamente todo el equipo conoce y ha trabajado por más o menos tiempo en la urgencia. La tradición, es que cuando una trabajadora social se marcha o jubila su puesto pasa a ocuparse, por el criterio de antigüedad, por otra trabajadora del equipo de tal modo que, en general, cuando ha habido vacantes en el equipo las han ocupado del equipo de urgencias. Un indicador positivo de cambio en la actualidad es que habiendo posibilidad de cambiar de turno el equipo actual ha decidido permanecer en la urgencia.

Este modelo va a permitir evaluar la actividad y programar los cambios necesarios que introduzcan calidad en el servicio de trabajo social, también diseñar y/o reformular y procesos de atención que mejoren la asistencia y las acciones del trabajo social. Así en 2022, se crea el documento marco del “Modelo de Trabajo Social en la urgencia H.G.U. Gregorio Marañón “. La actividad ha sido recogida atendiendo a una actividad estratégica y siguiendo una guía básica de modelos teóricos propios del trabajo social para llevar adelante la práctica.

A lo largo de los años, tres han sido las guías que han constituido las prácticas del trabajo social y que se concretan en:

- Desarrollar los procesos de trabajo social en el Servicio de Urgencias del H.G.U Gregorio Marañón que favorezcan una atención integral, coordinada y multidisciplinar y den respuesta a las necesidades sociales complejas que presenta la población que la frecuenta.
- Articular, junto con el resto de las áreas del servicio de Trabajo Social, relaciones entre el cuidado prolongado perteneciente al ámbito de salud **long-term health care**, y el que proporciona el ámbito de lo social **long-term**

social care (OCDE, Eurostat, OMS, 2011) en un constante y ensamblado trabajo de red.

- c) Conjugar un enfoque basado en derechos sociales y sanitarios, la gestión del caso y la planificación de los cuidados al alta.

Siguiendo a Payne “las teorías del Trabajo Social, además de contar con un método y una práctica específicos, son estratégicas por naturaleza” (1991, p. 81). Estas estrategias de intervención están al servicio de entender las interrelaciones, interacciones de los sujetos objeto de intervención frente a su contexto y los procesos de salud-enfermedad.

El **modelo de intervención** en trabajo social sanitario a utilizar en la urgencia, preferentemente, está centrado en

- Modelo de intervención en crisis,
- Centrado en la tarea
- Gestión de casos.
- Modelo sistémico
- Modelo de redes

Estos modelos de trabajo están al servicio de evaluar la situación psicosocial del, de la paciente; las necesidades sociales complejas que le acompañan, la evaluación del riesgo social y la planificación al alta. Favorecen el trabajo en red y, la coordinación interinstitucional.

Los resultados de la evaluación social y del riesgo social han de incluirse en la historia clínica HCIS (uno de los sistemas informáticos del sistema de salud madrileño compartido por H.G.U Doce de Octubre, H.G.U La Paz, H.G.U Ramón y Cajal y H.G.U La Princesa) y han de ser referidos al personal sanitario al objeto de generar estrategias de colaboración, objetivos de trabajo compartido y estrategias de redes y trabajo sociosanitario colaborativo

Se han establecido las prestaciones básicas del Trabajo Social en la urgencia del H.G.U Gregorio Marañón como figuran a continuación:

- Evaluación social
- Valoración del riesgo social
- Detección precoz de situaciones de riesgo
- Apoyo en intervención en crisis
- Atención familiar
- Mediación familiar

- Mediación intercultural
- Información y orientación de recursos y prestaciones sociales
- Coordinación con planta en caso de ingreso
- Planificación al alta

Este modelo ha de dar respuestas a la cronicidad y a los retos que nos plantean los determinantes sociales en la salud. Como hemos visto dos de nuestros distritos de referencia son los más longevos de la ciudad de Madrid (Moratalaz y Retiro) y, por lo tanto, con altas tasas de cronicidad. También los datos económicos nos indican alta vulnerabilidad (Vallecas) en uno de los distritos y media en dos de ellos (Vicálvaro y Moratalaz).

