

La dimensión social de la duración de la estancia hospitalaria. El caso de la Unidad de Subagudos del Centre Fòrum

The social dimension of the length of a hospital stay. The case of the Centre Fòrum subacute care unit

Joan Casas Martí¹

<https://orcid.org/0000-0003-2376-0347>

Susana González Melero²

<https://orcid.org/0000-0003-3502-7361>

Recepción: 12/11/18. Revisión: 17/02/19. Aceptación: 19/02/19

Para citar: Casas, J., González, S. (2019). La dimensión social de la duración de la estancia hospitalaria. El caso de la Unidad de Subagudos del Centre Fòrum. *Revista de Treball Social*, 215, 129-145. DOI: [10.32061/RTS2019.215.20](https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.20)

Resumen

El estudio plantea, por un lado, la relación que puede tener la situación sociofamiliar de los pacientes con la temporalidad del ingreso hospitalario, y, por otro lado, la influencia que puede tener también la complejidad y la organización de la intervención social hospitalaria. Se ha contado con una muestra de 105 pacientes ingresados, valorados y atendidos por profesionales del Trabajo Social en la Unidad de Subagudos del Centro Forum de Barcelona durante el año 2017 ($n = 105$). Se ha utilizado una metodología cuantitativa mediante el suministro de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, la escala de la complejidad de la intervención social en contexto hospitalario ECISACH-BCN PSMAR³, y la recogida de otras informaciones relativas al perfil de los pacientes de la muestra y a la estancia hospitalaria. Los resultados apuntan que aquellos pacientes con una situación de riesgo o de problemática social han realizado ingresos más prolongados en el tiempo que los que disfrutaban de una realidad sociofamiliar más favorable. También se ha identificado una tendencia al incremento de los días de

1 Trabajador social, Parc de Salut Mar. Estudiante del Máster de Antropología y Etnografía en la Universidad de Barcelona. 63824@parcdesalutmar.cat

2 Trabajadora social, Parc de Salut Mar. Máster en Gerontología Social de la Universidad de Barcelona. 96586@parcdesalutmar.cat

3 Escala de complejidad de la intervención social con adultos en contexto hospitalario.

hospitalización en los casos en los que la complejidad de la intervención social ha sido superior. Aun así, cuando la organización de la intervención social ha sido precoz y proactiva, los pacientes han realizado ingresos hospitalarios más cortos independientemente de los niveles de riesgo social que presentaban, disminuyendo, también, los efectos de la complejidad de la intervención social realizada. En este sentido, se reivindica el Trabajo Social sanitario como una profesión que no está reñida con la eficiencia de los recursos sanitarios, sino que puede ser facilitadora de su optimización.

Palabras clave: Trabajo Social sanitario, planificación del alta, adecuación de las estancias hospitalarias, complejidad de la intervención social, riesgo social.

Abstract

On the one hand, the study raises the relationship of the patients' social situation and the temporary nature of the hospital admission; whereas on the other hand, it focuses on the influence that the organization of the social intervention and its complexity may have. The study relies on a sample of 105 patients admitted, valued and attended by social workers in the Subacute Unit in Centre Forum in Barcelona during 2017 ($n = 105$). A quantitative methodology has been used through the provision of the socio-family evaluation scale of Gijón, the complexity of the social intervention in the hospital context scale ECISACH-BCN PSMAR⁴ and other collected information about the patients' profile and their hospitalization. The results point out that the patients in a risky situation or with social problems have spent more time in the hospital than those who enjoyed a more favorable social situation. Moreover, there has also been a tendency of increasing the length of stay in those cases where the complexity of social intervention has been superior. However, when the organization of social intervention has been precocious and proactive, patients have tended to perform shorter hospital admissions regardless of their social risk levels, reducing, at the same time, the effect of the complexity of the social interventions carried out. In this regard, medical social work is valued as a profession that can be a facilitator of the efficiency of healthcare resources.

Keywords: Medical social work, planning discharge, appropriateness hospital stay, complexity of social intervention, social risk.

4 Scale of complexity of Social Interventions as Adults in a Hospital Context

It is evident that both groups of public servants –the social and the medical– will serve the public best when they have thoroughly mastered in all its details the technique of working together.

Mary E. Richmond (1917, p. 209)

Introducción

La duración de la estancia hospitalaria está sujeta a un gran abanico de casuísticas. Este hecho nos traslada a evidenciar, una vez más, la complejidad y la multifactorialidad del binomio salud-dolencia, y a comprender, en un sentido amplio, los procesos de hospitalización como espacios de confluencia de la biografía clínica y social. Los esfuerzos para identificar los factores que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria apuntan que la situación sociofamiliar de los pacientes es, probablemente, uno de sus causantes (Ceballos, Velásquez y Jaén, 2014). Por otro lado, Morro (2017) comprobó que la complejidad de la intervención social también podía tener una cierta influencia. Esto nos empuja a buscar estrategias para evidenciar estas problemáticas en otros contextos y, a la vez, paliar un fenómeno que no solo tiene repercusiones negativas para las propias personas hospitalizadas, sino también para las instituciones sanitarias en términos de derroche de los recursos y de saturación de los dispositivos asistenciales.

