

# 13 comunitania

REVISTA INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES  
INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL WORK AND SOCIAL SCIENCES

ENERO / 2017

ISSN: 2173-0512 / [www.comunitania.com](http://www.comunitania.com)



ASIMOPOULOS CHARIS | DIMITRA-DORA TELONI | DESIRÉE CAMÚS | JOSÉ IGNACIO CORTÉS | LUIS MANUEL RODRÍGUEZ  
YOLANDA RODRÍGUEZ | MARÍA LAMEIRAS | MARÍA VICTORIA CARRERA | ALFREDO ISLAS | HENRRY SOSA | EMILIO DÍAZ DE MERA  
ROBERTA T. DI ROSA | DAVID DE JESÚS-REYES | ESMERALDA GONZÁLEZ | ADDIEL PÉREZ | LIZETH GUADALUPE IBARRA  
NORMA GRACIELA RAMÍREZ | F. JAVIER SÁNCHEZ | ALMUDENA MORENO

# El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España

## Health Social Work and Health Public System: a proposal from the health management model of collaborating Mutuals with the Social Security System in Spain

Emilio Díaz de Mera\*

\* Alumno del programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales de la UNED. Emilio\_diaz@fremap.es

---

### Abstract:

This article analyzes the current situation of Social Work services in our health system. Effective coordination between social and health services is essential in addressing disease processes in accordance with the multidimensional consideration of the concept of health. The Sanitary Social Work is constituted as an effective response to the demands of the users of a social-health care by our National Health System. The Collaborating Mutuals with Social Security develop a model of integral management of the professional contingencies that can increase the efficiency of the sanitary services as well as the optimization of the available public resources.

**Keywords:** Social work, social health work, health system, socio-sanitary coordination.

---

### Resumen:

En este artículo se analiza la situación actual de los servicios de Trabajo Social en nuestro sistema sanitario. La coordinación eficaz entre los servicios sociales y sanitarios resulta imprescindible en el abordaje de los procesos de enfermedad de acuerdo con la consideración multidimensional del concepto de salud. El Trabajo Social Sanitario se constituye como una respuesta eficaz a las demandas de los usuarios de una atención socio-sanitaria por parte de nuestro Sistema Nacional de Salud. La Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social desarrollan un modelo de gestión integral de las contingencias profesionales que puede incrementar la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios así como la optimización de los recursos públicos disponibles.

---

---

**Palabras clave:** trabajo social, trabajo social sanitario, sistema sanitario, coordinación socio-sanitaria.

---

**Article info:**

*Received: 07/12/2016 / Received in revised form: 09/01/2017*

*Accepted: 15/01/2017 / Published online: 16/01/2017*

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.13.5>

---

## 1. Introducción

El presente artículo parte del reconocimiento del carácter multidisciplinar de la salud. Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, esta cualidad se constituye como una iniciativa conjunta que parte básicamente del ámbito sanitario y se extiende al resto de ámbitos que puedan estar implicados de alguna forma en el proceso de recuperación de los estados carenciales de salud. El objetivo último es aumentar el grado de eficacia y eficiencia de los resultados en materia de salud en todas sus dimensiones, lo que sería tarea imposible mediante la sola actuación desde el ámbito sanitario en sentido estricto.

Desde esta perspectiva, el concepto de salud debe traspasar los límites y las acciones propias del sistema sanitario por lo que constreñir la salud de la población a lo exclusivamente sanitario constituiría un déficit asistencial evidente.

La salud, tal y como la definió la OMS (1978), se extiende a lo largo de todo del arco vital de la persona, la familia y la comunidad con la que se relaciona.

Además de la responsabilidad individual, todos los sistemas del Estado del bienestar por igual, bajo una gestión y planificación eficaz, deben promocionar y contribuir, directa o indirectamente, a la mejora o mantenimiento de la salud individual y colectiva.

En este contexto de necesidad, la especialidad de Trabajo Social Sanitario emerge como una opción imprescindible. Se trata de la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla en el ámbito sanitario, aplicando una metodología propia y específica tanto en el plano individual como en el plano grupal y comunitario.

El objetivo básico consiste en evitar que la enfermedad, su vivencia y lo que ésta desprende según el tipo de diagnóstico y tratamiento sanitario, sea motivo de disfunciones sociales que agravadas con el tiempo puedan dar lugar a situaciones de marginación, pérdida de salud y exclusión social.

El Trabajo Social Sanitario es, por tanto, el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. En este sentido, considera no sólo las necesidades sanitarias

---

que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento y el cumplimiento terapéutico en las condiciones óptimas (López Peláez 2012).

Resulta evidente que si bien muchas personas pueden afrontar por sí mismas y con ligeras orientaciones profesionales esta nueva realidad, otras requieren un apoyo estratégico global, orientado a subsanar los nuevos desequilibrios que evidencia en su día a día particular. En esta realidad, la investigación social sanitaria complementa el arco de probabilidades (Colom Masfret 2008).

## 2. Marco teórico

### 2.1. Origen y evolución histórica del Trabajo Social Sanitario

Para identificar las teorías pioneras relativas al Trabajo Social Sanitario debemos retroceder a principios del siglo XX y situarnos en los Estados Unidos, concretamente en los Estados de la costa este.

Los teóricos más representativos que influyeron en la disposición de los primeros servicios de trabajo social sanitario –por aquel entonces llamado médico u hospitalario– fueron el Dr. William Osler, el Dr. Charles P. Emerson, el Dr. Richard C. Cabot, Mary E. Richmond, Garnet Isabel Pelton, Ida M. Cannon, James Minnick, Jane Addams, el Dr. Michael M. Davis y Gordon Hamilton.

