

# La dimensió social de la durada de l'estada hospitalària. El cas de la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum

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

**Joan Casas Martí<sup>1</sup>**

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

**Susana González Melero<sup>2</sup>**

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

Recepció: 12/11/18. Revisió: 17/02/19. Acceptació: 19/02/19

**Per citar:** Casas, J., González, S. (2019). La dimensió social de la durada de l'estada hospitalària. El cas de la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum. *Revista de Treball Social*, 215, 127-143. DOI: [10.32061/RTS2019.215.08](https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.08)

---

## Resum

L'estudi planteja, d'una banda, la relació que pot tenir la situació sociofamiliar dels pacients amb la temporalitat de l'ingrés hospitalari, i, d'altra banda, la influència que pot tenir-hi també la complexitat i l'organització de la intervenció social hospitalària. S'ha comptat amb una mostra de 105 pacients ingressats, valorats i atesos per professionals del treball social a la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum de Barcelona durant l'any 2017 ( $n = 105$ ). S'ha utilitzat una metodologia quantitativa mitjançant el subministrament de l'escala de valoració sociofamiliar de Gijón, l'escala de la complexitat de la intervenció social en context hospitalari ECISACH-BCN PSMAR<sup>3</sup> i la recollida d'altres informacions relatives al perfil dels pacients de la mostra i a l'estada hospitalària. Els resultats apunten que aquells pacients amb una situació de risc o de problemàtica social han realitzat ingressos més prolongats en el temps que els que gaudeixen d'una realitat sociofamiliar més favorable. També s'ha identificat una tendència a l'increment dels dies d'hospitalització en els casos en què la complexitat de la intervenció social ha estat superior. Tanmateix, quan

---

1 Treballador social, Parc de Salut Mar. Estudiant del Màster d'Antropologia i Etnografia a la Universitat de Barcelona. [63824@parcdesalutmar.cat](mailto:63824@parcdesalutmar.cat)

2 Treballadora social, Parc de Salut Mar. Màster en Gerontologia Social de la Universitat de Barcelona. [96586@parcdesalutmar.cat](mailto:96586@parcdesalutmar.cat)

3 Escala de complexitat de la intervenció social amb adults en context hospitalari.

L'organització de la intervenció social ha estat precoç i proactiva, els pacients han realitzat ingressos hospitalaris més curts independentment dels nivells de risc social que presentaven, disminuint, també, els efectes de la complexitat de la intervenció social realitzada. En aquest sentit, es reivindica el treball social sanitari com una professió que no està renyida amb l'eficiència dels recursos sanitaris, sinó que pot ser facilitadora de la seva optimització.

---

**Paraules clau:** Treball social sanitari, planificació de l'alta, adequació de les estades hospitalàries, complexitat de la intervenció social, risc social.

---

## Abstract

This study raises the issue of the relationship between patients' social circumstances and the time spent admitted to hospital, while also considering the influence that the complexity and the organisation of social hospital intervention may have on this period. The study benefits from a sample of 105 patients admitted, assessed and attended by social workers in the subacute care unit at Centre Fòrum in Barcelona in 2017 (n = 105). A quantitative methodology has been used by applying the Gijón socio-family evaluation scale, the ECISACH-BCN PSMAR complexity of social intervention in hospital scale and other compiled information about the profile of patients in the sample and their hospital stay. The results indicate that patients in circumstances involving risk or social problems spent more time admitted to hospital than those who benefitted from more favourable socio-family circumstances. Moreover, a trend involving an increasing length of stay was identified in those cases where the complexity of the social intervention was higher. Nevertheless, when organisation of social intervention has been early and proactive, patients have tended to undergo shorter hospital admissions regardless of their social risk levels, thus reducing the effect of the complex nature of the social interventions performed. In this regard, social healthcare work is vindicated as a profession that is not in conflict with the efficient use of healthcare resources; rather, it could be one that does facilitate this.

---

**Keywords:** social healthcare work, discharge planning, appropriateness of hospital stays, complexity of social intervention, social risk.

*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)**

## Introducció

La durada de l'estada hospitalària està subjecta a un gran ventall de casuístiques. Aquest fet ens trasllada a evidenciar, un cop més, la complexitat i la multifactorialitat del binomi salut-malaltia, i a comprendre, des d'un sentit ampli, els processos d'hospitalització com a espais de confluència de la biografia clínica i social. Els esforços per identificar els factors que influeixen en la prolongació de l'estada hospitalària apunten que la situació sociofamiliar dels pacients és, probablement, un dels seus causants (Ceballos, Velásquez i Jaén, 2014). D'altra banda, Morro (2017) va comprovar que la complexitat de la intervenció social també hi podia tenir una certa influència. Això ens empeny a cercar estratègies per evidenciar aquestes problemàtiques en altres contextos i, alhora, pal·liar un fenomen que no només té repercussions negatives per a les mateixes persones hospitalitzades, sinó també per a les institucions sanitàries en termes de malbaratament dels recursos i de saturació dels dispositius assistencials.

