

Trabajo Social y Oncología Pediátrica: análisis comparativo del impacto de la disciplina de Trabajo Social integrada como parte del equipo multidisciplinar en una Unidad de Oncología Pediátrica

Rubén Yusta Tirado^{1*}, Laura Inmaculada Martín López², Blanca López-Ibor Aliño³

¹Trabajador Social. Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica Hospital HM Montepríncipe. ²Oncóloga Pediatra. Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica Hospital HM Montepríncipe. ³Jefe de Servicio. Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica Hospital HM Montepríncipe. Madrid. España.

***Correspondencia:** ryusta@comillas.edu

Cómo citar: Yusta Tirado, Rubén; Martín López, Laura Inmaculada; López-Ibor Aliño, Blanca; (2025) "Trabajo Social y Oncología Pediátrica: análisis comparativo del impacto de la disciplina de Trabajo Social integrada como parte del equipo multidisciplinar en una Unidad de Oncología Pediátrica". *Revista Trabajo Social y Salud*, N°101, 465-472.

Resumen: Actualmente se diagnostican aproximadamente 1.400 nuevos casos de cáncer al año en niños y adolescentes. Aunque la supervivencia del cáncer infantil en España y países de nuestro entorno se aproxima al 80%, los tratamientos son de larga duración e intensivos con sus complicaciones correspondientes por lo que, tanto el niño como su familia requieren de una atención integral que comprenda el ámbito psicosocial desde el momento del diagnóstico para guiar y facilitar el manejo de dichas dificultades que surgen durante la evolución de la enfermedad. La finalidad del estudio llevado a cabo es valorar el papel del Trabajo Social en una Unidad de Oncología Pediátrica en el ámbito de la sanidad privada. Para ello, se realiza un análisis comparativo de dos periodos de tiempo y características similares entre 2021 y 2023 basado en la gestión de prestaciones y servicios por parte de las personas usuarias y su entorno sociofamiliar.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario, Oncología Pediátrica, Prestaciones y servicios, Cáncer, Sanidad Privada

Abstract: Currently, approximately 1,400 new cases of cancer are diagnosed each year in children and adolescents. Although the survival rate of childhood cancer in Spain and surrounding countries is close to 80%, oncology treatments are prolonged and intensive with their complications, so that both the child and family require comprehensive care that includes the psychosocial area from the time of diagnosis to guide and facilitate the management of these difficulties that arise while the disease. The aim of this study is to assess the role of Social Work in a Pediatric Oncology Unit in the private health care setting. For this purpose, a comparative analysis of two periods of time with similar characteristics between 2021 and 2023 is carried out based on the management of benefits and services by the users and their socio-family environment.

Keywords: Health Social Work, Pediatric Oncology, Benefits and Services, Cancer, Private Health System

Introducción

De acuerdo con Colom (2010), el Trabajo Social Sanitario es la especialidad dentro de la disciplina del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario. Tal y como plantea dicha autora, sería un error reducir sus posibles intervenciones a las acciones particulares del ámbito sanitario, entendiéndose en su sentido clásico, ya que como bien define la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) "la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social". Esta visión integral de la salud y bienestar, en aspectos biopsicosociales es lo que realmente genera la necesidad de una intervención global, coordinada e interdisciplinar para alcanzar un nivel óptimo en los tres aspectos fundamentales destacados por la OMS. Esto hace del Trabajo Social una disciplina de referencia dada su mayor sensibilidad de las disciplinas médicas, como ya destacaba Richmond (1917).