Garnet Isabel Pelton, trabajadora social médica, fue la primera persona que en colaboración con el Dr. Cabot ocupó esta plaza pionera en la atención hospitalaria, en el **Massachussets General Hospital de Boston**.

Anteriormente en el **Johns Hopkins Hospital de Baltimore**, el **Dr. William Osler** ya había instaurado un programa de visita domiciliaria en el que los estudiantes de Medicina se interesaban, realizando una visita personal, por las condiciones sociales de los pacientes que habían atendido sanitariamente con anterioridad.

Uno de estos estudiantes fue el Dr. Charles P. Emerson, quien, a su vez, viendo la importancia que los aspectos sociales adquirirían en las personas enfermas y hospitalizadas, introdujo la visita domiciliaria de estudiantes de Medicina en la **Charity Organization Society (COS) de Baltimore**.

El Dr. Cabot, al que podemos considerar como el padre del Trabajo Social Sanitario, sensibilizado por la importancia de lo social en la evolución de la enfermedad, vio la importancia de este programa de visitas a domicilio y su valor en la mejora de la eficacia de sus tratamientos, ya que su puesta en marcha garantizaba el estudio y la atención de los aspectos sociales que afectaban a los pacientes.

En este mismo sentido, en 1897, Jane Addams abrió la discusión de la vigésimo cuarta Conferencia de Bienestar Social (EE.UU.) refiriéndose a la necesidad de contar con casas de convalecencia para las personas necesitadas que dejaban los hospitales y cuyas viviendas carecían de las mínimas condiciones de habitabilidad para asegurar su recuperación (Addams, 1897).

Fue en 1905 cuando Garnet Isabel Pelton puso en marcha esta primera plaza de trabajadora social hospitalaria y, debido a la tuberculosis que sufrió unos meses más tarde, tuvo que ser sustituida por Ida M. Cannon, una de las figuras más relevantes que ha dado la historia del trabajo social sanitario.

Ida M. Cannon se convirtió al poco tiempo en jefe de servicio y, a partir de 1906 se empezaron a crear nuevas plazas de esta profesión, siempre vinculadas a servicios médicos.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard puso en marcha un programa de formación para médicos con el fin de que conocieran la importancia de los aspectos sociales de las personas que trataban (Nacman, 1990).

El trabajo social sanitario experimentó un crecimiento exponencial en ciudades como Nueva York o Chicago, cuyos hospitales adoptaron el esquema de trabajo del Massachussets General Hospital de Boston, al considerarlo una nueva fórmula asistencial del bienestar.

Las principales divisiones iniciales del trabajo social médico fueron: la tuberculosis, la educación e higiene, la alimentación infantil y el cuidado de los niños delicados, las vacaciones, las excursiones y casas de convalecencia, el cuidado de jóvenes solteras, mujeres embarazadas, moralmente expuestas o enfermas mentales, la ayuda a los pacientes que necesitaban trabajo o un cambio de trabajo, el suministro y las disposiciones para los pacientes objeto de *dumping* en el hospital o la asistencia a los pacientes que necesitan tratamiento después del alta, entre otras.

Había empezado el desarrollo imparable del Trabajo Social Sanitario. A partir de este momento, los principales hospitales de Estado Unidos, entre ellos el Mount Sinai Medical Center de Nueva York y el Hospital de Bellevue, también en Nueva York, empezaron a crear plazas y departamentos con servicios de trabajo social sanitario especializado y participaban en la National Conference on Social Welfare, que se celebraba todos los años.

En 1908 James Minnick, secretario de la COS de Providence, hablaba en dicha conferencia de la importancia de contar en los hospitales con un adecuado servicio de trabajo social sanitario para completar las atenciones médicas y quirúrgicas, teniendo en consideración el contexto social de la persona y sus las circunstancias específicas. (Minnick, 1908).

En 1911 el Dr. Michael M. Davis, director del Dispensario de Boston, ponía sobre la mesa el hecho de que había que ir más allá de la enfermedad misma; cabía ver, estudiar y tratar el entorno social de las personas que estaban atendiendo los médicos, puesto que, si no se actuaba, era a ese ambiente enfermo al que volvían (Davis, 1911).

Davis, junto con la trabajadora social, estableció dos clasificaciones: en la primera, incluía las condiciones y los problemas sociales de los enfermos; en la segunda, diferenciaba el perfil psicosocial de cuatro tipos de pacientes (Davis, 1912).

En 1910, Garnet Isabel Pelton establecía, quizás por primera vez y de manera clara, la diferencia entre la ayuda prestada desde el trabajo social sanitario, de las actividades desarrolladas desde la mera filantropía o de las cuidadoras clínicas.

Aquello, señalaba ella, no era trabajo social sanitario. En aquella conferencia estableció cual debía ser el objetivo general del trabajo social hospitalario: el “diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento” (Pelton, 1910). Pelton terminó su exposición mencionando el lema que rezaba sobre la puerta del Hospital Virchow de Berlín: “*Trata a la enfermedad, pero no olvides tratar al hombre*”. Un principio que, al menos en un plano teórico, hoy siguen asumiendo prácticamente por unanimidad profesionales y políticos sanitarios: “*se tratan enfermos, no enfermedades*”; lo que implica necesariamente atender los aspectos psicosociales de los pacientes.

