

# LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: ESPACIO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

AGUSTINA HERVÁS DE LA TORRE

Trabajadora Social Sanitaria. Socióloga.  
Presidenta Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN. LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

2. LA ATENCIÓN SOCIAL PROFESIONAL DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.

3. APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

4. LAS DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN ESPAÑA.

5. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

*Trabajo Social Sanitario; Coordinación sociosanitaria; Atención sociosanitaria; Gestión de casos; Atención integral a la salud.*

## RESUMEN

*Revisando la evolución histórica del Trabajo Social podemos comprobar como el Trabajo Social Sanitario tiene una identidad propia, que lo diferencia de otras áreas de intervención del trabajo social dentro del Estado de Bienestar. Esta seña de identidad lo sitúa como nexo de unión entre el sistema sanitario y el resto de sistemas de protección que existen en la sociedad, trabajando con los pacientes y sus familias, los grupos en los que se constituyen y la comunidad en la que se asientan, y todo ello desde su posición en el sistema sanitario.*

*El trabajo social sanitario utiliza la gestión de casos como metodología para su intervención, siendo la coordinación sociosanitaria el ámbito de su actuación profesional. Con la intervención social en salud del trabajo social, se proporciona una atención integral a la salud de la población. La contribución al Sistema Sanitario y a la Salud Pública, está en la defensa de la salud y los derechos sociales de las personas, reduciendo así las desigualdades sociales mediante el fomento de la participación comunitaria.*

## KEYWORDS

*Public Health Social Work. Public health coordination. Public health care. Case management. Comprehensive health care.*

## ABSTRACT

*Reviewing the historical development of Social Work we can see how Public Health Social Work has its own identity, which distinguishes it from other areas of social work intervention in the welfare state. This hallmark makes it a link between the health system and other protection systems that exist in society, working with patients and their families, the groups in which they are formed and the community in which they are established, all this from their position in the health care system. Public Health Social Work uses case management as a methodology for intervention, public health coordination being the area of its professional activity. With social intervention in health and social work, comprehensive health care of the population is provided. The contribution to the Health System and to Public Health lies in the protection of health and the social rights of people, thus reducing social inequalities by promoting community participation.*

## 1. INTRODUCCIÓN. LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

El Trabajo Social como disciplina científica y profesión se configuraba 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. Lo hizo muy ligado a la ciencia médica y así en 1905 se contrataba en el hospital de Massachusetts a la primera trabajadora social. El Dr. Richard Cabot creaba el primer Servicio Social Médico para investigar y trabajar sobre los aspectos sociales que influían en la enfermedad. (Hervás, A. 2012).

Desde 1874, en EEUU se celebraba anualmente la "National Conference of Charities and Correction" auspiciada por la Sociedad Sociológica Americana, que a partir de 1917 pasó a llamarse "National Conference of Social Work" y, posteriormente, desde 1957 se denomina "National Conference on Social Welfare".

En estos foros se reunían líderes de las organizaciones sociales y de la asistencia social para debatir sobre los problemas sociales de la época: la pobreza, el crimen, el estado de la vivienda, la inmigración, la delincuencia juvenil, el cuidado de los discapacitados y menores dependientes, la problemática de la caridad "médica"... Además emitían informes sobre dichos temas que sirvieron para el cambio de legislaciones y reformas sociales, políticas y económicas. (Addams, J. 2013).

En estas conferencias, los profesionales de la época ya hacían diferencias entre las distintas áreas de intervención del trabajo social. En 1895, el alemán C.R. Henderson, fundamentaba las actividades de la German Inner Mission, cuyo objetivo era la educación de los jóvenes,

en la **visión del ser humano como ser bio-psico-social-cultural**, esto es, **un siglo antes de que la OMS** definiera la salud como el bienestar físico, psíquico y social.

En 1908 Ida M. Cannon, trabajadora social del hospital de Massachusetts, consideraba al trabajador social sanitario como **nexo de unión entre el sistema sanitario y la comunidad**.

Ese mismo año, Mary M. Ogilvie, trabajadora social de un dispensario en Pennsylvania, consideraba la importancia de coordinarse con los trabajadores sociales de los distritos y afirmaba que este nuevo trabajo tenía un gran futuro. **Claramente se refería a la coordinación socio-sanitaria**.

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).