A lo largo de la historia, el sistema sanitario ha estado dividido en especialidades médicas, a través de las cuales se ha logrado una mejor atención dirigida a las necesidades que requiere cada patología. Entre ellas, la Oncología Pediátrica es la especialidad médica encargada de la atención y tratamiento de niños/as con cáncer. Según el Registro Nacional de Tumores Infantiles (2021), en los 5 años comprendidos entre 2016 y 2020 se registraron 6.944 nuevos casos, lo que supone casi 1.400 nuevos casos de cáncer infantil al año. El Institut Català d'Oncología (2004), refiere que el objetivo general del Trabajo Social Sanitario dentro de esta especialidad médica radica en entender los efectos que provoca esta enfermedad tanto a nivel personal, familiar y social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socio-culturales, tanto de las personas afectadas como de sus familias, dotando de los medios necesarios para resolverlos y prevenirlos. De forma específica, esta institución también destaca por la identificación de las problemáticas familiares producidas o asociadas al cáncer, la determinación de las consecuencias de éstas, la puesta en marcha del sistema de ayudas necesarios para poder afrontar las diferentes situaciones, la promoción de los recursos adaptados a los cambios sociales y la dotación a la comunidad de la información y medios necesarios para la mejora de la salud y la calidad de vida (Institut Català d'Oncología, 2004). Todo ello con una clara referencia a la intervención

comunitaria que también puede realizarse desde esta disciplina. La Estrategia contra el cáncer infantil del Ministerio de Sanidad también incluye en sus propuestas la necesidad a de una atención multidisciplinar que incluye la atención psicosocial al/a la niño/a o adolescente y su familia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

Siguiendo las premisas de Colom (2010), el ejercicio del trabajo social sanitario engloba, como toda profesión sanitaria, servicios y prestaciones, así como procedimientos y técnicas que se puedan aplicar dentro de este ámbito de intervención. Es por ello que este estudio pretende analizar el impacto de la inclusión de la disciplina del Trabajo Social en la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital HM Montepríncipe (Boadilla del Monte, Madrid) a través del análisis de los servicios y prestaciones, identificados por Colom (2010) a los procedimientos y técnicas del Trabajo Social en esta especialidad sanitaria.

Objetivos

El objetivo fundamental de este estudio es conocer de forma concreta y mediante datos objetivos, el impacto de la inclusión de la figura del Trabajo Social en una Unidad de Oncología Pediátrica que forma parte de un centro integral de cancer (CIOCC) en el ámbito de la sanidad privada. Su objetivo central es la medición de este impacto dentro de la sanidad privada, ámbito al que pertenece la entidad donde se ha realizado éste.

De forma secundaria, en relación a los objetivos del proyecto, estimamos que el estudio nos permitirá conocer la necesidad, o no, de acuerdo con los datos obtenidos, de incluir la figura del/de la trabajador/a social tanto dentro de los equipos interdisciplinares de las unidades de oncología pediátricas, de forma concreta, como en los equipos interdisciplinares de atención sanitaria general.

Igualmente, teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación que hemos desarrollado en la metodología, se marca como objetivos específicos el conocimiento de las prestaciones y servicios más utilizadas por las personas usuarias y entornos familiares relacionados con el ámbito de la oncología pediátrica y la identificación de los recursos de ámbito social indispensables ante las situaciones de cáncer en menores de edad.

Materiales y métodos

La metodología de trabajo en la Unidad de Oncología pediátrica y del/de la adolescente en la que este estudio se ha llevado a cabo, se caracteriza por el trabajo en equipo, poniendo al/a la menor y a su familia en el centro y desde ahí tratar de resolver no solo los aspectos médicos de la enfermedad, sino atender a sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales con el objetivo de que llegue a ser un/a adulto/a sano/a como sus congéneres que no estuvieron enfermos/as. Para ello, las consultas son multidisciplinares estando los distintos miembros del equipo interdisciplinar (trabajador social, profesores/as, musicoterapeuta, voluntariado, asistencia espiritual) en la misma consulta cuando la situación del /de la paciente o su familia lo requieren.

Se llevó a cabo un análisis comparativo de dos periodos de tiempo y características similares entre 2021 y 2023 basado en la gestión de prestaciones y servicios por parte de las personas usuarias y su entorno sociofamiliar, con el fin de demostrar a través de indicadores cuantificables y objetivos el impacto de la figura del trabajador social. Los periodos analizados fueron del 1 de junio de 2021 al 31 de enero de 2022 (período en el que en la unidad no existía dicha figura, y del 1 de junio de 2022 al 31 de enero de 2023 (periodo de tiempo en el que fue contratada como un miembro más del equipo multidisciplinar que constituye la Unidad).