Són pocs els estudis que hagin investigat la incidència que hi poden tenir, també, les diferents formes que pot prendre el treball social hospitalari. L'estudi parteix de la voluntat de validar empíricament les teories relatives a la planificació de l'alta, les quals, entre d'altres qüestions, assenyalen que la sistematització de la intervenció social des de la proactivitat i la precocitat permeten planificar el retorn al domicili des del mateix moment de l'ingrés, facilitant la sincronització entre l'alta clínica i l'alta social (Colom, 2000). Per aquesta raó, es valora la idoneïtat de posar en joc tota una sèrie de variables que no només tinguin a veure amb la situació social dels pacients i la durada de l'ingrés, sinó també amb la complexitat i l'organització de la intervenció social, a fi de construir un coneixement que contribueixi a identificar oportunitats de millora de l'eficiència dels recursos hospitalaris des d'una òptica d'atenció interdisciplinària, holística i de qualitat a les persones.

La recerca s'ubica a la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum de Barcelona i té l'objectiu general d'analitzar la durada de l'estada hospitalària en relació amb l'organització i la complexitat de la intervenció social, així com amb el nivell de risc social dels pacients hospitalitzats en aquest servei durant l'any 2017. En aquesta línia, es formulen les següents preguntes de recerca: *Els pacients amb nivells de risc social elevats tendeixen a estar ingressats més dies que els altres? La complexitat de la intervenció social influeix en la durada de l'estada hospitalària? Una intervenció social precoç i proactiva facilita la disminució dels dies d'ingrés?*

## Un emmarcament teòric

En concordança amb l'evolució del concepte de salut, l'hospitalització està donant pas a una percepció global del procés, tenint en compte totes les variables i factors que impregnen l'ingrés i l'alta (Plaza, García i Muñoz, 2006). Com apunta Muñoz (2004), aquest enfocament multifactorial de la situació obre pas al treball en equip i al disseny conjunt de plans d'intervenció. No obstant això, la dimensió social del binomi salut-malaltia segueix tractant-se secundàriament, cosa que propicia una planificació tardana i inadequada de l'alta, i això pot comportar la prolongació de l'hospitalització i reingressos per motius no-mèdics (Colom, 2000). Les conseqüències d'aquests fets han estat recollides per diferents autors. Ceballos et al. (2014) sintetitzen que la prolongació de l'estada hospitalària:

1. Incrementa les despeses d'operació per ús no apropiat dels recursos; implica un malbaratament o una mala utilització dels recursos econòmics i humans, que porta a despeses addicionals de personal, alimentació i ús d'equips.
2. Limita la capacitat dels hospitals, dificultant l'accés dels pacients que ho requereixen a un llit hospitalari.
3. Afecta negativament l'atenció que es dona als pacients i a la seva seguretat: augmenta la probabilitat que el pacient pateixi un esdeveniment advers i especialment el contagi d'infeccions intrahospitalàries que poden portar a la mort o a l'augment de l'estada hospitalària. D'altra banda, com assenyala Peñas (2010), també es donen conseqüències subjectives negatives, en la mesura que els pacients que viuen un retard en la planificació i execució de la seva alta hospitalària revelen un nivell significatiu de desil·lusió i un baix estat d'ànim.

La literatura assenyala que una organització de la intervenció social basada en la precocitat i la proactivitat evitaria la prolongació de l'estada hospitalària (Rodríguez, García, González i García, 2013; Muñoz, 2004). Aquest model d'intervenció, anomenat per a alguns «innovador» (Colom, 2000), comporta que s'iniciï el cribratge social de pacients tributaris d'intervenció social, i la planificació de l'alta, durant les primeres 48 hores d'ingrés i a iniciativa del treballador o treballadora social, facilitant l'anticipació de l'alta social a l'alta mèdica i evitant prolongacions innecessàries de l'ingrés hospitalari, així com reingressos per motius socials. En contraposició, el *model tradicional* operaria des de la reactivitat, esperant que terceres persones facin la demanda d'intervenció social i propiciant la demora dels processos, el biaix assistencial i el fracàs terapèutic.

**Taula 1. Organització de la intervenció social hospitalària**

<b>Model reactiu o tradicional</b>	<b>Model proactiu i precoç</b>
S'espera que terceres persones facin la demanda i si aquesta no es duu a terme el treballador social no intervé (Ochando i De Irizar, 2009).	S'inicia el cribratge de pacients i la planificació de l'alta durant les primeres 48 hores d'ingrés (Plaza et al., 2006).
Tendeix a provocar el cercle viciós de les altes hospitalàries <sup>4</sup> (Colom, 2000).	Facilita l'anticipació de l'alta social a l'alta mèdica (Hendy, Patel, Kordbacheh, Laskar i Harbord, 2012).
L'acció del treball social és marginal, minoritària i exposada al criteri d'altres (Ochando i De Irizar, 2009).	El treball social es valora com a recurs idoni en la identificació del risc, i útil per a l'eficiència i qualitat reals del dispositiu (Plaza et al., 2006).
Pot provocar prolongacions de l'estada hospitalària i reingressos (Muñoz, 2003).	Evita prolongacions innecessàries de l'ingrés hospitalari, així com reingressos (Rodríguez et al., 2013).
No es dona una autèntica atenció integral i holística del pacient (Parker, 2005).	Es compleix un dret del pacient (Parker, 2005).
Propicia el biaix assistencial i el fracàs terapèutic (Muñoz, 2003).	Facilita l'assoliment de l'objectiu terapèutic i la correcta ubicació de la persona (Ortega et al., 2014).

