

La Coordinación Sociosanitaria como base para una intervención a medida: un caso práctico

Beatriz Chaos Núñez^{1*}, Tania Moure Eiriz², Ana López Pardo³

¹²³Trabajadoras Sociales Sanitarias. Servizo de Traballo Social. Hospital Universitario Lucus Augusti. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos. Lugo, España.

*Correspondencia: traballo.social.lugo@sergas.es

Cómo citar: Chaos Núñez, Beatriz; Moure Eiriz, Tania; López Pardo, Ana; (2025) "La Coordinación Sociosanitaria como base para una intervención a medida: un caso práctico". *Revista Trabajo Social y Salud*, N°101, 520-526.

Resumen: La intervención social hospitalaria representa un modelo de intervención comprimido en el tiempo, en el que la resolución de los casos supone en algunas ocasiones una verdadera confrontación entre la perspectiva ética del cuidado, la autonomía de decisión de los y las pacientes y la inmediatez exigida por la presión asistencial imperante en este ámbito. La celeridad en la búsqueda y aceptación de recursos puede llevar a escoger alternativas por parte de los y las profesionales que no se adapten a la demanda expresada por los pacientes o familias ni al plan de intervención individualizado que correspondería a cada diagnóstico social. Cuando todas las posibilidades de apoyo, formales e informales, y los recursos sociales no son inmediatos, parece inverosímil conseguir crear un plan realista de futuro que no contraponga el deseo de las personas con las posibilidades de cuidado y apoyo ofertadas por la administración y la sociedad. Bajo estas premisas, ¿Cómo lograr una intervención basada en la horizontalidad en las relaciones con las personas usuarias? ¿Puede ser que desde el trabajo social hospitalario nos estemos olvidando de principios básicos de la profesión como los de autonomía, individualización o autodeterminación?

Palabras clave: *Coordinación sociosanitaria, autodeterminación, trabajo social hospitalario, atención centrada en la persona, complejidad sociosanitaria*

Abstract: Social work in the Health Sector represents an activity in which time is of the essence, in which the resolution of cases in some occasions may result in a real conflict between the ethical aspect of care, the autonomy or decision-making on the part of patients, and the immediacy demanded by the pressure on the assistance available. Rapidity in seeking and accepting resources can lead professionals to choose alternatives that are not in keeping with the requests of patients or families, nor with the individualised plan of care corresponding to each social diagnosis. When all the possibilities of formal and informal support and social resources are lacking, it seems unlikely that creating a realistic plan for the future can be achieved without setting personal desires against the possibilities of care and support offered by the administrative and social authorities. Starting with these premises, how can an intervention based on horizontality be achieved in relation with those availing themselves of our services? Can it be that we Health Sector social workers are forgetting basic principles of the profession, such as patient autonomy, individuality, or self-determination?

Keywords: *Socio-health coordination, self-determination, health social work, person-centered care, socio-health complexity*

Introducción

Con motivo de la celebración del XIV Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud bajo el lema “Innovando y ampliando las capacidades del sistema de salud” se decide presentar un póster con el análisis de la intervención social hospitalaria en un caso real de complejidad sociosanitaria abordado desde el Servicio de Trabajo Social en el Hospital Universitario Lucus Augusti, situado en la ciudad de Lugo, durante el año 2022.

Enmarcado dentro del área temática “El paradigma de la autonomía y derechos en la atención de la salud” la revisión de este caso nos obliga a reflexionar sobre los principios que rigen la intervención social en el ámbito del trabajo social hospitalario, a poner en valor la importancia de la coordinación sociosanitaria e interinstitucional y a resaltar el protagonismo y el derecho de la autonomía de las personas.

Marisa (nombre ficticio) es una mujer de 46 años con capacidad para la toma de decisiones, pero con limitaciones funcionales y un apoyo social escaso debido a su trayectoria vital. La coordinación entre diferentes administraciones públicas y entidades sociales han sido clave para encontrar, conjuntamente con la propia protagonista de la intervención, una respuesta lo más individualizada posible, huyendo de soluciones formales e impersonales que obligarían a desarraigarla de su entorno y privarla de su único apoyo social: su hermana.