Valgan todas estas referencias de los orígenes de la profesión para confirmar su plena actualidad y entender la especificidad del trabajo social sanitario (TSS).

El TSS aplica y gestiona los aspectos sociales de la enfermedad que padecen las personas atendidas en los centros sanitarios.

Como afirma Colom (2008), "la correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias y no otras, de manera que no cree confusión con el trabajo social practicado en otros ámbitos del estado del bienestar, como los servicios sociales, la educación, la justicia o el ámbito laboral".

Colom, continua diciendo que “el trabajador social sanitario previene situaciones sociales estresantes en el ámbito individual/familiar sobrevenidas a raíz de la enfermedad, o que puedan inducir en ella. Investiga realidades manifestadas en las personas enfermas atendidas y su entorno, y participa en actividades de formación”. A todo esto hay que añadirle el trabajo con la comunidad en la promoción de su salud y prevención de la enfermedad.

El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno; dado que la salud es un concepto integral. Daniel Gil (2012) considera que el TSS se define como un trabajo social situado en el margen entre el individuo y su medio. No se trata de un margen físico, sino de un margen epistemológico y constitutivo del propio saber que sigue la tesis de Foucault para las ciencias sociales y que “se autoconstruye en la vecindad y a lo largo de esas ciencias en las que se trata de la vida, del trabajo y del lenguaje”. El trabajador social sanitario interviene en la relación entre el hombre con su biología (salud), su lenguaje (comunicación) y su producción (inserción social/trabajo).

En los años cuarenta del siglo XX comenzamos a tener trabajadores sociales sanitarios en los hospitales españoles. En 1969 la OMS y la OPS en su documento sobre “Planificación y administración de hospitales”, recogía la necesidad de tener trabajadores médico-sociales en los hospitales, al afirmar que “un departamento médico-social bajo la dirección de una trabajadora médico-social adiestrada capaz de colaborar con los clínicos, es una necesidad virtual en el hospital moderno; sin él, gran parte de la competencia y esfuerzos de los médicos y las enfermeras puede desperdiciarse”.

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, así el **Sistema Nacional de Salud (SNS) considera el Trabajo Social como una prestación básica dentro de su cartera de servicios**, cuestión refrendada también en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS 16/2003.

De esta manera, nuestro SNS pone los medios para proporcionar una atención social profesional y especializada a aquellas personas con problemas de salud y dificultades en la resolución de problemas de la vida cotidiana que acuden a los centros sanitarios. Con ello garantiza una atención integral a la salud de la población, es decir una atención bio-psico-social.

## 2. LA ATENCIÓN SOCIAL PROFESIONAL DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.

Como se dijo anteriormente, el Trabajo Social interviene con el individuo y en su interacción con su entorno, esto es, en los grupos en los que se constituye y en la comunidad en la que se asientan. Estos tres sujetos de atención clásica han dado lugar a tres áreas de intervención propias del trabajo social: trabajo social individual/familiar (casework), trabajo social de grupo y trabajo social de comunidad, todas ellas relacionadas entre sí y no excluyentes.

Cada una de estas áreas, son sujeto de intervención también desde el trabajo social sanitario aunque pueden desarrollarse en mayor o menor medida en función del dispositivo de salud donde nos situemos, atención primaria o atención especializada (dentro de esta división incluimos los servicios de atención a la Salud Mental y aquellos otros dispositivos de atención

sanitaria a poblaciones específicas: centros de tratamiento de adicciones, centros de atención a la salud reproductiva, etc.).

Vamos a centrarnos en cada una de las áreas de intervención desde el trabajo social sanitario.

En el **Trabajo Social de Caso** (casework), 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 y se realiza mediante la Coordinación Sociosanitaria, utilizando la metodología de Gestión de Casos.

La **gestión de casos** se definió como tal en la década de 1970 en EEUU “case management, traducido como gerencia de casos o gestión de casos”. Fue la respuesta a la disfuncionalidad de los sistemas de protección del momento y de ahí que la coordinación entre servicios sea fundamental para la gestión de casos. Esta definición se data en el Acta Estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar (En este documento hay tres administraciones implicadas) (Eguren, E. 2012, en Hervás, A. 2014).

En 1992, La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EEUU (*National Association of Social Workers, NASW*) define la gestión de

casos como “un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades de la persona, y de su familia cuando sea adecuado y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya (media) un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico”.

