

# O VALOR ENGADIDO DO TRABALLO SOCIAL NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA- HOSPITAL DE OZA

---

Luisa Andaluz Corujo  
Maira Vilar Pumares

Traballadoras sociais do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña  
luisa.andaluz.corujo@sergas.es  
maira.vilar.pumares@sergas.es

## RESUMO:

O artigo seguinte presenta a posición do traballo social e o valor engadido deste dentro do equipo da Unidade de Cuidados Paliativos, con dúas dimensións importantes, a intervención social directa a pacientes e familias e a información xestión e tramitación de recursos necesarios para resolver os múltiples problemas sociais ao final da vida. Preséntanse unha parte dos datos analizados polo Servizo de Traballo Social no período de dous anos do 1 de xaneiro de 2015 ao 31 de decembro de 2016.

## PALABRAS CLAVE:

Traballo social, cuidados paliativos, valor engadido, intervención social.

## RESUMEN:

El artículo siguiente muestra la posición del trabajo social y el valor añadido del mismo dentro del equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos, con dos dimensiones importantes, la intervención social directa a pacientes y familias y la información, gestión y tramitación de recursos necesarios para solucionar los múltiples problemas de salud al final de la vida. Se presentan una parte de los datos analizados por el Servicio de Trabajo Social en el Período de dos años, del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2016.

## **PALABRAS CLAVE:**

Trabajo social, cuidados paliativos, valor añadido, intervención social.

## **ABSTRACT:**

In the following paper we try to show both the value added by the Social Work Service in the Palliative Care Unit and its location inside the team. We do that from two perspectives: the direct social intervention with patients and families and the information, together with management and processing of the needed resources to solve the several health problems at the end of the life. We present a two-years -from Jan, 1st, 2015 to December, 31st, 2016- subset of the data analysed by the Social Work Service.

## **KEYWORDS:**

Social work, palliative care, mark-up, social intervention.

## **1. INTRODUCCIÓN**

O posicionamento do Traballo Social na Unidade de Coidados Paliativos existe no Complexo Hospitalario da Coruña dende hai máis de 20 anos. Polo tanto a inclusión no equipo xa está inicialmente claramente xustificada, aínda que no ámbito sanitario e hospitalario, o noso traballo segue sendo un exercicio continuo e dinámico nos equipos e na propia organización.

Na actualidade e dende hai un ano, o hospital tivo en conta a proposta realizada polo servizo e facilita unha habitación individual para cada paciente coa conseguinte mellora do traballo diario para todos os profesionais. Non podemos esquecer o espectacular contorno do hospital, nun edificio de dúas plantas, con saída a un xardín terapéutico, vistas ao mar nun contorno natural e humanizado.

O artigo que te propós ler, recolle o traballo diario no servizo e as posibilidades de mellora e integración do traballo social sanitario no ámbito dos cuidados paliativos.

## **2. AS PORTAS DE ENTRADA**

Os pacientes chegan á unidade procedentes doutros servizos do hospital, derivados dos médicos de atención primaria e derivados de centros residenciais.

A intervención do traballador social vén provocada polo propio programa de cuidados paliativos, a través das reunións de equipo e derivados por cada un dos profesionais do equipo de traballo. Así mesmo, directamente da familia, doutros traballadores sociais sanitarios, especializados, do terceiro sector, dos servizos sociais etc. e unha longa e interminable listaxe de persoas que demandan a nosa atención.

### 3. O QUID DA CUESTIÓN

A intervención do traballador ou traballadora social na unidade, ten varias vertentes e moitas xestións que se nomean a continuación. Estas non están organizadas por importancia, entendendo que cada paciente/familia/rede social en cuidados paliativos, é única e irrepetible, e a súa demanda é a máis importante das que se poden facer, polo tanto cada vez que se realiza unha intervención, debemos posicionarnos na total individualidade.

Segundo consta na bibliografía de referencia, e na Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais en Galicia, todas as dimensións estudadas en Cuidados Paliativos para valorar a calidade de vida, as cales son o benestar físico, psicolóxico, socioeconómico e espiritual, van tomando importancia ao longo da enfermidade avanzada e complexa cunha orde personalizada, onde unha vez resolta unha dimensión, xoga un papel determinante outra, facendo círculos concéntricos na importancia da atención.

