

Trabajo Social Sanitario en el Servicio Andaluz de Salud

Dña. Agustina Hervás de la Torre

COLEGIADA Nº 31 - 1

Jefa Unidad de Trabajo Social H.U.V. del Rocío. Presidenta Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS)

Cuando desde el COTS me pidieron que escribiera en la revista para dar a conocer el Trabajo Social Sanitario (TSS), me dije: "bueno, ¡pero si esto lo conoce toda la profesión!". Todas y todos los compañeros/as conocen que hay profesionales del Trabajo Social (TS) en los hospitales, en los centros de atención primaria, en los servicios de salud mental, tanto en el sistema público como en el privado. Pero, ¿realmente conocen cuántos somos, cuál es la estructura dentro del sistema sanitario, qué hacemos, qué dificultades tenemos?

Pues a lo mejor esto no se conoce con tanto detalle como yo pienso, y de estas cuestiones es de lo que os quiero hablar. Me voy a referir al Trabajo Social Sanitario del sistema público, siento no conocer tan bien la profesión en el sistema sanitario privado, pero espero que con la encuesta que está realizando el Consejo Andaluz de Trabajo Social se pueda visibilizar más.

En el sistema sanitario público de Andalucía trabajamos casi 500 profesionales de Trabajo Social. Somos trabajadoras/es sociales sanitarios porque desempeñamos nuestras funciones dentro de los servicios sanitarios, aunque el sistema no nos reconoce como profesión sanitaria y esto nos trae algún que otro problema. Es por esto por lo que desde 2012 tenemos una campaña activa solicitando cambiar la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y que se nos reconozca como tales. A este respecto, en 2019, la ministra de Sanidad del momento hizo un comunicado sobre las intenciones del Ministerio para nuestro reconocimiento como profesionales sanitarios, pero hubo cambio del titular de la cartera, llegó la pandemia y todo se paralizó. En la actualidad el Ministerio está cerrado a cualquier cambio al respecto.

De todos es bien conocida la historia de la profesión y como el Trabajo Social se configuraba, como disciplina científica y profesión a finales del s. XIX y principios del s. XX, a la vez que lo hacían otras ciencias sociales como la Sociología o la Psicología. En nuestro caso, la profesión de TS nacía muy ligada a la ciencia médica y en 1905 se contrataba en el hospital de Massachusetts a la primera trabajadora social, creándose así el primer Servicio Social Médico encargado de investigar y trabajar sobre los aspectos sociales que influían en la enfermedad (Hervás, A. 2012).

En 1908 Ida M. Cannon, trabajadora social del hospital de Massachusetts, consideraba al trabajador/a social sanitario/a como **nexo de unión entre el sistema sanitario y la comunidad**. Ese mismo año, Mary M. Ogilvie, trabajadora social de un dispensario en Pennsylvania, hablaba de la importancia de coordinarse con profesionales del Trabajo Social de los distritos y afirmaba que este nuevo trabajo tenía un gran futuro. **Claramente se refería a la coordinación sociosanitaria**. Garnet Isabel Pelton, en 1910, tenía un lema que no podemos olvidar, **"trata a la enfermedad, pero no olvides de tratar al hombre"**. (En Allué Martínez X. y Colom Masfret D. 2009).

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Traigo estas referencias de las pioneras de la profesión, para confirmar su plena actualidad y entender la base y la especificidad del TSS hoy.

En nuestro país comenzamos a tener profesionales de TS en los hospitales en los años cuarenta del siglo XX, y a partir de la creación de la atención primaria (real decreto 187/84 sobre estructuras básicas de Salud) también contamos con esta figura profesional en los Centros de Atención Primaria. Además, el **Sistema Nacional de Salud (SNS) considera el Trabajo Social como una prestación básica dentro de su cartera de servicios**, cuestión que también se refrenda en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS 16/2003.

Pero dado que no somos una profesión sanitaria, no se nos considera personal asistencial y por tanto nuestra dependencia funcional en el sistema es muy variopinta, así como tampoco tenemos una estructura orgánica. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tenemos jefaturas propias en el organigrama del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y hemos dependido, desde las direcciones de servicios generales, hasta de las direcciones gerencias. En la actualidad hay consenso para depender de los servicios de atención a la ciudadanía, que son servicios NO asistenciales, pero esto no ocurre siempre. Y esta es otra de "nuestras batallas", hacer que el SAS se comprometa en definir una estructura orgánica para el Trabajo Social Sanitario y una dependencia funcional de las direcciones gerencias, con el fin de que la profesión tenga una uniformidad dentro del sistema.

Hasta aquí nuestros problemas dentro de la estructura sanitaria, pero a pesar de todo ello no cesamos en nuestro trabajo diario, un trabajo que **sí** es asistencial y realizado por profesionales que en todos los foros científicos somos reconocidos como parte del equipo sanitario que atiende la salud de la población.