Describimos a continuación las cuestiones esenciales que abordamos desde el modelo de Trabajo social de la Urgencia

La Cronicidad

Según el estudio realizado por Los Defensores del Pueblo (2015), 6 de cada 10 ingresos hospitalarios son de pacientes de urgencias, cuestión que indica que este servicio es esencial para el buen funcionamiento no solo de nuestro hospital sino de todo el sistema de salud. La evaluación social de las condiciones que acompañan al paciente puede determinar en gran medida los tiempos de estancia del paciente en el servicio de urgencias, así como su ingreso ya que las intervenciones de trabajo social pueden reforzar los apoyos comunitarios.

“ Los estudios indican que una evaluación e intervención temprana de trabajo social en el Servicio de Urgencias reduce la estancia en el servicio de urgencias y el riesgo de reingresos hospitalarios entre la población de edad avanzada, además de, mejorar la satisfacción de los pacientes (Cassarino; Robinson; Trépel; O’Shaughnessy; Smalle; White et al. 2021). ”

La Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2019), así como la Estrategia de la Comunidad de Madrid (2014-2017 ampliado a 2021) indican el elevado envejecimiento de la población, el aumento de la comorbilidad y de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer,

enfermedades pulmonares crónicas, diabetes) y la necesidad de una atención coordinada entre el sistema social y sanitario que permita la atención al paciente crónico complejo de manera integral.

La evaluación del plan Estratégico (2019 para el abordaje de la cronicidad incide en la necesidad de coordinación y comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales como garantía de continuidad asistencial; subraya la necesidad de “planificación de la atención al alta hospitalaria, con la necesaria intervención de profesionales de trabajo social sanitario en las valoraciones del paciente al alta hospitalaria” (2019, p.44).

En esta misma línea se define la estrategia de Cronicidad 2025 cuando plantea que “la atención social tiene una dimensión de prescripción sanitaria”, y recomienda que “la prescripción social a la enfermedad crónica debe incorporarse de manera formal e integral al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de salud, pues es parte del cuidado y el tratamiento de la enfermedad al igual que un fármaco” (Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025, p. 2). En España, las enfermedades crónicas figuran en primer lugar como motivo de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas atienden a población de edad avanzada, que además es la que precisa de un mayor porcentaje de cuidados continuados y de mayores recursos sociales. El 50% de las camas de la red hospitalaria son ocupadas por personas mayores de 65 años. A los servicios de urgencias hospitalarios acude un alto porcentaje de población con problemas sociales añadidos a su situación clínica; es extremadamente importante en el caso de los mayores

El Informe de evaluación de la Estrategia Cronicidad indica en este sentido

“Los resultados confirman que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para la adquisición de enfermedades crónicas. Además, las diferencias significativas al alza en la prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica en mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta plantean la necesidad de priorizar intervenciones

desde Atención Primaria en este colectivo, coincidente además con el principal colectivo de cuidadoras de personas dependientes (2019, p.13)

Entendemos, siguiendo a Roland (2000), que la cronicidad es un proceso de larga duración, con fases cíclicas de reagudización, dinámico y en cambio permanente, contextual y multidimensional. Incluye procesos internos de aceptación, afrontamiento, manejo de los síntomas; supone cambios en quien la sufre, en su contexto y en la familia. Para el trabajo social es necesario (desde un punto de vista sistémico) redefinir las innumerables enfermedades biológicas en términos psicosociales, que permitan articular las interacciones entre estas y el individuo y/o entre la enfermedad y la familia y sistemas más amplios como el sistema de salud, comunidad, religión y educación.

