

Servicio Social en el hospital: intervenciones, tensiones y aprendizajes en una red de salud

MARCO ANTONIO COYAGO BERMEO, Residencia de Medicina Interna, Hospital Italiano San Justo, Argentina

marco.coyago@hospitalitaliano.org.ar

<https://orcid.org/0009-0002-4385-6098>

JENNIFER SABRINA APPECEIX, Residencia de Medicina Interna, Hospital Italiano San Justo, Argentina

sabrina.appeceix@hospitalitaliano.org.ar

<https://orcid.org/0009-0000-5335-891X>

OMAR RUBÉN CAMPANA, Vicedirección Médica, Hospital Italiano San Justo, Argentina

omar.campana@hospitalitaliano.org.ar

ROMINA GUADALUPE FRIGERI, Servicio Social, Hospital Italiano Central, Argentina

romina.frigeri@hospitalitaliano.org.ar

ROCÍO MAGALÍ FALAGAN, Servicio Social Hospital Italiano Central, Argentina

rocio.falagan@hospitalitaliano.org.ar

MARÍA ALEJANDRA GARRIDO, Servicio Social Hospital Italiano Central, Argentina

maria.garrido@hospitalitaliano.org.ar

MARÍA FLORENCIA GRANDE RATTI, Sección Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Hospital Italiano Central, Argentina

maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

<https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>

VERÓNICA ANTONIA MIGNONE, Servicio Social, Equipo Trasplante, Hospital Italiano Central, Argentina

veronica.mignone@hospitalitaliano.org.ar

DOI: 10.33255/26181800/2561

Para citación de este artículo: Coyago Bermeo, M. A., Appeceix, J. S., Campana, O. R., Frigeri, R. G., Falagan, R. M., Garrido, M. A., Grande Ratti, M. F., y Mignone, V. A. (2026). Servicio Social en el hospital: intervenciones, tensiones y aprendizajes en una red de salud. *Utopías. Segunda época*, 6, pp. 1-21. DOI: 10.33255/26181800/2561

Resumen

En este artículo nos proponemos describir y analizar la experiencia profesional del Servicio Social desarrollada con pacientes hospitalizados en una red de atención sanitaria de Argentina, con el objetivo de visibilizar las principales intervenciones realizadas, los retos enfrentados y los aprendizajes derivados de la práctica profesional.

Presentamos la sistematización de la experiencia de intervención del Servicio Social llevada a cabo durante el año 2024. La población estuvo constituida por adultos que recibieron una evaluación a partir de solicitud por el equipo tratante. La finalidad era valorar la necesidad de permanencia hospitalaria desde una perspectiva social, identificar situaciones de vulnerabilidad y riesgo, y contribuir a la planificación del egreso y a la continuidad del cuidado, evitando internaciones prolongadas o innecesarias. Se aplicó un abordaje integral mediante entrevistas semiestructuradas, análisis de determinantes sociales de la salud y utilización de escalas estandarizadas de funcionalidad y riesgo social.

Durante el período analizado se evaluaron 703 pacientes hospitalizados en áreas de clínica médica y psiquiatría, así como 311 personas en proceso de pretrasplante. Los resultados evidenciaron una prevalencia significativa de vulnerabilidad social (37 %), principalmente asociada a la fragilidad de las redes de apoyo y a la sobrecarga de las tareas de cuidado.

La experiencia permitió identificar tensiones vinculadas a los tiempos institucionales, la alta demanda asistencial y los dilemas éticos inherentes al trabajo en salud, así como aprendizajes orientados al fortalecimiento del rol del Servicio Social, la humanización de la atención y la importancia del trabajo interdisciplinario y extramuros en red.

PALABRAS CLAVE: servicio de asistencia social en hospital, vulnerabilidad en salud, continuidad de la atención al paciente

Social Work in the Hospital: Interventions, Tensions, and Learning in a Healthcare Network

Abstract

In this article, we aim to describe and analyze the professional experience of Social Work with hospitalized patients in a healthcare network in Argentina, to

highlight the main interventions carried out, the challenges faced, and the lessons learned from professional practice.

We present a systematization of the Social Work intervention experience conducted during 2024. The population consisted of adults who underwent an evaluation at the request of their treating team. The purpose was to assess the need for hospitalization from a social perspective, identify situations of vulnerability and social risk, and contribute to discharge planning and continuity of care, avoiding prolonged or unnecessary hospitalizations. A comprehensive approach was applied using semi-structured interviews, analysis of social determinants of health, and standardized scales of functionality and social risk.

During the analyzed period, 703 hospitalized patients in internal medicine and psychiatry wards were evaluated, as well as 311 individuals in the pre-transplant process. The results revealed a significant prevalence of social vulnerability (37%), primarily associated with the fragility of support networks and the burden of caregiving responsibilities.

The experience allowed for the identification of tensions related to institutional timelines, high demand for care, and the ethical dilemmas inherent in healthcare work, as well as lessons learned aimed at strengthening the role of Social Services, humanizing care, and emphasizing the importance of interdisciplinary and networked external collaboration.

KEYWORDS: hospital social work department, health vulnerability, continuity of patient care

Introducción

Tradicionalmente, el modelo médico ha orientado la atención sanitaria hacia el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (Deng et al., 2025). Sin embargo, las transformaciones actuales en los sistemas de salud han evidenciado las limitaciones de este enfoque, especialmente en contextos que demandan una atención integral, centrada en la persona y con un mayor énfasis humanista (Ingstad et al., 2023).