Para presentar este caso se ha dividido el mismo en cuatro epígrafes: la protagonista, el apoyo social, la intervención y las redes o coordinación sociosanitaria.

La Protagonista

Se emplea este término para referirnos directamente a la paciente con la que se interviene ya que se considera apropiado en el contexto de la intervención sociosanitaria por albergar de forma clara el principio de autodeterminación. Biestek (1966) definía la autodeterminación en base a tres proposiciones: el derecho a la toma de decisiones y libertad de elegir de la persona, la obligación de la trabajadora social de respetar este derecho y las limitaciones legales e institucionales que llevan a la trabajadora o trabajador social a actuar de cierto modo.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud ha promovido el modelo de la atención centrada en la persona como un enfoque importante para la mejora de la calidad de la atención sanitaria (OMS, 2016). En dicho modelo, se reconoce a cada persona como un ser humano integral y único, y se enfatiza en que cada individuo tiene necesidades y preferencias diferentes, enfocándose en la persona en su totalidad y no solo en su enfermedad o problema de salud.

Una de las referentes en la aplicación del modelo en España, María Carmen Martínez Altarriba, defiende que la persona debe ser el protagonista en su propio proceso de atención, y que es necesario empoderarla y fomentar su participación activa en la toma de decisiones relacionadas con su salud y su vida. (Martínez, 2015).

Situación sociofamiliar

La protagonista de este caso, Marisa, es una mujer de 46 años, soltera, sin hijos, que, en el momento de la intervención, vive en un piso compartido. Sus padres ya fallecieron por lo que, a nivel familiar, la única persona de referencia es una hermana de edad similar que vive en la misma ciudad (Lugo) con sus hijos.

Con reconocimiento del 65% de discapacidad es perceptora de una pensión no contributiva de invalidez que le permite compensar su estado de necesidad al no poder trabajar y así acceder al alquiler de una habitación, medicación, alimentos y otros gastos.

Hasta hace 2 años convivió con su hermana y sobrinos, pero la relación se fue deteriorando por múltiples motivos por lo que tuvo que abandonar la vivienda. A pesar de esto, su hermana sigue siendo un referente para ella y su único apoyo social.

Situación de salud

La situación de salud de Marisa está comprometida por diversas patologías relacionadas con un estilo de vida marcado por la permanencia continua en ambientes de exclusión social y consumo de tóxicos entre las que destacan: ex-adicción a drogas por vía parenteral (deshabitación con metadona), VIH (estadio C3) con mala adherencia al tratamiento, infección crónica VHC, tuberculosis ganglionar y

tabaquismo (fumadora activa).

Trayectoria vital, voluntad, deseos y preferencias

La trayectoria relacional, social y familiar de Marisa ha estado siempre influida por el consumo y el tráfico de estupefacientes por lo que ambas acciones han sido determinantes en su vida. En ocasiones ha llegado a empeñar objetos de valor para poder consumir y, al menos una vez, ha traficado con sustancias estupefacientes, cuestión por la que llegó a cumplir 5 años de condena en prisión. Su vivencia en el centro penitenciario es determinante para que, *a priori*, haya un rechazo a cualquier opción de ingreso en centro residencial para cubrir necesidades de cuidado ya que considera que sería como “estar encerrada de nuevo” pero, a lo largo del ingreso hospitalario, se producen fluctuaciones y cambios de perspectiva sobre la necesidad de apoyos. Aun así, su deseo de permanecer en la ciudad de Lugo se mantiene durante todo el ingreso y manifiesta su preferencia de alquiler de vivienda compartida antes que cualquier otra opción habitacional o residencial. Impresiona que, con el apoyo adecuado, podría lograr cumplir su pretensión de un cambio de estilo de vida.