Son pocos los estudios que hayan investigado la incidencia que pueden tener, también, las distintas formas que puede tomar el Trabajo Social hospitalario. El estudio parte de la voluntad de validar empíricamente las teorías relativas a la planificación del alta, las cuales, entre otras cuestiones, señalan que la sistematización de la intervención social desde la proactividad y la precocidad permiten planificar el retorno al domicilio desde el mismo momento del ingreso, facilitando la sincronización entre el alta clínica y el alta social (Colom, 2000). Por esta razón, se valora la idoneidad de poner en juego toda una serie de variables que no solo tengan que ver con la situación social de los pacientes y la duración del ingreso, sino también con la complejidad y la organización de la intervención social, con objeto de construir un conocimiento que contribuya a identificar oportunidades de mejora de la eficiencia de los recursos hospitalarios desde una óptica de atención interdisciplinaria, holística y de calidad a las personas.

La investigación se ubica en la Unidad de Subagudos del Centro Forum de Barcelona y tiene el objetivo general de analizar la duración de la estancia hospitalaria en relación con la organización y la complejidad de la intervención social, así como con el nivel de riesgo social de los pacientes hospitalizados en este servicio durante el año 2017. En esta línea, se formulan las siguientes preguntas de investigación: ¿Los pacientes con niveles de riesgo social elevados tienden a estar ingresados más días que los otros? ¿La complejidad de la intervención social influye en la duración de la estancia hospitalaria? ¿Una intervención social precoz y proactiva facilita la disminución de los días de ingreso?

Un marco teórico

En concordancia con la evolución del concepto de salud, la hospitalización está dando paso a una percepción global del proceso, teniendo en cuenta todas las variables y factores que impregnan el ingreso y el alta (Plaza, García y Muñoz, 2006). Tal y como apunta Muñoz (2004), este enfoque multifactorial de la situación abre paso al trabajo en equipo y al diseño conjunto de planes de intervención. Sin embargo, la dimensión social del binomio salud-dolencia sigue tratándose secundariamente, lo que propicia una planificación tardía e inadecuada del alta, y esto puede comportar la prolongación de la hospitalización y reingresos por motivos no-médicos (Colom, 2000). Las consecuencias de estos hechos han sido recogidas por diferentes autores. Ceballos et al. (2014) sintetizan que la prolongación de la estancia hospitalaria:

1. Incrementa los gastos de operación por uso no apropiado de los recursos; implica un derroche o una mala utilización de los recursos económicos y humanos, que conlleva gastos adicionales de personal, alimentación y uso de equipos.
2. Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el acceso de los pacientes que lo requieren a una cama hospitalaria.
3. Afecta negativamente la atención que se da a los pacientes y a su seguridad: aumenta la probabilidad que el paciente sufra un acontecimiento adverso y especialmente el contagio de infecciones intrahospitalarias que pueden llevar a la muerte o al incremento de la estancia hospitalaria. Por otro lado, como señala Peñas (2010), también se dan consecuencias subjetivas negativas, en tanto que los pacientes que viven un retraso en la planificación y ejecución de su alta hospitalaria revelan un nivel significativo de desilusión y un bajo estado de ánimo.

La literatura señala que una organización de la intervención social basada en la precocidad y la proactividad evitaría la prolongación de la estancia hospitalaria (Rodríguez, García, González y García, 2013; Muñoz, 2004). Este modelo de intervención, denominado por algunos «innovador» (Colom, 2000), conlleva que se inicie la criba social de pacientes tributarios de intervención social, y la planificación del alta, durante las primeras 48 horas de ingreso y a iniciativa del trabajador o trabajadora social, facilitando la anticipación del alta social al alta médica y evitando prolongaciones innecesarias del ingreso hospitalario, así como reingresos por motivos sociales. En contraposición, el modelo tradicional operaría desde la reactividad, esperando que terceras personas hagan la demanda de intervención social y propiciando la demora de los procesos, el sesgo asistencial y el fracaso terapéutico.

Tabla 1. Organización de la intervención social hospitalaria

| Modelo reactivo o tradicional | Modelo proactivo y precoz |
|---|---|
| Se espera que terceras personas hagan la demanda y si esta no se lleva a cabo el trabajador social no interviene (Ochando y De Irizar, 2009). | Se inicia la criba de pacientes y la planificación del alta durante las primeras 48 horas de ingreso (Plaza et al., 2006). |
| Tiende a provocar el círculo vicioso de las altas hospitalarias ⁵ (Colom, 2000). | Facilita la anticipación del alta social al alta médica (Hendy, Patel, Kordbacheh, Laskar y Harbord, 2012). |
| La acción del Trabajo Social es marginal, minoritaria y expuesta al criterio de otros (Ochando i De Irizar, 2009). | El Trabajo Social se valora como recurso idóneo en la identificación del riesgo, y útil para la eficiencia y calidad reales del dispositivo (Plaza et al., 2006). |
| Puede provocar prolongaciones de la estancia hospitalaria y reingresos (Muñoz, 2003). | Evita prolongaciones innecesarias del ingreso hospitalario, así como reingresos (Rodríguez et al., 2013). |
| No se da una auténtica atención integral y holística del paciente (Parker, 2005). | Se cumple un derecho del paciente (Parker, 2005). |
| Propicia el sesgo asistencial y el fracaso terapéutico (Muñoz, 2003). | Facilita el logro del objetivo terapéutico y la correcta ubicación de la persona (Ortega et al., 2014). |