Los Determinantes Sociales en Salud

Determinantes sociales de la salud, entendidos como variables sociales que incrementan o disminuyen el riesgo de enfermedad o de mantener una buena salud. Se entienden los determinantes como las condiciones sociales en las que una persona nace, crece, trabaja y envejece. Esto incluye aspectos económicos, políticos, culturales, así como aspectos relacionados con los sistemas de salud (Cartera de servicios trabajo social sanitario 2017, p. 63). Los determinantes sociales de la salud, son, factores de gran peso para la adquisición de enfermedades crónicas. El Informe de Evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de la Salud, plantea la necesidad de alentar medidas dirigidas hacia las mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta, así como las personas en situación de desempleo (2019).

El mencionado Informe de evaluación de la Estrategia Cronicidad plantea una línea estratégica con líneas esenciales de acción para el trabajo social ya que como venimos viendo. Los niveles de renta, clase social y género determinan el nivel de salud de la población y exigen altos niveles de coordinación sociosanitaria que den respuesta a las necesidades sociales complejas de la población, que evalúen las situaciones de riesgo social y organicen estrategias

de acceso al sistema sanitario.

O.14. Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las desigualdades de género.

O.15. Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.

O.16. Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia (2019, p.42).

Entendemos por necesidades sociales complejas aquellas que requieren de un alto nivel de apoyo en diferentes aspectos de la vida diaria y dependen de una variedad de servicios de atención social y atención sanitaria. Estas pueden estar presentes desde el nacimiento o desarrollarse y fluctuar a lo largo de la vida de una persona (*National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2022, www.nice.org.uk/guidance/ng2162022*)

Por otro lado, la evaluación de riesgo social ha de entenderse como un proceso holístico de evaluación de las fortalezas, necesidades y deseos de las personas (NICE 2022). Esta evaluación de riesgo social en la urgencia ha de realizarse en un *continuum* de tal modo que ayude a favorecer el contacto de la persona con la trabajadora social de planta. Si producto de la evaluación se detecta situación de riesgo inminente/grave, negligencia o abuso, incapacidad para la toma de decisiones para la persona se ha de seguir con la normativa legal que favorezca y/o apoye los cuidados.

La evaluación del riesgo social ha de incluir:

- La descripción de las variables psicosociales que

han causado los problemas anteriores.

- Las intervenciones previas realizadas que han favorecido o dificultado el acceso a los cuidados.
- La coordinación con los diferentes agentes profesionales, sanitarios o no, internos y/o externos a la organización.

En esta labor, Trabajo Social cuenta, además, con el apoyo de la escala de riesgo social cumplimentada por enfermería y el FORMULARIO VALORACIÓN SITUACIONES RIESGO SOCIAL (Documento elaborado desde la Unidad de coordinación de trabajo social de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria. Grupo de trabajo de Jefes de Servicio de Trabajo Social)

Procesos de Atención

En este contexto, entendemos por proceso el conjunto de actividades de trabajo social interrelacionadas que requieren de tareas y procedimientos que generan un valor añadido al objeto del trabajo social en el servicio de urgencias del H.G.U Gregorio Marañón.

De acuerdo con el trabajo que se desarrolla en la urgencia (adultos, maternidad y pediatría) proponemos organizar el proceso de trabajo e intervención con la ciudadanía que acude a estos servicios, atendiendo a:

- Procesos estratégicos
- Procesos operativos
- Procesos de intervención, atención y apoyo al paciente

Todos estos procesos han de ser de naturaleza interseccional y con enfoque de género. En el modelo se han desarrollado procesos para el Centro Médico Quirúrgico y para el área materno infantil. Traemos aquí los descritos