Na intervención na área social, temos en conta dende a atención na dignidade, aqueles aspectos que crean un malestar social de calquera índole (económica, material, humana, de exclusión, de soidade, distrés na familia e rede social de apoio, insatisfacción etc.), anteriores á enfermidade e reafirmados por esta ou producidos como consecuencia dela.

Desde o traballo social a espiritualidade trabállase, mellorando, aumentado ou respectando a autonomía do paciente, as expresións de afecto; o contacto humano, facilitando a oportunidade de localización de persoas queridas que quedaron no esquecemento e respectando aquelas conviccións persoais das persoas, dende a cordialidade que nos dá o quefacer profesional na intervención directa co usuario. A espiritualidade é no noso entender, o valor máis transversal de todos os membros do equipo, traballo artesanal, pouco cuantificable, e cun valor engadido inmedible.

#### 3.1 O ÁMBITO SOCIAL, O QUE SE VE E SE PODE MEDIR

É cotián observar no enfermo gran cantidade de “perdas” que se deben de afrontar, a máis evidente é a perda funcional e moitas veces a necesidade inherente dunha terceira persoa; perdas laborais, de nivel adquisitivo, das actividades diarias, das relacións sociais, dos ideais e plans de futuro... ao mesmo tempo a familia afronta a perda dun xeito emocional e xorden gran variedade de dúbidas, preocupacións de futuro, de información, de comunicarse co enfermo, cos demais membros da familia e coa rede de apoio.

A actitude profesional debe ser aberta e receptiva e coa presenza do respecto e do afecto.

### 3.1.1. INTERVENCIÓN SOCIAL

Dentro da propia intervención social, intervimos maioritariamente dende 3 aspectos definidos:

- a) Acompañamento individualizado
- b) Información e asesoramento e tramitación
- c) Planificación da alta hospitalaria
  - a) Acompañamento individualizado
    - Pedindo permiso e dando as grazas
    - Con calidade e cordialidade
    - Seguindo o ritmo vital de cada usuario
  - b) Información, orientación e tramitación:
    - Reorganización de roles
    - Información a outros membros da rede
    - Coidados á alta
    - Traballo no dó
    - Traballo cos sentimentos do enfermo e familia
    - Potenciar a participación en todo o proceso, incluído o rito funerario
    - Cobertura de necesidades básicas, incluído o rito funerario
    - Solicitude de prestacións, xestión de servizos e prestacións sociais, económicas e sociosanitarias. (domiciliarias e externas) (estancia temporal, valoración de dependencia, axuda no fogar de libre concorrencia...) (incapacidades, incapacitacións, discapacidade...)
  - c) Planificación da alta
    - Aparición de novas demandas familiares

### 3.1.2 OUTROS PROGRAMAS

- a) Voluntariado
- b) Programa PADSS
- c) Axudas técnicas
- d) Formación e investigación

- a) **Voluntariado:** o Servizo de Coidados Paliativos xunto co Servizo de Traballo Social facilita un servizo de acompañamento a través de voluntariado formado para o acompañamento de persoas e familias en situación de enfermidade avanzada e complexa.
- b) **Programa PADSS:** o Servizo de Traballo Social e o Concello da Coruña, coordinan un programa de atención domiciliaria inmediata unha vez que se produce a alta hospitalaria a pacientes en situación de enfermidade avanzada de complexa.
- c) **Axudas técnicas:** o Servizo de Traballo Social dispón dun banco de axudas técnicas para facilitar o préstamo de material ortoprotésico a aquelas persoas en situación de reorganización e acomodación da súa contorna.
- d) **Formación e investigación:** o Servizo de Traballo Social participa na formación docente de alumnos dos graos de Traballo Social da Universidade de Santiago e Universidade de Vigo. Participa na formación doutros profesionais do ámbito sanitario en formación básica en coidados paliativos e en formación a persoal referente de atención primaria en coidados paliativos.

Participación en xornadas e congresos.

## 4. ALGÚNS DATOS RELEVANTES

Investigación en Traballo Social e Coidados Paliativos\*

\*notas das autoras: os datos presentados na comunicación oral en novembro de 2016, eran una aproximación dos datos que presentamos neste artigo.