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, Morro (2017), desde el servicio de psiquiatría del Hospital del Mar de Barcelona, se planteó relacionar la complejidad de la intervención social con la duración de la estancia hospitalaria, para avanzar en la exploración de los factores que influyen en ello. A partir de la escala ECISACH-BCN PSMAR, y con una muestra de 83 pacientes ingresados entre los meses de enero y mayo del 2017, comprobó que había cierta tendencia positiva entre las variables; aquellos pacientes con los cuales la complejidad de la intervención social realizada había sido más elevada, solieron estar ingresados más días que los otros pacientes de la unidad atendidos por Trabajo Social. En esta línea, autores como Rodríguez et

⁵ El círculo vicioso de las altas hospitalarias explica que, a causa de la poca sincronización entre el alta médica y el alta social, hay una mala integración y ordenación de los procesos, provocando un déficit en la atención de las personas, y una falta de eficiencia (Colom, 2000). Grosso modo, se expone que durante el ingreso se prioriza el tratamiento del problema orgánico, obviando toda posible dificultad en el momento del alta. Cuando se anuncia, el mismo paciente expresa, entonces, los inconvenientes, alargando la estancia hospitalaria hasta que el equipo termina por convencerlo para que vuelva al domicilio y deje su cama libre. Consiguientemente, y ante su situación social poco favorable y mal trabajada, el estado de salud empeora, y el paciente se ve obligado a reingresar.

al. (2013) avalan que las situaciones de más riesgo social requieren una intervención social hospitalaria más intensiva con relación al tiempo.

Metodología

El objetivo general de la investigación es analizar la duración de la estancia hospitalaria en relación con la organización y la complejidad de la intervención social, así como con el nivel de riesgo social de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Subagudos del Centro Forum de Barcelona durante el año 2017. Los objetivos específicos se concretan en la cuantificación del nivel de riesgo social de los pacientes, la identificación de la organización de las intervenciones sociales realizadas, la categorización de su complejidad y el cruce de cada una de estas variables con la duración de la estancia hospitalaria.

En relación con estos objetivos, las hipótesis formuladas son tres. Primera, que los pacientes con niveles de riesgo social elevados tienden a hacer ingresos hospitalarios más prolongados. En segundo lugar, que una intervención social precoz y proactiva con los pacientes en situación de riesgo social está vinculada con la disminución de los días de ingreso. Finalmente, que la duración de la estancia hospitalaria crece a medida que aumenta la complejidad de la intervención social.

Esta es una investigación de finalidad básica y se trata de un diseño no-experimental y de profundidad explicativa que ha empleado un carácter cuantitativo a través de fuentes mixtas. Con un alcance seccional, se planificó en 10 meses, de septiembre de 2017 a junio de 2018, con un total de cinco fases más una de exploración previa: formulación de la investigación, recopilación de datos, análisis de resultados, interpretación de resultados y conclusiones, y difusión preliminar.

El Centro Forum del Parque de Salud Mar (Barcelona) está formado por un abanico de servicios sociosanitarios y de salud mental de carácter público. En el ámbito de la geriatría, está especializado en la atención a las necesidades sociosanitarias de las personas mayores y su entorno más próximo. El perfil de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Subagudos son personas mayores con uno o varios diagnósticos de dolencia crónica con agudización que requieren internamiento de corta duración, no superior a los 12 días, y que no requieren alta especialización ni alta intensidad terapéutica. Los diagnósticos más comunes están relacionados con patologías respiratorias (como EPOC –enfermedad pulmonar obstructiva–), patologías cardiológicas (como IC –insuficiencia cardíaca–), y procesos infecciosos de tipo urinario o respiratorio.

La muestra es no-probabilística y la forman 105 pacientes que han sido ingresados, atendidos y valorados por profesionales del Trabajo Social a la Unidad de Subagudos del Centro Forum durante el año 2017 ($n = 105$). Los datos han sido recogidas mediante la aplicación de la escala Gijón y la escala ECISACH-BCN PSMAR:

_ Escala Gijón: Aporta la variable del riesgo social de la persona mayor (mayor de 65 años). El resultado es una puntuación numérica que se puede situar en un gradiente de riesgo social bajo, intermedio o alto (problemática social).

_ Escala ECISACH-BCN PSMAR: Ofrece el nivel de complejidad de la intervención social realizada en el marco del ingreso hospitalario del adulto. Su resultado numérico se interpreta a partir del siguiente gradiente: no ha existido, baja, intermedia, alta o muy alta. El instrumento comprende variables del marco sociofamiliar del paciente, su situación clínica y las intervenciones sociales hospitalarias realizadas. Este instrumento, de origen portugués (Serafin y Espiritu, 2013), fue traducido y validado en nuestro contexto por un grupo de trabajadoras sociales del Parque de Salud Mar (Morro et al., 2017).

Por otro lado, también se han incluido en el estudio informaciones extraídas del marco del mismo ejercicio profesional relativas al perfil de los pacientes (sexo, edad, vinculación con los servicios sociales, reconocimiento de grado de dependencia, categoría PCC –paciente crónico complejo– o ECA –enfermedad crónica avanzada–...), a la estancia hospitalaria (días de hospitalización) y a la intervención social realizada (si ha sido precoz o no, y si ha sido proactiva o reactiva).