En 1917, Ida M. Cannon –como se ha mencionado, una de la figuras más representativas del trabajo social sanitario–, publicaba *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*, un tratado de trabajo social sanitario sin precedentes que llegó a convertirse en uno de los discursos narrativos más útiles para entender el trabajo social sanitario. Ese mismo año, Mary E. Richmond publicaba su *Social Diagnosis*, el libro básico para el trabajo social en general, y para el sanitario en particular.

En 1931 Gordon Hamilton se refirió al trabajo social hospitalario reflexionando sobre la gestión de casos (*casework*) en dicho ámbito, y señalando la necesidad de conocer aquello de lo social que había afectado y contribuido a la enfermedad y que podía afectar y contribuir a su recuperación.

Puso en valor todos los aspectos sociales condicionados por la enfermedad que el trabajador social sanitario de caso (*caseworker*) debía considerar en su intervención (Hamilton, 1931), relacionando la enfermedad con los aspectos psicosociales que afectaban al paciente.

## 2.2. El Trabajo Social Sanitario como instrumento de la nueva gestión pública

Los procesos de enfermedad pueden alterar en diferentes grados las dinámicas sociales más básicas de los enfermos y de quienes se relacionan o conviven con ellos.

En este sentido, entendemos que cualquier acto sanitario debe traspasar las fronteras del propio ámbito sanitario y llegar al contexto social específico de cada persona enferma.

Todos los recursos y medios invertidos en la mejora de su calidad de vida, pueden perderse al abandonar el sistema sanitario si no se garantiza que el entorno social de la persona podrá hacer frente a la situación que sigue a todo el tratamiento clínico. En definitiva, si no se garantiza la continuidad asistencial.

Los modelos actuales de gestión sanitaria, las exigencias de eficacia y eficiencia del sistema tanto en la optimización de los recursos de acuerdo con la llamada "nueva gestión pública", como en el logro de la mejora del grado de salud de individuos y colectivos, generan nuevas situaciones de conflicto que es preciso afrontar.

Los modelos de gestión sanitaria actuales apenas son comparables con los de hace diez años: las políticas de calidad, el uso masivo de las TICs (tecnologías de la información y comunicación), la mayor participación ciudadana y la cada vez mayor necesidad de control del gasto provocada por importantes recortes presupuestarios hacen que nos encontremos en un nuevo escenario sin precedentes en la historia de nuestra sanidad.

La modernización de nuestro sistema sanitario ha sido posible en gran parte gracias a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, si bien esta modernización ha implicado en muchas ocasiones la invisibilidad de las dinámicas personales y sociales, tanto de los profesionales de la sanidad como a los propios ciudadanos que atienden.

No debemos obviar que los profesionales son personas que atienden a otras personas que en un momento dado necesitan de sus conocimientos. Si bien los modelos de gestión de hace tan sólo diez años se han quedado desfasados, los enfermos y sus familias, ajenos a los avances tecnológicos, siguen sufriendo las consecuencias de la enfermedad, el dolor y la muerte que a su vez siempre provocan desajustes en el plano psicosocial.

Por tanto, el binomio enfermedad - problema o dificultad psicosocial requiere de nuestro sistema sanitario una atención integral, multidisciplinar, capaz de dar una respuesta eficaz a cualquier problema que pueda afectar a la persona en cualquiera de sus dimensiones, lo que solo será posible mediante la integración del Trabajo Social Sanitario en los equipos de salud.

### *2.3. Fundamentos jurídicos que sustentan el Trabajo Social Sanitario*

La base jurídica que sustenta el Trabajo Social Sanitario en nuestro sistema nacional de salud ha introducido paulatinamente una serie de cambios en la concepción de la salud como realidad multidimensional. Podemos destacar los siguientes:

- **Real Decreto 137/84:** que regula las estructuras básicas de salud, incluyendo al trabajador social entre los profesionales del equipo básico de atención primaria. Esta nueva orientación supuso el cambio de la atención al enfermo a la atención a la salud, de la concepción asistencial de la salud a la prevención y promoción individual y colectiva de la misma, de la pasividad del enfermo a la participación ciudadana, de la asistencia individual a la atención multidisciplinar que incluye la percepción social y comunitaria en la que la intervención del trabajador social fue decisiva en la justificación de dicha reforma.
- **Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad:** recoge que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias deben orientarse tanto a la promoción de la salud global, como a promocionar el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. La Ley dispone que es preciso desarrollar actuaciones dirigidas a la prevención de enfermedades y no sólo a su curación, así como garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente.
- **Real Decreto 1030/2006:** que establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.
- **Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud:** que define y delimita en su artículo 12 los servicios propios de la atención primaria:

*La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.*

Por tanto, la atención integral de la salud se encuentra presente en la normativa de referencia, que incluye como una parte integrante del sistema de salud las actividades propias del trabajo social.

En esta línea, parece lógico que tal intervención sea desarrollada por los profesionales capacitados a tal efecto: los especialistas en trabajo social sanitario, tanto más cuanto que la propia estructura de nuestro sistema sanitario ya cuenta con estos profesionales dentro de sus correspondiente organigramas.



### 3. Situación actual de la atención socio-sanitaria en España

En nuestro sistema sanitario actual no existe un modelo uniforme y homogéneo de coordinación de servicios sanitarios y sociales.

La Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión "Abril") en 1991, ya planteó una serie de propuestas para subsanar la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales según el siguiente organigrama:



Posteriormente, en diciembre de 1993, se firmaba un Acuerdo Marco Interministerial (Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad) para desarrollar programas de actuación coordinada para la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, entre otros colectivos. Estos acuerdos dieron lugar a la elaboración de dos documentos que sentaron las bases de la atención socio-sanitaria: "Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores" (1993) y "Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores" (1995). Estos documentos pretendían garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de cuidados, de acuerdo con los principios de integralidad e interdisciplinariedad.