Desde esta perspectiva, la salud es entendida como un proceso multidimensional, influido por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. En el ámbito hospitalario, este enfoque integral subraya la importancia de una atención basada en la dignidad, la empatía, la comunicación efectiva y el trabajo

interdisciplinario, elementos clave para responder a la complejidad de las necesidades de los pacientes hospitalizados (Kim et al., 2024).

Durante la hospitalización, los pacientes no solo enfrentan la enfermedad, sino también alteraciones significativas en su dinámica cotidiana, sus redes de apoyo y sus condiciones socioeconómicas. En este contexto, el equipo de profesionales de Servicio Social desempeña un papel estratégico dentro del equipo de salud, al identificar y abordar factores sociales que inciden en el bienestar del paciente, la adherencia al tratamiento y la continuidad del cuidado (Boisvert, 2022). Asimismo, las dificultades para el alta hospitalaria asociadas a la insuficiencia de apoyo social reflejan transformaciones sociales más amplias, como el envejecimiento poblacional y la fragilización de las redes informales de cuidado (Grande Ratti et al., 2024), lo que plantea retos crecientes para los sistemas de salud (Jiménez-Puente et al., 2026).

La evidencia ha demostrado que los determinantes sociales de la salud (como el ingreso económico, la educación, la alimentación, la vivienda y el transporte) se asocian con un mayor uso de servicios de urgencia, reingresos hospitalarios y mortalidad (Rikard et al., 2022). En este sentido, la intervención sociosanitaria durante la hospitalización constituye un proceso clave para la evaluación integral de la situación social y de salud de la persona, permitiendo identificar necesidades, fortalecer recursos personales y familiares, y facilitar el acceso a apoyos y servicios institucionales (Kamrujjaman et al., 2023). El trabajo social hospitalario constituye un pilar fundamental en el sistema sanitario, orientado a potenciar el bienestar biopsicosocial del paciente. Su intervención se fundamenta en un enfoque multidisciplinario, donde el profesional actúa como nexo entre la institución hospitalaria, el entorno familiar y la comunidad (Castañeda y Salamé, 2020). La consolidación del enfoque basado en la evidencia ha transformado la toma de decisiones en el ámbito social. Su aplicación en el contexto hospitalario permite integrar la mejor evidencia científica con la experiencia clínica y las particularidades de cada paciente. Esta metodología reduce la improvisación y facilita el diseño de planes de intervención personalizados que fortalecen la resiliencia y la adaptación del usuario al entorno sanitario (Kourgiantakis et al., 2020).

No obstante, pese a la relevancia del Servicio Social en el ámbito hospitalario, son escasos los estudios que sistematizan de manera analítica la experiencia formativa y profesional desarrollada durante la hospitalización, particularmente desde una perspectiva aplicada y contextualizada (Burlotos et al., 2022; García Alcaraz et al., 2015; Gené Badia et al., 2009).

En este marco, el presente artículo tiene como objetivo describir y analizar la experiencia profesional de Servicio Social desarrollada con pacientes hospitalizados

en una red integrada de salud argentina, destacando las principales intervenciones realizadas, los retos enfrentados, y los aprendizajes derivados de la práctica.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, basado en la sistematización de la experiencia de intervención del Servicio Social desarrollada durante el año 2024 en el Hospital Italiano San Justo. Se trata de una red integrada de salud, conformada por dos sedes hospitalarias (Almagro y San Justo) y 15 centros médicos ambulatorios distribuidos por los distintos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires (Argentina).

En el ámbito de internación hubo un total de 45000 hospitalizaciones anuales aproximadamente. Sin embargo, la población de estudio estuvo constituida por pacientes adultos evaluados por el Servicio Social durante su proceso de atención. La intervención se activó a partir de la solicitud del equipo tratante, a través de contacto telefónico directo o mensajería (derivación/interconsulta mediante historia clínica electrónica).

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes adultos evaluados por el Servicio Social durante el año 2024, tanto en salas de internación general como en el área de psiquiatría y en la instancia de valoración pretrasplante. Se incluyeron de manera consecutiva aquellos casos en los que el equipo tratante solicitó interconsulta social durante el proceso de atención. Se excluyeron pacientes pediátricos y casos con registros incompletos que impidieron realizar la caracterización sociosanitaria. Cabe destacar que la población analizada no representa la totalidad de pacientes hospitalizados en la institución, sino únicamente aquellos derivados al Servicio Social según criterio del equipo tratante, lo que podría introducir un sesgo de selección hacia pacientes con mayor complejidad social, funcional o familiar.

La evaluación tuvo como objetivo valorar la estricta necesidad de permanencia hospitalaria desde una perspectiva social, con el fin de evitar internaciones prolongadas o innecesarias por causas sociales y reducir el riesgo de deterioro de la capacidad funcional asociado a la hospitalización. La valoración social hospitalaria es un proceso diagnóstico realizado para identificar los determinantes sociales que afectan la salud del paciente y su capacidad de recuperación tras el alta. Esta evaluación es fundamental para garantizar que el paciente tenga un entorno seguro al salir del hospital, y para evitar reingresos innecesarios.