Tabla 2. Fuentes de información y métodos de extracción de las variables de estudio

| Fuente | Variables | Recuperación/ administración |
|----------------------------------|---|---|
| Base de datos de Trabajo Social. | Sexo y edad. Vinculación con servicios sociales y reconocimiento de grado de dependencia. Categoría PCC o ECA. Días de ingreso hospitalario. Día de inicio de la intervención social: precoz o no. Demanda de intervención social: proactiva o reactiva. | Los datos sociodemográficos y los días de ingreso aparecen por defecto en la historia clínica, mientras que los otros se han llenado manualmente en la base de datos. |
| Escala Gijón | Riesgo social de la persona mayor: bajo, intermedio o elevado. | Durante la valoración social del paciente, dentro del proceso metodológico del Trabajo Social. |
| Escala ECISACH-BCN PSMAR | Complejidad de la intervención social: no existe, baja, intermedia, alta o muy alta. | Posterior al alta hospitalaria del paciente. |

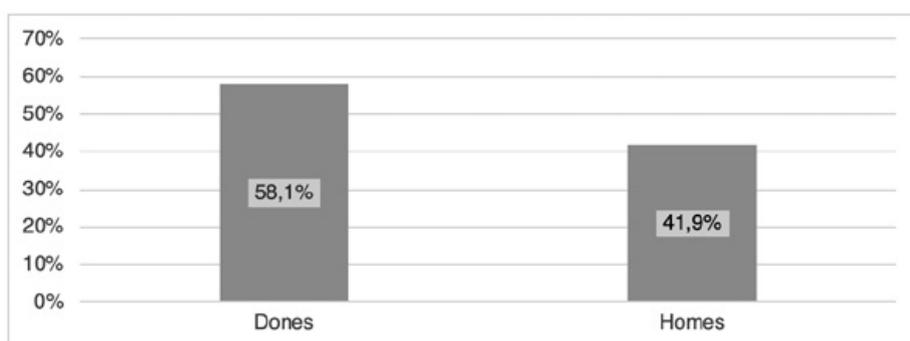
Fuente: Elaboración propia.

El análisis se ha realizado con el software SPSS Statistics v.22 y se divide en dos bloques: las estadísticas descriptivas de cada una de las variables y el análisis bivalente mediante tablas de contingencia (en variables nominales y ordinales) y el coeficiente de Pearson (en variables de escala). La investigación cuenta con la aprobación del Servicio de Geriátrica del PSMAR y respeta el secreto estadístico, el código de buenas prácticas en investigación de la UB y la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos.

Principales resultados

Dentro de la muestra total de personas hospitalizadas, atendidas y valoradas por profesionales del Trabajo Social a la Unidad de Subagudos del Centro Forum durante el año 2017, el 58,1% son mujeres y el 41,9% hombres (gráfico 1).

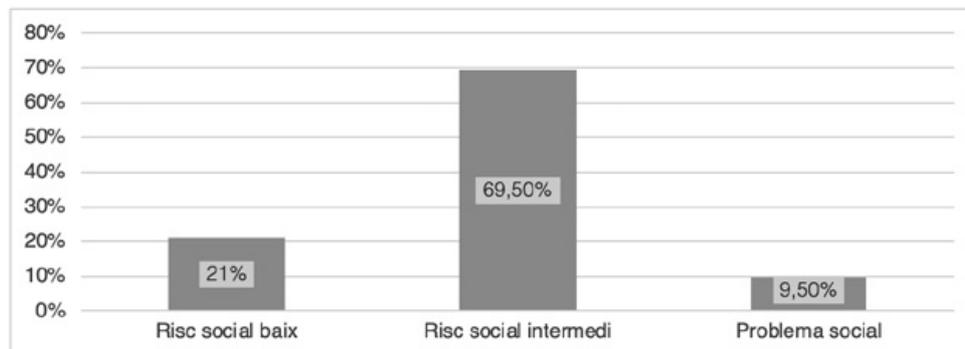
Gráfico 1. Distribución por sexo de los pacientes de la muestra



Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes, de 86 años de edad de media, han estado, de media, 15 días ingresados, 3 días más de los que prevé la Generalitat de Catalunya (2014) para las unidades de subagudos. Presentando una gran incidencia y prevalencia para las situaciones de dificultad social (Rodríguez et al., 2013), se han identificado unos altos índices de vinculación con las redes de servicios sociales (61,9%) y de atención a la dependencia (56,2%). El 38,1% ha sido identificado como paciente crónico complejo (PCC) y el 11,4% como enfermo crónico en fase avanzada (ECA). En este sentido, casi la mitad de la muestra reúne las condiciones para pertenecer a estos grupos de complejidad, constatando la finalidad de un servicio que ha sido diseñado para dar respuesta a las múltiples y complejas necesidades que tienen los pacientes con una o varias dolencias crónicas. Además, repasando los resultados de la aplicación de la escala Gijón, el 69,5% presentaba una situación de riesgo social intermedia y hasta el 9,5% un problema social (gráfico 2).

Gráfico 2. Niveles de riesgo social de los pacientes de la muestra



Fuente: Elaboración propia.

Tratando de indagar más en el estudio de esta distribución, los cambios que aparecen cuando entra en juego la variable género llaman la atención. El 86,8% de las mujeres que forman parte de la muestra presentan una situación de riesgo o de problema social. En contraposición, los hombres que coinciden con estos indicadores representan un porcentaje más bajo, en concreto, el 68,2% del total. Considerando el género como un eje de desigualdad, este contraste nos remite a interpretarlo como una de sus manifestaciones.