### 4.1 TÉCNICA DE RECOLLIDA DE DATOS

Para a obtención da información relativa aos pacientes e aos seus familiares obxecto deste estudo, recorreuse a dous soportes informáticos:

1. **Aplicativo Clínica-** Trátase dunha aplicación informática propia do CHUAC onde se recolle toda a información básica dos pacientes que utilizan algún dispositivo sanitario: sexo, idade, duración da hospitalización, ingresos e reingresos, procedencia e derivación sanitaria etc.

2. **Aplicativo ASIS - Programa** propio do Servizo de Traballo Social do CHUAC, onde é vertida a información, previamente recollida no protocolo REDISS, de carácter social como: indicadores de risco, nivel de autonomía nas ABVD, situación de convivencia, valoración social etc.

## 4.2 RESUMO DO TRABALLO DE CAMPO E TRATAMENTO DE DATOS

Trátase dun estudo observacional descritivo de carácter retrospectivo. A recollida de datos prodúcese ao longo de dous anos, entre o 01/01/2015 e o 31/12/2016 en pacientes ingresados no Hospital de Oza nas unidades de Cuidados Paliativos e Cuidados Continuos (longa estancia). Os ditos datos foron recompilados a través dos aplicativos sinalados, Clínica e ASIS.

O tratamento dos datos levouse a cabo nos meses de febreiro e marzo de 2017. Unha vez obtidos os resultados, a interpretación e a análise dos resultados leváronse a cabo nos meses de abril e maio. Para o baleirado e tratamento dos datos utilizouse no programa informático Excel.

## 4.3 PRESENTACIÓN, ANÁLISE E INTERPRETACIÓN DOS RESULTADOS

- Datos sociodemográficos

### 1. Distribución dos pacientes por rango de idade segundo o sexo

Táboa 1

IDADE	HOME		MULLER		TOTAL			
	N	% V	% H	N	% V	%H	N	%
Menores de 18 anos	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	<b>0,00</b>
De 18 a 24 anos	0	0,00	0,00	1	0,40	100,00	1	<b>0,21</b>
De 25 a 34 anos	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	<b>0,00</b>
De 35 a 44 anos	5	2,20	62,50	3	1,20	37,50	8	<b>1,68</b>
De 45 a 54 anos	13	5,75	48,14	14	5,60	51,85	27	<b>5,67</b>
De 55 a 64 anos	30	13,27	69,77	13	5,20	30,23	43	<b>9,03</b>
De 65 a 74 anos	40	17,69	54,05	34	13,60	45,95	74	<b>15,55</b>
De 75 a 80 anos	54	23,89	58,06	39	15,60	41,94	93	<b>19,54</b>
Maiores de 80 anos	84	37,20	36,52	146	58,40	63,48	230	<b>48,32</b>
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100,00</b>	<b>47,48</b>	<b>250</b>	<b>100,00</b>	<b>52,52</b>	<b>476</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboración propia

Do total de pacientes atendidos podemos observar que o número de pacientes se incrementa en progresión conforme aumenta o tramo de idade e son practicamente inexistentes os pacientes que ingresan na Unidade de Coidados Paliativos menores de 44 anos, (que representan tan só o 1,89 %) e incrementábase enormemente a partir dos 75 anos e máis (chega a supoñer o 67,86 % do total).

Estes datos corresponden *a grosso modo* co ciclo de vida normal, onde en idades novas non son frecuentes as enfermidades dexenerativas ou crónicas pero estas vanse incrementando en etapas da vida adulta e máis na ancianidade.

### Valoración social

#### *Situación de convivencia previa ao ingreso hospitalario*

Un factor importante na valoración social do paciente é coñecer con quen convive previamente ao ingreso hospitalario. Este factor xunto coa autonomía funcional do paciente vai resultar fundamental á hora de determinar se no momento da alta é posible que a persoa regrese ao seu contorno habitual ou sexa necesario xestionar algún dispositivo ou recurso para a súa saída do hospital.