Otro avance en esta área de actuación se produjo a través del Acuerdo del Congreso de los diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997 en el que se insta al Gobierno a "Instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria".

Por último, resulta imprescindible destacar por su importancia la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 14 se define la prestación socio-sanitaria 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”*.

A nivel autonómico, varias Comunidades Autónomas han creado órganos de coordinación de las prestaciones socio-sanitarias que centralizan la información y coordinan las actuaciones de los departamentos de Sanidad y Servicios Sociales.

Algunas de ellas han puesto en marcha planes de atención socio-sanitaria:

- Cataluña en 1986 puso en marcha el programa Vida Als Anys, Interdepartamental.
- En Navarra, los sistemas de salud y de servicios sociales constituyen dos estructuras orgánicas independientes, con dos organismos autónomos: el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, adscrito al Departamento de Salud, y el Instituto Navarro de Bienestar Social, adscrito al Departamento de Bienestar Social.
- En Castilla y León, el II Plan Socio-sanitario trata de potenciar la coordinación a través de la creación de comisiones socio-sanitarias que tiene funciones de gestión de casos y promoviendo sistemas de información compartidos.
- Por su parte, Aragón, a través de una gerencia única que integra todos los recursos, tanto de atención primaria como de atención especializada, está desarrollando la coordinación entre servicios sanitarios y sociales.
- Cantabria, que cuenta con una consejería única para sanidad y servicios sociales y dispone de un servicio de programas y ordenación sanitaria encargado de gestionar los servicios socio-sanitarios, ha desarrollado también estructuras de coordinación socio-sanitaria.
- En Extremadura en 2003, se creó dentro del Servicio Extremeño de Salud, la Dirección General de Atención Socio-sanitaria y Salud que asumió junto con la de Servicios Sociales de Bienestar Social, la tarea de definir un modelo de atención sanitaria de la dependencia, proceso en el que se está trabajando con la idea de un modelo en el que los sectores sanitario y social evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales.

En todos los casos la coordinación entre Atención Primaria y los Servicios Sociales, suele producirse a través del trabajador social del centro de salud. Por tanto, en la mayoría de los centros de salud, el/la trabajador/a social es quien evalúa los casos

a demanda del profesional médico o de enfermería y solicita, en caso de ser necesario, el correspondiente servicio social institucional o comunitario.

Sin embargo en la actualidad apenas existen comisiones socio-sanitarias de distrito o de zona que constituya un ámbito de trabajo donde los profesionales de los servicios sociales y sanitarios puedan comunicarse, compartir información y tomar decisiones para lograr una mayor calidad asistencial y aprovechamiento de los recursos.

Por otro lado, estas comisiones no tienen capacidad ejecutiva para la gestión de los casos y la utilización de recursos y terminan siendo un área de trabajo de poca utilidad.

Por último, y a pesar de la insistencia de los colectivos implicados, aún no está reconocido por ley el trabajo social como profesión sanitaria, que implica una cualificación y un área de trabajo específica, siendo desempeñadas sus funciones por trabajadores sociales generales.

#### **4. La coordinación socio-sanitaria en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social**

Dentro de nuestro sistema general de seguridad social, la cobertura sanitaria y económica de las contingencias profesionales está encomendada a las Mutuas de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales.

Estas entidades se constituyen como asociaciones de empresarios que, debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo e Inmigración y con tal denominación, colaboran, bajo la dirección y tutela de dicho Ministerio, en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal a su servicio, sin ánimo de lucro y con la responsabilidad mancomunada de sus miembros.

De acuerdo con la normativa vigente, las competencias encomendadas a las Mutuas de Accidentes de Trabajo son:

- Actividades de prevención encaminadas a evitar accidentes de trabajo.
- Asistencia sanitaria necesaria como consecuencia del accidente de trabajo.
- Gestión de las prestaciones económicas derivadas de los accidentes de trabajo y las contingencias comunes.

En relación con la necesidad de implantación e integración homogénea del trabajo social sanitario como disciplina científica y profesión sanitaria en nuestro Sistema Nacional de Salud, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social han constata-

do en el ejercicio de sus funciones y a lo largo de su evolución histórica, que las prestaciones que se ofrecen a los trabajadores accidentados, tales como la asistencia sanitaria y prestación económica, no son suficientes para paliar todas las consecuencias negativas que pueden derivarse de un accidente de trabajo (López Peláez 2016).

Por ello, al constatar la necesidad de atender al accidentado de trabajo de una forma integral y multidisciplinar, las Mutuas han integrado en el ámbito sanitario el Servicio de Asistencia Social, llegando más allá de lo que establecen las disposiciones legales a las que están sujetas.

El fin último es ofrecer a los trabajadores accidentados un valor añadido, manteniendo una concepción dinámica de la Seguridad Social no limitada a la simple administración de prestaciones.

Esta circunstancia se ha traducido en la creación y desarrollo del concepto integral del accidente de trabajo, que comprende la aplicación coordinada y multidisciplinar de diversas técnicas que se desarrollan desde la prevención de riesgos laborales hasta la reinserción socio-laboral de los trabajadores accidentados, como objetivo último en los casos de accidentes de los que se derivan incapacidades en cualquiera de sus grados.