Si bien el cruce de las variables *riesgo social* y *días de estancia hospitalaria* no ha representado una correlación estadísticamente significativa, los casos en que el riesgo era inexistente o bajo, han tenido una media de días de hospitalización inferior a la total, de 13 días, mientras que los que han sido clasificados con un riesgo intermedio o alto se sitúan en 16 y 15 días, respectivamente (tabla 3).

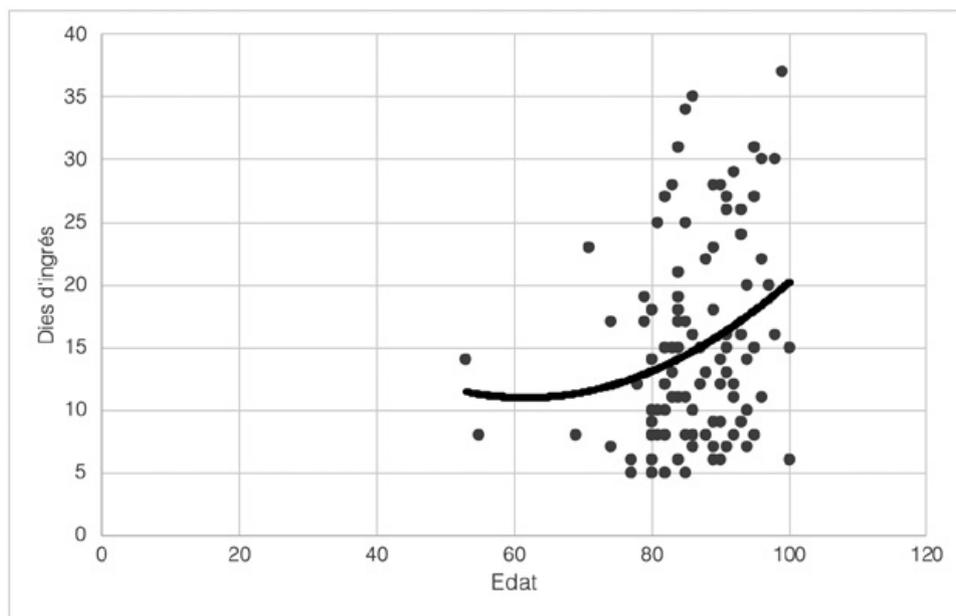
Tabla 3. Días de ingreso según el nivel de riesgo social

| Riesgo social | Promedio de días de ingreso |
|------------------------|-----------------------------|
| Normal o bajo | 13 |
| Mediano | 16 |
| Alto (problema social) | 15 |

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, la edad de los pacientes y los días de estancia presentan un coeficiente de correlación de Pearson positivo ($r = 0,244$) y significativo al nivel de 0,05 (gráfico 3). El incremento de los días de ingreso en aquellas personas de edad más avanzada es una tendencia que se ha detectado, también, en otros estudios (Ceballos et al., 2014; Hendyn et al., 2012).

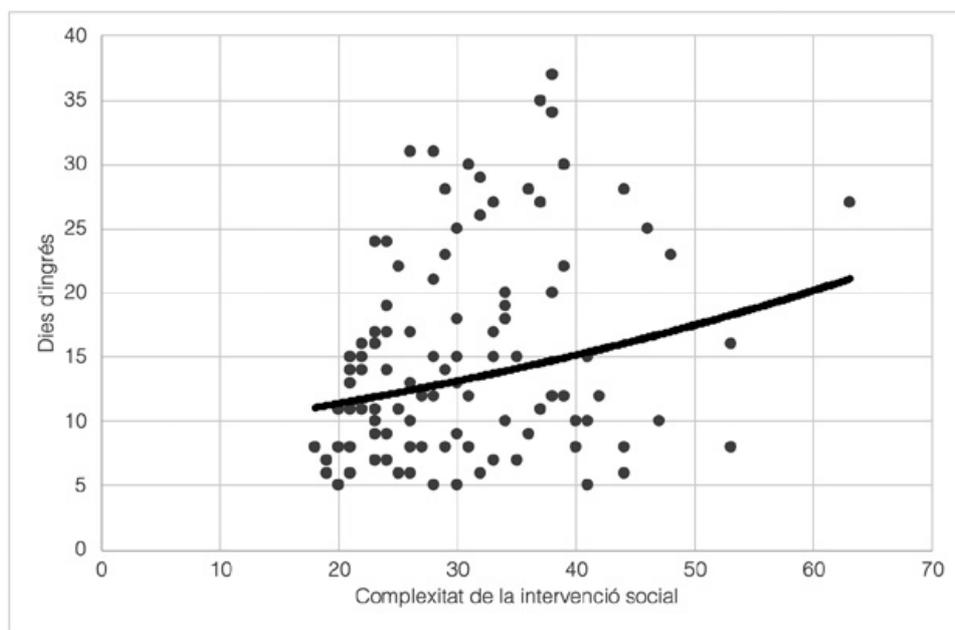
Gráfico 3. Relación entre edad del paciente y días de ingreso



Fuente: Elaboración propia.