Se aplicó un abordaje integral centrado en la detección de indicadores de vulnerabilidad y riesgo social. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas, análisis de la historia socio-familiar, y relevamiento sistemático de información vinculada a la red de contención familiar, situación socioeconómica, cobertura médica y condiciones habitacionales (ver [Tabla 1](#)). Se prestó especial atención a las necesidades específicas de pacientes inmunosuprimidos, considerando los riesgos asociados a la hospitalización prolongada. La evaluación sistemática realizada por el Servicio Social se apoya en la utilización de diversas escalas estandarizadas (como actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), y actividades de la vida diaria básicas (AVDB); y otras habitualmente en el ámbito geriátrico y hospitalario, incluyendo el Índice de Barthel, la escala de Lawton y Brody, y la escala sociofamiliar de Gijón). Estas herramientas fueron empleadas como apoyo para la caracterización funcional y sociofamiliar de los pacientes, en conjunto con la entrevista profesional y el juicio clínico-social interdisciplinario, y no como instrumentos diagnósticos únicos para definir vulnerabilidad o riesgo social.

A efectos del estudio, se definió «vulnerabilidad social» como el conjunto de características que sitúan a una persona en una condición desfavorecida o desventajosa en comparación con otras, en función de los recursos disponibles para afrontar riesgos previsibles o imprevistos y sus posibles consecuencias. Por su parte, el «riesgo social» fue entendido como el conjunto de factores sociales, culturales o familiares que incrementan dicha vulnerabilidad y aumentan la probabilidad de desarrollar o agravar problemas de salud. Dado el carácter contextual y multidimensional de los determinantes sociales, la identificación de situaciones de vulnerabilidad y riesgo social implicó necesariamente componentes de valoración profesional subjetiva. Si bien se utilizaron criterios estandarizados y herramientas de apoyo, podrían existir variaciones en la interpretación de algunos indicadores según el profesional interviniente y las características del contexto asistencial.

La determinación se realizó durante la entrevista socio-sanitaria, mediante la recolección prospectiva de datos agrupados en los siguientes indicadores: (A) sociofamiliares; (B) económicos; (C) funcionales y emocionales (ejemplo, limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales); (D) habitacionales (ejemplo, vivienda en condiciones inadecuadas); y (E) de cuidado (ej. responsabilidad sobre personas mayores o en situación de fragilidad). Asimismo, al tratarse de una institución con predominio de pacientes con cobertura privada o de seguridad social, los hallazgos podrían no reflejar completamente la magnitud y heterogeneidad de la vulnerabilidad social presente en otros subsectores del sistema de salud argentino.

Resultados

Pacientes hospitalizados en clínica y psiquiatría

Durante la ventana temporal de estudio, se evaluaron un total de 703 pacientes adultos, a solicitud del equipo tratante. La mediana del tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y la interconsulta con el Servicio Social fue de 6 días, mientras que la mediana entre la interconsulta y el egreso hospitalario fue de 11 días.

Del total de pacientes evaluados, 465 (66 %) corresponden a sala de internación general (medicina interna), y 238 (34 %) a sala de psiquiatría. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 14 días para los pacientes de internación general y de 21 días para aquellos internados en el área de psiquiatría. La mayor duración de las internaciones en el área de psiquiatría podría interpretarse no solo en relación con la complejidad clínica, sino también con las dificultades para garantizar condiciones sociosanitarias adecuadas para el egreso, especialmente en contextos de fragilidad vincular, dependencia funcional o ausencia de redes de apoyo. En relación con el motivo de ingreso, el 2 % de los pacientes fue admitido por causa social y el 12 % por claudicación.

En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de los pacientes fueron mujeres (62 %). Se observó una población predominantemente añosa, con 31 % de los pacientes en el grupo etario de 80 a 89 años, 19 % entre 70 y 79 años, y 17 % con 90 años o más. Asimismo, el 95 % contaba con afiliación a una prepaga institucional y el 28 % poseía certificado de discapacidad vigente al momento de la evaluación.

Respecto a la evaluación social, se detectó una prevalencia de riesgo social del 1 % (IC 95 % 0,41–2,06) y de vulnerabilidad social del 37 % (IC 95 % 33,97–41,13), esta última asociada a la presencia de al menos un indicador de riesgo social. Entre los principales indicadores identificados, el 22 % de los pacientes presentó una red sociofamiliar con riesgo de claudicación, el 20 % mostró pautas disfuncionales en la dinámica familiar, el 17 % evidenció signos de agotamiento del cuidador principal y el 10 % contaba con un cuidador principal de edad avanzada o en situación de fragilidad. Todos estos hallazgos permiten visibilizar cómo la complejidad del cuidado en salud recae frecuentemente sobre redes familiares frágiles, envejecidas o sobrecargadas, poniendo en tensión la sostenibilidad de los cuidados en el domicilio y evidenciando la centralidad de los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención.

En relación con el destino al egreso, el 62 % de los pacientes fue dado de alta a domicilio, mientras que el 17 % egresó a una institución geriátrica. Se gestionaron reintegros en el 17 % de los casos, correspondientes a 5 % para institucionalización geriátrica y 12 % para cuidados domiciliarios. Durante el período de seguimiento, se registró una tasa de reinternación a los dos meses del 14 % (IC 95 % 11–16).

Subgrupo de pacientes para valoración pretrasplante

Durante el año 2024, también 311 personas recibieron la valoración social correspondiente a etapa pretrasplante. La distribución por órgano fue la siguiente: 141 renales, 107 hepáticos, 34 cardíacos y 29 pulmonares.

En relación con la cobertura de salud, el 8 % de los pacientes renales, el 2 % de los hepáticos y el 9 % de los cardíacos contaban con cobertura a través del Plan de Salud (prepaga institucional), mientras que los pacientes pulmonares presentaban mayoritariamente otras coberturas de salud (ej. obras sociales o prepagas).