Dada la dificultad para medir la intervención del Trabajo Social en una unidad de oncología pediátrica, por tratarse de una intervención continuada a lo largo de la enfermedad del/de la menor, se tuvieron que buscar aspectos cuantificables que pudieran ser comparables en los periodos de tiempo valorados. En este sentido, dada la importancia de las prestaciones y servicios propios del ámbito social para definir el ejercicio del Trabajo Social en el ámbito sanitario (Colom, 2010), se utilizaron 4 prestaciones/ indicadores para medir el impacto de la disciplina: Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (CUME), Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Discapacidad), Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Dependencia), y otras prestaciones, entre las que

destacamos la gestión de reintegros por compra de material ortoprotésico, gestiones relacionadas con la situación legal de pacientes/familiares en España o con la gestión de prestaciones y servicios con las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, entre otras.

Tras el análisis comparativo de forma directa de los dos periodos de tiempo citados, se realizó un análisis del período de tiempo comprendido entre el primer y el segundo período, así como una identificación de los aspectos relacionados con la intervención del profesional de Trabajo Social en relación a las personas usuarias y su entorno sociofamiliar incluidas dentro del primer periodo analizado, es decir, con los que se ha intervenido de forma posterior.

Respecto a los criterios de inclusión/exclusión, teniendo en cuenta que el estudio fue realizado en una unidad de hematología y oncología pediátrica, se incluyeron todos/as los niños/as y adolescentes que ingresaron con el diagnóstico de una enfermedad oncológica entre las fechas anteriormente señaladas, excluyendo en este sentido a los/as pacientes que entraron en contacto con la unidad debido a enfermedades hematológicas, puesto que en líneas generales estas enfermedades no suelen requerir de una atención tan continuada e integral como sí sucede en oncología donde tiene mayor presencia la intervención del departamento de Trabajo Social.

Por último, es importante conocer que las familias atendidas pertenecen a colectivos que tienen seguro privado de enfermedad, además de Seguridad Social, y a colectivos de funcionarios/as que eligen esta modalidad de cobertura sanitaria.

Resultados

A la hora de analizar los resultados, es importante diferenciar correctamente los dos periodos de tiempo seleccionados, puesto que el análisis de cada uno de ellos nos permitirá tener una idea generalizada y comparativa del impacto de la disciplina del Trabajo Social en esta unidad.

Análisis del período 1, comprendido entre el 1 de junio de 2021 al 31 de enero de 2022

Este período de tiempo se caracteriza por no contar

con la figura del/de la trabajador/a social en el equipo de profesionales de la unidad ni en el hospital en la que se encuentra ubicada. La atención a las necesidades sociales que surgían en este período era llevada a cabo por el equipo médico y por la coordinadora de voluntariado.

El número total de pacientes atendidos/as en la unidad afectados/as por una enfermedad oncológica fue de 17 menores (n=17), 9 chicas y 8 chicos, con una media de edad al diagnóstico entre los/as pacientes seleccionados de 10,5 años.

En relación con las prestaciones y servicios analizadas, se observa que 5 de los progenitores de los/as pacientes habían gestionado el CUME, tan solo 1 de ellos había iniciado los trámites de valoración de Discapacidad, al igual que Dependencia, donde igualmente solo 1 de ellos había solicitado la valoración de esta normativa. Respecto a la gestión de otras prestaciones y/o servicios, se observa que ninguno de los pacientes que ingresaron en este período inició la gestión de ningún otro trámite o proceso del ámbito socio-administrativo.