Las personas que han presentado una situación social más precaria han requerido intervenciones sociales más complejas. El cruce de las variables numéricas riesgo social y complejidad de la intervención social ha mostrado una correlación positiva ($r = 0,548$) y significativa ($p < 0,01$). La complejidad existente entre el trabajador o la trabajadora social y el paciente y su familia en contexto hospitalario es inherente a las particularidades y al tipo de intervención necesaria ante las diversas problemáticas sociales que se presentan, teniendo en cuenta el contexto institucional de salud, las políticas sociales vigentes y el proceso de salud-dolencia (Serafin y Espiritu, 2013). Así pues, y mediante la aplicación de la escala ECISACH-BCN PSMAR, los resultados del estudio apuntan que en el 43,8% de las intervenciones sociales se ha dado una complejidad intermedia (22,9%), alta (15,2%) o muy alta (5,7%). De lo contrario, el 57,2% restante corresponde a la suma de los casos en que la complejidad ha sido baja (26,7%) o inexistente (29,5%). La media de la puntuación de la complejidad de la intervención social se sitúa en un nivel intermedio. Por otro lado, y de acuerdo con el mencionado estudio de Morro (2017), se afirma que hay una asociación entre la complejidad de la intervención social y el aumento de los días de hospitalización; la correlación es de 0,262 con una significación bilateral inferior a 0,01 (gráfico 4).

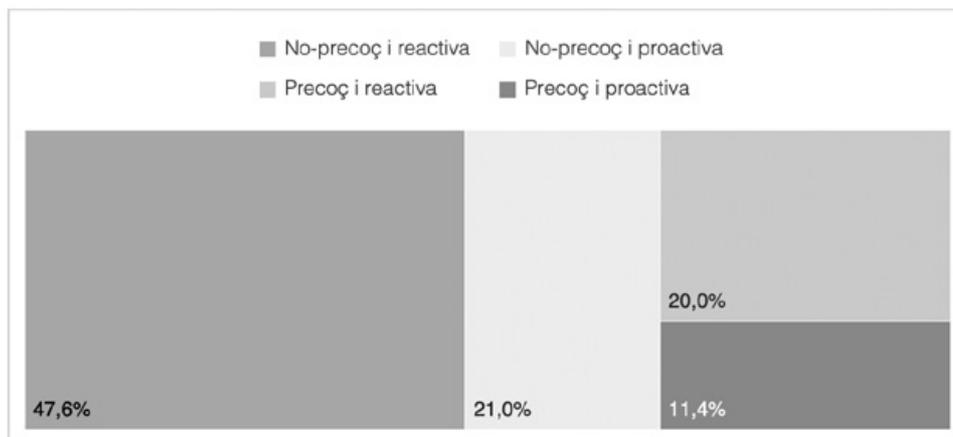
Gráfico 4. Relación entre complejidad de la intervención social y días de ingreso



Fuente: Elaboración propia.

La intervención social se ha iniciado de manera precoz en el 31,4% de casos, siendo el 68,6% restante no-precoz. El día mediano de inicio de la intervención se sitúa a los 5 días de ingreso, 3 días superior del que se concibe como precoz (Colom, 2000). Por otro lado, el 67,6% de las intervenciones se han efectuado de manera reactiva, es decir, a demanda de terceros. En concreto, la demanda ha sido formulada, la mayoría a veces (69%), por el facultativo. Solo en el 32,4% de las intervenciones el Trabajo Social ha sido proactivo, es decir, a iniciativa del trabajador o trabajadora social. En efecto, tal como se indica en el gráfico 5, ha destacado una intervención social mayoritariamente no-precoz y reactiva (47,6%), enmarcada en un modelo tradicional, frente a una intervención social precoz y proactiva –modelo innovador–, que se ha dado, solo, en el 11,4% de los casos (gráfico 5).

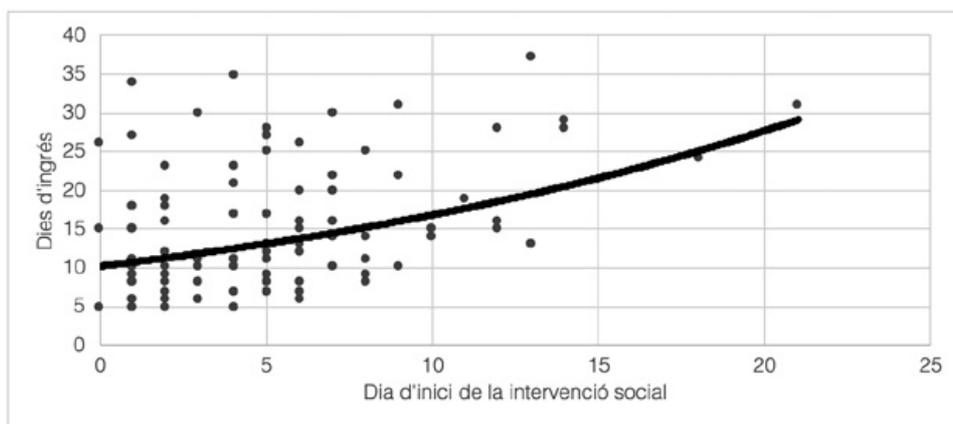
Gráfico 5. Distribución de las distintas formas de intervención social



Font: Elaboració pròpia.

Coincidiendo con experiencias como la del Hospital de Teruel (Plaza et al., 2006), a medida que la intervención social se ha iniciado antes, el tiempo de ingreso hospitalario ha sido menor. El análisis presenta una correlación del 0,391 con una significancia de 0, por lo cual se afirma que existe una asociación lineal entre las dos variables (gráfico 6).