Procesos de atención e intervención en la urgencia del Centro Médico Quirúrgico

Procesos estratégicos para la atención por perfiles en el Centro Médico Quirúrgico	Procesos operativos en el Centro Médico Quirúrgico	Procesos de intervención y apoyo en el CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO
1. Protocolos y procedimientos puestos en marcha por el Servicio de Trabajo Social en la Urgencia 2. Detección temprana del riesgo social a la población general que acude a las urgencias 3. Valoración y detección de necesidades sociales complejas asociadas al proceso de enfermar en la población adulta. 4. Filiación 5. Anciano frágil 6. Paciente crónico complejo 7. Personas en situación de fragilidad y exclusión social (personas sin hogar, ...etc.) 8. Paciente con medidas de apoyo 9. Personas afectadas por trastorno mental grave 10. Ciudadanía afectada por discapacidad 11. Ciudadanía sin tarjeta sanitaria. 12. Población inmigrante en situación irregular 13. Atención a víctimas de Violencia de género 14. Agresión sexual. 15. Atención a personas afectadas por sumisión química 16. Atención a personas adultas con diversidad sexual y de género en la Comunidad de Madrid. 17. Frecuentador de urgencias 18. Procesos de mediación familiar 19. Localización familiar urgente frente al Código ICTUS, Infarto 20. Registros por procedimientos 21. Elaboración de registro de población de riesgo social 22. Registro de pacientes atendidos 23. Evaluación del grado de satisfacción de la atención 24. Puesta en marcha del buzón de quejas y sugerencias para trabajo social	Acciones y Técnicas Todas las acciones y técnicas se desarrollarán con la puesta en marcha de este programa y serán objeto de evaluación	- Derivación a Trabajo social, vía PIC, telefónica o personal en el despacho de TS - Entrevista con el/la paciente - Comunicación con la familia - Trabajo en red, que implica: 1. Coordinación externa - Servicios Sociales Generales - Centros de Atención a la Infancia - Centros de Atención Primaria de Salud - Centro de Atención a la Drogodependencia (CAD), Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), unidades móviles de dispensación de metadona - Recursos dirigidos a mujeres víctimas de violencia de género - Samur Social, Ayuntamiento de Madrid - Emergencias sociales de la Comunidad de Madrid - Policía Nacional, Policía Municipal o Guardia Civil - Sistema penitenciario - Otros 2. Coordinación interna - Personal sanitario - TS planta.

Fuente: Elaboración propia

Procesos de atención e intervención en la urgencia materno/infantil

Procesos estratégicos para la atención por perfiles en la urgencia Materno/Infantil	Procesos operativos en la urgencia Materno/Infantil	Procesos de intervención y apoyo en la urgencia Materno/Infantil
1. Protocolos y procedimientos puestos en marcha por el Servicio de Trabajo Social en la Urgencia 2. Valoración y detección de necesidades sociales complejas asociadas al proceso de enfermar en población infantil 3. Mujer embarazada y en situación de riesgo social 4. Menores solos no acompañados y/o indocumentados 5. Menores con progenitores en situación irregular 6. Paciente crónico complejo infantil y adolescente 7. Ciudadanía sin tarjeta sanitaria. 8. Atención a población infanto-juvenil con diversidad sexual y de género en la Comunidad de Madrid. 9. Atención a personas afectadas por sumisión química y agresión sexual 10. Atención a víctimas de Violencia de género. 11. Maltrato y/o abusos sexuales en la infancia. 12. Procesos de mediación familiar 13. Registros por procedimientos 14. Elaboración de registro de población de riesgo social 15. Registro de pacientes atendidos 16. Evaluación del grado de satisfacción de la atención 17. Puesta en marcha del buzón de quejas y sugerencias para trabajo social	Acciones y Técnicas Todas las acciones y técnicas se desarrollarán con la puesta en marcha de este programa y serán objeto de Evaluación	- Derivación a Trabajo social, vía PIC, telefónica o personal en el despacho de TS - Entrevista con el/la paciente - Comunicación con la familia - Trabajo en red, que implica: 3. Coordinación externa - Servicios Sociales Generales - Centros de Atención a la Infancia - Centros de Atención Primaria de Salud - Centro de Atención a la Drogodependencia (CAD), Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), unidades móviles de dispensación de metadona - Recursos dirigidos a mujeres víctimas de violencia de género - Samur Social, Ayuntamiento de Madrid - Emergencias sociales de la Comunidad de Madrid - Policía Nacional, Policía Municipal o Guardia Civil - Sistema penitenciario - Otros 4. Coordinación interna - Personal sanitario - TS planta.