Teniendo en cuenta la diferencia existente entre el número total de participantes entre ambos periodos el porcentaje de personas que gestionaron algunas de las prestaciones/servicios seleccionados será más representativo, comparable y valorable como indicador del estudio. En este sentido se observa que el CUME fue gestionado por el 29,4% de los progenitores de los/as pacientes seleccionados/as, mientras que Discapacidad y Dependencia únicamente se gestionaron en el 5,9% de los casos. Tal y como se ha indicado, ningún/a paciente o su entorno familiar gestionó otras prestaciones o servicios (0%).

Estos datos se encuentran recogidos a continuación en la Tabla 1.

Prestación	n (%)
CUME	5 (29,4)
Discapacidad	1 (5,9)
Dependencia	1 (5,9)
Otras prestaciones	0 (0)

Nota. Elaboración propia mediante datos analizados en el estudio.

Análisis del período 2, comprendido entre el 1 de junio de 2022 al 31 de enero de 2023

Tal y como se ha comentado previamente, este período de tiempo se caracteriza por contar con la figura del trabajador social dentro del equipo interdisciplinar de la unidad.

El número total de pacientes seleccionados/as en esta etapa fue de 22 menores de edad (n=22), 11 chicas y 11 chicos, con una edad media al diagnóstico de 8,1 años.

Respecto a las prestaciones y servicios analizados, se observa que 9 de los progenitores de los menores habían gestionado la reducción de jornada por cuidado de menores con enfermedad grave (CUME), en 8 se iniciaron los trámites de valoración de la situación de Discapacidad, en 4 se solicitó la valoración de Dependencia y, por último, en 8 se gestionó algún tipo de prestación o servicio que no se encuentra dentro de las normativas anteriormente analizadas.

Al igual que se realizó con los datos relativos al período 1, los resultados han sido analizados teniendo en cuenta el porcentaje total de prestaciones/servicios gestionados en este espacio temporal. En este sentido se observa que el CUME fue gestionado por el 40,9% de los padres y madres de los menores atendidos Discapacidad por un 36,6% de las personas afectadas, Dependencia por parte de un 18,2% y, por último, en relación a otras prestaciones y servicios, éstas al igual que sucedía con Discapacidad, fueron gestionadas por un 36,6% de la muestra analizada.

Estos datos se recogen en la Tabla 2.

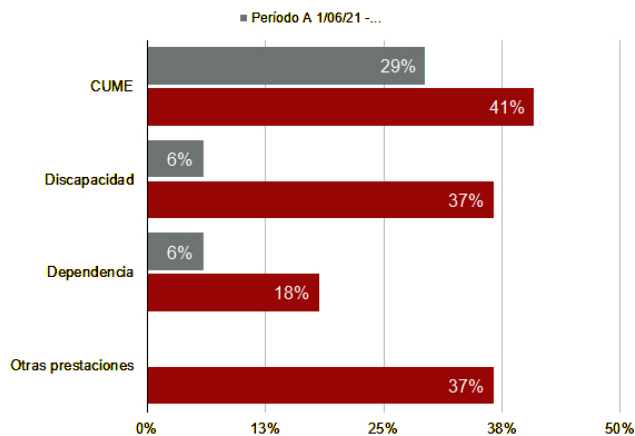
Prestación	n (%)
CUME	9 (40,9)
Discapacidad	8 (36,6)
Dependencia	4 (18,2)
Otras prestaciones	8 (36,6)

Nota. Elaboración propia mediante datos analizados en el estudio.

Comparativa entre ambos períodos

Teniendo en cuenta los datos recogidos y el objetivo principal de esta investigación, se han organizado los datos obtenidos en cada período a través de una comparación porcentual de las prestaciones y servicios gestionados (Figura 1).

Figura 1. Comparativa porcentual de los resultados obtenidos en ambos períodos.



Nota. Elaboración propia a través de los resultados obtenidos.