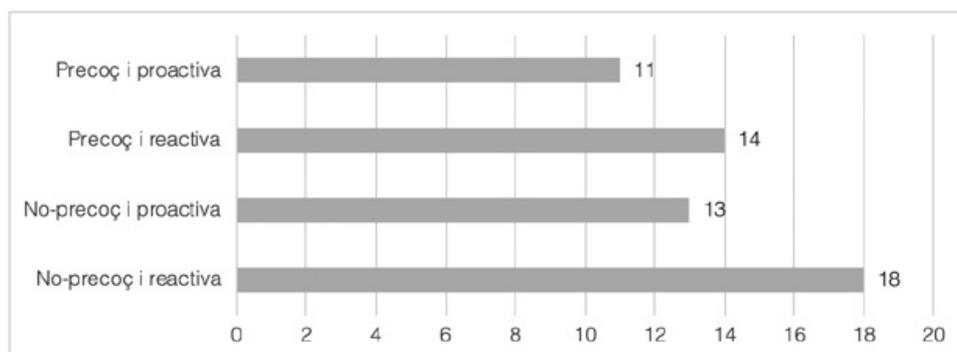
Gráfico 6. Relación entre día de inicio de la intervención social y días de ingreso



Fuente: Elaboración propia.

De lo contrario, los casos en los que el Trabajo Social ha sido proactivo, presentan una media de 12 días de hospitalización, mientras que en los que ha sido reactivo la media es de 17. Tal y como se indica en el gráfico 7, los casos con intervenciones precoces y proactivas han presentado una media de 11 días, frente a 18 días para las no-precoces y reactivas.

Gráfico 7. Promedio de días de ingreso según organización de la intervención social



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, los pacientes con un nivel de riesgo social intermedio o alto siguen presentando una media de 11 días cuando la intervención ha sido precoz y proactiva, y se mantiene en 18 días cuando esta ha sido no-precoz y reactiva. En cuanto a los niveles de complejidad de la intervención social, también se identifica que esta organización de la intervención social aumenta su efecto. La media de días por los casos de complejidad alta e intermedia ha sido, en general, de 17 y 18 días, respectivamente, mientras que cuando han sido atendidos desde una intervención social precoz y proactiva, la media se ha situado en los 10 y 9 días respectivamente.

Conclusiones

De acuerdo con los objetivos propuestos, esta investigación ha conseguido analizar la duración de la estancia hospitalaria en relación con la organización y la complejidad de la intervención social, así como también con el nivel de riesgo social de los pacientes hospitalizados a la Unidad de Subagudos del Centro Forum durante el 2017. Para hacerlo, se ha seguido el camino marcado a través de los objetivos específicos, que consistían, fundamentalmente, en describir cada una de las variables de estudio y ponerlas en relación entre ellas. Los principales resultados se sintetizan a partir de la respuesta que se puede dar a las tres hipótesis formuladas:

A. Los pacientes con niveles de riesgo social elevados tienden a realizar ingresos hospitalarios más prolongados.

Los pacientes que han formado parte de la muestra se enmarcan en un perfil de personas mayores, con dolencia o dolencias crónicas diagnosticadas, y con unos elevados índices de vinculación con las redes de servicios sociales y de atención a la dependencia. En su mayoría, y en especial con las mujeres, se han objetivado situaciones de complejidad clínica y de riesgo social. Si bien es cierto que el cruce de las variables numéricas

riesgo social y *días de estancia hospitalaria* no ha obtenido una correlación estadísticamente significativa, aquellos pacientes con un nivel de riesgo social intermedio o alto han estado más días ingresados, de media, que los que tienen una buena situación sociofamiliar. También es relevante que los pacientes de edad más avanzada hayan tendido a realizar ingresos hospitalarios más prolongados en el tiempo.

B. Una intervención social precoz y proactiva en los pacientes con riesgo social está vinculada con la disminución de los días de ingreso.

En la mayoría de casos, la organización de la intervención social se ha caracterizado por haberse iniciado a demanda de terceros, sobre todo del facultativo, y por no haber sido precoz. En la medida que la intervención social se ha iniciado antes, y la proactividad ha tenido presencia, el tiempo de ingreso hospitalario ha sido menor. Incluso en aquellos casos en los que se ha evidenciado la presencia de una situación de riesgo o problemática social, la media de días de ingreso se ha visto notoriamente disminuida cuando se ha efectuado una intervención social precoz y proactiva. En esta línea, se puede afirmar que la organización de la intervención social basada en la atención precoz y proactiva juega un papel fundamental en la reducción de las estancias hospitalarias, independientemente de si el paciente presenta, o no, una situación de riesgo social.

C. La duración de la estancia hospitalaria crece, a medida que aumenta la complejidad de la intervención social.

Cerca de la mitad de los pacientes han requerido intervenciones sociales de complejidad intermedia, alta o muy alta. Por otro lado, esta variable está asociada con el riesgo social, puesto que aquellos pacientes con situaciones sociofamiliares más precarias han tendido a necesitar intervenciones sociales más complejas. El análisis bivariante permite afirmar que existe una relación entre la complejidad de la intervención social hospitalaria y los días de ingreso. Aun así, cuando la intervención social ha sido precoz y proactiva, la complejidad ha pasado a un segundo plano, puesto que ha dejado de tener tanta influencia en el incremento de los días de hospitalización.

