

Vulnerabilidad y retorno

Maria Isabel Otero Fernandez^{1*}, Maria Jose Acero Vizcaino²

¹Trabajadora Social Sanitaria. Hospital de Jarrío (Coaña) Principado de Asturias. España.

²Trabajadora Social. Ayuntamiento de Boal. Principado de Asturias. España.

*Correspondencia: isabel.otero69@hotmail.com

Cómo citar: Otero Fernandez, María Isabel; Acero Vizcaino, Maria Jose, (2025) "Vulnerabilidad y Retorno". Revista Trabajo Social y Salud, N°101, 607-613.

Resumen: El artículo que se presenta quiere poner de manifiesto la vulnerabilidad de la persona que regresa a su país de origen, destacando la pérdida de humanización hacia la persona. Esto acompañado del déficit en las condiciones de salud, configura un entramado sociosanitario que exige coordinación sociosanitaria en busca del bienestar social, pero que se encuentra con la excesiva burocratización que dificulta la integración rápida y efectiva de las personas, generando una calidad de vida en menosprecio, y deteriorada. Muestra la intervención social de casos de una trabajadora social sanitaria en un hospital público con la metodología del método básico en trabajo social, en un espacio donde la atención integral es la base para el abordaje.

Palabras clave: Vulnerabilidad, retorno, estado social de derecho

Abstract: The article that is presented wants to highlight the vulnerability of the person who returns to their country of origin, highlighting the loss of humanization towards the person. This, accompanied by the deficit in health conditions, configures a socio-sanitary framework that requires socio-sanitary coordination in search of social well-being, but which is met with excessive bureaucratization that hinders the rapid and effective integration of people, generating a quality of life in contempt, and deteriorated. It shows the social intervention of cases of a health social worker in a public hospital with the methodology of the basic method in social work, in a space where comprehensive care is the basis for the approach.

Keywords: Vulnerability, return, social law

Introducción

La salud, según la define la OMS es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”.

El trabajo social sanitario pone énfasis en la relación entre el factor social y el factor enfermedad, teniendo en cuenta y sin dejar de lado al contexto social en el que está inmerso. Aporta, por tanto, una visión social al problema de salud que presenta el paciente y desempeña su labor de nexo de unión entre los dos sistemas, necesitando de una adecuada coordinación para el abordaje conjunto de la problemática que afecte al paciente, evitando una duplicidad de recursos en la atención prestada.

La actuación del trabajo social hospitalario es cada vez más demandado en los hospitales, debido a diversas causas, entre ellas la dificultad de las situaciones que acontecen en torno al alta hospitalaria. Esta intervención va dirigida a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas que consecuentemente acaban afectando a los determinantes de la salud.

Causas que rodean al paciente, sobre todo a aquellos que presentan problemas previamente al ingreso hospitalario que una vez que ingresan se agudizan e incluso pueden aparecer nuevas situaciones derivadas de procesos relacionados con la enfermedad. Son pacientes que son acuñados con el término “vulnerables”, concepto que ha ido adquiriendo gran importancia a lo largo de los años en estudios sociales.

Según la ONU se define vulnerabilidad como “aquel estado de alta exposición a ciertos riesgos e incertidumbres, en combinación con una habilidad reducida para protegerse a uno mismo contra aquellos riesgos e incertidumbres y hacer frente a sus consecuencias negativas. Existe a todos los niveles y dimensiones de la sociedad y forma parte integral de la condición humana, afectando tanto al individuo como a la sociedad como un todo”.

Vulnerabilidad de un territorio está relacionada con las siguientes dimensiones:

- Las condiciones en situación de desigualdad social que presentan las sociedades para llevar a

cabo iniciativas o proyectos para su ciudadanía.

- La perspectiva que tenga el usuario en relación con el entorno en el que se desenvuelva y por supuesto de su situación social.

Así, se reflejan cuatro clases de vulnerabilidad: socio-económica, socio-demográfica, residencial y subjetiva.

Otro concepto importante es la humanización, ligado al concepto de enfermedad. Lo que es importante es el abordaje integral de la persona, desde un punto de vista más completo, teniendo en cuenta la dignidad de la persona, integrando la dimensión física, cognitiva, social y emocional y como paciente vulnerable, y ser humano, tiene una serie de derechos y deberes. Por ello, llevando a cabo la planificación del alta, como proceso centralizado, coordinado e interdisciplinario, en la que los miembros que lo forman, se anticipan a los problemas de las personas enfermas y activan a tiempo los recursos a utilizar, se consigue el estado de bienestar del paciente.