Táboa 2

<b>CONVIVENCIA PREVIA AO INGRESO</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Só	94	19,75
Con cónxuxe	87	18,28
Con fillos	103	21,64
Con cónxuxe e fillos	49	10,3
Con pais	12	2,52
Con familia extensa	44	9,24
Centro residencial	63	13,23
Con amigos	6	1,26
Con coidador privado	3	0,63
Centro de acollida	1	0,21
Non consta	14	2,94
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboración propia

*Situación de convivencia posterior ao ingreso hospitalario*

*Táboa 3*

<b>CONVIVENCIA POSTERIOR AO INGRESO</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Só	23	4,83
Con cónxuxe	37	7,77
Con fillos	67	14,08
Con cónxuxe e fillos	31	6,51
Con pais	8	1,68
Con familia extensa	30	6,31
Centro residencial	74	15,55
Centro sociosanitario	18	3,78
Con amigos	1	0,21
Con cuidador privado	1	0,21
Estancia temporal en residencia	3	0,63
Centro de acollida	2	0,42
Hospital	4	0,84
Exitus	175	36,76
Non consta	2	0,42
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboración propia

Posteriormente ao ingreso hospitalario a situación de convivencia cambia para unha importante porcentaxe dos pacientes. O dato máis destacable é o importante porcentaxe de pacientes que falecen durante a hospitalización, máis dun terzo do total de pacientes ingresados na unidade de cuidados paliativos (36,76 %).

Os principais cambios que podemos observar é que se reducen drasticamente as persoas que viven soas que pasan dun 19,75 % a un 4,83 % o que resulta lóxico dada a necesidade de cuidados das persoas que se atopan na etapa final da vida. E tamén se reduce de forma importante a convivencia nun contorno familiar (con cónxuxe, fillos...), que pasa dun 61,98 % a un 36,35 %.



Outro dato significativo é que, contra o que a lóxica nos levaría a pensar -coidados complexos non asumibles no domicilio e que, polo tanto, serían pacientes candidatos a ingresar en centro residencial- non se incrementa o número de pacientes que conviven nun centro residencial de forma moi significativa, tan só se incrementa do 13,23 % ao 15,55 %. Non obstante, temos que facer unha precisión á hora de analizar este dato. Hai que ter en conta que os pacientes que proceden de centro residencial non son exactamente os mesmos que regresan a centro residencial á alta hospitalaria. Parte dos pacientes que proceden de centro residencial falecen durante a hospitalización, e en moitas ocasións son outros pacientes que previamente tiñan outro tipo de convivencia os que pola complexidade dos coidados ou imposibilidade familiar de asumilos á alta trasládanse a centro residencial.

Ademais, aparece unha nova alternativa de convivencia, centro sociosanitario, que se trata dun recurso de media estancia conveniado co CHUAC.

Durante o período dos dous anos a que se refire este estudo, foron trasladados a este centro sociosanitario no momento do alta hospitalaria 18 pacientes, que representan un 3,78 % do total.

#### *Recoñemento de dependencia*

*Táboa 4*

<b>RECOÑEMENTO DE DEPENDENCIA</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Si	90	18,91
Non	197	41,39
A trámite	22	4,62
Non procede	167	35,08
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboración propia

Outro dos elementos que configuran a valoración social é se o/a paciente conta ou non co recoñemento de dependencia. Dado que na actualidade para acceder á gran maioría das prestacións públicas é preciso dispoñer do dito recoñemento. Para o traballador social que intervéen desde a Unidade de Coidados Paliativos é un dato de grande importancia na valoración social, xa que pode determinar o acceso a un servizo/prestación con maior ou menor prontitude.

Dos datos observados, é destacable que hai unha maioría de pacientes que non dispoñen do recoñecemento de dependencia 41,39 %. Tamén pódese observar no valor “no procede” un importante número de casos 35,08 %. Estes datos teñan a súa explicación, non hai que esquecer que moitas enfermidades crónicas non limitan en exceso a autonomía funcional do paciente ata fases moi avanzadas de enfermidade. Co que sería lóxico que non iniciasen os trámites do dito recoñecemento.