Cualquier persona que presenta una enfermedad se enfrenta, además de a unos cambios físicos, a unos cambios que afectan directamente a las otras dimensiones de su vida, como las relaciones familiares, personales, laborales, económicas, etc. Ayudar a enfrentarse a todo esto y a encontrar un equilibrio entre los hábitos de vida habituales y la nueva situación de salud, para garantizar la calidad de vida, es tarea de los y las profesionales del TSS, contribuyendo así a la atención holística e integral de la salud.

El proceso de salud enfermedad causa desajustes sociales y nuevas necesidades tanto a la persona como a su entorno más próximo, que, de no tratarse adecuadamente por los profesionales especialistas en la materia, los TSS, puede interferir negativamente en la evolución de la enfermedad y en la adaptación social que conlleva. La intervención social del profesional de TS, es clave para mantener a los y las pacientes en las mejores condiciones sociales posibles, procurándoles a ellos y su entorno el soporte social adecuado.

El Trabajo Social como disciplina, interviene con el individuo y en la interacción de este con su entorno, esto es, en los grupos



en los que se constituye y en la comunidad en la que se asientan. Estos también son los sujetos de intervención del Trabajo Social Sanitario, aunque pueden atenderse en mayor o menor medida en función del dispositivo de salud donde nos situemos, atención primaria o atención especializada (dentro de esta división se incluyen los servicios de atención a la Salud Mental y aquellos otros dispositivos de atención sanitaria a poblaciones específicas que también forman parte de la atención primaria de salud o de la atención especializada).

Mediante el **Trabajo Social de Caso (Trabajo Social Individual, Familiar**) se evalúa al paciente y su familia, teniendo en cuenta las condiciones que les rodean, para poder establecer un diagnóstico social y un plan de intervención, que les permitan desarrollar capacidades para resolver las situaciones de malestar psicosocial causadas por la enfermedad, o que puedan influir en la misma.



Esta intervención se documenta en la *historia social sanitaria* y está orientada al trabajo sobre las fortalezas y las capacidades de los pacientes y sus familias, de manera que implica superar el binomio necesidades – recursos (Hervás, A. 2016). Además, definimos y trabajamos con aquellas situaciones sociales que pueden aumentar la complejidad social, con el fin de anticiparnos a ellas. Todo ello utilizando la *metodología de gestión de casos*.

Los profesionales del TS en el sistema sanitario, como ya decía Ida M. Cannon, somos los profesionales de enlace que coordinamos acciones entre los diferentes sistemas de protección y con otros profesionales. Esto es la *coordinación sociosanitaria*, el espacio profesional donde nos movemos los trabajadores sociales de salud y que facilita la continuidad asistencial de la intervención social. En esta coordinación sociosanitaria del día a día, es donde consensuamos y priorizamos los objetivos referidos al plan de trabajo con las personas que atendemos, así como las acciones que cada entidad y/o sistema de protección (educación, justicia, servicios sociales…), va a llevar a cabo para conseguir dichos objetivos. No es una simple derivación a otro servicio, es buscar el servicio idóneo en función del diagnóstico social emitido, contando con el consenso del paciente y la familia, acompañándolos en la toma de decisiones durante el proceso y definiendo los compromisos de acción de cada entidad y/o sistema en función de sus competencias.

Pero este espacio profesional del TSS, la coordinación sociosanitaria, está limitado por las capacidades de acción de cada profesional, referidas estas a las propias limitaciones profesionales que marca la entidad a la que se debe. En nuestro quehacer profesional, nos encontramos con personas que necesitan utilizar simultáneamente servicios sanitarios y sociales en un momento de su vida. Son situaciones que superan los límites de la coordinación sociosanitaria en la que trabajamos cada día, de aquí que los dos sistemas, sanitario y social, deban actuar de forma conjunta y complementaria en su respuesta, una respuesta sin brechas, ni fisuras, ni dilaciones en el tiempo. Se necesita de un trabajo conjunto, colaborativo y con beneficios para todos los partícipes, que proporcione mejoras en la salud y el bienestar social, requiere por tanto una voluntad expresa y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas por parte de las administraciones. Es necesaria una *Atención Sociosanitaria*. (Hervás, A. 2016)

Aunque la necesidad de la atención sociosanitaria es manifiesta y sentida por todos, profesionales y usuarios, las administraciones implicadas no se ponen de acuerdo ni en su definición, ni en su implementación. La atención sociosanitaria requiere definir los criterios de los sujetos beneficiarios, la cartera de servicios, los equipos de trabajo y las metodologías de trabajo a emplear, así como la financiación de la misma. Siendo la inexistencia de atención sociosanitaria, que no la coordinación sociosanitaria, otra de las dificultades en el trabajo diario.