Esta consideración integral se basa en los siguientes postulados:

- Prevenir el accidente y la enfermedad profesional, tratar al accidentado y rehabilitarle para su vuelta a la sociedad en las mejores condiciones posibles.
- El tratamiento integral del riesgo profesional debe gestionarse por una sola Entidad, evitando de esta forma la posibilidad de fracaso e ineficacia social por la división de la gestión de las tres fases citadas en el punto anterior.
- Prevención de accidentes y medicina preventiva y laboral. Destacan los servicios de prevención cuyas funciones se centran en: formación, asesoramiento técnico, acción, investigación y divulgación.
- Asistencia sanitaria: destaca la asistencia médica traumatológica.
- **Trabajo Social**, que tiene como función principal el análisis, estudio y tratamiento de los desajustes que a nivel personal, familiar, económico y social provocan el accidente de trabajo o la enfermedad profesional.
- Readaptación profesional: servicio que extiende las prestaciones a la formación de los trabajadores accidentados que, a causa de las lesiones sufridas, no pueden volver a trabajar en su actividad anterior, formándoles en una nueva profesión u oficio.

## **5. Propuestas de mejora. Incorporación al Sistema Público de Salud de la metodología y sistemas de intervención de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social**

Tal y como hemos indicado anteriormente, del análisis de los diferentes modelos de gestión socio-sanitaria que han venido implantando diversas comunidades autónomas se desprende la no existencia de criterios, funciones, y metodología de intervención homogéneos, lo que redundará en la falta de eficacia y eficiencia en la prestación integral y multidisciplinar que debe ofrecerse a los pacientes.

En este sentido, la actividad profesional desarrollada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo ha puesto de manifiesto que el establecimiento de unos criterios, funciones y estructura metodológica uniforme aporta al ejercicio profesional del trabajo social en el ámbito sanitario reflexión, racionalización y capacidad de observación global, sistemática y disciplinada.

### *5.1. Estructura metodológica*

El procedimiento básico y elemental que vertebra la acción desde el trabajo social sanitario en el ámbito de actuación de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social consta de tres fases diferenciadas: el estudio, el diagnóstico social, la intervención y la evaluación.

#### *Primera etapa: estudio y recopilación de la información*

Constituye la primera etapa del proceso metodológico y consiste en la obtención sistemática de datos e información general sobre el paciente y su contexto familiar y social.

De la correcta, y exhaustiva obtención de estos datos iniciales, emana la información necesaria para un adecuado análisis y diagnóstico de la situación que es objeto de estudio, en base al cual se determinarán las acciones a seguir en las etapas de ejecución y tratamiento.

Las fuentes de las cuales se obtienen los datos necesarios para el diagnóstico y resto del proceso metodológico son fundamentalmente de dos tipos:

#### *– Directas:*

- Entrevista con el paciente: técnica básica de trabajo social, especialmente utilizada en el estudio de casos, por la que se obtiene información sobre los datos del paciente, la percepción subjetiva de la vivencia de su situación, y su capacidad de resolución de problemas.

- Observación de sus actitudes, aptitudes, lenguaje no verbal, etc.: técnica también fundamental que nos permite conocer o intuir las situaciones no verbalizadas por el paciente y la congruencia o no entre el lenguaje verbal y no verbal.
  
- *Indirectas:*
  - Comprende las entrevistas colaterales del caso que se realizan básicamente con familiares y resto de la red social de apoyo.
  - Reuniones técnicas con otros miembros del equipo multidisciplinar para la obtención de datos en cuanto al tratamiento y evolución del paciente.
  - Consultas bibliográficas y documentales que puedan aportar datos importantes de cara al estudio del caso en concreto.

#### *Segunda etapa: el diagnóstico social*

Consiste en el análisis pormenorizado de los datos obtenidos en la etapa de estudio y su interpretación desde el punto de vista técnico.

El proceso de diagnóstico se inicia desde el momento en el que el paciente es observado y entrevistado por primera vez por el Trabajador Social y continúa a lo largo de todo el proceso de recuperación.

Por este motivo se deben considerar dos tipos de diagnósticos:

- **Diagnóstico principal:** es el primero en ser formulado pero debe tenerse en cuenta que casi nunca es el definitivo dado que el proceso de recuperación del paciente siempre es incierto. En este sentido, el diagnóstico puede variar en función de las situaciones posteriores, pudiendo producirse incluso nuevos diagnósticos. Por otro lado, debe aceptarse el principio de rectificación en caso de que se haya producido una errónea interpretación de los datos.
- **Diagnósticos secundarios:** son aquellos que pueden producirse a lo largo del proceso de recuperación del paciente por ser secundarios al diagnóstico principal, derivados de éste o por surgir a lo largo de la intervención del Trabajador Social, como consecuencia de la variación de situaciones o factores.

En el proceso de análisis y diagnóstico resulta fundamental el estudio de los siguientes factores:

- Definición del problema principal, incidencia sobre el paciente y su medio social.
- La personalidad del paciente y su vivencia de la situación.

- Recursos personales del paciente y su contexto familiar y social.
- Análisis de los factores causantes del problema y sus efectos en el comportamiento y vivencia del paciente.

### *Tercera etapa: diseño del plan de intervención*

Constituye el siguiente paso del proceso metodológico, tras el estudio, toma de datos, análisis y diagnóstico.

Una vez alcanzado el diagnóstico social, es necesario efectuar la planificación de las acciones a realizar y los recursos a utilizar en la resolución del problema. En esta etapa deben primar las características y condicionamientos personales de cada paciente y de su entorno social, dado que ante un mismo problema, dos pacientes distintos podrán necesitar diferentes planificaciones.