Exposición del Caso

El caso para abordar a lo largo del presente artículo es de una complejidad social importante detectada en la atención sanitaria que recibe nuestro protagonista en el servicio de Cirugía del Hospital de agudos con carácter público, en el Principado de Asturias.

Es importante tener en cuenta los antecedentes personales, así como los sanitarios, así como todas aquellas informaciones que vayamos recopilando a través de la familia; sin dejar de olvidar la información y documentación que se comparta a través del programa informático de salud instaurado en el Hospital, denominado Selene.

En el mes de noviembre, la exploración por el equipo médico del centro de salud del municipio donde reside, hace derivar al paciente al servicio de urgencias del Hospital. En éste servicio, tras la anamnesis, exploraciones y pruebas correspondientes se llega a la conclusión de que el paciente debe de ingresar por los síntomas que presenta.

Tras días de ingreso hospitalario y una vez en situación estable, se decide por parte del servicio de cirugía del Hospital realizar una interconsulta al servicio de trabajo social del Hospital a través

del programa informático. Interconsulta en la que se expone claramente el diagnóstico médico del paciente, la intervención realizada durante dicho ingreso y se pone de manifiesto la situación social como muy complicada, y sin apoyo familiar. Por ello se ruega valoración en vistas a alta próxima.

Antecedentes de la situación:

El paciente había tenido previamente contacto esporádico con atención primaria, tan solo había hecho dos peticiones para acudir a consulta, a las que no había acudido. Cuenta con cobertura sanitaria.

Acude al servicio de urgencias del Hospital público por cuadro de adelgazamiento de 15-20k, asociado a diarrea. Presenta un aspecto caquético, y un deterioro generalizado. Se observa la necesidad por parte del especialista de la realización de un TAC torácico donde se decide el ingreso hospitalario con diagnóstico médico de tumoración anal, neoplasia anorrectal avanzada.

En las visitas médicas rutinarias en la planta, en la exploración realizada se determina, la realización de colonoscopia, además de otras pruebas complementarias para precisar más en el diagnóstico. Es necesario practicar intervención quirúrgica realizando colostomía terminal y drenaje de periné. A su vez, se realiza derivación a oncología médica y radioterápica para iniciar tratamiento coadyuvante. Necesitará tomar correctamente su medicación, acompañamiento durante las sesiones relativas a oncología, además de ayudas a nivel funcional ya que su limitación actualmente tras la intervención es importante.

En primer lugar, haremos una identificación del paciente que manifiesta una problemática social importante dificultando el alta hospitalaria.

Así, comenzaremos con la presentación del caso social:

Prácticamente se va a visualizar que son dos los protagonistas: paciente y su pareja actual. Se menciona a la mujer del paciente y a sus hijos, pero no presentan ninguna relevancia real para el desarrollo de la intervención, por residir fuera de España y no tener vinculación alguna con el paciente.

Con los datos recopilados se puede presentar la

situación o contexto organizacional sociosanitario en el que se sitúa:

- a) Paciente de 58 años. Casado con mujer dominicana. 4 hijos, aunque solo un hijo fruto del matrimonio. Conviviente en España con pareja de nacionalidad española, residiendo en un municipio del Área Sanitaria. Desempleado, sin figurar inscrito en las listas de demandante de empleo. En República Dominicana ha realizado su actividad laboral en la revista "National Geographic" y durante su residencia en su anterior domicilio trabajó en planes de empleo de entidad local. Sin relaciones sociales aparentes. Se desconoce su nivel de estudios. La vivienda que ocupa es de régimen de alquiler. Anteriormente, al retorno a España pasa tiempo viviendo en la calle y en pisos compartidos con otras personas con similitudes y características afines (situación de pobreza, marginación, desempleo, alcoholismo, etc). Cuando acude al Hospital no tiene historia clínica abierta, es su primer proceso médico e ingreso hospitalario. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- b) Pareja. 74 años. Viuda. 1 hijo con el que no mantiene ninguna relación familiar. Reside con el paciente desde hace unos dos años. Pensionista de viudedad. Se desconoce la actividad laboral de su difunto marido. Así mismo se desconoce el nivel de estudios adquirido. Vivienda en régimen de alquiler que comparte con el paciente objeto de intervención. En anteriores municipios pasa tiempo en la calle.
- c) Cónyuge. Se desconocen datos concretos. Tan solo que reside en República Dominicana y que su marido la abandonó con sus hijos hace aproximadamente unos 15 años cuando el paciente decidió retornar al país de origen. Nula relación/vinculación con el paciente desde entonces. Se desconoce su actividad laboral y sus estudios.