Font: Elaboració pròpia.

D'altra banda, Morro (2017), des del servei de psiquiatria de l'Hospital del Mar de Barcelona, es va plantejar relacionar la complexitat de la intervenció social amb la durada de l'estada hospitalària, per tal d'avançar en l'exploració dels factors que hi influeixen. A partir de l'escala ECISACH-BCN PSMAR, i amb una mostra de 83 pacients ingressats entre els mesos de gener i maig del 2017, va comprovar que hi havia certa tendència positiva entre les variables; aquells pacients amb els quals la complexitat de la intervenció social realitzada havia estat més elevada, havien tendit

<sup>4</sup> El cercle viciós de les altes hospitalàries explica que, a causa de la poca sincronització entre l'alta mèdica i l'alta social, hi ha una mala integració i ordenació dels processos, provocant un dèficit en l'atenció de les persones, i una falta d'eficiència (Colom, 2000). Grosso modo, s'exposa que durant l'ingrés es prioritza el tractament del problema orgànic, obviant tota possible dificultat en el moment de l'alta. Quan s'anuncia, el mateix pacient n'expressa, llavors, els inconvenients, allargant l'estada hospitalària fins que l'equip l'acaba convençant perquè retorni al domicili i deixi el seu llit lliure. Conseqüentment, i davant la seva situació social poc favorable i mal treballada, l'estat de salut empitjora, i el pacient es veu obligat a reingressar.

a estar ingressats més dies que els altres pacients de la unitat atesos per treball social. En aquesta línia, autors com Rodríguez et al. (2013) avalen que les situacions de més risc social requereixen una intervenció social hospitalària més intensiva amb relació al temps.

## Metodologia

L'objectiu general de la recerca és analitzar la durada de l'estada hospitalària en relació amb l'organització i la complexitat de la intervenció social, així com amb el nivell de risc social dels pacients hospitalitzats a la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum de Barcelona durant l'any 2017. Els objectius específics es concreten en la quantificació del nivell de risc social dels pacients, la identificació de l'organització de les intervencions socials realitzades, la categorització de la seva complexitat i l'encreuament de cadascuna d'aquestes variables amb la durada de l'estada hospitalària.

En relació amb aquests objectius, les hipòtesis formulades són tres. Primera, que els pacients amb nivells de risc social elevats tendeixen a fer ingressos hospitalaris més prolongats. En segon lloc, que una intervenció social precoç i proactiva amb els pacients en situació de risc social està vinculada amb la disminució dels dies d'ingrés. Finalment, que la durada de l'estada hospitalària creix a mesura que augmenta la complexitat de la intervenció social.

Aquesta és una investigació de finalitat bàsica i es tracta d'un disseny no-experimental i de profunditat explicativa que ha emprat un caràcter quantitatiu a través de fonts mixtes. Amb un abast seccional, es va planificar en 10 mesos, de setembre de 2017 a juny de 2018, amb un total de cinc fases més una d'exploració prèvia: formulació de la recerca, recopilació de dades, anàlisi de resultats, interpretació de resultats i conclusions, i difusió preliminar.

El Centre Fòrum del Parc de Salut Mar (Barcelona) està format per un ventall de serveis sociosanitaris i de salut mental de caràcter públic. En l'àmbit de la geriatría, està especialitzat en l'atenció a les necessitats sociosanitàries de les persones grans i el seu entorn més proper. El perfil dels pacients hospitalitzats a la Unitat de Subaguts són persones grans amb un o diversos diagnòstics de malaltia crònica amb agudització que requereixen internament de curta durada, no superior als 12 dies, i que no requereixen alta especialització ni alta intensitat terapèutica. Els diagnòstics més comuns estan relacionats amb patologies respiratòries (com MPOC –malaltia pulmonar obstructiva–), patologies cardiològiques (com IC –insuficiència cardíaca–), i processos infecciosos de tracte urinari o respiratori.

La mostra és no-probabilística i la formen 105 pacients que han estat ingressats, atesos i valorats per professionals del treball social a la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum durant l'any 2017 ( $n = 105$ ). Les dades han estat recollides mitjançant l'aplicació de l'escala Gijón i l'escala ECISACH-BCN PSMAR:

\_ Escala Gijón: Aporta la variable del risc social de la persona gran (més gran de 65 anys). El resultat és una puntuació numèrica que es pot situar en un gradient de risc social baix, intermedi o alt (problemàtica social).

\_ Escala ECISACH-BCN PSMAR: Ofereix el nivell de complexitat de la intervenció social realitzada en el marc de l'ingrés hospitalari de l'adult. El seu resultat numèric s'interpreta a partir del següent gradient: no ha existit, baixa, intermèdia, alta o molt alta. L'instrument comprèn variables del marc sociofamiliar del pacient, la seva situació clínica i les intervencions socials hospitalàries realitzades. Aquest instrument, d'origen portuguès (Serafin i Espiritu, 2013), va ser traduït i validat en el nostre context per un grup de treballadores socials del Parc de Salut Mar (Morro et al., 2017).