*Diagnósticos sociais*

*Táboa 5*

<b>PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS SOCIAIS</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Familia normofuncionante que asume cuidados	242	19,9
Carencia de rede de apoio social e familiar que asuma a atención do paciente	45	3,7
Falta de capacidade persoal para a xestión do autocoidado	96	7,89
Falta de capacidade/habilidades da persoa cuidadora/familia para o cuidado	32	2,63
Dificultade da rede familiar para facerse cargo dos cuidados	82	6,74
Angustia ante a alta hospitalaria	112	9,21
Persoa soa sen rede familiar	16	1,32
Persoa sen vínculos familiares ou relacións familiares deterioradas	31	2,55
Sobrecarga ou estrés da persoa cuidadora principal	184	15,13
Claudicación familiar	110	9,05
Economía deficitaria para abordar as necesidades de cuidado	60	4,93
Carencia de ingresos que imposibilita afrontamento de necesidades básicas	5	0,41
Vivenda non reúne condicións adecuadas ás necesidades de cuidados	9	0,74
Vivenda en estado ruinoso non reúne condicións adecuadas de habitabilidade	7	0,58
Situación de exclusión social grave (senfogarismo...)	5	0,41
Multiproblemática social	48	3,95
Desorganización familiar para afrontar a situación	21	1,73
Síndrome de Dióxenes/Crátés e Hiparquía	49	4,03
Síndrome de Imerio	1	0,08
Outros	61	5,02
<b>TOTAL</b>	<b>1216</b>	<b>100,00</b>

\*NOTA: resposta múltiple Fonte.: Elaboración propia

Tras iniciar o tratamento e intervención coas familias chégase a unha serie de diagnósticos sociais sobre cada paciente. Poderíamos dicir que cada un destes ítems son diagnósticos parciais que contribúen a realizar o diagnóstico social global.

Polo tanto, sobre un mesmo paciente pódese realizar máis dun diagnóstico parcial.

Vemos na táboa anterior que sobre os 476 pacientes ingresados obtivéronse un total de 1216 valoracións diagnósticas. A normalidade, no sentido da maioría dos casos, encontrámola en familias normofuncionantes, con capacidade para asumir a situación e cuidados do paciente. Do total de 1216 valoracións diagnósticas un 19,9 % correspóndense con esta categoría.

A seguinte valoración diagnóstica maioritaria é “sobrecarga o estrés do cuidador ou cuidadora principal”, cun 15,13 %. Este factor diagnóstico é moi habitual nos cuidadores. É moi importante a detección precoz da sobrecarga familiar e a intervención.

En terceiro e cuarto lugar atopamos dous factores diagnósticos estreitamente relacionados, por un lado a anguria ante a alta hospitalaria 9,21 % e por outro lado a claudicación familiar 9,05 %.

*Recursos asistenciais sobre os que se informou/asesorou e recursos asistenciais tramitados.*

Táboa 6

PROGRAMAS E RECURSOS ASISTENCIAIS	INFORMACIÓN			XESTIÓN			TOTAL	
	N.º	% V	% H	N.º	% V	% H	N.º	%
Comida a domicilio	6	0,86	85,71	1	0,38	14,29	7	0,73
Axuda a domicilio temporal (PADSS)	36	5,16	78,26	10	3,82	21,74	46	4,79
Axuda a domicilio pública de carácter permanente	87	12,46	83,65	17	6,49	16,35	104	10,83
Estancia temporal en residencia (pública/privada)	27	3,87	75,00	9	3,43	25,00	36	3,75
Centro residencial público	93	13,32	72,66	35	13,36	27,34	128	13,33
Centro residencial privado/iniciativa social	81	11,60	68,64	37	14,12	31,36	118	12,29
Centro sociosanitario	38	5,44	64,40	21	8,02	35,60	59	6,15
Hospitalización a domicilio	2	0,29	66,67	1	0,38	33,33	3	0,31
Centro de día	6	0,86	75,00	2	0,76	25,00	8	0,83
Coidadora privada/Axuda a domicilio privada	65	9,31	87,84	9	3,44	12,16	74	7,71
Teleasistencia	4	0,57	100,00	0	0,00	0,00	4	0,42
Dispositivos de aloxamento alternativo	8	1,15	72,73	3	1,15	27,27	11	1,15
Comedor social/Cociña económica	3	0,43	60,00	2	0,76	40,00	5	0,52
ONG: Cáritas, Cruz Vermella, AECC...	9	1,29	60,00	6	2,29	40,00	15	1,56
Equipo de Atención Psicosocial PEA	49	7,02	50,52	48	18,32	49,48	97	10,10
Sistema de Dependencia	157	22,50	76,58	48	18,32	22,32	205	21,35
Certificado de Discapacidade	7	1,00	70,00	3	1,15	30,00	10	1,04
Prestacións económicas Mellora/cambio de vivenda, eliminación de barreiras	5	0,72	71,43	2	0,76	28,57	7	0,73
Outras	10	1,43	62,50	6	2,29	37,50	16	1,67
<b>TOTAL</b>	<b>698</b>	<b>100,00</b>		<b>262</b>	<b>100,00</b>		<b>960</b>	<b>99,9</b>