Datos excluidos del análisis principal de la investigación

Tal y como se puede intuir por la propia naturaleza del medio en el que se ha realizado la investigación y de la propia intervención del Trabajo Social, se lleva a cabo una atención continuada y mantenida en el tiempo de las necesidades de las personas sobre las que se realiza la intervención. Por este motivo, aunque se han definido unos períodos concretos de análisis, consideramos interesante analizar y tener en cuenta la intervención del trabajador social en la unidad en el espacio de tiempo comprendido entre ambos períodos seleccionados y, de igual manera, la intervención realizada por el departamento de Trabajo Social con las personas que, aunque su ingreso en la unidad se produjo en período 1, cuando no existía la figura del trabajador/a social, se ha realizado una intervención social a partir de la fecha de incorporación de esta disciplina profesional.

En relación al espacio temporal comprendido entre ambos períodos, se identifica un total de 3 personas usuarias (n=3) con las que se ha gestionado algún servicio/prestación de carácter social, repartidas en: CUME (1), Discapacidad (2), Dependencia (2) y otras

prestaciones/servicios (2).

Respecto a las personas pertenecientes al primer período con las que se ha intervenido a partir del segundo período de tiempo analizado, nuevamente se identifican un total de 3 pacientes (n=3), con los que las prestaciones y servicios que se han gestionado se reparten de la siguiente forma: CUME (0), Discapacidad (3), Dependencia (3) y otras prestaciones/servicios (2).

Discusión

De acuerdo con el objetivo principal de nuestra investigación, que consistía en medir el grado de impacto de la inclusión de la figura del/de la trabajador/a social en una unidad de oncología pediátrica a través de los servicios y prestaciones gestionadas, se observa una diferencia significativa en cuanto al número de éstas, lo cual también puede observarse cuando se alude a términos porcentuales que permiten superar la diferencia respecto al *n total* de la muestra de uno y otro período. En este sentido, de una forma genérica, se podría concluir que la inclusión de esta figura profesional tiene grandes repercusiones de forma positiva en cuanto a la gestión de medidas que, de acuerdo con la propia normativa de cada una de las prestaciones y servicios analizados, están dirigidas a la protección y a la mejora de las condiciones de todos los agentes implicados en una situación de enfermedad grave, discapacidad o dependencia. Sin embargo, es importante reparar en algunos de los datos obtenidos de forma individualizada puesto que éstos nos permiten alcanzar unas conclusiones más concretas en relación a este ámbito y al desarrollo que el Trabajo Social puede tener en él.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en relación a la gestión del CUME, observamos que existe una importante diferencia en cuanto al número de prestaciones solicitadas entre el primer y segundo período (5 y 9 respectivamente). Diferencia que igualmente es significativa cuando recurrimos a un análisis porcentual del mismo, objetivando un aumento de alrededor del 11% en la gestión de esta prestación. Se estima fundamental la consideración de este sistema de protección, ya que permite un acompañamiento por parte de uno de los progenitores del/de la menor ante una situación tan

compleja como es una enfermedad oncológica en esta fase vital.

En relación a los datos obtenidos en cuanto a *Dependencia* y *Discapacidad*, se puede concluir que éstos son del todo significativos. En el primer período, únicamente se iniciaron los trámites por parte de uno de los progenitores, lo cual representa el 5,9% del total de pacientes atendidos/a, aspecto que aumenta hasta el 36,6% en el caso de *Discapacidad* y hasta el 18,2% en relación a *Dependencia*, con la inclusión de la figura del trabajador social. Estos datos reflejan la importancia de esta disciplina profesional en relación con el asesoramiento y acercamiento de estas normativas, dirigidas a reducir las situaciones de desigualdad, de dependencia y a promover la plena participación de las personas afectadas en la sociedad.

Por último, en relación a *otras prestaciones y servicios analizados*, los resultados no varían mucho de los obtenidos respecto a las dos anteriores categorías, es más, la diferencia en este sentido es la más amplia de las analizadas. Tal y como puede verse reflejado en los resultados, en el primer período no se gestionaron prestaciones y servicios que no se encontraran incluidas en las tres anteriores categorías, cifra que asciende hasta el 36,6% cuando analizamos los datos relativos al segundo período. En este sentido la diferencia entre ambos períodos es clave y es muestra de la clara influencia que tiene la disciplina del Trabajo Social con el conocimiento de prestaciones y servicios complementarios a las situaciones, generalmente de necesidad, tratadas en este tipo de unidades.