En el proceso de planificación resulta imprescindible contar con la aprobación y compromiso del paciente y de su entorno familiar y social. Cualquier desacuerdo entre las partes implicadas en cuanto a las acciones y soluciones propuestas puede llevar al fracaso la planificación propuesta, aunque pareciese la adecuada al problema planteado. Resulta también importante en ésta etapa del proceso metodológico, intentar articular redes de apoyo temporales o permanentes, a corto, medio o largo plazo, según los casos, que sirvan de respaldo ante posibles fracasos o éxitos parciales y de cauce para situaciones de normalidad futuras.

Desde el punto de vista del Trabajo Social Sanitario, raramente las soluciones puntuales, independientes, inconexas y sin seguimiento, logran solventar situaciones problemáticas, a menos que éstas tengan las mismas características.

Por el mismo motivo, es fundamental en la planificación una estrecha coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.

Por todo lo expuesto en esta etapa adquiere especial relevancia:

- Valorar los objetivos y necesidades del paciente.
- Valorar las propuestas del paciente y de su entorno si las hubiere.
- Estimar las posibilidades de colaboración o pasividad, tanto por parte del paciente como de su entorno.
- Analizar las redes de apoyo familiar, laboral y social más próximas.
- Estudiar las posibilidades de articulación de redes de apoyo si no existieran o fuera necesaria su modificación o sustitución.

- Analizar los recursos internos de la entidad y las posibilidades de coordinación y colaboración con el resto del equipo multidisciplinar.

#### *Cuarta etapa: Ejecución del plan*

Se trata básicamente de la puesta en marcha de la planificación, de acuerdo con las estrategias, acciones y recursos determinados en la misma, procurando respetar los plazos y encaminar la intervención en un sentido único de ejecución.

A pesar de estas consideraciones, es importante señalar que la ejecución debe ser flexible en función de los cambios o modificaciones que se vayan produciendo a lo largo del proceso de recuperación del paciente, su entorno o las consideraciones del equipo multidisciplinar, toda vez que las desviaciones no previstas pueden poner en peligro el fracaso parcial o total de la planificación.

#### *5.2. Criterios de actuación generales del Trabajo Social Sanitario en el ámbito de actuación de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social*

Los criterios fundamentales que definen el ámbito de actuación del trabajo social sanitario son los siguientes:

- La coordinación socio-sanitaria nunca debe sustituir la escasez de recursos.
- La coordinación socio-sanitaria debe partir del reconocimiento previo del ámbito de actuación de cada una de las partes (sanitaria y social).
- El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.
- La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.
- El acceso a los recursos y la toma de decisiones debe producirse de forma descentralizada a nivel territorial.

#### *5.3. Funciones de los trabajadores sociales sanitarios en el ámbito de actuación de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social*

- **A nivel asistencial:** atención a los usuarios que, debido a su enfermedad, presentan una demanda de atención social o psicosocial. Las principales actividades son:
  - Estudio global de la situación-problema.



- Aportación de las valoraciones sociales al diagnóstico general.
  - Establecimiento de un tratamiento social integrado en el plan global de intervención del equipo.
  - Orientación, apoyo y asesoramiento a familias, individuos y grupos.
  - Información sobre prestaciones, acceso y utilización de los recursos sanitarios y sociales existentes.
  - Valoración y captación de situaciones y grupos de riesgo en colaboración con el resto de profesionales.
  - Potenciación de los recursos personales de las personas y sus familias, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de su problemática.
- **A nivel educativo:** orientada a potenciar la participación y capacitación individual y de la comunidad para la autorresponsabilidad y el autocuidado. Las actividades se basan en:
    - Conocer los recursos asociativos de la zona y sus actividades.
    - Captar y atender las demandas surgidas en los grupos, instituciones u organizaciones de la comunidad.
    - Promover la organización de la comunidad para lograr su participación activa en las actividades del Centro.
    - Diseño, desarrollo y evaluación de actividades educativas con el resto de miembros de los equipos.
    - Contacto y coordinación con instituciones de la comunidad: educación, servicios sociales, asociaciones en relación con la educación sanitaria.
  - **A nivel investigador:** estudio de las causas o factores sociales que tienen mayor relación en el proceso de salud-enfermedad, así como aquellas intervenciones sociales más eficaces en los diferentes procesos, incluyendo diversos aspectos, desde el consumo de medicamentos hasta la rehabilitación (Del Fresno y López Peláez 2014).
  - **A nivel de coordinación:** para optimizar los recursos y desarrollar actuaciones de coordinación intra e interinstitucional, especialmente frente a situaciones o problemáticas socio-sanitarias.

## 6. Propuestas de mejora

Del análisis efectuado en el presente artículo se constata la existencia de consenso entre todos los colectivos e instituciones implicadas sobre la generalización del

adjetivo "socio-sanitario"; así como sobre el reconocimiento de la urgencia en ofrecer respuestas globales a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera.

A su vez existe acuerdo en cuanto al reconocimiento de que la atención socio-sanitaria, cualquiera que sea su modelo, requiere coordinación en múltiples aspectos y desde los diferentes sistemas que tienen responsabilidades en este campo.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos realizados en estos años, de un importante incremento de recursos socio-sanitarios, y de haber logrado algunos acuerdos conceptuales, nuestro sistema sanitario ha avanzado poco en el establecimiento de estrategias de coordinación que garanticen la continuidad asistencial socio-sanitaria.