\*NOTA: resposta múltiple Fonte.: Elaboración propia

No caso dos recursos asistenciais trátase novamente dunha cuestión de resposta múltiple, polo que cada paciente pode ser informado ou que se lle tramite máis dun recurso deste tipo.

Entre os servizos/recursos sobre os que se presta información estaría en primeiro lugar o sistema de recoñecemento de dependencia e todo o que isto comporta (22,50 %). Nunha lectura horizontal da táboa en relación co sistema de dependencia podemos ver que a “información” supón o 76,58 % das intervencións fronte ao 22,32 % que supón a xestión.

En segundo lugar estaría o servizo de axuda no fogar que supón de forma conxunta (PADSS, axuda no fogar pública e axuda a domicilio/coidadora privada) o 26,93 % dos servizos sobre os que se presta información.

En terceiro lugar encontraríamos o Servizo de Atención Residencial que de xeito conxunto (centro residencial público e privado) supón o 24,92 % dos servizos sobre os que se presta información. En ambos os casos, nunha lectura horizontal da táboa podemos observar que do total de pacientes informados xestiónaselles o dito servizo a aproximadamente unha terceira parte (centro residencial privado 31,36 % e centro residencial público 27,34 %).

*Recursos de soporte sobre os que se informou/asesorou e recursos de soporte tramitados*

Táboa 7

PROGRAMAS DE SERVICIOS DE SOPORTE	INFORMACIÓN			XESTIÓN			TOTAL		
	N.º	% V	% H	N.º	% V	% H	N.º	%	
Voluntariado no hospital	158	14,16	50,16	157	15,33	49,84	315	14,75	
Apoio psicossocial	332	29,75	50,08	331	32,32	49,92	663	31,04	
Coordinación á alta hospitalaria	245	21,95	51,80	228	22,26	48,20	473	22,14	
Funcionamento servizos sanitarios	71	6,36	50,00	71	6,93	50,00	142	6,65	
Seguimento servizos Comunitarios	100	8,96	54,05	85	8,30	45,95	185	8,66	
Seguimento atención primaria de saúde	92	8,24	57,86	67	6,54	42,14	159	7,44	
Tratamento rede drogodependencias	2	0,18	66,67	1	0,10	33,33	3	0,14	
Axudas técnicas (cama articulada, cadeira de rodas...)	64	5,73	58,18	46	4,49	41,82	110	5,15	
Recursos aloxamento (pensións...)	4	0,36	80,00	1	0,10	20,00	5	0,23	
Programa "senfogarismo"	5	0,45	55,56	4	0,40	44,44	9	0,42	
Fiscalía/xulgado	5	0,45	55,56	4	0,40	44,44	9	0,42	
Documentación identificativa persoal	5	0,45	62,50	3	0,30	37,50	8	0,37	
Xestión sepelio	16	1,43	57,14	12	1,17	42,86	28	1,31	
Xestión de roupeiro (útiles aseo, calzado, roupa...)	7	0,63	53,85	6	0,58	46,15	13	0,61	
Outros	10	0,90	55,56	8	0,78	44,44	18	0,66	
<b>TOTAL</b>	<b>1116</b>	<b>100,00</b>		<b>1024</b>	<b>100,00</b>		<b>2140</b>	<b>99,99</b>	

\*NOTA: resposta múltiple Fonte.: Elaboración propia

Os denominados “recursos de soporte” van referidos a aqueles servizos/ prestacións que non tratan propiamente de acceder a un recurso ou prestación senón doutro tipo de servizos, por expresalo dalgún xeito menos “tanxible”; pero tamén fundamentais de cara a planificar a alta hospitalaria. Neste caso de novo trátase de cuestión de resposta múltiple, polo que cada paciente pode ser informado ou que lle sexa tramitado máis dun recurso deste tipo.