Como se ha podido ver anteriormente, las diferencias en cuanto a los parámetros analizados entre uno y otro período son claros, siendo porcentualmente siempre superiores al 11%. En cambio, las diferencias en cuanto al aumento en el porcentaje de prestaciones y servicios gestionadas con y sin la presencia de la disciplina del Trabajo Social nos permiten establecer cierta jerarquía o clasificación de las diferentes prestaciones y servicios. En un primer momento observamos que, independientemente de la diferencia en cuanto a la gestión de esta prestación, el CUME es aquel que tiene una diferencia menor entre ambos períodos, aumentando en un 11% únicamente con la presencia del trabajador social. Esto nos permite

llegar a la conclusión de que, independientemente de la presencia/ausencia de esta figura profesional, la necesidad de acompañar a los/as menores durante este proceso es tan importante que el hecho de no contar con una figura de referencia a nivel social no limita de una forma tan determinante la gestión de esta prestación, como sí ocurre en otras categorías analizadas.

Posteriormente, con una diferencia del 13-30%, encontramos la gestión de *Dependencia* y *Discapacidad*. Los datos nos permiten deducir que estas normativas pueden algo más *accesorias* o *complementarias* que la anterior, puesto que al no contar con una figura de referencia que pudiera acercar estas prestaciones y servicios a los/as pacientes y sus entornos sociofamiliares, éstas no se han gestionado y, por tanto, existen necesidades que no han podido ser cubiertas posteriormente. El análisis posterior realizado, en el que se analizó el número de prestaciones y servicios relacionados con *Discapacidad* (3) y *Dependencia* (3) de personas pertenecientes al primer período tras la incorporación del trabajador social, confirmó que la *no gestión* de las mismas no fue debido a una ausencia de parámetros necesarios para acceder a ellas, sino más bien a una desinformación y a un desconocimiento por parte los/as pacientes y sus familias.

Por último, por concluir con el análisis de los datos obtenidos, identificamos que *Dependencia* es la normativa cuya valoración se ha iniciado en menos ocasiones dentro de la unidad. Este hecho puede ser debido a que, si analizamos el catálogo de prestaciones y servicios de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, observamos que la mayor parte de las prestaciones y servicios están dirigidas a la atención de las necesidades propias de las personas mayores y muy pocas son aplicables al ámbito de la infancia y adolescencia. En este sentido, la mayor parte de las personas que fueron valoradas por esta normativa, solicitaron la prestación económica por cuidado en el entorno familiar, quedando bastante alejadas sus necesidades con las prestaciones propias de esta normativa que, en su desarrollo, hace referencia a situaciones de necesidad propias de situaciones o condiciones de dependencia, no a rangos de edad ni etapas vitales que pudieran ser limitantes.

No podemos concluir este trabajo sin hacer mención a dos hechos que nos parecen importantes.

En primer lugar, fue en esta Unidad de Oncología donde nació la concepción de una prestación como la CUME. Tras un análisis detenido de la actitud de los progenitores de los/as niños/as y adolescentes diagnosticados/as de cáncer, se observó que uno de ellos siempre se acogía a una baja por depresión o a una excedencia, dada la necesidad de acompañamiento del/de la menor durante la enfermedad. Se realizó un proyecto de baja maternal/paternal por enfermedad grave de un hijo en el que trabajó un equipo multidisciplinar que incluyó la presidenta de una asociación de conciliación laboral, una profesora de la Universidad pontificia de Comillas, una abogada de un prestigioso gabinete, una socióloga y dos médicos de la Unidad. El proyecto se presentó en el Ministerio de Trabajo como un derecho del/de la menor a estar acompañado/a por uno de sus progenitores en aquellos periodos de tiempo en los que por su situación médica no pudieran asistir de forma regular a su colegio/instituto. Una vez redactada la norma inicial, se extendió a otras enfermedades crónicas y graves del/de la menor. Esta es una baja que se adapta a la situación del/de la paciente, no de sus progenitores. Esto es algo relevante a la hora de tener en cuenta los datos obtenidos, puesto que la relación y el conocimiento de esta normativa de las personas que formaban parte del equipo interdisciplinar antes de la inclusión de la figura del/de la trabajador/a social era muy amplio y, por tanto, siempre se informaba de ella a las familias afectadas por estas situaciones.