Fuente: elaboración propia

Las tablas recogen las intervenciones que se realizan por el equipo de trabajo social en la urgencia. Actualmente estamos realizando una guía de acogida al profesional donde se resumen los procedimientos de intervención en base a los procesos descritos.

En el documento elaborado se ha prestado especial atención al desarrollo de indicadores para la evaluación. Esta se desarrollará teniendo en cuenta los procesos estratégicos, operativos y de intervención bajo los parámetros de:

- a) Temporalidad: anual
- b) Seguimiento y control: mediante la cumplimentación y registro de actividad
- c) Responsables de la medición: equipo de trabajo social de la urgencia
- d) Responsable de la evaluación: jefa de Servicio de Trabajo Social

La evaluación será producto de indicadores cuantitativos tal y como se verá a continuación. La interpretación cualitativa de los datos es producto de la intervención social y de los procesos que supone.

Resultados

En el hospital, existe la tradición de realizar memoria cuantitativa de todos los servicios. Los resultados de las memorias de los últimos seis años indican la siguiente actividad en números totales.

Año	Pacientes atendidos
2022	11.795
2021	12.265
2020	13.271
2019	13.776
2018	12.926
2017	12.697

Fuente: elaboración propia

A continuación, ofrecemos resultados de la actividad en el año 2022.

En el año 2022, la plantilla ha estado completa, El día 1 de noviembre y respondiendo a la demanda de la plantilla y a las necesidades del servicio se ha pasado a una jornada de 12 horas en turno de día/noche.

Por el cambio de jornada mencionado en noviembre, describiremos los datos de actividad asistencial de enero a octubre y de noviembre a diciembre (jornada de 12 horas y por la tanto, actividad en turno de día y en turno de noche). Mostramos los datos de actividad asistencial, sexo, zona de atención, tipo de actividad de Trabajo Social por zona de atención, demandas, número de entrevistas y número de gestiones.

Tabla 1. Actividad asistencial en la urgencia

Actividad	Nº
Historias sociales nuevas	1.091
Historias sociales en seguimiento	2.134
Actividad proactiva	8.523
Total	11.748

Fuente: elaboración propia, actividad 2022.

Tabla 2. Atención por sexo en la urgencia

Sexo	Nº
Mujeres	5.353
Hombres	6.392
Nc	3
Total	11.748

Fuente: elaboración propia, actividad 2022.

Tabla 3. Zona de atención en la urgencia de enero a octubre

Zona de atención de enero a octubre	Mañana	Tarde	Noche	Total general
ADA (alta dependencia)	30	7	1	38
Ambulantes	129	240	175	544
Box rápido	31	37	13	81
Cuarto de Shock	1.419	1.509	1,079	4.007
Despacho Trabajo Social	309	213	159	681
Observación	888	763	442	2.093
Plantas	510	270	67	847
Psiquiatría	32	47	18	97
Puerta / triaje	62	146	133	341
Quirofanito /oftalmología	86	113	121	320
Traumatología	146	140	84	370
UPH (unidad prehospitalización)	196	165	29	390
Nc	1	3	11	15
Total general	3.839	3.653	2.332	9.824

Fuente: Elaboración propia, correspondiente a actividad 2022.

Tabla 4. Zona de atención en la urgencia de noviembre y diciembre, jornada doce horas.