Se concibe la gestión de casos a través de las siguientes características:

- Un modelo de intervención holístico.
- Se centra en la persona inserta en su entorno.
- Potencia la autonomía personal y la participación social.
- Facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de dichas personas.

Hunter (1988, en Sarabia, A. 2007) puntualiza varias recomendaciones.

En primer lugar insiste en no confundir la gestión de casos con la *gestión de cuidados* (*care management o managed care*). La gestión de cuidados, realizada por los profesionales de enfermería, está diseñada para evitar o acortar la hospitalización y reducir sus costes, y no está orientada a las necesidades del paciente. Así lo hace saber el Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio en su “Informe para la Coordinación y Atención Sociosanitaria” (2013), donde considera que la gestión de casos de la enfermera es un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario porque permite ahorros al liberar camas hospitalarias de agudos, y en esto fundamenta la coordinación sociosanitaria. Está claro que el Consejo Asesor confunde gestión de casos con gestión de cuidados.

La segunda recomendación de Hunter es que no se debe usar la gestión de casos para otros intentos de coordinación entre servicios, cuestión (la coordinación de servicios) que también se propone en el informe de este Consejo. De manera que esta propuesta del Consejo Asesor incumple las dos recomendaciones de Hunter sobre la gestión de casos.

Como decía anteriormente, la coordinación entre servicios es fundamental para el desarrollo de la metodología de gestión de casos y es aquí donde tenemos que hablar de la **Coordinación Sociosanitaria**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: "la necesidad de una acción intersectorial, es decir, la acción en la que el sector salud y los demás sectores pertinentes colaboran para el logro de una meta común mediante una estrecha coordinación de las contribuciones de los diferentes sectores."

Este es el espacio profesional donde nos movemos los trabajadores sociales, tanto de salud como de servicios sociales, entendidos estos en sentido amplio (municipales, de educación, de justicia, de mayores, de discapacitados...) y este es el espacio que facilita la continuidad asistencial de la intervención social.

Los trabajadores sociales en el sistema sanitario somos los profesionales de enlace que coordinamos acciones entre sistemas y con otros profesionales. También lo entiende así el Ministerio de Salud, ya que en la estrategia nº 27 sobre la Mejora de la Coordinación entre Servicios Sanitarios y Servicios Sociales (2007) se afirma: "con el propósito de mejorar la cooperación de los servicios sanitarios y los servicios sociales en la atención a los usuarios, entre las

líneas de actuación está impulsar la figura del trabajador social en Atención Primaria para mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales".

Esta coordinación se realiza en función de las necesidades que presente la persona y los objetivos marcados en el plan de trabajo, todo ello formando parte de la metodología de gestión de casos.

La salud de las personas está influenciada por diferentes determinantes y las necesidades de distinta índole que se plantean no pueden ser atendidas en su totalidad por los servicios sanitarios, requiriéndose de la intervención de otros sistemas. La coordinación sociosanitaria es la clave que nos va a permitir optimizar las actuaciones y recursos de cada uno, además de mejorar la intervención.

**En ese espacio de trabajo profesional, que es la coordinación sociosanitaria,** se consensuan y priorizan los objetivos referidos al plan de trabajo con las personas que atendemos, así como las acciones que cada entidad va a llevar a cabo para conseguir dichos objetivos.

Este espacio profesional 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. Este espacio de trabajo propicia por tanto un trabajo en red interprofesional e intersectorial, donde se incluyen también entidades privadas y el tercer sector. (Hervás, A. 2015).

En este punto, es preciso señalar que con la implementación en estos años de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, se

ha puesto de manifiesto la necesidad de coordinar, complementar e integrar las actuaciones de los servicios sociales con los sanitarios en determinados casos de personas dependientes y de otros colectivos.

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 a la que aludíamos antes, de aquí que los dos sistemas 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**.

La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud nos habla de la prestación sociosanitaria y la define como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.”(Hervás 2015). Desde mi punto de vista esta Norma española nos está definiendo la Atención Sociosanitaria.

Aunque la necesidad de la Atención Sociosanitaria es manifiesta y sentida por todos, las administraciones no se ponen de acuerdo en su definición ni en su implementación, 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.