D'altra banda, també s'han inclòs a l'estudi informacions extretes en el marc del mateix exercici professional relatives al perfil dels pacients (sexe, edat, vinculació amb els serveis socials, reconeixement de grau de dependència, categoria PCC –pacient crònic completx– o MACA –malaltia avançada crònica–...), a l'estada hospitalària (dies d'hospitalització) i a la intervenció social realitzada (si ha estat precoç o no, i si ha estat proactiva o reactiva).

**Taula 2. Fonts d'informació i mètodes d'extracció de les variables d'estudi**

Font	Variables	Recuperació/ administració
Base de dades de treball social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexe i edat.</li> <li>- Vinculació amb serveis socials i reconeixement de grau de dependència.</li> <li>- Categoria PCC o MACA.</li> <li>- Dies d'ingrés hospitalari.</li> <li>- Dia d'inici de la intervenció social: precoç o no.</li> <li>- Demanda d'intervenció social: proactiva o reactiva.</li> </ul>	Les dades sociodemogràfiques i els dies d'ingrés apareixen per defecte a la història clínica, mentre que les altres s'han omplert manualment a la base de dades.
Escala Gijón	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risc social de la persona gran: baix, intermedi o elevat.</li> </ul>	Durant la valoració social del pacient, dins el procés metodològic del treball social.
Escala ECISACH-BCN PSMAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexitat de la intervenció social: no existeix, baixa, intermèdia,</li> </ul>	Posterior a l'alta hospitalària del pacient.

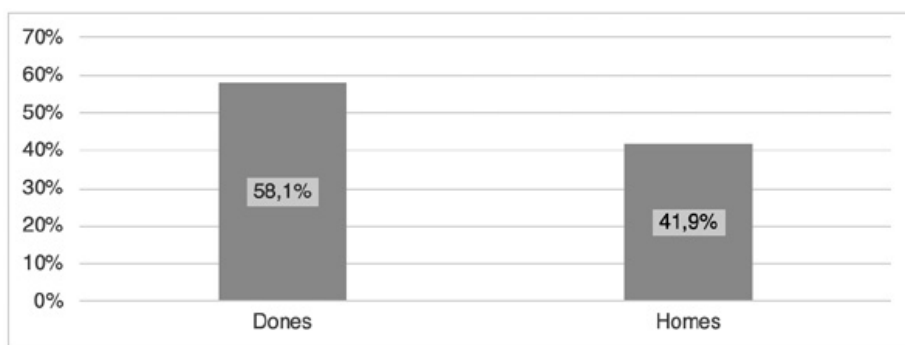
Font: Elaboració pròpia.

L'anàlisi s'ha realitzat amb el *software* SPSS Statistics v.22 i es divideix en dos blocs: les estadístiques descriptives de cada una de les variables i l'anàlisi bivariant mitjançant taules de contingència (en variables nominals i ordinals) i el coeficient de Pearson (en variables d'escala). La recerca compta amb l'aprovació del Servei de Geriatria del PSMAR i respecta el secret estadístic, el codi de bones pràctiques en recerca de la UB i la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades.

## Principals resultats

Dins la mostra total de persones hospitalitzades, ateses i valorades per professionals del treball social a la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum durant l'any 2017, el 58,1% són dones i el 41,9% homes (gràfic 1).

**Gràfic 1. Distribució per sexe dels pacients de la mostra**

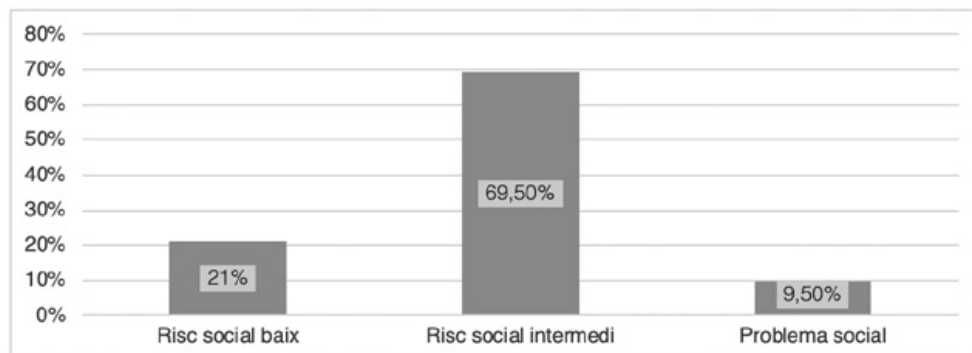


Font: Elaboració pròpia.