El respaldo de las administraciones implicadas en la puesta en marcha de un modelo de coordinación socio-sanitaria ha sido muy escaso, lo que hecho inviable su puesta en marcha y un funcionamiento adecuado de los servicios en los diferentes niveles asistenciales.

En el presente artículo indicamos las siguientes propuestas de mejora que parten de la integración del trabajo social sanitario en los equipos de salud desde el modelo de coordinación socio-sanitaria desarrollado por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social:

1.- Establecimiento de criterios, funciones y estructura metodológica uniforme aporta al ejercicio profesional del trabajo social en el ámbito sanitario reflexión, racionalización y capacidad de observación global, sistemática y disciplinada.

2.- La correcta atención socio-sanitaria requiere una garantía de continuidad asistencial una vez producido el alta médica entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios.

3.- Establecimiento de estrategias estables de coordinación socio-sanitaria, que posibiliten una atención integral y una adecuada utilización de los recursos públicos.

4.- Creación de órganos, estructuras o instrumentos de coordinación que tengan el suficiente respaldo normativo de las administraciones públicas como por ejemplo las comisiones socio-sanitarias de área.

5.- Es preciso elaborar criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos socio-sanitarios disponibles en el ámbito de actuación correspondiente (comunidad autónoma, municipio, área socio-sanitaria).

6.- La formación de los profesionales de la atención socio-sanitaria, requiere la asunción de cambios en las prioridades que rigen los contenidos curriculares de las diferentes disciplinas implicadas.

7.- Es necesario mejorar la formación continuada de los profesionales sanitarios y sociales, estableciendo en su caso, experiencias de formación conjunta, en las que se incluyan técnicas de trabajo en equipo y de intervención multidisciplinar.

8.- En el diseño de los planes de coordinación y atención socio-sanitaria, se tendrá en cuenta la opinión tanto de todos los profesionales implicados como de los usuarios como beneficiarios finales de los servicios.

9.- La calidad de los programas y servicios de atención socio-sanitaria ha de ser vigilada y promovida desde las administraciones públicas.

10.- Implantación de sistemas objetivos de evaluación y estándares de calidad que garanticen la efectividad de los servicios que se ofrecen desde el área de atención socio-sanitaria.

11.- Por último, es necesario potenciar un cambio cultural que permita la mejora de la coordinación entre los profesionales de las distintas instituciones sanitarias y sociales con el objetivo de ofrecer los mejores servicios posibles mediante una utilización eficiente de los recursos disponibles.

## **7. Conclusiones**

En el presente artículo hemos puesto de manifiesto la necesidad de considerar a la salud como una realidad multidimensional que debe ser atendida de forma multidisciplinar tal y como establece la Organización Mundial de la Salud.

Partiendo de este principio hemos puesto en valor la utilidad del Trabajo Social Sanitario como especialidad del Trabajo Social que se desarrolla en el ámbito sanitario.

Para ello, hemos realizado un análisis histórico profundizando en los orígenes de esta disciplina y en los principales teóricos pioneros en la conceptualización y disposición de los primeros servicios socio-sanitarios.

Hemos analizado la situación actual de la coordinación socio-sanitaria en nuestro Sistema Nacional de Salud, constatando la existencia de distintos modelos de gestión desarrollados en las distintas comunidades autónomas de forma heterogénea y sin la existencia de criterios, funciones y estructura metodológica uniforme.

En este sentido hemos desarrollado el modelo de gestión sanitaria utilizado por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en el tratamiento de los procesos carenciales de salud derivados de las contingencias profesionales, proponiendo la inclusión de dicho modelo en nuestro sistema sanitario como herramienta de mejora de la coordinación de los servicios socio-sanitarios y de optimización de los recursos públicos de acuerdo con la llamada nueva gestión pública.

En este contexto, debemos partir de la base de que la existencia de áreas de atención socio-sanitaria eficazmente integradas en los equipos de salud, es una condición que diferencia a cualquier sistema sanitario vanguardista debido a las grandes posibilidades que se abren en el tratamiento de los procesos carenciales de salud siendo capaces de aumentar la eficacia en la prevención de los mismos y de sus consecuencias.

Este objetivo requerirá el compromiso por parte de todos los colectivos e instituciones implicadas en la consideración de la salud como un fenómeno complejo y multidimensional que puede afectar al hombre en cualquiera de sus facetas como ser humano.

En definitiva, entendemos que el futuro requerirá por parte de cualquier sistema sanitario moderno una respuesta integral y digna de una sociedad avanzada, a los problemas de salud. Esta respuesta deberá ser también integradora en el sentido de que tendrá que ser capaz de prevenir los procesos de enfermedad causados o agravados por factores sociales, y cuando las consecuencias de éstos afecten de forma definitiva a los seres humanos, lograr su retorno a la sociedad en las mejores condiciones posibles.

Este objetivo ha de ser en nuestros días un compromiso con el progreso hacia una sociedad más justa, moderna y civilizada y una obligación moral que ha de integrarse en nuestro Sistema Nacional de Salud.

## 8. Referencias:

Cabot, R.C. 1915. Report of the chairman of the committee on health. National Conference on Social Welfare.

Cannon, I. M. 1908. Social Work at Massachusetts General Hospital.

Colom, D. 2008. El Trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Madrid: Siglo XXI/ Consejo General de Trabajadores Sociales.

Colom, D. 2006. La planificación al alta hospitalaria: el primer eslabón en la continuidad asistencial. Sedisa. Número 3.