*Derivación social no momento da alta Táboa 8*

<b>DERIVACIÓN SOCIAL PACIENTES</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Ingreso en residencia pública	26	5,46
Exitus no hospital	175	36,76
Estancia temporal de residencia asistida	4	0,84
Traslado interno (de urxencia a planta ou entre plantas)	7	1,47
Atendido directamente por Axuda a domicilio do Concello	7	1,47
Derivada a T.S. de atención primaria de saúde	41	8,62
Derivación a Servizos Sociais de base	3	0,63
Centro/Casa de acollida	2	0,42
Traslado a outro hospital	1	0,21
Ingreso en residencia privada	45	9,45
Refuxio/Albergue	1	0,21
Traslado a centro sociosanitario concertado carácter temporal	18	3,78
Ingreso en centro de día	1	0,21
Axuda a domicilio temporal	5	1,05
Derivación activa a T.S. servizos sociais de base	31	6,52
Cobertura por parte da familia	103	21,64
Hospitalización a domicilio	6	1,26
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboración propia

O momento da alta social pode coincidir ou non coa alta hospitalaria. A alta social é o momento no que se finaliza a intervención co paciente e/ou familia por parte do traballador social.

Entre o 01/01/2015 e o 31/012/2016 do total de pacientes ingresados no servizo de coidados paliativos faleceron durante a hospitalización un 36,76%.

En segundo lugar estaría a asunción de coidados por parte da familia, situación que se dá nun 21,64 % dos pacientes.

No extremo contrario, son mínimas as derivacións a servizos como centros de acollida/albergues que requiren os usuarios para o seu acceso un importante nivel de autonomía persoal, da que non adoitan gozar estes pacientes.

## **5. A PORTA DE SAÍDA**

Dende a unidade, e na medida que sexa posible intentamos que o paciente en situación de enfermidade avanzada e complexa, regrese ao seu medio anterior, sexa domiciliario, residencial ou de calquera índole.

Facilitamos as saídas/permisos temporais que precisen e adaptámonos aos tempos de paciente e familia.

Identificamos a claudicación familiar, a falta de habilidades para o coidado das familias/coidadores, a necesidade de cambio de recurso utilizado previamente..., ou reorganizando a nova atención ao paciente.

Potenciamos, na medida do posible que a alternativa á alta sexa a preferida polo paciente, ao poñer ao alcance de todas as persoas e familias ingresadas, as posibilidades públicas ou privadas existentes.

## **6. CONCLUSIÓNS**

As reflexións e os plans de mellora que xorden unha vez analizados os datos e do traballo diario segundo as autoras son:

- Os traballadores sociais debemos de propoñer alternativas de prestacións sociais básicas a pacientes no final da vida, que se saían da normativa do procedemento administrativo común, alternativas que deben de ser transversais tanto desde o ámbito da saúde como dos servizos sociais.
- Unha minoría da poboación utiliza os servizos de paliativos dos hospitais de agudos, polo que se deberán de buscar fórmulas para a detección dos ditos pacientes en todos os ámbitos, incluído o sociosanitario.

- A formación continua dos profesionais de traballo social na intervención en cuidados paliativos deberá de reforzarse en todos os ámbitos.
- A sensibilidade, madurez, responsabilidade, profesionalidade e sentido do humor, debe de ser un factor importante nos e nas profesionais do traballo social que traballen en cuidados paliativos.
- Unha intervención social profesionalizada no final da vida enriquece a satisfacción persoal e profesional dos traballadores e traballadoras sociais.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- San Martín, Juan (2016). *Medicina Paliativa. Libro del Curso de Especialista en Cuidados Paliativos*.
- Plan galego de cuidados paliativos (2007). Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Sergas. Santiago de Compostela.  
(<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-277.pdf> Consultado 08 de marzo de 2017).
- ITUARTE TELLAECHÉ, Amaya (Coord.).2017 “Prácticas del trabajo social clínico”. Nau Libres.
- Masfret, D. C. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (47), 109-119.
- Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais. DOG núm. 133, do 16 de xullo.