Respecto a la procedencia geográfica, se observó que los pacientes en valoración pretrasplante hepático y cardíaco provenían mayoritariamente del interior del país (42 % y 50 %, respectivamente). En contraste, los pacientes renales y pulmonares residían principalmente en la Provincia de Buenos Aires (45 % y 48 %, respectivamente).

Del total de casos evaluados en este subgrupo, se identificó la necesidad de seguimiento social en 27 pacientes en función de la detección de indicadores de riesgo y/o vulnerabilidad social. Se distribuyó de la siguiente manera: 9 pacientes cardíacos, 7 renales, 7 pulmonares y 4 hepáticos.

Retos y tensiones enfrentadas

Durante el desarrollo de la experiencia profesional, hubo múltiples retos y tensiones propias del contexto hospitalario y del funcionamiento de una red integrada de salud. Por un lado, aquellas relacionadas a los desajustes entre los tiempos del sistema sanitario y los tiempos necesarios para una intervención social integral, lo que exigió del profesional una constante capacidad de adaptación, reflexión crítica y posicionamiento ético-político. Por otro lado, se sumaron dilemas emocionales derivados del trabajo con el sufrimiento, los tiempos de espera, la enfermedad y la muerte (o final de vida). Por último, se destacan la alta demanda asistencial y la debilidad de las redes de apoyo extramuros, que dejan entrever dificultades de

articulación y fragmentación del sistema sanitario. Estas situaciones dejan entrever tensiones estructurales vinculadas con la fragmentación del sistema sanitario y de protección social, donde el hospital muchas veces termina absorbiendo problemáticas sociales que exceden lo estrictamente biomédico. En este escenario, el Trabajo Social adquiere un rol estratégico como articulador entre niveles de atención, actores institucionales y recursos comunitarios, favoreciendo la continuidad del cuidado y la construcción de respuestas integrales.

Aprendizajes y aportes de la práctica

Entre las principales lecciones aprendidas se destacó el fortalecimiento de la capacidad para realizar intervenciones integrales, contextualizadas y centradas en los derechos de los pacientes, así como el reconocimiento del valor del trabajo interdisciplinario y de la articulación en red para garantizar la continuidad del cuidado. Esta práctica interdisciplinaria y colaborativa promueve el desarrollo de habilidades de escucha, análisis crítico y toma de decisiones debatidas y compartidas frente a situaciones complejas, al tiempo que propicia una humanización de la atención individualizada.

Discusión

La experiencia obtenida, posible gracias al apoyo organizacional y al trabajo colaborativo en equipo, permitió visibilizar necesidades emergentes de los pacientes hospitalizados y en evaluación pretrasplante, destacando la importancia de un abordaje integral que trascienda la dimensión exclusivamente clínica. La alta receptividad de los pacientes permitió brindar acompañamiento personalizado, al tiempo que se fortalecieron competencias de escucha activa y análisis crítico del contexto socio-sanitario, esenciales para una atención centrada en la persona. El cribado de determinantes sociales en el ámbito hospitalario, aún poco frecuente, constituye una ventana de oportunidad para documentar esta valoración en la historia clínica, especialmente en adultos mayores pluripatológicos y frágiles (Tucher et al., 2024), contribuyendo a la planificación de cuidados más precisos. En este escenario, la hospitalización funciona también como un espacio donde emergen y se visibilizan problemáticas sociales previamente invisibilizadas o insuficientemente abordadas en otros niveles de atención, especialmente en personas mayores con dependencia

funcional y redes de cuidado frágiles. Esto refuerza la necesidad de comprender los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva integral y atravesada por los determinantes sociales de la salud.

Los hallazgos del presente estudio ponen en evidencia la complejidad social que atraviesa a la población hospitalizada evaluada por el Servicio Social, caracterizada por una alta proporción de personas adultas mayores, con múltiples necesidades sociales y funcionales que influyen en la trayectoria de la internación y en la planificación del egreso. Si bien la admisión por causa estrictamente social fue poco frecuente, la elevada prevalencia de vulnerabilidad social detectada durante la hospitalización pone de manifiesto que una proporción sustancial de pacientes presenta factores sociales que, aun no siendo el motivo principal de ingreso, condicionan la evolución clínica, la duración de la estadía y la continuidad del cuidado. Estos hallazgos sugieren que muchas de las dificultades observadas durante la internación no responden exclusivamente a la complejidad biomédica, sino también a limitaciones vinculadas con la disponibilidad de cuidados, la capacidad de sostén familiar y el acceso desigual a recursos sociales y sanitarios.

La mediana de tiempo observada entre el ingreso hospitalario y la interconsulta con el Servicio Social sugiere que la evaluación social suele realizarse de manera diferida, lo que podría limitar la posibilidad de intervenciones oportunas orientadas a la planificación temprana del alta. En este sentido, la identificación de indicadores como redes sociofamiliares frágiles, dinámicas familiares disfuncionales y signos de sobrecarga del cuidador refuerza la necesidad de incorporar la valoración social desde etapas iniciales de la hospitalización, especialmente en poblaciones envejecidas y con alta carga de dependencia. Esta situación podría reflejar una persistente jerarquización de las dimensiones biomédicas por sobre las sociales dentro de la dinámica hospitalaria, donde la intervención social suele activarse de manera tardía, frecuentemente cuando las dificultades para el egreso o la continuidad del cuidado ya se encuentran instaladas.