El Apoyo Social

Diversos autores han relacionado el impacto del apoyo social en la salud y el bienestar de las personas. La disponibilidad de relaciones sociales funciona como un recurso de afrontamiento de los problemas, especialmente en el campo de la salud, y éstas actúan como amortiguadoras de los efectos del estrés (Taylor, 1985). No se trata solo de la disponibilidad real o la cantidad objetiva de relaciones, sino que resulta relevante la percepción subjetiva que tienen las personas de ese apoyo. En el caso de Marisa, como veremos a continuación, su hermana ha sido su apoyo social más duradero y completo ya que, siguiendo la clasificación apuntada por Cobb en 1976: ha proporcionado en función del momento vital de la protagonista, cuidados (función emocional), consejos y orientación (función informativa) e incluso recursos materiales (función instrumental).

Las decisiones personales de Marisa a lo largo de su trayectoria vital la llevaron a:

- Perder constantemente elementos de apoyo, tanto por parte de familiares como de amistades.
- No conseguir una continuidad en el seguimiento del apoyo formal por parte de las administraciones públicas (sociales y de salud) por poca adherencia a los planes de intervención.

Como resultado de lo anterior, en la actualidad nos encontramos con un único apoyo social, muy desgastado, pero que ha sido constante en la vida de Marisa: su hermana. Las características principales de este apoyo y que hacen que se pueda definir como de peso en la intervención son:

- Único vínculo de arraigo en Lugo que perdura en el tiempo.
- Única persona conocedora de la historia vital de Marisa y dispuesta a colaborar.
- Acoge a Marisa en su propia casa en varias ocasiones, a pesar del parentesco que no vincula una obligación legal de prestar cuidados.
- Apoyo social de calidad: habilidades para realizar gestiones y pedir ayuda, conocedora del sistema de servicios sociales, trayectoria vital similar (problemas de adicciones en el pasado).
- Claudicación actual en el cuidado que motiva la intervención social.

Tras análisis de la intervención se constata que existe una relación directa entre el apoyo social prestado por la hermana y el bienestar individual de Marisa. Por un lado, si su hermana no hubiera llegado a notificar la situación de Marisa, ésta no habría sobrevivido. Por otro lado, sin su apoyo, la historia social y el plan de intervención habrían sido totalmente diferentes.

La Intervención

Como así se refiere en: Viñuela, C., Alonso, S., Corvo, J., González, F., Jiménez, J. y Paniagua, N. (2020), el Trabajo Social Sanitario es una parte imprescindible de cualquier servicio de salud si se pretende dar una atención sanitaria integral. Los determinantes sociales condicionan el bienestar de las personas, la aparición de la enfermedad, su pronóstico y las posibilidades de curación o rehabilitación.

El trabajo social sanitario en atención hospitalaria se puede definir como el conjunto de técnicas y

disciplinas aplicadas por el o la trabajadora social a través de las cuales: recaba información, estudia, interpreta, construye el diagnóstico social sanitario, pauta el plan de trabajo, trata y gestiona los problemas sociales de las personas atendidas en cualquiera de sus áreas (Colom, 2008).

La intervención profesional en el presente caso se enmarca partiendo de la base de la relación horizontal con Marisa lo que favorece el hecho de que se sienta con libertad para expresar sus temores y preferencias. El diálogo constante y libre de juicios de valor sobre su trayectoria vital favorece el empoderamiento para el ejercicio de sus derechos como ciudadana y, por tanto, la participación en la toma de decisiones, aspecto clave para afianzar en el tiempo todas las actuaciones concretadas en el plan de intervención individualizado. Si bien es cierto que durante la intervención profesional con Marisa surge constantemente el conflicto entre necesidad y deseo, pudiendo definir este conflicto como una confrontación entre la protección de la salud y la autonomía de decisión; la realidad es que la intervención hospitalaria actual presenta ciertos aspectos que funcionan como matriz de la intervención en la mayoría de los casos. Con esto se quiere evidenciar que, pese a basar nuestra intervención en la protección de la autonomía de los y las pacientes, el sistema por falta de recursos e inmediatez en el alta hace que tendamos a orientar las intervenciones hacia planes en los que prime la protección a la salud, entendida fundamentalmente desde el punto de vista biológico, dejando los deseos y las aspiraciones de los pacientes a un lado.