Els pacients, de 86 anys d'edat de mitjana, han estat, de mitjana, 15 dies ingressats, 3 dies més dels que preveu la Generalitat de Catalunya (2014) per a les unitats de subaguts. Presentant una gran incidència i prevalença per a les situacions de dificultat social (Rodríguez et al., 2013), s'han identificat uns alts índexs de vinculació amb les xarxes de serveis socials (61,9%) i d'atenció a la dependència (56,2%). El 38,1% ha estat identificat com a pacient crònic complex (PCC) i l'11,4% com a malalt crònic en fase avançada (MACA). En aquest sentit, gairebé la meitat de la mostra reuneix les condicions per a pertànyer a aquests grups de complexitat, constatant la finalitat d'un servei que ha estat dissenyat per donar resposta a les múltiples i complexes necessitats que tenen els pacients amb una o diverses malalties cròniques. A més, repassant els resultats de l'aplicació de l'escala Gijón, el 69,5% presentava una situació de risc social intermèdia i fins al 9,5% un problema social (gràfic 2).



**Gràfic 2. Nivells de risc social dels pacients de la mostra**



Font: Elaboració pròpia.

Tractant d'indagar més en l'estudi d'aquesta distribució, els canvis que apareixen quan entra en joc la variable *gènere* criden l'atenció. El 86,8% de les dones que formen part de la mostra presenten una situació de risc o de problema social. En contraposició, els homes que coincideixen amb aquests indicadors representen un percentatge més baix, en concret, el 68,2% del total. Considerant el gènere com un eix de desigualtat, aquest contrast ens remet a interpretar-lo com una de les seves manifestacions.

Si bé l'encreuament de les variables *risc social* i *dies d'estada hospitalària* no ha representat una correlació estadísticament significativa, els casos en què el risc era inexistent o baix, han tingut una mitjana de dies d'hospitalització inferior a la total, de 13 dies, mentre que els que han estat classificats amb un risc intermedi o alt se situen en 16 i 15 dies, respectivament (taula 3).

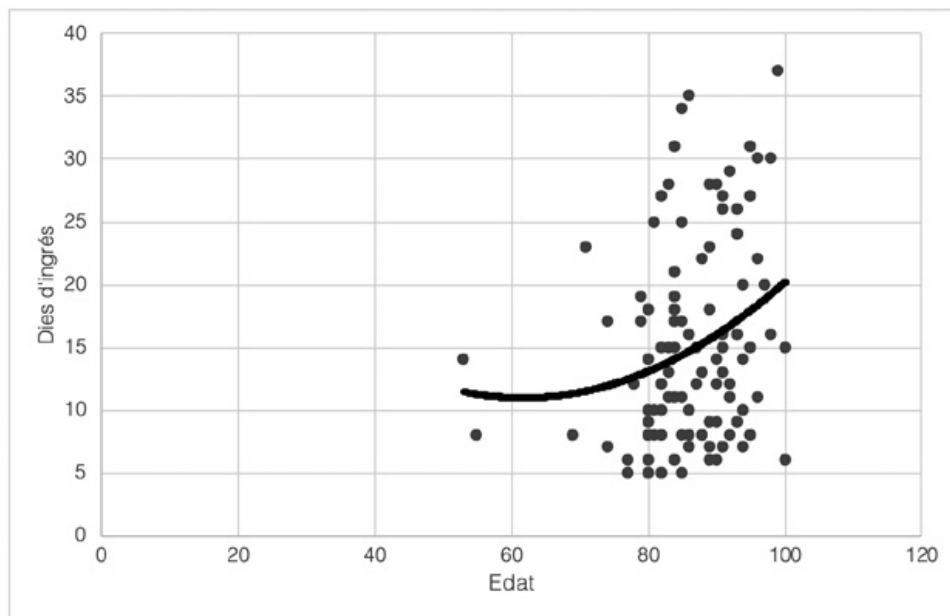
**Taula 3. Dies d'ingrés segons nivell de risc social**

Risc social	Mitjana de dies d'ingrés
Normal o baix	13
Intermedi	16
Alt (problema social)	15

Font: Elaboració pròpia.

D'altra banda, l'edat dels pacients i els dies d'estada presenten un coeficient de correlació de Pearson positiu ( $r = 0,244$ ) i significatiu al nivell de 0,05 (gràfic 3). L'increment dels dies d'ingrés en aquelles persones d'edat més avançada és una tendència que s'ha detectat, també, en altres estudis (Ceballos et al., 2014; Hendyn et al., 2012).

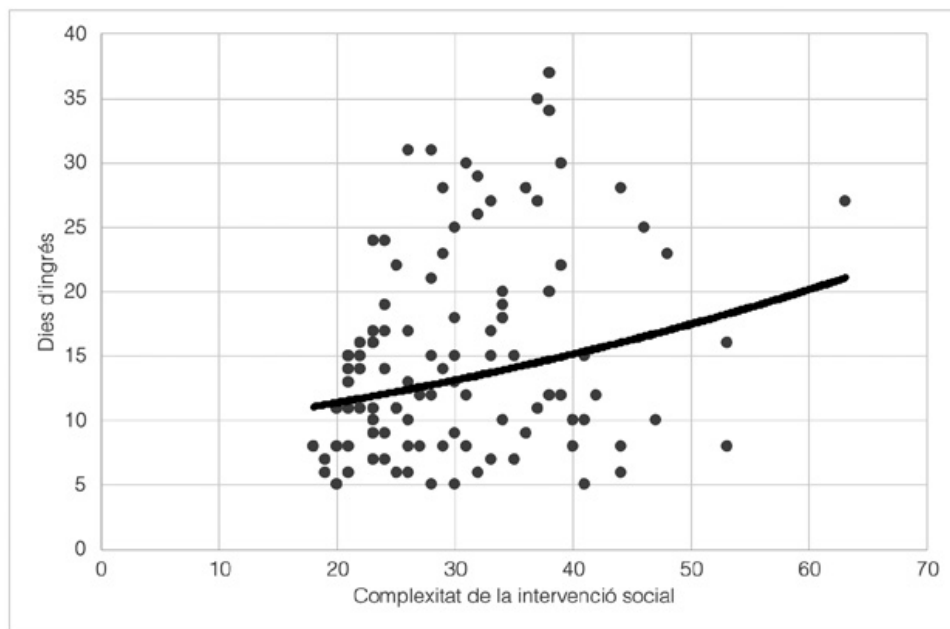
Gràfic 3. Relació entre edat del pacient i dies d'ingrés