Asimismo, los destinos al egreso y la proporción de pacientes derivados a instituciones geriátricas o que requirieron la gestión de reintegros para cuidados formales ponen en evidencia el rol central del Servicio Social en la articulación de recursos y en la transición del hospital al domicilio u otras modalidades de cuidado (Wallace et al., 2024). Sin embargo, la tasa de reinternación observada durante el seguimiento subraya la relevancia de seguir fortaleciendo estrategias de continuidad del cuidado y acompañamiento social postalta, particularmente en aquellos pacientes con mayor vulnerabilidad y limitaciones en sus redes de apoyo. La persistencia de reinternaciones en pacientes con vulnerabilidad social pone de relieve que las transiciones del

hospital al domicilio continúan representando un punto crítico del sistema sanitario, particularmente cuando existen redes de apoyo insuficientes o dificultades de articulación entre los distintos niveles de atención y protección social.

Los resultados del subgrupo de pacientes en etapa pretrasplante ponen de manifiesto la relevancia de la evaluación social temprana como parte integral del proceso de selección y seguimiento de candidatos a trasplante (Aderinto et al., 2025). En este sentido, la valoración psicosocial adquiere un rol central a lo largo del proceso de trasplante, ya que permite identificar factores individuales, familiares y sociales que inciden directamente en la adherencia al tratamiento, particularmente a la terapia inmunosupresora, así como en la capacidad del paciente para sostener cuidados complejos en el período postrasplante (Sarkar et al., 2022); variables como la disponibilidad de apoyo social y familiar, la situación socioeconómica, la edad, la carga de comorbilidades y la presencia de malestar emocional pueden condicionar los resultados clínicos (Aderinto et al., 2025), lo que subraya la necesidad de evaluaciones integrales y oportunas dentro de los equipos interdisciplinarios.

En nuestro estudio, si bien la proporción de pacientes que requirió seguimiento social fue relativamente baja en términos absolutos ($n=27$), la identificación de indicadores de riesgo y vulnerabilidad social en este grupo resulta clínicamente significativa, dado que estas condiciones pueden incidir en la adherencia al tratamiento, la disponibilidad de redes de apoyo y la continuidad del cuidado a lo largo de un proceso terapéutico complejo y prolongado. Las evaluaciones postrasplante continúan monitoreando las dificultades de adaptación, la adherencia a la medicación y las emociones complejas, lo que permite una intervención oportuna y un apoyo personalizado (Bailey et al., 2021).

Asimismo, las diferencias observadas en la procedencia geográfica según el tipo de trasplante subrayan la importancia de considerar factores territoriales y de accesibilidad en la planificación de la atención. La mayor proporción de pacientes hepáticos y cardíacos provenientes del interior del país implica desafíos adicionales en términos de alojamiento, sostenimiento de redes de cuidado y acceso a recursos durante el período pre- y postrasplante, lo que refuerza la necesidad de intervenciones sociales anticipadas y sostenidas. En este sentido, la evaluación social permite identificar tempranamente barreras potenciales y articular recursos institucionales y comunitarios que favorezcan la continuidad del proceso trasplantológico. Hoy en día, la gestión del seguimiento mediante telemedicina promueve la autogestión y la adherencia a la medicación, lo que mejora la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y facilita la consecución de resultados clínicos óptimos en el postrasplante de hígado (Tian et al., 2021). En una experiencia de Australia, se

realizaron 263 revisiones clínicas de receptores después del trasplante renal a través de la telemedicina, con ahorros estimados de 203202 kilómetros en distancia de viaje, 2771 horas en tiempo de viaje en automóvil y 31948 dólares australianos en gastos de gasolina (Andrew et al., 2020). Estos hallazgos podrían generalizarse a otros trasplantes de órganos sólidos. No obstante, el aprovechamiento de estas estrategias requiere considerar las desigualdades en alfabetización digital, conectividad y disponibilidad de recursos tecnológicos, dado que dichas brechas podrían reproducir inequidades en el acceso y seguimiento postrasplante.

Por otra parte, la detección de necesidades de seguimiento social en todos los grupos de trasplante, independientemente del órgano involucrado, destaca el carácter transversal de los determinantes sociales en la atención de pacientes candidatos a trasplante. Estos hallazgos coinciden con la literatura que señala que la incorporación sistemática de la valoración social en etapas tempranas contribuye a fortalecer la equidad en el acceso al trasplante y a optimizar los resultados a mediano y largo plazo (Bruschwein et al., 2022), al integrar dimensiones sociales, familiares y económicas en la toma de decisiones clínicas (Ladin et al., 2018). Comprender el impacto del apoyo social es fundamental para garantizar que los pacientes cumplan con estándares claros y uniformes y para mantener la transparencia y la equidad en el acceso al trasplante (Ladin et al., 2019).

Entre las limitaciones metodológicas cabe mencionar la inherente al diseño per se (corte transversal impide establecer relaciones causales), y su carácter unicéntrico (que limita la generalización de los resultados). Asimismo, vale la pena destacar que la concentración de pacientes se centra mayormente en un nivel socioeconómico medio-alto (no existiendo casos de vulnerabilidad social por falta de cobertura), lo que podría contribuir a un sesgo de información.