Zona de atención de noviembre a diciembre	Día	Noche	Total general
ADA (alta dependencia)	2		2
Ambulantes	75	52	127
Box rápido	9		9
Cuarto de Shock	575	341	916
Despacho Trabajo Social	114	22	136
Observación	208	103	311
Plantas	92	35	127
Psiquiatría	20	10	30
Puerta / triaje	35	32	67
Quirofanito /oftalmología	33	29	62
Traumatología	56	24	80
Triaje		1	1
UPH (unidad prehospitalizac.)	40	12	52
Nc	2	2	4
Total	1.261	663	1.924

Fuente: Elaboración propia, actividad 2022.

Los pacientes acceden a la urgencia por triaje o por Cuarto de Shock; el análisis de los datos recogidos refleja que la zona de atención de triaje había recibido 408 intervenciones, frente a los 11.340 restantes. Estos datos son esenciales para establecer alianzas con el personal asistencial y abordar maneras proactivas de activar el riesgo social en los pacientes, así como estudiar el mejor abordaje. En estos momentos, estamos trabajando en la inclusión de un pequeño triaje social que se realizaría a la vez que el clínico evalúe al paciente; va a permitir la intervención temprana por trabajo social.

Tipo de actividad de Trabajo Social por zona de atención

Tabla 5. Zona de atención en la urgencia de enero a octubre (Paciente nuevo, seguimiento, actividad proactiva (en blanco)).

ZONA Enero/octubre	Nuevo	Sgto.	Blanco	Total
ADA (alta dependencia)	8	6	24	38
Ambulantes	102	119	323	544
Box rápido	13	11	57	81
Cuarto de Shock	49	48	3.910	4.007
Despacho Trabajo Social	39	214	428	681
Observación	342	588	1.163	2.093
Plantas	51	530	266	847
Psiquiatría	25	31	41	97
Puerta / triaje	65	29	247	341
Quirofanito /oftalmología	123	49	148	320
Traumatología	56	65	249	370
UPH (unidad prehospitalización)	41	120	229	390
(en blanco)	1	2	12	15
Total general	915	1.812	7.097	9.824

Fuente: Elaboración propia, actividad 2022.

Tabla 6. Zona de atención en la urgencia en noviembre y diciembre

ZONA Noviembre/diciembre	Nuevo	Sgto	Blanco	Tota general
ADA (alta dependencia)		1	1	2
Ambulantes	25	32	70	127
Box rápido	1		8	9
Cuarto de Shock	10	7	899	916
Despacho Trabajo Social	7	55	74	136
Observación	50	69	192	311
Plantas	9	73	45	127
Psiquiatría	4	17	9	30
Puerta / triaje	19	9	39	67
Quirofanito /oftalmología	24	18	20	62
Traumatología	17	24	39	80
Triaje	1			1
UPH (unidad prehospitalización)	9	17	26	52
(en blanco)			4	4
Total general	176	322	1.426	1.924

Fuente: Elaboración propia, actividad 2022.

Tabla 7. Demandas totales a Trabajo Social en la urgencia

Se han efectuado 18.511 demandas totales a Trabajo Social en la urgencia.

De enero a octubre					Noviembre y diciembre		
	Mañana	Tarde	Noche	Total	Día	Noche	Total
Filiación	57	50	75	182	14	12	26
Localización familiar	2.306	1.662	1.417	5.385	685	359	1044
Coordinación interna	1.057	2.727	1.174	4.958	721	414	1135
Coordinación externa	434	618	214	1.266	174	63	237
Derivación planta	278	26	4	308	30	13	43
Valoración sociofamiliar	177	439	216	832	129	73	202
Información y orientación de recursos	261	499	149	909	153	66	219
Seguimiento	190	439	135	764	117	46	163
Otras demandas	140	301	267	708	78	52	130
Total	4.900	6.761	3.651	15.312	2.101	1.098	3199

Fuente: Elaboración propia, actividad 2022.