Así pues, se evidencia que el riesgo social y la complejidad de la intervención social influyen en el aumento de los días de hospitalización, pero únicamente cuando no se han acompañado de una intervención social precoz y proactiva. En este caso, no es tanta la importancia que puedan tener las situaciones sociofamiliares de los pacientes en la prolongación de la estancia hospitalaria, o la complejidad que –consecuentemente– requerirá la intervención social al respecto; el Trabajo Social precoz y proactivo actúa como antídoto de la prolongación de la estancia hospitalaria por motivos no-médicos y, por lo tanto, como protector de los efectos adversos que puede tener una mala planificación del alta hospitalaria en pacientes que viven situaciones de riesgo o de problemática social.

Recomendaciones y consideraciones finales

A guisa de recomendaciones, se hace hincapié en la petición a las instituciones hospitalarias, así como a sus profesionales, que sigan en la línea de tener en cuenta, dentro del proceso asistencial, la conexión del paciente con su biografía; una conexión que despliega todo un abanico de factores que pueden protegerlo pero también comportarle el riesgo de sufrir circunstancias adversas y reingresos por problemática social. En este sentido, es relevante que se fomente la implementación de programas de planificación del alta hospitalaria en que la intervención social esté sistematizada y basada en la precocidad y la proactividad, no solo en servicios de hospitalización de agudos, sino también en servicios de hospitalización intermedia como es el caso. Así pues, y poniendo el énfasis en unidades caracterizadas por atender personas que tienen más incidencia y prevalencia por las situaciones de dificultad social, se propone la implementación de un *screening* durante los primeros días de hospitalización al conjunto de pacientes, que permita descartar si son, o no, tributarios de intervención social. Siempre que la situación clínica lo permita, esta criba facilitará la activación de la planificación del retorno a domicilio desde un momento inicial del ingreso a quien lo requiera, ofreciendo el tiempo suficiente para llevar a cabo todas las tareas necesarias (acompañamiento psicosocial, orientación, coordinación, movilización de recursos, etc.) y adecuar el alta social al alta clínica. Esta sincronización, que también pide fomentar el trabajo en equipo multidisciplinario, evitará prolongaciones innecesarias y perjudiciales de las estancias hospitalarias, reingresos por problemática social y sobrecostes para las instituciones de salud. Por consiguiente, propiciará una atención mejor a las personas ingresadas, basada en la eficiencia, la holismo y la integralidad.

Por último, es necesario seguir explorando la incidencia de la práctica del Trabajo Social sanitario en los procesos de hospitalización, de contribución a la eficiencia y a la optimización de los recursos sanitarios, de planificación del alta y de atención a los integral pacientes. Se recomienda, pues, que se sigan realizando investigaciones básicas y aplicadas que vayan en esta línea de trabajo, desde diferentes unidades de hospitalización y desde la incorporación de otras variables de interés como podrían ser los reingresos por problemática social y los días de retraso del alta por motivos no-médicos.

Referencias bibliográficas

- Ceballos, T. M., Velásquez, P. A., y Jaén, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista gerencia y políticas de salud*, 13(27), 274-295.
- Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. Zaragoza: Siglo XXI de España Editores.
- Generalitat de Catalunya (2014). *Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat*. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut.
- Hendy, P., Patel, J. H., Kordbacheh, T., Laskar, N., y Harbord, M. (2012). In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. *Clinical Medicine*, 12(4), 320-323. Recuperado de: <http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/12/4/320.long>
- Morro, L. (2017). Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos. Aplicación de la escala ECISACH-BCN PSMAR. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, 2, 137-160.
- Morro, L., González, S., Pineda, I., Cañete, M. J., Casals, A., Vallve, M., et al. (2017). Trabajo social sanitario y complejidad: traducción al español y validación a nuestro medio de la escala de complejidad de la intervención social con adultos en un contexto hospitalario (ECISACH), la escala ECISACH-BCN PSMAR. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 17(1), 48-54.
- Muñoz, M. (2003). Detección precoz del riesgo social en el ingreso hospitalario y la planificación del alta: Reflexiones desde el Trabajo Social. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 3(3), 40-51.
- Muñoz, M. (2004). Reflexiones en torno al trabajo social hospitalario. *Revista de Treball Social*, 176, 51-56.
- Ochando, G., y De Irizar, M. (2009). La planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social sanitario: el ingreso hospitalario como punto de partida. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 2, 30-39.
- Ortega, M., Cabot, C., Porras, F., Cantos, M., Pastor, L., y Fàbregas, A. (2014). Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 25(4), 152-158.
- Parker, S. (2005). Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status? Copenhagen: WHO Health Evidence Network.

- Peñas, E. M. (2010). ¿Cómo viven los ancianos hospitalizados el retraso en la gestión de su alta? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 31(7), 20
- Plaza, B., García, A. M., y Muñoz, M. (2006). Programa de detección del riesgo social en el Hospital de Teruel. *Trabajo Social y Salud*, 53, 151-167.
- Richmond, M. (1917). *Social diagnosis*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Rodríguez, M. J., García, A., González, A., y García, M. A. (2013). Trabajo Social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 13, 67-76.
- Serafin, M. R., y Espiritu, M. I. (2013). Creación y validación de una escala de complejidad de intervención, desde el trabajo social sanitario, con adultos en un contexto hospitalario (ECISACH). *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 13(1), 42-55.