No obstante, la evaluación sistemática y detallada de un amplio número de pacientes hospitalizados constituye una fortaleza, al ofrecer información precisa sobre la prevalencia de vulnerabilidad y riesgo social en este contexto y aportar evidencia relevante para la planificación de intervenciones sociosanitarias en un contexto regional. La documentación y la digitalización de la ficha social integrada a la historia clínica electrónica (Hobensack et al., 2023) se perfila como un paso estratégico para sistematizar la valoración de determinantes sociales y facilitar su seguimiento longitudinal. Futuros estudios podrían incorporar diseños longitudinales y multicéntricos para evaluar de manera más completa la relación entre vulnerabilidad social y resultados clínicos, incluyendo reinternaciones, adherencia al tratamiento y calidad de vida. La integración sistemática de indicadores sociales con datos clínicos y funcionales permitirá eventualmente desarrollar modelos predictivos (Becker et al., 2021)

que faciliten la planificación temprana del alta, optimicen la asignación de recursos y fortalezcan la atención integral centrada en la persona.

Los hallazgos de esta experiencia también pueden interpretarse en el marco de las particularidades del sistema de salud argentino, caracterizado por una marcada fragmentación entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, así como por importantes desigualdades territoriales y en el acceso a recursos sociosanitarios. En este contexto, las dificultades observadas en torno a la continuidad del cuidado, la disponibilidad de redes de apoyo y la planificación del egreso exceden a la institución analizada y reflejan tensiones estructurales que atraviesan al sistema sanitario en su conjunto.

El progresivo envejecimiento poblacional, el aumento de personas con multimorbilidad y dependencia funcional y la creciente complejidad de los cuidados en el ámbito domiciliario plantean desafíos relevantes para los equipos de salud y particularmente para el Trabajo Social hospitalario. La frecuente sobrecarga de las redes familiares —muchas veces sostenidas por cuidadores también añosos o en situación de vulnerabilidad— pone en evidencia la persistencia de una organización social del cuidado fuertemente apoyada en las familias y con respuestas institucionales aún insuficientes. En este escenario, la intervención del Trabajo Social adquiere un rol central en la articulación entre actores sanitarios, comunitarios y de protección social, especialmente durante las transiciones de cuidado y el egreso hospitalario.

Conclusiones

Esta experiencia demuestra que el trabajo colaborativo e interdisciplinario no solo favorece la articulación entre servicios, sino que también permite identificar de manera temprana riesgos y necesidades emergentes, posicionando al Trabajo Social como un actor estratégico en la continuidad del cuidado y en la atención integral de personas en situación de vulnerabilidad. En este sentido, la efectividad del servicio social hospitalario radica en su capacidad para trascender intervenciones intuitivas y avanzar hacia prácticas sistemáticas, contextualizadas y fundamentadas científicamente (Kisnerman, 1998).

Los hallazgos obtenidos evidencian que las trayectorias de hospitalización y egreso se encuentran profundamente atravesadas por determinantes sociales, familiares y territoriales que condicionan la evolución clínica y la sostenibilidad de los cuidados. La evaluación social durante la hospitalización constituye, por lo tanto, una herramienta central para anticipar riesgos, fortalecer la planificación del alta

y favorecer procesos de atención más integrales, humanizados y sostenibles en el tiempo.

La incorporación sistemática de la valoración social en la práctica hospitalaria se presenta así como un componente estratégico para promover cuidados centrados en la persona, fortalecer la articulación interdisciplinaria y contribuir a una atención más equitativa y sensible a las condiciones sociales que atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención.

Referencias bibliográficas

- ADERINTO, N., Olatunji, G., Kokori, E., Ogieuhi, I. J., Moradeyo, A., Woldehana, N. A., Lawal, Z. D., Adetunji, B., Assi, G., Nazar, M. W., & Adebayo, Y. A. (2025). A narrative review on the psychosocial domains of the impact of organ transplantation. *Discover Mental Health* 5(1), 20.
- ANDREW, N., Barraclough, K. A., Long, K., Fazio, T. N., Holt, S., Kanhutu, K., & Hughes, P. D. (2020). Telehealth model of care for routine follow up of renal transplant recipients in a tertiary centre: A case study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(4), 232–238.
- BAILEY, P., Vergis, N., Allison, M., Riddell, A., & Massey, E. (2021). Psychosocial Evaluation of Candidates for Solid Organ Transplantation. *Transplantation*, 105(12), e292–e302.
- BECKER, J. H., Shemesh, E., Shenoy, A., Posillico, A., Knight, C. S., Kim, S.-K., Florman, S. S., Schiano, T., & Annunziato, R. A. (2021). The Utility of a Pre-Transplant Psychosocial Evaluation in Predicting Post-Liver Transplant Outcomes. *Progress in Transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 31(1), 4–12.
- BOISVERT, S. (2022). Social risk, health inequity, and patient safety. *Journal of Healthcare Risk Management: The Journal of the American Society for Healthcare Risk Management*, 42(2), 18–25.
- BRUSCHWEIN, H., Chen, G., & Yost, J. (2022). Social support and transplantation. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 27(6), 508–513.
- BURLOTOS, A., Díaz, P. A. V., Pacheco, M. A. H., de León Angel, L. D. P., Camas, M. M., Sepulveda-Delgado, J., Pérez-Tirado, J. M., Ortiz-Barragan, S., Fuller, A. T., & Nigenda, G. (2022). Impacto de un Nuevo Programa de Trabajo Social en el Acceso a la Atención Terciaria. *Annals of Global Health*, 88(1), 45.
- CASTAÑEDA, E., y Salamé, A. (2020). *El trabajo social en el ámbito hospitalario: Desafíos y realidades*. Editorial Universitaria.
- DENG, H., Chen, Z., & Yang, D. (2025). The Intervention of Medical Social Workers: Humanistic Care of Cardiovascular Disease Patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 4725–4738.