Tabla 8. Satisfacción de las demandas en Trabajo Social en la urgencia

Según el registro de datos se han satisfecho 23.792 demandas lo que implica una redefinición y trabajo proactivo en 5281 demandas tal y como aparece en la siguiente tabla:

De enero a octubre					Noviembre y diciembre		
	Mañana	Tarde	Noche	Total	Día	Noche	Total
Filiación	27	69	61	157	47	18	65
Localización familiar	2.043	1.797	1.184	5.024	681	362	1.043
Coordinación interna	3.584	3.179	2.107	8.870	1.107	607	1.714

Coordinación externa	1.013	736	413	2.162	288	117	405
Derivación planta	306	34	6	346	32	13	45
Valoración sociofamiliar	180	462	220	862	120	69	189
Información y orientación de recursos	269	543	184	996	166	72	238
Seguimiento	238	451	108	797	12	52	174
Otras demandas	134	264	195	593	68	44	112
Total	7.794	7.535	4.478	19.807	2.631	1.354	3.985

Fuente: Elaboración propia, actividad 2022.

La ya citada María Dolores García Galot, establece como demandas de intervención muchas de las recogidas por el actual equipo. A saber: localización de familiares, valoración socio-familiar, valoración de la situación económica, información y orientación de recursos, coordinación y/o derivación externa, coordinación interna con otros profesionales, derivaciones a trabajo social de planta, colaboración en la afiliación, ayudas para transporte, completar vestuario, apoyo y/o contención alojamiento, seguimiento de casos, Centro de Acogida SIDA, residencia de mayores, Ayuda a Domicilio, (..) otros. En líneas generales estas demandas son muy similares a las establecidas en el Documento de las Urgencias de Cataluña (2015).

Los datos destacan un importante número de intervenciones en “coordinación interna”, que traen a primer plano el trabajo multidisciplinar; la mayoría de las intervenciones requieren de esa coordinación con el resto de los profesionales sanitarios.

La localización familiar es otra de las intervenciones que exige la coordinación del equipo médico con el equipo de trabajo social. Muchos de los pacientes que acceden a la urgencia se encuentran en un estado de gravedad o de baja consciencia por lo que se requiere la localización familiar de manera urgente, sobre todo en pacientes que han sufrido un ictus, donde es muy importante que los neurólogos entrevisten a la familia lo más pronto posible (este es un aspecto coincidente con las compañeras de la Urgencia de Cataluña, 2015)

Con respecto a la valoración sociofamiliar y la información y orientación de resultados resaltamos la heterogeneidad de los casos que acceden a la urgencia, por lo que el equipo de trabajo social trabaja con un abanico muy amplio de recursos acorde con los diferentes perfiles de los pacientes que requieren intervención.

Tabla 9. Resumen de entrevistas y gestiones en la urgencia por parte de Trabajo Social

De enero a octubre					De noviembre a diciembre			Total
	Mañana	Tarde	Noche	Subtotal	Día	Noche	Subtotal	
Entrevistas	8.406	7.142	5.139	20.687	1.261	663	1.924	22.611
Gestiones	40	24	55	119	44	21	65	184

Fuente: Elaboración propia, actividad 2022.

El Servicio de Urgencias del H.G.U.G.M. es la puerta de entrada al sistema sanitario para muchas mujeres que han sufrido violencia de género y/o agresión sexual. Son atendidas por un equipo multidisciplinar.

Se han atendido 164 mujeres, número mayor que en 2021 que fue de 93, lo que indica un incremento del 40,8% más de mujeres que han sufrido violencia, y 38 mujeres que han sido víctimas de agresión sexual (4 de ellas violentadas también, por sumisión química); estas mujeres fueron atendidas en la urgencia del CMQ y/o se han atendido directamente en la urgencia de maternidad adonde Trabajo Social acudió a valorar el estado psicosocial de la mujer.