Voy a describir a continuación algunas de las situaciones sociofamiliares con las que nos encontramos más frecuentemente en este Trabajo Social Individual-familiar, con el fin de que se pueda entender mejor la actividad asistencial.

Pacientes inmersos en familias flexibles con buena adaptabilidad

Estas situaciones familiares son un buen predictor para que el paciente también se adapte a la nueva situación de salud. Con estas familias trabajamos en la movilización de sus propios recursos para utilizarlos como ayuda terapéutica. La familia es un pilar importante en el cuidado integral del paciente por lo que trabajamos con ellos para consensuar una red de cuidadores familiares, no un cuidador principal, sino un cuidador referente que “coordina” la red familiar. Es importante evitar una posible claudicación familiar durante el proceso, por lo que el apoyo desde el TSS es imprescindible.

Pacientes inmersos en familias con pocas habilidades sociales para enfrentarse a situaciones complejas, o con gran desestructuración familiar.

En estos casos se requiere una intervención social intensa, con un abordaje de la dinámica familiar ayudando al reajuste de los componentes de su estructura y a la búsqueda de consenso. Es preciso una esmerada coordinación sociosanitaria con los profesionales de los servicios existentes en la comunidad, que garantice la continuidad de la atención social y una estrecha coordinación con el resto de profesionales del equipo sanitario.

Pacientes que están solos, no tienen ningún tipo de familiar

La intervención social va dirigida a la búsqueda y establecimiento de redes de apoyo social (formal y/o informal), en función de la autonomía social y personal que presente el paciente.

Pacientes sin familiares directos

También en estos casos la intervención social en salud va dirigida a la búsqueda y establecimiento de redes de apoyo social (formales y/o informales), en función de la autonomía social y personal que presente el paciente, buscando el consenso entre todos los intervinientes, teniendo en cuenta que pueden existir intereses encontrados en función de las conexiones familiares.

Pacientes inmersos en unidades convivenciales sin lazos familiares

La búsqueda de apoyos sociales en función de las preferencias del paciente y garantizando sus derechos, es el objetivo principal de intervención.

Pacientes en situación de riesgo o exclusión social por su modo de vida

La intervención social es muy intensa y dificultosa, pues esos modos de vida son difícilmente compatibles con las acciones necesarias para el mantenimiento de su salud, además, la capacidad relacional del paciente para aceptar normas y tomar decisiones reflexivas no está bien estructurada.

Cuando estas situaciones sociofamiliares se producen en personas diagnosticadas de pluripatología, enfermedades crónicas y/o degenerativas, enfermedades del espectro de la salud mental, o neurológicas, o en personas víctimas de violencia (mayores, menores y mujeres) la intervención social se hace mucho más compleja, porque a estos diagnósticos se asocia la complejidad social a lo largo del proceso.

Si estas situaciones de complejidad clínica y complejidad social se dan durante una hospitalización, en la intervención social



entra en juego el factor tiempo, puesto que tenemos que trabajar para que el alta hospitalaria se produzca de la manera más adecuada para el paciente y su familia, en un tiempo que viene determinado por la estabilidad clínica y manejado por los facultativos, no por los TSS de hospital.

Hasta aquí una revisión del trabajo puramente asistencial desarrollado con personas con una enfermedad y sus familias. Pero también tenemos una importante actividad en el área de la prevención y promoción de la salud y el fomento de la participación comunitaria en salud. Dicha actividad se desarrolla desde dos áreas de intervención y enfocada a otros dos sujetos de intervención, los grupos y la comunidad, utilizando el modelo de "activos en salud". Trabajar en activos de salud, en lugar de trabajar sobre los problemas, implica dirigirse hacia aquello que funciona, que tiene un efecto positivo para la salud (Hervás, A. 2015).

Con el **Trabajo Social Grupal** se pretende mejorar el funcionamiento social del individuo a través de experiencias constructivas de grupos, que le ayuden a enfrentarse con sus problemas personales (Konopka, G. 1968). Las intervenciones grupales en TSS pueden estar orientadas a la consecución de objetivos preventivos y también de tratamiento social, contribuyendo al perfeccionamiento individual y a la consecución de objetivos sociales útiles para la salud.



Existen diferentes modalidades de grupos conducidos por TSS, son los grupos de autoayuda, grupos de promoción y educación para la salud, grupos socioeducativos...

Estos últimos, los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria en Salud (GRUSE), son la modalidad que se realiza en la atención primaria del Servicio Andaluz de Salud, la desarrollan los profesionales de TSS en los centros de salud de toda Andalucía. Comenzaron como una actividad dirigida a las mujeres, con el objetivo de desarrollar talentos personales y potenciar habilidades para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, desde una formación psicoeducativa basada en activos en salud y acorde a las líneas relacionadas con el II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía. En la actualidad se están desarrollando también para hombres.