Del Fresno, M., López Peláez, A. 2014. 2014. Social work and Netnography: The case of Spain and generic drugs, *Qualitative Social Work: Research and Practice* 13 (1) 85-107.

España. 1986. "Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad". Boletín Oficial del Estado nº 102 de 29 de abril de 1986.

España. 2003. "Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud". Boletín Oficial del Estado nº 128 de 29 de mayo de 2003.

España. 1984. "Real Decreto 187/84, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud". Boletín Oficial del Estado nº 27 de 1 febrero de 1984.

Hamilton, G. 1923. Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work. National Conference on Social Welfare.

Hervás de la Torre, A. 2014. Implicaciones del Trabajo Social Sanitario en la Coordinación Socio-sanitaria y la Gestión de Casos. Revista de Trabajo Social y Salud nº 78. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

López Peláez, A. 2016. Labor, health, social work and the middle classes: Do Spanish youth have to jeopardize their health to find a job? *Social Work & Society*. International Online Journal 14, 1/016. <http://www.socwork.net/sws/article/view/467/961>

López Peláez, A. 2012. Profesión, ciencia y ciudadanía. Retos para el Trabajo Social y los Servicios Sociales en el siglo XXI. Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar 1, 63-73.

Organización Mundial de la Salud. 1978. Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Alud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Pelton, G. I. 1910. The history and status of Hospital Social Work. National Conference on Social Welfare.

Richmond, M. E. 1917. Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foundation.

**ARTICULOS/ARTICLES**

Social work and the psychosocial effects of the economic crisis in Greece: Challenges for new radical directions in services, theory and values / El trabajo social y los efectos psicosociales de la crisis económica en Grecia: Desafíos para nuevos objetivos radicales en servicios, teoría y valores Asimopoulos Charis y Dimitra-Dora Teloni .....	Págs 9-22
Propuesta de un servicio de emergencias sociales de atención 24 horas los 365 días en la ciudad de Valencia / Social Emergency Service Proposal 24 hours 365 days in the city of Valencia Desirée Camús Jorques y José Ignacio Cortés Cerdán .....	Págs 23-48
Violencia en parejas Gays, Lesbianas y Bisexuales: una revisión sistemática 2002-2012 / Violence in couples Gays, Lesbians and Bisexuals: a systematic revision 2002-2012 Luis Manuel Rodríguez Otero, Yolanda Rodríguez Castro, María Lameiras Fernández y María Victoria Carrera Fernández .....	Págs 49-71
Los deberes de información y el arbitraje on-line como mecanismos protectores del consumidor en la contratación a distancia / The duties of information and arbitration on-line how mechanisms protector of consumer in the distance contract Alfredo Islas Colín y Henry Sosa Olan .....	Págs 73-100
El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España / Health Social Work and Health Public System: a proposal from the health management model of collaborating Mutuals with the Social Security System in Spain Emilio Díaz de Mera .....	Págs 101-120
Towards cross-cultural social work: a teaching approach for development of intercultural competences / Hacia un trabajo social intercultural: un modelo didáctico para el desarrollo de competencias interculturales Roberta T. Di Rosa .....	Págs 121-135
Facilitadores de la educación sexual en adolescentes de escuelas secundarias y preparatorias públicas de Nuevo León, México / Facilitators of sex education with adolescents of public secondary schools and high schools in Nuevo Leon, Mexico David De Jesús-Reyes y Esmeralda González Almontes .....	Págs 137-152
Intervención social desde una perspectiva comunitaria en Ciudad Juárez, México / Social intervention from a community perspective in Ciudad Juárez, Mexico Addiel Pérez Díaz, Lizeth Guadalupe Ibarra López y Norma Graciela Ramírez Ramírez .....	Págs 153-178
Las instituciones sociales y la desigualdad entre los jóvenes. Nivel formativo, tipo de ocupación y reproducción intergeneracional como elementos diferenciadores / Social institutions and inequality among young people, educational level, type of occupation and intergenerational reproduction as differential elements F. Javier Sánchez Galán y Almudena Moreno Mínguez .....	Págs 179-209

**RESEÑAS/REVIEWS**

Allan G. Johnson. Privilege, Power, and Difference, 2 <sup>nd</sup> Edition / Privilegio, Poder y Diferencia, 2ª Edición 2005. New York: McGraw-Hil (por Juliet Delate Iler) .....	Págs 211-215
Enrique Pastor Seller (ed.). Las prácticas curriculares en el grado de trabajo social. Supervisión y construcción del conocimiento desde la práctica profesional / Curricular practices in the social work bachelor's degree. Supervision and construction of knowledge from professional practice (por Sagrario Segado Sánchez-Cabezudo) .....	Págs 217-219
Vázquez González, S.; Cid de León Bujanos, B. G. y Montemayor Rodríguez, E. (coords.) Riesgos y Trabajo Social / Risks and Social Work (por Ruth González Aguado) .....	Págs 221-224
Luis Núñez Ladevéze y Teresa Torrecillas (coords.). Autoridad familiar y competencia digital / Family authority and digital competence (por Aurea Anguera de Sojo) .....	Págs 225-226
Antonia Picornell Lucas y Enrique Pastor Seller (coords.). Políticas de inclusión social de la infancia y la adolescencia. Una perspectiva internacional / Social inclusion policies for childhood and adolescence. An international perspective (por María del Rosario Auces Flores) .....	Págs 227-234
Esther Raya Díez y Neus Caparrós Civera (coords.). Emprendimiento, innovación y RSC en Trabajo Social / Undertaking, innovation and CSR in social work (por Sofía Montenegro Leza) .....	Págs 235-237