La sociedad científica a la que represento, junto con el Consejo General de Colegios de Trabajo Social, hemos elaborado un Decálogo sobre la Atención Sociosanitaria que se puede consultar en nuestra web ([www.aetrabajosocialysalud.es](http://www.aetrabajosocialysalud.es)).

El **Trabajo Social de Grupo** siguiendo a G. Konopka (1968), pretende mejorar el funcionamiento social del individuo a través de experiencias constructivas de grupos, que le ayuden a enfrentarse con sus problemas personales. 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.

Tanto el Trabajo Social de Grupo como el Trabajo Social Comunitario del que hablaremos después, dentro del TSS están enfocados desde el modelo de “Activos en Salud”. (Hervás, A. 2015)

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, por ejemplo, las redes sociales, los sentimientos de autoeficacia personal y colectiva que son buenos para la salud y el bienestar.

Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos y de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar

(Morgan A. & Ziglio E. 2007; Morgan A., Davis M & Ziglio E., 2010 en Hernan M.; Morgan A.; Mena A.L. 2012).

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

Estos últimos, los grupos socioeducativos, es una modalidad por la que ha apostado la Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud y que desarrollan los trabajadores sociales sanitarios en los centros de salud de 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 seis 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).

En el **Trabajo Social Comunitario** se busca la consecución de objetivos comunes que den respuesta a necesidades detectadas en la comunidad. Es necesario abordarla y para ello es preciso conocerla realizando el mapa de activos

comunitarios, una acción que en sí misma ya forma parte de la intervención social y que lleva implícita la participación de la comunidad.

Sin el fomento y consecución real de la participación comunitaria no se puede realizar un adecuado trabajo social comunitario. Marco Marchioni (en Hervás A. 2011) figura clave en el trabajo social comunitario en España, considera 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 función de su realidad) en las decisiones, ofertar medidas organizativas y programas que ellos mismos consideren importantes, útiles y necesarios.

Dentro del marco normativo que regula nuestro Sistema Sanitario, la Ley General de Sanidad 14/1986, en su art. 6 dice que las actuaciones de las administraciones públicas 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. Para el cumplimiento de esta Norma el sistema sanitario dota a los servicios de los profesionales necesarios.

La OMS define la Participación Comunitaria como el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario. Además define la Promoción de la Salud como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Y define la



Atención Primaria como el espacio adecuado para el desarrollo de la promoción de la salud y la participación comunitaria dentro de una concepción integral de esta.

Por tanto el trabajo social sanitario en su área de intervención comunitaria trabaja mediante actividades basadas en las capacidades de las personas y la comunidad, identificando elementos clave que nos sirvan de introductores en la redes comunitarias, así como entidades y organismos dinamizadores. Está 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.

En la promoción de la salud es donde la disciplina del Trabajo Social Sanitario y las demás disciplinas sanitarias convergen por el trabajo comunitario, cada una desde su ámbito de actuación deben considerar a la comunidad como objeto y como un área de intervención a la vez. La comunidad es la protagonista y se convierte en objeto y sujeto de atención. Siendo la promoción de la salud y el trabajo social prestaciones de la Atención Primaria de Salud (ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS).

Si bien es verdad que el TSS en el área comunitaria tiene más capacidad de acción desde la posición de la atención primaria, no podemos olvidar esta actividad desde el ámbito hospitalario. Desde estos centros sanitarios también se tiene que promover el desarrollo integral de la zona, potenciando las redes de ayuda mutua, el voluntariado, las redes de cuidadores y la cooperación entre servicios formales del territorio. Todo ello con el fin de promover la

presencia del hospital en la vida comunitaria y que las organizaciones comunitarias colaboren y participen en los objetivos de salud.

### 3. APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

Hasta aquí hemos podido ver la identidad del trabajo social sanitario y como desarrolla su actividad individual, grupal y comunitaria dentro del sistema sanitario, de todo ello se desprenden las siguientes aportaciones de esta disciplina a la salud de la población:

- Posibilidad de que el Sistema Sanitario proporcione una verdadera **atención integral** a la salud de la población, ya que la atención social en salud está realizada por los trabajadores sociales sanitarios que son los profesionales especializados en la intervención social.
- Conformar una **Historia Sanitaria**. Como instrumento de trabajo, el trabajador social sanitario utiliza la Historia Social, que unida a la Historia Clínica constituyen la Historia Sanitaria que debe ser la base para la atención sociosanitaria.
- **Conocimiento teórico, experiencia y práctica en el ámbito sociosanitario**. En las intervenciones asistenciales la mirada del trabajador social sanitario está puesta en la necesidades sociosanitarias de los pacientes dependientes, crónicos, paliativos, mujeres que sufren violencia, ancianos y menores maltratados, inmigrantes con dificultades de adaptación, etc. Son colectivos que constituyen el eje primordial de nuestra atención, y el ámbito sociosanitario es nuestro campo de trabajo.