Tras diez años desde su implantación se ha comprobado la eficacia de este trabajo grupal al constatar que los integrantes desarrollan habilidades personales de adaptación y superación que elevan la autoestima y la seguridad, de manera que se modifican comportamientos y conductas capaces de influir en los determinantes en salud. (Consejería de Salud Junta Andalucía 2011).

Desde el **Trabajo Social Comunitario** se busca la consecución de objetivos comunes que den respuesta a situaciones detectadas en la comunidad. El trabajo comienza con el estudio de la comunidad realizando el mapa de activos comunitarios en salud, una acción que en sí misma ya forma parte de la intervención social y que lleva implícita la participación de la comunidad.

Esta actividad comunitaria en salud está fundamentada en las recomendaciones de la OMS, que entiende la participación comunitaria como un proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyendo así a su desarrollo económico y comunitario. Mediante este proceso las comunidades pueden conocer mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario. La Ley general de Sanidad 14/1986, en su art. 6 dice que las actuaciones de las administraciones publicas estarán orientadas a la dimensión social de la salud, y en el art. 5 establece la necesidad de la participación activa de la comunidad a lo largo de todo el proceso sanitario.

Por todo ello los/os TSS, como profesionales expertos en la intervención y participación comunitaria, somos los dinamizadores de esta actividad dentro del equipo sanitario. Trabajamos mediante actividades basadas en las capacidades de las personas y la comunidad, identificando elementos clave que nos sirvan de introductores en las redes comunitarias, así como entidades y organismos dinamizadores. Todo ello enfocado principalmente a la promoción de la salud, la activación y movilización de las personas que, mediante su autodeterminación, su capacidad de superación y los valores de la acción cooperativa, buscan soluciones para la mejora de la salud de la comunidad.



La participación comunitaria se desarrolla desde todos los niveles del sistema sanitario, atención primaria y atención especializada, teniendo en cuenta que en función del nivel donde nos situemos puede tener diferente desarrollo. El desarrollo más completo se realiza desde los dispositivos de atención primaria, pero también se realiza un desarrollo importante desde la atención hospitalaria con programas de voluntariado entre otros.

En definitiva, la participación comunitaria en salud se desarrolla desde programas solidarios liderados por las organizaciones comunitarias, que complementan la atención y promoción de la salud de las instituciones sanitarias. Teniendo siempre en cuenta las consideraciones que definía Marco Marchioni (en Hervás A. 2011) al afirmar que la participación comunitaria no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman, sino en ofertar a la población oportunidades reales de participar en las decisiones, ofertar medidas organizativas y programas que ellos mismos consideren importantes, útiles y necesarios.

Esta es, a grandes rasgos, la actividad realizada por los y las profesionales de TSS. Seguro que quedan "cosas en el tintero", pero aun así, espero haber contribuido a una mejor comprensión de nuestra actividad profesional dentro del sistema sanitario.

Bibliografía:

- Allué Martínez Xavier y Colom Masfret Dolors. (2009). "Contexto histórico en el Trabajo Social Sanitario". Postgrado Trabajo Social Sanitario. UOC. Barcelona.
- Consejería de Salud (2011). "Grupos Socioeducativos en atención primaria. Gruse. Argumentario". Junta de Andalucía.
- Hervás de la Torre, A. (2011). "La Participación Comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario". Documentos de Trabajo Social nº 49-50. Colegio de Trabajadores Sociales de Málaga. Issn 1133-6552. Issn electrónico 2173-8246.
- Hervás de la Torre, A. (2012). "Por qué se ha de reconocer al Trabajo Social en el ámbito de la salud como profesión sanitaria". Revista de Trabajo Social y Salud nº 72. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.
- Hervás de la Torre, A. (2015). "La Coordinación Sociosanitaria y la atención a la cronicidad: el derecho de/la paciente a una atención integral e integrada". Revista de Trabajo Social y Salud nº 81. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.
- Hervás de la Torre, A. (2016). "La Coordinación Sociosanitaria: espacio profesional del Trabajo Social Sanitario en la atención integral a la salud de las poblaciones". Revista Actas de Coordinación Sociosanitaria nº 16. Año VI. Marzo. Fundación Caser.
- Konopka G. (1968). "Trabajo Social de Grupo". Euramerica. Madrid.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102 de 29 de abril de 1986. Jefatura del Estado.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003. Jefatura del Estado.
- Real Decreto 187/84, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE nº 27 de 1 febrero de 1984. Ministerio de Sanidad y Consumo.