Font: Elaboració pròpia.

Les persones que han presentat una situació social més precària han requerit intervencions socials més complexes. L'encreuament de les variables numèriques *risc social* i *complexitat de la intervenció social* ha mostrat una correlació positiva ( $r = 0,548$ ) i significativa ( $p < 0,01$ ). La complexitat existent entre el treballador o la treballadora social i el pacient i la seva família en context hospitalari és inherent a les particularitats i al tipus d'intervenció necessària davant les diverses problemàtiques socials que es presenten, tenint en compte el context institucional de salut, les polítiques socials vigents i el procés de salut-malaltia (Serafin i Espiritu, 2013). Així doncs, i mitjançant l'aplicació de l'escala ECISACH-BCN PS-MAR, els resultats de l'estudi apunten que en el 43,8% de les intervencions socials s'ha donat una complexitat intermèdia (22,9%), alta (15,2%) o molt alta (5,7%). Altrament, el 57,2% restant correspon a la suma dels casos en què la complexitat ha estat baixa (26,7%) o inexistent (29,5%). La mitjana de la puntuació de la complexitat de la intervenció social se situa en un nivell intermedi. D'altra banda, i en concordança amb l'esmentat estudi de Morro (2017), s'afirma que hi ha una associació entre la complexitat de la intervenció social i l'augment dels dies d'hospitalització; la correlació és de 0,262 amb una significació bilateral inferior a 0,01 (gràfic 4).

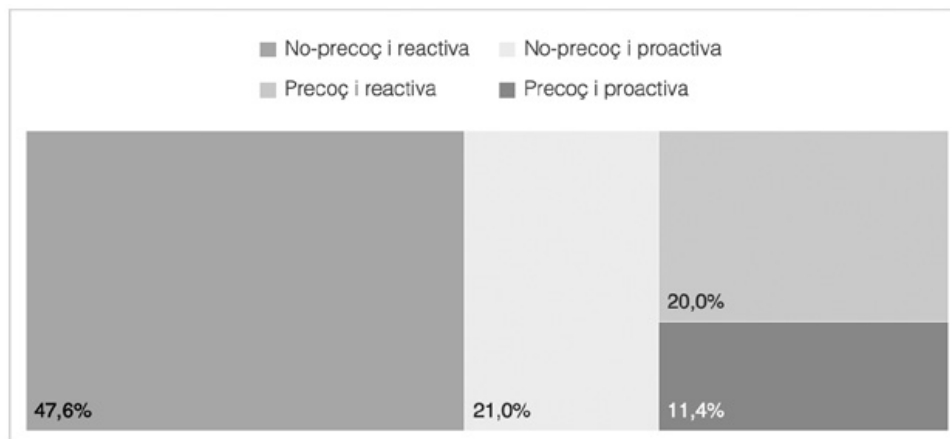
Gràfic 4. Relació entre complexitat de la intervenció social i dies d'ingrés



Font: Elaboració pròpia.

La intervenció social s'ha iniciat de manera precoç en el 31,4% de casos, essent el 68,6% restant no-precoç. El dia mitjà d'inici de la intervenció se situa als 5 dies d'ingrés, 3 dies superior del que es concep com a precoç (Colom, 2000). D'altra banda, el 67,6% de les intervencions s'han efectuat de manera reactiva, és a dir, a demanda de tercers. En concret, la demanda ha estat formulada, la majoria de vegades (69%), pel facultatiu. Només en el 32,4% de les intervencions el treball social ha estat proactiu, és a dir, a iniciativa del treballador o treballadora social. En efecte, tal com s'indica en el gràfic 5, ha destacat una intervenció social majoritàriament no-precoç i reactiva (47,6%), emmarcada en un model tradicional, enfront d'una intervenció social precoç i proactiva –model innovador–, que s'ha donat, només, en l'11,4% dels casos (gràfic 5).