Tanto el paciente como su pareja, desde que llegaron al municipio, habían tenido contacto con servicios sociales municipales en ocasiones puntuales para solicitar ayudas económicas derivadas de situaciones de emergencia llevando unos meses empadronados en el municipio de referencia.

Por parte del centro de servicios sociales municipales, habían puesto en marcha la gestión de determinadas prestaciones económicas como salario social, ingreso mínimo vital, valoración del grado de discapacidad e incluso solicitud de pensión no contributiva, encontrándose en el momento del ingreso en situación de trámite.

El paciente es emigrante retornado hace unos 15 años, desde República Dominicana, donde vivió la mayor parte de su vida laboral. Al regresar al país español, no cuenta con los apoyos suficientes y pasa tiempo en la calle como transeúnte. Actualmente se encuentra conviviendo en vivienda de zona rural aislada, con recursos sociales y sanitarios lejos de dicha vivienda. Convive con su pareja de 74 años con la que comparte domicilio desde hace unos años, padece diversas problemáticas de salud y muy demandante de los servicios sociales municipales. Sus familiares mas directos son su mujer y sus cuatro hijos que ha dejado en el país de Republica Dominicana. Las condiciones económicas son inexistentes, actualmente los únicos ingresos que entran en el domicilio son los que percibe su pareja, pensionista y de ayudas puntuales de servicios sociales municipales.

Su vivienda es un domicilio en régimen de alquiler, que no reúne las condiciones mínimas de habitabilidad, presentando barreras arquitectónicas, humedades, falta de focos de calor, y dimensiones muy reducidas.

A raíz de su problema de salud se presenta un problema de cuidadores al alta hospitalaria, es decir, no existen cuidadores formales ni informales (su pareja actual relata la dificultad y el rechazo para el cuidado del paciente, detectándose una situación de claudicación familiar). Presenta problemáticas de salud, añadido a las situaciones de estrés social que le ha ocasionado la aparición de la enfermedad de su pareja.

Es un caso complejo a nivel social, ya que tanto en el momento del alta hospitalaria como anteriormente, el paciente presenta problemas sociales, y a la vez es un paciente que carece de medios necesarios o de soporte social exigido para hacer frente a las situación vital que aparece con la enfermedad. Su pareja no le ofrecerá la calidad de los cuidados que debe recibir de acuerdo con sus necesidades.

Nos encontramos con un núcleo de convivencia desligado, sin la conexión emocional y afectiva necesaria para conseguir proximidad. Este distanciamiento se explica en parte por la diferencia de edad, origen de su convivencia, vidas desestructuradas en su conjunto. Se identifican las necesidades post-hospitalarias del paciente y se realiza la planificación al alta hospitalaria.

El paciente se encontraba en una situación de vulnerabilidad, es decir, presentaba una dificultad a nivel físico, ya que su movilidad era reducida, refería la necesidad de ayuda de terceras personas para la realización de todas las actividades básicas de la vida diaria. A su vez, manifestaba una carencia a nivel psicológico, diagnosticado de aislamiento social, abandono a nivel social, apenas salía de su domicilio por no contar con relaciones sociales.

Haciendo una definición del diagnostico social sanitario, nos referimos a: Limitación funcional del paciente. Ausencia de cuidadores al alta. Vivienda no adecuada al tratamiento. Problematica socioeconomica. Distocia social

Metodologia

Se han seguido las distintas etapas del método básico de trabajo social:

Reseñar que no se ha podido hacer una lectura de la historia clínica del paciente en el Hospital, pues no constaba con ella abierta anteriormente al ingreso.

Estudio de la situacion presentada:

Se llevan a cabo determinadas entrevistas con el paciente y sus familiares. Las entrevistas se realizaron en la habitación del paciente, comenzando a cimentar el vínculo utilizando la escucha activa y empática, comprendiendo su situación, favoreciendo un espacio de clima cálido, con comodidad, evitando en todo lo posible las interrupciones que pudieran derivarse de las visitas de sanitarios u otro personal, e intentando que las preguntas sean abiertas favoreciendo que el paciente se exprese adecuadamente.

Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y

documentación clínica, el paciente tiene derecho a la información sanitaria, ésta se ha dado explicando al paciente el diagnóstico y alcance de la enfermedad.

Las entrevistas realizadas con su pareja actual han sido de manera telefónica pues debido a las situación económica de ésta, unido a la distancia que separa el domicilio del Hospital le resultaba inviable acudir presencialmente a la cita de trabajo social del hospital. Acudió a servicios sociales municipales en varias ocasiones, expresando la sobrecarga y saturación de la situación.