Conclusiones

El trabajo social en las urgencias del H.G.U Gregorio Marañón ha sido un elemento imprescindible para la atención a la población de referencia que acude al hospital por procesos de salud enfermedad; su experiencia y buen hacer le legitima como una de las prestaciones básicas sanitarias del sistema de salud hospitalario a exportar al resto de los hospitales.

Es necesario revisar, evaluar los procesos estratégicos, operativos, y de intervención, atención y apoyo al paciente planificados para desarrollar en la urgencia (adultos, maternidad y pediatría). Esta evaluación permitirá ir ajustando la actividad y la planificación. Sería deseable un encuentro entre las diferentes urgencias establecidas en el territorio nacional al objeto de generar un espacio de encuentro que permita ahondar en las diferencias y similitudes de procedimientos y acciones.

Por último, es necesario que los trabajadores sociales dispongan de herramientas técnicas y mapas teórico-conceptuales para afrontar las intervenciones. Planteamos como posibles modelos: intervención en crisis, centrado en la tarea, gestión de casos, redes y modelo sistémico.

BIBLIOGRAFÍA

- Cartera de servicios de Trabajo Social Sanitario (2017). *Asociación Española de Trabajo social y salud*. AETSYS. Zaragoza
- Cassarino, M.; Robinson, K. Trépel, D.; O'Shaughnessy, I.; Smalle, E.; White, S. et al. (2021): Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial. *PLoS Med* 18(7): e1003711. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003711>
- Cassarino M, Quinn R, Boland F, Ward ME, McNamara R, O'Connor M, et al. Stakeholders' perspectives on models of care in the emergency department and the introduction of health and social care profesional teams: A qualitative analysis using World Cafe´s and interviews. *Health Expect*. 2020; hex.13033. <https://doi.org/10.1111/hex.13033> PMID: 32841463
- El Trabajo Social en un hospital. 1984. Documento inédito
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2019. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E...Cronicidad_Final.pdf
- Estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid (2014-17 ampliado a 2021). Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas>
- Garcia Galot, M^a.D (s/f): Unidad de Trabajo Social.
- Hughes JM, Freiermuth CE, Shepherd-Banigan M, Ragsdale L, Eucker SA, Goldstein K, et al. Emergency Department Interventions for Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2019; 67:1516–25. <https://doi.org/10.1111/jgs.15854> PMID: 30875098
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud". Referencia: Boletín Oficial del Estado 128: 20567-20588, 29 de mayo de 2003.
- Mehmeti, A.; Francis, J.; Dworzynski, K. Lloyd-Evans, B(2022). On behalf of the Guideline Committee Social work with adults experiencing complex needs: summary of NICE guidance. doi: 10.1136/bmj.o1077
- Memoria 2021. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Recuperado de file:///C:/Users/cvicente/Downloads/memoria_2021_H.G.U_gregorio_maranon_ok%20(1).pdf
- Memorias de Trabajo Social 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022. Documento inédito
- Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025. Recuperado de https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion_participacion_ciudadana/20200624_D3.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2022. <http://www.nice.org.uk/guidance/hg2162022>
- Nielsen L, Maribo T, Kirkegaard H, Petersen KS, Lisby M, Oestergaard LG. Effectiveness of the "Elderly Activity Performance Intervention" on elderly patients' discharge from a short-stay unit at the emergency department: a quasi-experimental trial. *Clin Interv Aging*. 2018; 13:737–47. <https://doi.org/10.2147/CIA.S162623> PMID: 29731615
- Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*. 2018; 13:e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316> PMID: 30161242
- Objetivos del Servicio de trabajo Social del Hospital Provincial de Madrid para el año 1985. Documento inédito.
- Panel de Indicadores por distritos del Ayuntamiento de Madrid 2022. Recuperado de: <https://datos.madrid.es/>
- Payne, M. (1991): *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Barcelona. Paidós.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado 222: 32650-32679, de 16 de septiembre de 2006.
- Rolland, J.S. (2000): *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta de la terapia sistémica*. Barcelona. Gedisa