- **Aplicación de la metodología de Gestión de Casos.** Desde el conocimiento científico y desde nuestra experiencia, podemos constatar que el método de trabajo para la intervención sociosanitaria es la Gestión de Casos. La aportación del diagnóstico social sanitario y las líneas de tratamiento social son imprescindibles para que el equipo de salud pueda realizar un correcto abordaje sociosanitario centrado en la persona y su medio. Sin estas aportaciones se corre el riesgo de sustituir la gestión de casos por una gestión de cuidados, en la que lo único que se hace es “asegurar” la continuidad asistencial a través del enlace con otros servicios.

- **Trabajo en red desde el sistema sanitario.** Tenemos conocimientos actualizados de los sistemas, sanitario, de servicios sociales, educativo etc., así como el manejo de los recursos sociales de distinta titularidad. Por tanto, mantenemos una posición de “profesional frontera” entre el sistema sanitario y el resto de sistemas de protección, esto nos proporciona la disposición necesaria para fomentar el trabajo en red y que esté presente como tal, en los espacios de trabajo para definir intervenciones con colectivos vulnerables.

- **Trabajo Social Comunitario desde el sistema sanitario.** Esto permite que se realice un abordaje de la salud comunitaria mediante actividades de promoción, prevención, el mapa de activos comunitarios y el fomento de la participación comunitaria en salud, propiciando espacios donde los ciudadanos tengan verdaderamente voz y voto en los temas que afectan a su salud.

- **Promover investigación bio-psico-social.** Mediante los tratamientos sociofamiliares

que realizamos tenemos conocimiento de los factores psicosociales que inciden en la salud y de los determinantes sociales que están intervenido en ella. Esto nos pone en una posición privilegiada para realizar y promover investigaciones, junto con el resto de miembros del equipo de salud, sobre la influencia de dichos determinantes sociales en los procesos de salud- enfermedad.

A modo de conclusión podríamos decir que nuestra contribución al Sistema Sanitario y a la Salud Pública está en la **defensa de la salud y los derechos sociales** de las personas, con dos objetivos fundamentales en nuestro trabajo:

1. Desarrollar **procesos de apoyo social** que ayuden a las personas que atendemos a afrontar situaciones y a tomar las decisiones más acordes con sus necesidades, deseos y preferencias.
2. Trabajar en la **reducción de desigualdades sociales en salud** a través del fomento de la participación comunitaria, donde la identificación de grupos vulnerables y población de riesgo tendrá una especial significación.

#### 4. LAS DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN ESPAÑA.

A pesar de ser el Trabajo Social una disciplina profesional unida a la salud desde su nacimiento hace más de un siglo, que es una prestación básica de nuestro Sistema Nacional de Salud y que los gestores entienden que es imprescindible para la atención integral a la salud y la coordinación sociosanitaria, lo cierto es que la dotación de estos profesionales en los centros sanitarios es muy dispar en todo el territorio nacional.

En el País Vasco no hay trabajo social en atención primaria de salud y solo se contempla en atención hospitalaria.

En la Comunidad Valenciana, la distribución es muy desigual en función del departamento de salud y la provincia. Los hospitales tienen poca dotación, las unidades de salud mental de Castellón no tienen trabajadores sociales y en atención primaria hay profesionales que atienden más de dos zonas básicas de salud. Los centros de adicciones y de salud sexual y reproductiva están infradotados.

En Aragón existen trabajadores sociales en los hospitales y en las zonas urbanas de atención primaria. En la atención primaria de las zonas rurales se comparte profesional entre dos centros y en las unidades de salud mental no hay.

En la Comunidad de Madrid, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas, varios centros de salud comparten trabajador social. Aunque los centros de salud mental están mejor dotados, existiendo un profesional por centro, no se tiene en cuenta la población asignada a cada uno. Los hospitales públicos de esta comunidad tienen una dotación muy dispar, existiendo algunos con presencia física del trabajador social 24h y otros con un solo profesional en horario de mañana.