Por parte de la mujer del paciente se mantuvo comunicación durante todo el ingreso vía correo electrónico, a petición del paciente, pero por cuestiones socioeconómicas no ha podido volar a España para acompañar a su esposo en esta situación de enfermedad, no ha habido implicación familiar alguna.

Diagnóstico social: Limitación funcional del paciente. Ausencia de cuidadores al alta. Vivienda no adecuada al tratamiento. Problemática socioeconómica. Distocia social.

Planificación del caso expuesto: Valoración del caso, llevando a cabo una coordinación interinstitucional, con servicios sociales municipales, sistema sanitario de atención primaria, gestionando prestaciones adecuadas. Coordinación con la Administración autonómica a través del equipo territorial de servicios sociales del área, así como con recursos/centros en los que pueda continuar el paciente sus cuidados, tanto a nivel social como a nivel sociosanitario.

Ejecución: Puesta en marcha de la gestión y tramitación de ayudas y/o prestaciones adecuadas al paciente. Soporte psicosocial.

Durante la intervención social y con el fin de la planificación al alta, se detecta que se trata de un paciente menor de 65 años, que no cumple los requisitos y criterios que la Administración exige para el ingreso en plaza pública residencial en Establecimientos Residenciales para Ancianos del Principado de Asturias. Además, según su nivel socioeconómico no era viable el ingreso en plaza residencial privada. Por otro lado, en este Área Sanitaria no existen plazas en unidades de convalecencia en centros sociosanitarios de cara a la posthospitalización, por lo que en última instancia

hubo que recurrir a entidades sin ánimo de lucro.

Se establecen los objetivos marcando como primordial hacer los trámites oportunos con dichas entidades del tercer sector, existiendo plaza libre en ese momento en unos centros concretos, teniendo que acceder en primera instancia a un centro dependiente de Cáritas, como estancia temporal, en segundo lugar a un centro de una Fundación y de paso hacia una plaza pública en establecimiento residencial de ancianos.

Coordinación con servicios sociales municipales mientras que no se puede llevar coordinación con el centro de salud al que correspondía el paciente porque no cuenta con la figura del trabajo social sanitario como profesional.

Se realizaron gestiones de cara a la solicitud de valoración de grado de dependencia vía urgencia, con el objetivo de encauzar la planificación al alta del paciente, única opción viable para que el paciente una vez que abandone el Hospital pueda tiempo después acceder a otros servicios y/o recursos más idóneos para el paciente, asegurando sus cuidados y atención integral con calidad.

Según los criterios para declarar un expediente como urgencia social y una vez valorado el caso social, realizando la planificación del alta hospitalaria, se realiza el informe social sanitario del paciente para su envío al Equipo Territorial para la tramitación prioritaria del expediente. Informe social en el que se recoge la situación que genera la urgencia, los indicadores que la expliquen, una referencia al motivo por el que no puede gestionarse esa situación por otras vías y la propuesta de prestación del SAAD que se considera más idónea, el servicio de atención residencial.

El paciente se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad, ya que recoge claramente tres factores fundamentales, que son:

- Situación de dependencia funcional, que viene derivada de su problema de salud grave.
- Ausencia total de ingresos económicos propios para afrontar el servicio que le garantice una adecuada atención.
- Ausencia de entorno familiar adecuado para los cuidados al alta, pues la pareja ha claudicado,

edad avanzada, problema de salud.

Admitida la tramitación de urgencia, desde trabajo social hospitalario, se inicia el procedimiento de reconocimiento de dependencia, para su posterior envío al centro de servicios sociales (se le da entrada en registro), para posteriormente enviar al equipo territorial de servicios sociales del Área. Seguidamente, una profesional del equipo se desplazó al Hospital, para realizarla, obteniéndose un grado I tras la aplicación de los baremos oportunos.

Estabilizado el cuadro clínico del paciente y solucionado la situación social se da el alta hospitalaria a centro perteneciente a entidad sin ánimo de lucro.

Cumplimentación en su historia social dentro de la historia clínica de todas y cada una de las acciones realizadas, así como de aquella información relevante.

Evaluación: No se ha utilizado ninguna técnica/herramienta concreta de evaluación que plasme los resultados que se han obtenido, tan solo el registro de alta. Se cumple el objetivo principal que era llevar a cabo la planificación al alta atendiendo al paciente, siguiendo los pasos del paciente de un recurso a otro tras el alta hospitalaria, conllevando una complejidad relativa a su situación social y sanitaria. Se han utilizado, entre otras, técnicas como entrevistas individuales, observación, coordinación interdisciplinar e instrumentos como el informe social sanitario, historia social, y escalas.