- GARCÍA ALCARAZ, F., Delicado Useros, V., Alfaro Espín, A., & López-Torres Hidalgo, J. (2015). [The use of social healthcare resources and informal care characteristics care of immobilised homecare patients]. *Atención primaria*, 47(4), 195–204.
- GENÉ BADIA, J., Contel Segura, J. C., Hidalgo García, A., Borràs Santos, A., Porta Borges, M., Oliver Olius, A., Saus Arus, M., Ascaso Terren, C., Piñeiro González, M., Cegri Lombardo, F., Limón Ramírez, E., Aranzana Martínez, A., Heras Tebar, A., Noguera Rodríguez, R., Pedret Llaberia, R., Borrell Muñoz, M., Camprubí Casellas, M. D., Ortiz Molina, J., Martín Royo, J., ... Equipo de Investigadores HC>65. (2009). [Health problems also explain social services use in home care]. *Atención primaria*, 41(2), 91–101.
- GRANDE RATTI, M. F., Hongn, D., Ichazo, I., Rossetti, S., Murature, D., Martinez, B. J., y Perez Manelli, R. Y. (2024). [Health caregivers: perspectives, motivations, interests, and work challenges]. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 27(4), 373–391.
- HOBENSACK, M., Song, J., Oh, S., Evans, L., Davoudi, A., Bowles, K. H., McDonald, M. V., Barrón, Y., Sridharan, S., Wallace, A. S., & Topaz, M. (2023). Social Risk Factors are Associated with Risk for Hospitalization in Home Health Care: A Natural Language Processing Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(12), 1874–1880.e4.
- INGSTAD, K., Pedersen, M. K., Uhrenfeldt, L., & Pedersen, P. U. (2023). Patients' expectations of and experiences with psychosocial care needs in perioperative nursing: a descriptive study. *BMC Nursing*, 22(1), 304.
- JIMÉNEZ-PUENTE, A., Martín-Escalante, M. D., Nouredine-López, M., Rivas-Ruiz, F., y Rubio-Gallo, A. (2026). Analysis of social problems for discharge in acute care hospitalization. *Revista Clínica Española*, 226(2), 502456.
- KAMRUJJAMAN, M. D., Demetriou, C., Cuartas Álvarez, T., y Castro Delgado, R. (2023). The Role of Social Work for Emergency Medical Services (EMS): A Systematic Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(5), 628–635.
- KIM, E.-J., Koo, Y.-R., y Nam, I.-C. (2024). Patients and Healthcare Providers' Perspectives on Patient Experience Factors and a Model of Patient-Centered Care Communication: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(11). <https://doi.org/10.3390/healthcare12111090>
- KISNERMAN, N. (1998). Pensar el trabajo social: Una introducción desde el construccionismo. Paidós.
- KOURGIANTAKIS, T., Sewell, K. M., y Bogó, M. (2020). Evidence-based practice in social work: A review of barriers and facilitators. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 17(1), 1–20.
- LADIN, K., Emerson, J., Butt, Z., Gordon, E. J., Hanto, D. W., Perloff, J., Daniels, N., y Lavelle, T. A. (2018). How important is social support in determining patients' suitability for transplantation? Results from a National Survey of Transplant Clinicians. *Journal of Medical Ethics*, 44(10), 666–674.
- LADIN, K., Emerson, J., Berry, K., Butt, Z., Gordon, E. J., Daniels, N., Lavelle, T. A., y Hanto, D. W. (2019). Excluding patients from transplant due to social support: Results from a national survey of transplant providers. *American Journal of Transplantation : Official Journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, 19(1), 193–203.

- RIKARD, S. M., Kim, B., Michel, J. D., Peirce, S. M., Barnes, L. E., y Williams, M. D. (2022). Identifying individual social risk factors using unstructured data in electronic health records and their relationship with adverse clinical outcomes. *SSM - Population Health*, 19, 101210.
- SARKAR, S., Grover, S., y Chadda, R. K. (2022). Psychiatric Assessment of Persons for Solid-Organ Transplant. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(Suppl 2), S308–S318.
- TIAN, M., Wang, B., Xue, Z., Dong, D., Liu, X., Wu, R., Yu, L., Xiang, J., Zhang, X., Zhang, X., y Lv, Y. (2021). Telemedicine for Follow-up Management of Patients After Liver Transplantation: Cohort Study. *JMIR Medical Informatics*, 9(5), e27175.
- TUCHER, E. L., Steele, A. L., Uratsu, C. S., McCloskey, J. K., y Grant, R. W. (2024). Social Risks and Health Care Use in Medically Complex Patients. *JAMA Network Open*, 7(9), e2435199.
- WALLACE, A. S., Bristol, A. A., Johnson, E. P., Elmore, C. E., Raaum, S. E., Presson, A., Eppich, K., Elliott, M., Park, S., Brooke, B. S., Park, S., y Weiss, M. E. (2024). Impact of Social Risk Screening on Discharge Care Processes and Postdischarge Outcomes: A Pragmatic Mixed-Methods Clinical Trial During the COVID-19 Pandemic. *Medical Care*, 62(10), 639–649.