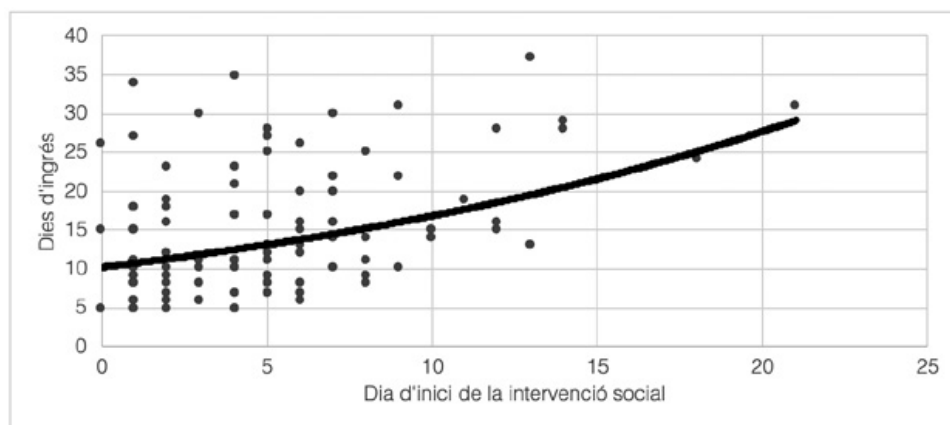
Gràfic 5. Distribució de les diferents formes d'intervenció social



Font: Elaboració pròpia.

Coincidint amb experiències com la de l'Hospital de Teruel (Plaza et al., 2006), a mesura que la intervenció social s'ha iniciat abans, el temps d'ingrés hospitalari ha estat menor. L'anàlisi presenta una correlació del 0,391 amb una significança de 0, per la qual cosa s'afirma que existeix una associació lineal entre les dues variables (gràfic 6).

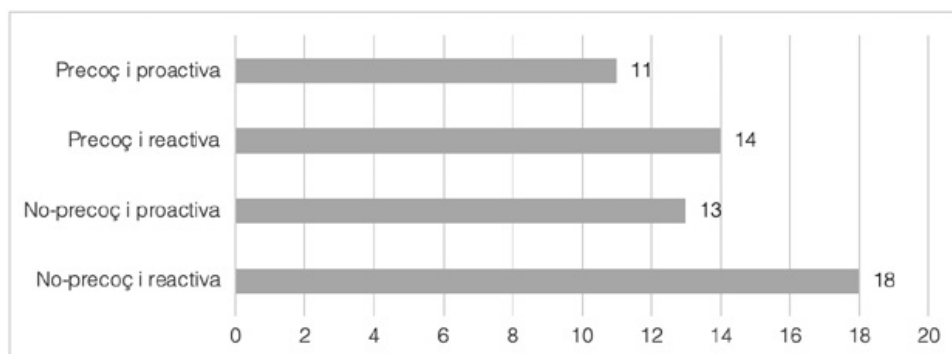
Gràfic 6. Relació entre dia d'inici de la intervenció social i dies d'ingrés



Font: Elaboració pròpia.

Altrament, els casos en què el treball social ha estat proactiu, presenten una mitjana de 12 dies d'hospitalització, mentre que en els que ha estat reactiu la mitjana és de 17. Tal com s'indica en el gràfic 7, els casos amb intervencions precoces i proactives han presentat una mitjana d'11 dies, enfront de 18 dies per les no-precoces i reactives.

**Gràfic 7. Mitjana de dies d'ingrés segons organització de la intervenció social**



Font: Elaboració pròpia.

Finalment, els pacients amb un nivell de risc social intermedi o alt segueixen presentant una mitjana d'11 dies quan la intervenció ha estat precoç i proactiva, i es manté en 18 dies quan aquesta ha estat no-precoç i reactiva. Pel que fa als nivells de complexitat de la intervenció social, també s'identifica que aquesta organització de la intervenció social augmenta el seu efecte. La mitjana de dies pels casos de complexitat alta i intermèdia ha estat, en general, de 17 i 18 dies, respectivament, mentre que quan han estat atesos des d'una intervenció social precoç i proactiva, la mitjana s'ha situat en els 10 i 9 dies respectivament.

## Conclusions

D'acord amb els objectius proposats, aquesta recerca ha aconseguit analitzar la durada de l'estada hospitalària en relació amb l'organització i la complexitat de la intervenció social, així com també amb el nivell de risc social dels pacients hospitalitzats a la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum durant el 2017. Per fer-ho, s'ha seguit el camí marcat a través dels objectius específics, que consistien, fonamentalment, a descriure cada una de les variables d'estudi i posar-les en relació entre elles. Els principals resultats se sintetitzen a partir de la resposta que es pot donar a les tres hipòtesis formulades:

### **A. Els pacients amb nivells de risc social elevats tendeixen a realitzar ingressos hospitalaris més prolongats.**

Els pacients que han format part de la mostra s'emmarquen en un perfil de persones grans, amb malaltia o malalties cròniques diagnosticades, i amb uns elevats índexs de vinculació amb les xarxes de serveis socials i d'atenció a la dependència. En la seva majoria, i en especial amb les dones, s'han objectivat situacions de complexitat clínica i de risc social. Si bé és cert que l'encreuament de les variables numèriques *risc social* i

*dies d'estada hospitalària* no ha obtingut una correlació estadísticament significativa, aquells pacients amb un nivell de risc social intermedi o alt han estat més dies ingressats, de mitjana, que els que tenen una bona situació sociofamiliar. També és rellevant que els pacients d'edat més avançada hagin tendit a realitzar ingressos hospitalaris més prolongats en el temps.