Se ha seguido en todo momento en nuestra intervención con los principios de la deontología del trabajo social como son:

- Individualización: El paciente tiene su propia situación y contexto personal, única e irrepetible.
- Expresión de sentimientos: Ha tenido capacidad para expresar sus propios sentimientos y emociones, y sobre todo, sentirse escuchado porque en su vida personal ha habido cambios a nivel personal, físico, etc.
- Implicación emocional controlada: Se ha mostrado empatía y comprensión. Dentro de límites establecidos.
- Actitud sin juicios: No se emitió ningún juicio de valor.
- Autodeterminación: Ha decidido por si mismo el

futuro de su vida personal.

- Confidencialidad: Se preservó la información de forma secreta y responsable.

Resultados

– Continuación de la atención al alta hospitalaria. Durante la estancia del paciente en cada uno de los centros perteneciente a entidad sin ánimo de lucro, los profesionales responsables se hicieron cargo de que éste acudiera a consultas de oncología radioterápica acudiendo a las sesiones planificadas, obteniendo resultados favorables relacionados con su situación de salud. Ha habido una adherencia al tratamiento pautado.

– Resolución favorable por parte del Área de dependencia de la Consejería de Derechos sociales y Bienestar, concediéndole un Grado I tras la valoración de grado de dependencia por parte del Equipo Territorial de servicios sociales del Área.

– El paciente actualmente se encuentra ingresado en plaza pública de Establecimientos Residenciales para Ancianos del Área Sanitaria de donde parte anteriormente al ingreso hospitalario. Se produce su ingreso cuatro meses después de ser dado de alta del Hospital.

– El paciente sigue en espera de prestaciones económicas solicitadas. Demora en las gestiones de IMV y/o Salario Social que se encuentran en trámite.

– Por parte del Equipo de valoración correspondiente del Centro de Valoración de Discapacidad se resuelve con un 45% de grado de discapacidad.

Conclusiones

– La coordinación inter e intraprofesional es esencial, con lo que se pueden evitar ingresos hospitalarios innecesarios por problemáticas sociales, situaciones como la no detección de escenarios de especial vulnerabilidad en nuevos ingresos, facilitando la continuidad de la atención sociosanitaria al paciente, solucionando problemáticas de adherencia al tratamiento, acompañamientos a las sesiones de radioterapia, cuidados básicos de alimentación/higiene, etc.

– Enfoque biopsicosocial: La atención integral del

paciente, ayuda a conseguir con mucho rigor, la humanización del sistema sanitario, lo más adecuadamente posible con eficacia y eficiencia. Con la idea de evitar la deshumanización que acecha al sistema sanitario y conseguir una buena atención integral centrada en el paciente es necesaria una buena formación de los profesionales implicados, de cara a la visión completa e integral del paciente. Así mismo, tener en cuenta el centrarse en su dignidad, en sus derechos y tener en cuenta su participación en el sistema. Es de máxima importancia el desarrollo de Planes de humanización, que desarrollen actuaciones con el objetivo de mejorar la atención del paciente, así como la realización de aquellas que provoquen una mejora en el confort del paciente.

– Excesiva burocratización en el sistema público de servicios sociales, siendo necesaria la agilidad en la tramitación y gestión de recursos y/o prestaciones cuando se detectan situaciones de urgencia a nivel social que se complementan con problemáticas de salud. Todo ello también evitaría estancias innecesarias, evitando el correspondiente gasto social y el empeoramiento clínico que puede acarrear el paciente.

– Relevancia de tercer sector como parte implicada en casos sociosanitarios. En este caso se ha tenido que solucionar el alta social manteniendo coordinación

con dichas entidades quienes disponen de centros que abarcan la atención de dichas problemas sociosanitarias.

– Necesidad de identificar los déficits en recursos sociosanitarios. Es necesario realizar investigaciones y estudios del campo en el que se trabaja, manifestando las necesidades sociosanitarias que se detectan para dar respuesta a problemáticas que emergen actualmente en la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFIA:

BERMEJO JC, VILLACIEROS M, MARTINEZ-BARCA, M.P. (2021) Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria. Bilbao. Desclée De Brouwer.

CONSEJERIA DE SALUD. (2021) Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Asturias. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

COLOM MASFRET, D. (2011). El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos. Barcelona. Editorial UOC.

LARA ESPINOSA, D. (2015). Grupos en situación de vulnerabilidad. México. Colección Nacional de los Derechos Humanos.

<https://www.mitma.gob.es/>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado número 274, de 15 de noviembre de 2002.