Conclusiones

A modo de síntesis, este estudio demuestra la importancia de contar con la figura del/de la trabajador/a social de forma generalizada en el ámbito sanitario y, de forma concreta, dentro de las unidades de oncología pediátrica. Todos los datos reflejan diferencias significativas en cuanto al acercamiento, y por tanto en la gestión, de prestaciones y servicios que hoy en día son claves en nuestro sistema de bienestar y en posibilitar que personas dependientes, con discapacidad o con enfermedades graves, y sus familias—puedan intervenir y desarrollarse en la sociedad en igualdad de condiciones. Es por ello fundamental, además de

esta inclusión en los equipos interdisciplinares, el avance hacia un reconocimiento del Trabajo Social como profesión sanitaria, cuestión que acercaría aún más esta presencia en el ámbito sanitario y que posibilitaría una mejor atención sanitaria basada en aspectos biopsicosociales.

De la misma manera, consideramos que es necesario continuar investigando para mejorar y ampliar prestaciones y servicios para que cada día se ajusten más a las necesidades de todas las personas que son atendidas desde nuestro sistema sanitario, tanto público como privado.

La naturaleza de este proyecto, llevado a cabo en una unidad de oncología pediátrica perteneciente a la sanidad privada, también forma parte del fenómeno que actualmente se encuentra sucediendo en nuestro país, donde se evidencia un evidente aumento del número de personas que recurren a la sanidad privada. Tal y como refleja Gutiérrez (2023), en España más de 11,6 millones de personas ya cuentan con algún seguro privado de salud y en Comunidades Autónomas como Cataluña, Baleares o Comunidad de Madrid las cifras ascienden hasta suponer más del 30% de los/as ciudadanos/as. En este sentido, no solo es importante conocer la inclusión de nuevas figuras profesionales, como es la del Trabajo Social con los resultados recogidos en este proyecto, sino también identificar las situaciones de desigualdad existentes en las personas que acceden a este tipo de servicios, tales como las diferencias en cuanto a la gestión de prestaciones como el CUME o las situaciones, en ocasiones de desamparo, en cuanto al acceso a la medicación de estos/as pacientes cuando se encuentran en su domicilio, cuestión esta última que ya está siendo objeto de un proyecto de investigación en curso.

Por último, consideramos adecuado que este tipo de estudios puedan ser replicados en otros ámbitos, tanto dentro del sistema sanitario como en otras esferas propias de la intervención social, puesto que son del todo relevantes a la hora de identificar el importante papel que, a día de hoy, tiene el Trabajo Social en nuestra sociedad y dentro de los equipos interdisciplinares sanitarios para lograr la mejor atención centrada en la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, 47(1), 109-119.
- Cutiérrez, J. (2 de febrero de 2023). La sanidad privada atrae a uno de cada cuatro españoles, pero también muestra signos de cansancio. *Radio Televisión Española*. <https://www.rtve.es/noticias/20230202/sanidad-privada-espana-radiografia-sector/2418466.shtml>
- Institut Català d' Oncologia. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. https://ico.gencat.cat/web/content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_modelo_trabajo_social_at_oncologica.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos. 48ª edición*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Registro Nacional de Tumores Infantiles. (2021). *Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2020*. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas. https://www.uv.es/rnti/pdfs/Informe_RETI-SEHOP_1980-2020.pdf
- Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social*. Siglo XXI.