Tabla 1. Sistematización de la valoración socio-familiar de paciente hospitalizado

(1) RED SOCIO FAMILIAR						
	Sí	No		Sí	No	Edad
Cónyuge/pareja			Convive			
Hijo/s			Convive			
Madre			Convive			
Padre			Convive			
Hermanos			Convive			
Familia ampliada			Convive			
Sin familia						
(2) RED CONVIVIENTES						
Vive con familia que no tiene dependencia física/psíquica						
Vive con familia que no tiene dependencia física/psíquica, c/cuidador						
Vive con cuidador (formal)						
Vive con cónyuge de edad similar						
Vive con hijo						
Vive con cónyuge o familia que presenta algún grado de dependencia						
Vive con cónyuge o familia que presenta algún grado de dependencia c/ cuidador						
Vive solo y tiene hijos						
Vive solo y tiene hijos que viven alejados						
Vive solo y carece de hijos						
(3) SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA						
Empleo en relación de dependencia						
Empleo no formal						
Desempleado/a						
Autónomo						
Monotributista						
Monotributo social						
No trabaja						
Jubilado / pensión derivada						
Jubilado y pensionado						
Jubilado , percibe renta						
Recibe ayuda familiar						
PNC/ PUAM						

Sin ingresos propios, recibe ayuda familiar	
Solventa gastos con ingresos de rentas	
Sin ingresos	
(4) SITUACIÓN HABITACIONAL	
<i>Ubicación</i>	
Urbana	
Semi rural	
Rural	
<i>Tenencia</i>	
Propia	
Alquilada	
Cedida	
Sucesión familiar	
Hotel	
Inquilinato	
En situación de calle	
<i>Condiciones habitacionales</i>	
Adecuada (luz, agua, gas, calefacción, condiciones de higiene, ascensor)	
Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores- luz, agua, problemas edilicios etc-)	
Limitaciones estructurales (barreras arquitectónicas, puertas estrechas, acceso por escalera)	
Vivienda inadecuada (carece de luz, agua, calefacción, gas, condiciones edilicias vulnerables, hacinamiento, falta de higiene, etc)	
(5) RED DE CUIDADO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	
Cuenta con cuidado parcial	
Cuenta con cuidado formal (asistencia contratada)	
Cuenta con cuidado informal (a cargo de familia, allegados, amigos)	
Tiene cuidados permanentes domiciliarios	
Institucionalizado	
No tiene apoyo / sin cuidado	

(6) REFERENTE DE CUIDADO

Cuenta con referente familiar válido con capacidad de organizar cuidados	
Cuenta con allegados con capacidad de organizar cuidados	
No tiene apoyo/sin cuidado	

(7) SALUD GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE PRESENTA DEPENDENCIA O ENFERMEDAD CRÓNICA

	Si	No
Cónyuge		
Familiar		
Madre		
Padre		
Hijos		

(8) DIAGNÓSTICO SOCIAL EN TÉRMINOS DE VULNERABILIDAD SOCIAL

Indicadores socio familiares

Vive solo	
Convive con su cónyuge con Incapacidad severa	
Convivencia con familiar que no sea cónyuge que presenta discapacidad, dependencia o patología psiquiátrica	
Carencia de familiar obligado a dar asistencia por el vínculo	
Crisis familiares (divorcio, despidos, enfermedad de otros miembros)	
Soporte familiar poco continente, reducido o con bajo nivel de cohesión	
Disponibilidad de relaciones y vínculos afectivos sin posibilidad de brindar cuidados	
Pautas disfuncionales en la dinámica familiar	
Claudicación familiar	
Aislamiento social	
Dificultades socio familiares para planificar los cuidados	
Ausencia de soporte familiar para la toma de decisiones	
Necesidad de sustitución de voluntad (determinación de capacidad)	

Indicadores socio económicos

Ingresos económicos por debajo de necesidades básicas (haber mínimo, pensión no contributiva)	
---	--

Sin ingresos, dependencia económica	
Ingresos mermados por efecto del ciclo de vida	
Indicadores habitacionales	
Vivienda con materiales precarios, deteriorados	
Baño sin terminar /tipo letrina	
Carece de acceso al agua potable	
Focos de contaminación en el entorno (basurales)/ filtración de aguas servidas	
Hacinamiento	
Vive en hotel/pensión	
Vivienda con tenencia irregular	
Situación de calle	
Indicadores personales	
Antecedentes de no adherencia	
Vulnerabilidad multidimensional (económica, afectiva)	
Falta de cobertura médica o acceso limitado a servicios de salud	
Distribución inadecuada de roles	
Crisis del entorno familiar que puedan afectar tanto material como emocionalmente	
Existencia de conflicto en la comunicación entre el paciente y la familia	
Indicadores de cuidado	
Presencia de signos de estrés o agotamiento del cuidador	
Claudicación familiar	
Claudicación del cuidador principal frente a situación de terminalidad.	
Incapacidad para la organización en el reparto de las responsabilidades familiares	
Ausencia de redes de reciprocidad intra o extrafamiliar	
Estructura de cuidado insuficiente	
Fracaso de institucionalización	
Pautas de negligencia de cuidados	
Cuidado principal a cargo de persona añosa o frágil	
Familiar conviviente con enfermedades psiquiátricas/adicciones	

Indicadores funcionales y emocionales	
Paciente con limitación física, psíquica o sensorial	
Paciente con afrontamiento emocional desadaptativo	
Condicionante cultural/religioso	
Indicador de reinternación en los últimos 2 meses	
Claudicación por insuficiente cuidado	
Claudicación por progresión de la enfermedad	
Claudicación por red familiar reducida	
Fracaso de institucionalización	
Crisis vitales del grupo familiar que interfieren con el cuidado	
Otro	
SÍNTESIS SOCIAL	
No se detectan indicadores de riesgo social	
Se detectan algunos indicadores de déficit social	
Se detectan indicadores de riesgo social	