Marisa accede al servicio de urgencias del hospital presentando la siguiente sintomatología: "síndrome febril con alteración del nivel de consciencia y del comportamiento, debilidad en miembros inferiores y limitaciones funcionales relacionadas con la marcha".

Desde la unidad de trabajo social se establece un primer diagnóstico social que se podría resumir en: "Paciente de 46 años con limitaciones funcionales, sin apoyos sociofamiliares suficientes, que requiere de acompañamiento, supervisión y apoyo para la toma de medicación. Necesidades de apoyo emocional, para algunas actividades básicas y para la mayoría de las actividades instrumentales de la vida diaria. Precariedad económica y vivienda inapropiada en

su situación actual."

Marisa en un primer ingreso, ya altable por parte del equipo médico, permanece catorce días hospitalizada por no contar con posibilidades de alta que garanticen su integridad física. Por un lado, rechaza la posibilidad de ingreso en centro residencial, único recurso formal que cubriría íntegramente sus necesidades de apoyo funcional. Por otro lado, existe una negativa absoluta de la hermana a readmitirla en el domicilio y Marisa, no teniendo conciencia de la poca capacidad de autocuidado en su situación de salud, decide alta voluntaria, a pesar de no ser considerada como idónea por parte de la unidad de trabajo social. En la planificación de esta primera alta, Marisa propone vivir en una pensión con la supervisión puntual de su hermana, seguimiento por parte de la Unidad de Tuberculosis, de la Cruz Roja y de los Servicios Sociales Comunitarios.

Al día siguiente del alta se produce un reingreso por urgencias con una nueva hospitalización que dura veinte días. Este reingreso se produce por nueva alarma de la hermana evidenciando la incapacidad de autocuidado y situación frágil de salud de Marisa, persistiendo la claudicación de cuidados por parte de la hermana. En este momento Marisa acepta el traslado a un recurso residencial, único recurso que cubriría su incapacidad funcional, su necesidad de vivienda y el aseguramiento de la toma de medicación. Tras solicitar dicho recurso se le es denegado en dos ocasiones al entender la administración pública de ámbito social que es competencia de la administración de salud ofertar servicios en estas situaciones. Por parte de la administración de salud refieren que no se cuenta con recursos residenciales propios para el diagnóstico de salud de Marisa. La paciente queda en un vacío asistencial y en una situación que se podría definir como abandono institucional.

El tiempo de hospitalización que va transcurriendo a la espera de resolución de solicitudes y coordinación interinstitucional hace que Marisa recupere funcionalidad, aspecto que permite contemplar otras alternativas convivenciales sin necesidad de asistencia para las actividades básicas de la vida diaria. Para la activación de recursos y creación de la red de apoyo se respeta en todo momento el deseo de la paciente de permanencia en Lugo y de alquiler de un piso compartido. Con el plan de intervención

individualizado establecido se considera asegurada la integridad física, el bienestar y apoyo instrumental.

Las Redes: la Coordinación Sociosanitaria

El plan de intervención individualizado se llevó a cabo tejiendo una red de apoyo y colaboración por parte de entidades sociales, negocios particulares y administraciones locales y de salud para supervisar, administrar medicación, asegurar alimentación y proporcionar seguimiento social y de salud satisfactorio. Recuperamos la definición de Chadi (2000) para definir a la red social, como un grupo de personas, bien sea miembros de una familia, vecinos,

amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia. En el caso de Marisa se puede decir que antes de la hospitalización carecía de una red propiamente dicha reduciéndose todo el apoyo a una única persona, su hermana. Compartimos la aportación de Moreno (2021) que citaba a Mora (2004) quien, desde una mirada centrada en la intervención social, defendía que el trabajo social es de vital importancia en lo relativo a la construcción de redes sociales que se creen como esqueleto de los apoyos necesarios para la adaptación social al medio. Los agentes implicados en la conformación de la red social al alta de Marisa se concretan a continuación en la siguiente figura:

Agentes	Característica principal	Descripción del apoyo
Trabajo Social Hospitalario	Base de la intervención	Eje vertebrador de la acción e intervención para establecer la coordinación.
Trabajo Social de Atención Primaria de Salud	Derivación para seguimiento al alta y propuesta de supervisión de la toma de medicación por parte del centro de salud sin éxito.	El trabajo social de atención primaria se define como el servicio de referencia de cara al alta hospitalaria. La atención primaria debe dar solución tanto a la patología aguda más frecuente, como ser el recurso sanitario donde se realiza el seguimiento y control de la mayor parte de la patología crónica, y constituir uno de los elementos fundamentales dentro de la comunidad para promover la salud y prevenir a la enfermedad, liderando para esto los proyectos de salud comunitaria (Plan Galego Atención Primaria 2019-2021, 2021).
Servicios Sociales Comunitarios	Usuaría ya conocida y con historia social previa. Apoyo social, intermediación familiar, educación familiar, asesoramiento y acompañamiento para cambio de vivienda. Activación de Ayudas de Inclusión Social para prótesis dental, etc.	Servicio mediante el cual se pudo completar la historia social de la paciente al ser ésta ya conocida por la unidad de trabajo social del ayuntamiento. Además, fue un servicio de apoyo a nivel burocrático en la consecución de documentación necesaria para iniciar solicitud de residencia y en la búsqueda de otras alternativas convivenciales de la zona.
Trabajadora Social de la Unidad de Tuberculosis	Apoyo para el cumplimiento del Tratamiento Directamente Observado (TDO).	A parte de asegurar la toma de tratamiento de la tuberculosis, esta unidad sirvió de apoyo para trazar el plan de asegurar la toma del resto de medicación.

Farmacia	Cooperación ciudadana para dar y supervisar la medicación.	Se contacta con la Farmacia situada debajo de la vivienda elegida por la paciente para residir. Esta Farmacia brinda la opción de dispensar la medicación diariamente a la paciente motivando a la misma y asegurando la toma.
Propietaria de la vivienda de alquiler	Persona que ofrece posibilidades convivenciales a personas en situaciones sociales complejas.	La propietaria de la vivienda en base a las directrices y expectativas de la unidad de trabajo social selecciona una vivienda en la que convivirá la paciente con dos compañeros conocidos por ella, de los cuales puede asegurar buenas experiencias de convivencia e incluso posibilidad de brindar apoyo a la paciente en lo que necesite.
Hermana	Único apoyo y arraigo.	Apoyo social más duradero y completo, ya que ha proporcionado en función del momento vital de la protagonista: cuidados (función emocional), consejos y orientación (función informativa) e incluso recursos materiales (función instrumental).
ALUME	Entidad sin ánimo de lucro especializada en salud mental.	Se incluye a la paciente en el programa de salud mental de la entidad que incluye supervisión en la toma de medicación, así como un plan de intervención ocupacional.
Cruz roja	Entidad humanitaria del tercer sector de acción social.	En un primer momento es la primera entidad con la que se intenta establecer un seguimiento de la situación de salud de la paciente.
Cáritas Lugo	Entidad de acción caritativa.	Marisa no disponía de enseres personales de ningún tipo, esta entidad le dispensa lo necesario.
Comedor social	Organización de beneficencia	Se concreta con el mismo la posibilidad de que Marisa acuda a diario a recoger la comida.

Figura 1. Las redes.