En Andalucía, inicialmente con el nacimiento de la atención primaria se contemplaba un trabajador social en cada centro de salud, pero en la actualidad encontramos que un único profesional puede compartir hasta tres centros de salud (sobre todo en zonas rurales, con la dispersión geográfica que conlleva). Los dispositivos de salud mental que tradicionalmente

estaban dotados de un trabajador social, han sido infradotados en los últimos años ya que se han abierto nuevos centros sin plaza de trabajador social en plantilla. Los hospitales tienen trabajadores sociales sin tener en cuenta ni las ratios de camas, ni las especificidades del centro en función de los servicios clínicos que prestan.

En Castilla y León existen trabajadores sociales en atención primaria, pero también, en función de las áreas, algunos atienden dos y tres centros de salud, y lo mismo ocurre en los centros de salud mental. En cuanto a los hospitales, igualmente la dotación es muy desigual.

En Cataluña la cobertura también difiere en función de las provincias, en Barcelona todos los centros de atención primaria están dotados de TSS al igual que los hospitales públicos. No ocurre lo mismo en el resto de provincias de la comunidad, Tarragona tiene dotación en la atención hospitalaria, pero no toda la atención primaria está cubierta de manera que los profesionales comparten varios centros, esta situación también se da en las otras provincias catalanas. La red de salud mental en esta comunidad es privada y dispone de trabajadores sociales que comparten centros.

En Navarra el sistema de salud tiene una sentencia del tribunal foral por la que debe dotar con un trabajador social cada uno de sus centros de salud. La aplicación de esta sentencia se está haciendo muy poco a poco.

La situación no es muy diferente en el resto de comunidades, de manera que hay una clara desigualdad en la atención a la salud de la población, atención que es un derecho social de todo ciudadano.

El hecho de compartir la atención de varios centros provoca, además, que los profesionales no puedan realizar un trabajo adecuado y de calidad, lo que añade otra dificultad a la atención social en salud.

Es preciso, por lo tanto, que la administración sanitaria se proponga firmemente corregir esta desigualdad. Una primera medida debería ser la creación de una estructura de gestión del TSS en todos los sistemas sanitarios de las CCAA que dimensione las necesidades profesionales, proponga orientaciones comunes de actividad y procedimientos de actuación, trabajando junto con el resto de gestores sanitarios en la definición de verdaderos protocolos integrales de atención a la salud, así como en programas de prevención y promoción.

## 5. BIBLIOGRAFÍA.

Adams J. (2013). "Hull House: el valor de un centro social". Serie Clásicos del Trabajo Social. Consejo General de Trabajo Social. Paraninfo.

Allué Martínez Xavier y Colom Masfret Dolors. (2009). "Contexto histórico en el trabajo social sanitario". Postgrado Trabajo Social Sanitario. UOC. Barcelona.

Colom Masfret, D. (2008). "El Trabajo Social Sanitario". Madrid. Ediciones S. XXI.

Consejería de Salud (2011). "Grupos Socioeducativos en Atención Primaria-GRUSE. Argumentario". Junta de Andalucía.

Consejo Asesor de Sanidad. (2013). "Coordinación y Atención Sociosanitaria. Informe". Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

García Roldan, P. (2010). "Grupos socioeducativos para mujeres en atención primaria de salud en Andalucía". Servicio Andaluz de Salud.

Gil Martorell, D. (2012). "Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente". Revista Trabajo Social y Salud nº 72. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

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. (2014). "Implicaciones del Trabajo Social Sanitario en la Coordinación Sociosanitaria y la Gestión de Casos." Revista de Trabajo Social y Salud nº 78. 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. (2015). "Atención al paciente crónico. El papel del Trabajador Social." Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Atención al Paciente Crónico. Valladolid 2015.

Hunter, D. J. (1988). Bridging the Gap. Case Management and Advocacy for People with Physical Handicaps. London, King's Fund Publishing Office. En Sarabia Sánchez, A. (2007). "La Gestión de Casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional". Zerbiztuan nº 42. Gobierno Vasco.

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.

Llewelyn-Davis, R.; Macaulay, H.M.C. (1969). "Planificación y administración de hospitales". OMS nº 54. Serie Monografías.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Madrid.

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.