### **B. Una intervenció social precoç i proactiva en els pacients amb risc social està vinculada amb la disminució dels dies d'ingrés.**

En la majoria de casos, l'organització de la intervenció social s'ha caracteritzat per haver-se iniciat a demanda de tercers, sobretot del facultatiu, i per no haver estat precoç. En la mesura que la intervenció social s'ha iniciat abans, i la proactivitat ha tingut presència, el temps d'ingrés hospitalari ha estat menor. Fins i tot en aquells casos en què s'ha evidenciat la presència d'una situació de risc o problemàtica social, la mitjana de dies d'ingrés s'ha vist notòriament disminuïda quan s'ha efectuat una intervenció social precoç i proactiva. En aquesta línia, es pot afirmar que l'organització de la intervenció social basada en l'atenció precoç i proactiva juga un paper fonamental en la reducció de les estades hospitalàries, independentment de si el pacient presenta, o no, una situació de risc social.

### **C. La durada de l'estada hospitalària creix, a mesura que augmenta la complexitat de la intervenció social.**

Prop de la meitat dels pacients han requerit intervencions socials de complexitat intermèdia, alta o molt alta. D'altra banda, aquesta variable està associada amb el risc social, ja que aquells pacients amb situacions sociofamiliars més precàries han tendit a necessitar intervencions socials més complexes. L'anàlisi bivariant permet afirmar que existeix una relació entre la complexitat de la intervenció social hospitalària i els dies d'ingrés. Tanmateix, quan la intervenció social ha estat precoç i proactiva, la complexitat ha passat en un segon pla, ja que ha deixat de tenir tanta influència en l'increment dels dies d'hospitalització.

Així doncs, s'evidencia que el risc social i la complexitat de la intervenció social influeixen en l'augment dels dies d'hospitalització, però únicament quan no han anat acompanyats d'una intervenció social precoç i proactiva. En aquest cas, no és tanta la importància que puguin tenir les situacions sociofamiliars dels pacients en la prolongació de l'estada hospitalària, o la complexitat que –conseqüentment– requerirà la intervenció social al respecte; el treball social precoç i proactiu actua com a antídote de la prolongació de l'estada hospitalària per motius no-mèdics i, per tant, com a protector dels efectes adversos que pot tenir una mala planificació de l'alta hospitalària en pacients que viuen situacions de risc o de problemàtica social.

## Recomanacions i consideracions finals

A tall de recomanacions, es posa l'accent en demanar a les institucions hospitalàries, així com als seus professionals, que segueixin en la línia de tenir en compte, dins del procés assistencial, la connexió del pacient amb la seva biografia; una connexió que desplega tot un ventall de factors que poden protegir-lo però també comportar-li el risc de patir circumstàncies adverses i reingressos per problemàtica social. En aquest sentit, és de rellevància que es fomenti la implementació de programes de planificació de l'alta hospitalària en què la intervenció social estigui sistematitzada i basada en la precocitat i la proactivitat, no només en serveis d'hospitalització d'aguts, sinó també en serveis d'hospitalització intermèdia com és el cas. Així doncs, i posant l'èmfasi en unitats caracteritzades per atendre persones que tenen més incidència i prevalença per les situacions de dificultat social, es proposa la implementació d'un screening durant els primers dies d'hospitalització al conjunt de pacients que permeti descartar si són, o no, tributaris d'intervenció social. Sempre que la situació clínica ho permeti, aquest cribratge facilitarà l'activació de la planificació del retorn a domicili des d'un moment inicial de l'ingrés a qui ho requereixi, oferint el temps suficient per dur a terme totes les tasques necessàries (acompanyament psicossocial, orientació, coordinació, mobilització de recursos, etc.) i adequar l'alta social a l'alta clínica. Aquesta sincronització, que també demana fomentar el treball en equip multidisciplinari, evitarà prolongacions innecessàries i perjudicials de les estades hospitalàries, reingressos per problemàtica social i sobre costos per a les institucions de salut. Conseqüentment, propiciarà una atenció millor a les persones ingressades, basada en l'eficiència, l'holisme i la integralitat.

Per acabar, és necessari continuar explorant la incidència de la pràctica del treball social sanitari en els processos d'hospitalització, de contribució a l'eficiència i a l'optimització dels recursos sanitaris, de planificació de l'alta i d'atenció integral als pacients. Es recomana, doncs, que se segueixin realitzant investigacions bàsiques i aplicades que vagin en aquesta línia de treball, des de diferents unitats d'hospitalització i des de la incorporació d'altres variables d'interès com podrien ser els reingressos per problemàtica social i els dies de retard de l'alta per motius no-mèdics.

---

## Referències bibliogràfiques

Ceballos, T. M., Velásquez, P. A., i 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*. Saragossa: 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., i Harbord, M. (2012). In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. *Clinical Medicine*, 12(4), 320-323. Recuperat de: <http://www.clinmed.rcpjournals.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., i 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., Porrás, F., Cantos, M., Pastor, L., i 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., i 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*. Nova York: Russell Sage Foundation.



- Rodríguez, M. J., García, A., González, A., i 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., i 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.