Gracias a la colaboración y coordinación con los diferentes agentes, la intervención respondió a las expectativas y deseos de Marisa. Este trabajo de coordinación originó lo que definimos como una intervención social a medida.

Conclusiones

Dar una respuesta válida ante casos complejos únicamente desde una institución, en este caso el ámbito hospitalario, se muestra como una utopía en la actualidad. ¿Se podría definir la coordinación sociosanitaria como la base de la intervención del trabajo social en la sociedad actual? El trabajo social, partiendo de la base del intento de establecer una

relación horizontal en la intervención, funciona de nexo y ayuda a tejer red de apoyo y a asegurar el bienestar de las personas. Ante una red de apoyo mínima, pero que se definió como fuerte, la intervención por parte del servicio de trabajo social del hospital fue un papel esencial en la construcción de los apoyos sociales necesarios para conseguir asegurar el bienestar social y de salud en este caso. El servicio de trabajo social se conformó como parte de la red formal de Marisa mediante la relación profesional de confianza establecida durante el periodo de hospitalización y las posibilidades derivadas de la intervención hospitalaria en la coordinación con otras entidades sociales de la red de servicios sociales y el tercer sector de acción social.

Ante un caso complejo de esta índole, la intervención social hospitalaria se hace intensa: en la lucha contrarreloj, en la coexistencia de la intervención con otras intervenciones, en el alto volumen de trabajo, en la falta de protocolos de coordinación definidos entre administración social y sanitaria, en la contraposición de los deseos de los y las pacientes a las posibilidades reales, en la limitada oferta de recursos e inexistencia de inmediatez de los mismos y la presión del aumento del gasto hospitalario.

Retomar, reflexionar y analizar la intervención realizada hace unos meses ha servido para valorar con perspectiva el trabajo realizado en la búsqueda de las posibles alternativas. Se considera importante hacer hincapié en el análisis de fortalezas de la intervención a posteriori de ésta, ya que, en la mayoría de las ocasiones, en el momento presente de trabajar con un caso no son tenidas en cuenta y demuestran ser de utilidad para futuras intervenciones y también para poner en valor nuestra acción profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- BIESTEK, F.P. (1973). Las relaciones de Casework. Madrid, Aguilar: Colección Psicología y Educación.
- CHADI, M. (2000). Redes Sociales en el Trabajo Social. Buenos Aires, Espacio.

- COBB, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. En G. Levinger & O. C. Moles (Eds.), "Human Behavior and Environment: Advances in Theory and Research" (281-310). New York: Academic Press.
- COLOM, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario. Atención Primaria y Atención Especializada. Teoría y práctica. Colección Trabajo Social. Serie libros. Madrid: Siglo XXI
- CONSELLERÍA DE SANIDADE, SERVIZO GALEGO DE SAÚDE Y DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA. (2021). *Plan Galego Atención Primaria (2019-2021)*. Xunta de Galicia.
- GARCÍA-MORENO, C. (2021). Las redes informales de apoyo como recurso clave en la intervención social. Cuadernos de Trabajo Social, 34 (2), (pp. 287-299)..
- MARTÍNEZ ALTARRIBA, M.C. (2015). "La atención centrada en la persona: una nueva forma de entender la atención sanitaria". *Revista de Enfermería del Instituto Nacional de Salud*, vol. 22, no. 1, (4-8).
- MORA, A. (2004). Trabajo Social con grupos de inmigrantes. Una experiencia de apoyo psico-social. En García-Moreno, C. (2021) Las redes informales de apoyo como recurso clave en la intervención social. Cuadernos de Trabajo Social, 34 (2), (pp. 287-299).
- OMS (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69ª Asamblea Mundial de la Salud.
- TAYLOR, S.E. (1985), "Social Support: A Review", *Journal of Social Issues* 41-2; 79-106.
- VIÑUELA, C., ALONSO, S., CORVO, J., GONZÁLEZ, F., JIMÉNEZ, J., PANIAGUA, N. (2020). Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria Organización y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales