



**Universidad de Jaén**

Escuela de Doctorado

**TESIS DOCTORAL**

**EL/LA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
COMO AGENTE DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ANDALUCÍA**

**PRESENTADA POR:**

**JUANA PÉREZ VILLAR**

**DIRIGIDA POR:**

**DRA. DÑA. YOLANDA M<sup>o</sup> DE LA FUENTE ROBLES**

**DRA. DÑA. M<sup>a</sup> DEL CARMEN MARTÍN CANO**

**JAÉN, 2019**



*“Lo que profesionalmente define e identifica al Trabajo Social Sanitario es la comprensión de la realidad psicosocial como lugar de encuentro entre la persona y su contexto y como marco en el que se producen los conflictos psicosociales y el malestar psicosocial que son, precisamente, el objeto de su intervención”.*

(Ituarte, 2009, p.9)



## AGRADECIMIENTOS

*Aunque la realización de una tesis doctoral es un trabajo individual, no es un camino solitario, al igual que en la vida, las personas con las que nos cruzamos tanto a nivel personal, como profesional, de un modo u otro influyen en los resultados de lo que somos y de lo que hacemos. Por lo que me gustaría dedicar este espacio a expresar mi gratitud a todas ellas.*

*En primer lugar, a mis directoras de tesis, las profesoras Yolanda M<sup>a</sup> de la Fuente Robles y M<sup>a</sup> del Carmen Martín Cano, por sus orientaciones, dedicación y confianza, pero, sobre todo, por ser ante todo compañeras y amigas, por su apoyo en los momentos difíciles y por estar a mi lado cuando lo he necesitado.*

*A mis compañeras y compañeros del grupo de investigación GEDEX (Género, Dependencia y Exclusión Social), con las que aprendo cada día, por ser mucho más que un grupo de investigación. Así como a las amigas y amigos que he encontrado y sigo encontrando en la Universidad de Jaén, tanto en el Área de Trabajo Social como en otras, por ser mucho más que, compañeras y compañeros.*

*Y a las compañeras y compañeros de los Centros de Salud donde he pasado gran parte de mi vida profesional, y especialmente, a las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios, que me han acompañado a lo largo de una gran parte de mi vida profesional, nombrarles a todos y a todas excedería con mucho estas breves palabras de*

*agradecimiento, pero al menos desearía referirme a Otilia Retamero, Alejandro Chico, Isabel Serrano, M<sup>a</sup> Luz Burgos, Agustina Hervás y Patricia García, por lo mucho compartido y vivido. Y a los demás agradecer los encuentros, grupos de trabajo, reflexiones y proyectos en los que hemos colaborado a lo largo de los años, siempre con el objetivo común de contribuir al desarrollo del Trabajo Social Sanitario. De alguna manera, ese interés, que me ha acompañado a lo largo de tanto tiempo, ha influido en la elección del tema para la realización de esta tesis doctoral.*

*A las trabajadoras y trabajadores sociales, que se ejercen profesionalmente en otros sistemas de protección, porque para contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas tenemos que ir, y muchas veces hemos ido, de la mano.*

*Por último, aunque no en último lugar, quiero mostrar mi agradecimiento a mi familia por su cariño y estar siempre a mi lado, a mis padres León y Aurora y a mi hermana Ana. Y especialmente a mis hijas, María y Rut, porque son mi mejor trabajo y el regalo más grande que he recibido, por su apoyo incondicional y complicidad, por todo lo que hemos vivido y por darme el impulso preciso en todas las empresas en las que me he embarcado.*

*Y como no podría ser de otro modo, al futuro, a mi nieta Milena, a mi sobrino Yago y a las nietas que están por venir, por darme la ilusión necesaria para seguir avanzando y aportar mi granito de arena para construir un mundo mejor.*

# Índice general





## Índice

<b>Índice de tablas, gráficos e imágenes</b>	15
--	----

<b>Introducción</b>	25
---------------------	----

### MARCO TEÓRICO

<b>Capítulo I. El Trabajo Social Sanitario</b>	33
--	----

I.1. Breves antecedentes del Trabajo Social	33
---	----

I.2. Antecedentes remotos del Trabajo Social Sanitario	36
--	----

I.3. Evolución del Trabajo Social en España y su vinculación con el Área de Salud	44
---	----

I.4. Contextos de intervención de Trabajo Social Sanitario	50
--	----

I.4.1. Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud	51
---	----

I.4.2. Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria	53
--	----

I.4.3. Trabajo Social Sanitario en Salud Mental	55
---	----

I.4.4. Trabajo Social Sanitario en Drogodependencias	57
--	----

I.4.5. Trabajo Social Sanitario en las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social	58
--	----

I.4.6. Trabajo Social Sanitario en el Programa de Coordinación de Trasplantes	59
---	----

I.4.7. Trabajo Social Sanitario en Situaciones de Emergencias y Catástrofes	61
---	----

I.4.8. Trabajo Social Sanitario en las entidades del Tercer Sector relacionadas con la Salud	62
<b>Capítulo II. Atención Primaria de Salud</b>	<b>66</b>
II.1. Derecho a la protección de la salud en España	70
II.2. Atención Primaria de Salud en Andalucía	74
II.3. Atención Primaria de Salud 40 años después	77
<b>Capítulo III. Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en Andalucía</b>	<b>79</b>
III.1. Desarrollo y evolución	79
III.1.1. Estrategia de riesgo social en salud	84
III.1.2. Zonas con Necesidades de Transformación Social	85
III.1.3. Grupos socioeducativos (GRUSE)	87
III.1.4. Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía	88
III.2. Funciones y áreas de intervención del Trabajo Social Sanitario	90
III.3. Formación específica de los/as trabajadores/as sociales en relación a la salud	97
III. 4. Organización Profesional	108
III. 4. 1. Estructura colegial	109
III. 4. 2. Sociedad científica	114
III. 4. 3. Consejo General de Trabajo Social y Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Historia de un trabajo conjunto	129

## FASE EMPÍRICA

<b>Capítulo IV. Objetivos e hipótesis</b>	135
IV. 1. Objetivos de la investigación	135
IV. 1. 1. Objetivo principal	135
IV. 1. 2. Objetivos específicos	136
IV 2. Hipótesis	137
<b>Capítulo V. Marco metodológico</b>	138
V. 1. Tipo de estudio	138
V. 2. Población	138
V. 3. Técnicas de recogida de datos e información	140
V. 4. Metodología de recogida y análisis de datos	144
V. 5. Análisis de datos	146
<b>Capítulo VI. Resultados y discusión</b>	147
VI. 1. Análisis de la situación de los trabajadores y las trabajadoras sociales de atención primaria de salud en Andalucía	147
VI.1.1. Dimensión sociodemográfica	147
VI.1.2. Dimensión laboral-profesional	157
VI.1.3. Dimensión formativa	166
VI.1. 4. Dimensión investigadora	169
VI.1.5. Ejercicio profesional	183
VI.1.6. Satisfacción / insatisfacción laboral	200
VI.1.7. Aportaciones del Trabajo Social, problemas y dificultades percibidas en el desempeño profesional y propuestas de mejora	212
VI. 2 Análisis de las Memorias del Servicio Andaluz de Salud (1998-2016)	251

## CONSIDERACIONES FINALES

<b>Capítulo VII. Consideraciones finales</b>	269
VII. 1. Conclusiones	269
VII. 2. Limitaciones	275
VII. 3. Futuras líneas de investigación	275
<b>Bibliografía</b>	279

## ANEXOS

Anexo I. Cuestionario del estudio	295
Anexo II. Escrito enviado a las personas de enlace en cada provincia	309
Anexo III. Carta de presentación para los y las participantes	310
Anexo IV. CAMPAÑA 1 trabajador/a social por Centro de Salud	311

## Índice de tablas, gráficos e imágenes



## Tablas

Tabla 1.	Asignaturas relacionadas con la atención a la salud en los programas educativos de los centros de formación para trabajadores/as sociales antes del Reconocimiento de Estudios de 30 de abril de 1964	100
Tabla 2.	Asignaturas relacionadas con la salud, contempladas en el Plan de Estudios de las Enseñanzas de Asistentes Sociales aprobado por Orden Ministerial de 31 de julio de 1964	102
Tabla 3.	Asignaturas relacionadas con la salud, impartidas en la Diplomatura en Trabajo Social de la Universidad de Jaén (Plan de Estudios 2000)	104
Tabla 4.	Asignaturas, con contenidos sanitarios, incluidas en los planes de estudios del Grado en Trabajo Social, de las Universidades de Andalucía	105
Tabla 5.	Congresos Nacionales de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. 1986-2018	120
Tabla 6.	Operacionalización	143
Tabla 7.	Plantilla de trabajadores y trabajadoras sociales por centro de salud en Andalucía	147
Tabla 8.	Profesionales que poseen otra formación reglada	166
Tabla 9.	Número de proyectos de investigación en los que han participado las personas encuestadas	171
Tabla 10.	Relación entre la participación de los trabajadores/as sociales en proyectos de investigación y características de la actividad investigadora en la Unidad de Gestión Clínica	173

Tabla 11.	Total de comunicaciones presentadas en reuniones científicas en los últimos cinco años, con indicación del número de comunicaciones que ha presentado cada persona	177
Tabla 12.	Porcentaje de dedicación de la jornada mensual según el tipo de intervención	189
Tabla 13.	Opinión acerca de la figura de coordinación para el Trabajo Social	199
Tabla 14.	Valoración sobre algunos aspectos laborales de las profesionales de Trabajo Social	203
Tabla 15.	Elementos que podrían mejorar la satisfacción profesional de las trabajadoras y trabajadores sociales encuestados	206
Tabla 16.	Factores que podrían contribuir positivamente a la calidad, desarrollo y visibilización del Trabajo Social Sanitario	210
Tabla 17.	Recursos de atención primaria (31 de diciembre de 2016)	240
Tabla 18.	Profesionales que tienen actividad asistencial en atención primaria	242
Tabla 19.	Efectivos de Trabajo Social por ámbito de atención	252
Tabla 20.	Discrepancias entre efectivos SAS para TTSS y plantilla real TTSS de APS	255
Tabla 21.	Actividad asistencial de los y las profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria	257



## Gráficos

Gráfico 1.	Proporción de asignaturas con contenido sanitario, frente al total de asignaturas, en los planes de estudio previos al reconocimiento universitario de los estudios de Trabajo Social	106
Gráfico 2.	Proporción de créditos de contenidos sanitarios frente al total de créditos de la titulación	107
Gráfico 3.	Relación entre centros de salud y profesionales de Trabajo Social en cada provincia	149
Gráfico 4.	Distribución por sexo	150
Gráfico 5.	Comparativa TTSS APS y participantes en la encuesta, según sexo	151
Gráfico 6.	Egresados del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Jaén	152
Gráfico 7.	Edad de las personas participantes	153
Gráfico 8.	Distribución de participantes según provincia donde trabaja	155
Gráfico 9.	Porcentaje de respuestas, según número de profesionales en cada provincia	156
Gráfico 10.	Tipo de contrato	157
Gráfico 11.	Años de trabajo en APS como trabajador/a social	159
Gráfico 12.	Experiencia laboral previa antes de trabajar en APS	160
Gráfico 13.	Ámbitos donde han trabajado previamente las personas encuestadas	161
Gráfico 14.	Tipo de entorno	164

Gráfico 15.	Número de centros que debe atender semanalmente.	165
Gráfico 16.	Formación reglada adicional que poseen las personas participantes en la encuesta	167
Gráfico 17.	Comparativa entre el estudio Trabajadoras Sociales Siglo XXI y el estudio Profesionales Trabajo Social APS	168
Gráfico 18.	Número de cursos a los que han asistido durante los últimos cinco años	169
Gráfico 19.	Investigación en la UGC en que desarrolla su actividad laboral	170
Gráfico 20.	Porcentaje de personas que han participado en proyectos de investigación	172
Gráfico 21.	Asistencia a reuniones científicas	175
Gráfico 22.	Número de comunicaciones, por persona, presentadas en reuniones científicas en los últimos cinco años	176
Gráfico 23.	Porcentaje de personas, según el número de artículos publicados	178
Gráfico 24.	Revistas en las que han publicado	179
Gráfico 25.	Distribución artículos publicados, según procedencia de autoría	181
Gráfico 26.	Tareas de atención directa desarrolladas con mayor frecuencia	184
Gráfico 27.	Tareas de atención indirecta que realizan con mayor frecuencia	186
Gráfico 28.	Porcentaje de tiempo / actividad realizada	190
Gráfico 29.	Percepción del tiempo dedicado / tipo de actividad realizada	192
Gráfico 30.	Porcentaje de frecuencia con la que trabaja con otros profesionales del equipo	194

Gráfico 31.	Frecuencia de coordinación con otros/as profesionales	195
Gráfico 32.	Existencia de profesionales que realizan funciones de coordinación de Trabajo Social	198
Gráfico 33.	Opinión acerca de la figura de coordinación para el Trabajo Social	200
Gráfico 34.	Percepción positiva o negativa de algunos aspectos de su trabajo	202
Gráfico 35.	Aspectos que mejorarían la satisfacción profesional	205
Gráfico 36.	Factores que podrían contribuir positivamente a la calidad, desarrollo y visibilización del Trabajo Social Sanitario	211
Gráfico 37.	Actividades realizadas durante el último año que, consideran que, han contribuido positivamente al SSPA	216
Gráfico 38.	Distribución de las actividades de prevención y promoción de salud según la población destinataria	221
Gráfico 39.	Porcentaje de problemas / dificultades identificadas	229
Gráfico 40.	Propuestas de mejora, según categorías establecidas	238
Gráfico 41.	Propuestas en relación a la mejora de las condiciones laborales	239
Gráfico 42.	Plantilla de trabajadoras/es sociales de atención primaria (SAS)	253
Gráfico 43.	Discrepancias entre efectivos del SAS y plantilla real de TTSS de APS	256
Gráfico 44.	Actividad asistencial de los y las profesionales de Trabajo Social en atención primaria	258
Gráfico 45.	Grado de satisfacción de la población acerca de las trabajadoras y trabajadores sociales (resultados encuestas de satisfacción)	260

## Imágenes

Imagen 1.	Distribución de responsabilidades del EAP en las distintas actividades del Programa del Lactante y Preescolar	83
Imagen 2.	Firma del Convenio Marco entre el Consejo General de Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud	129
Imagen 3.	Equipo Consejo General de Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud	131

## Abreviaturas

<b>AETSyS</b>	Asociación Española de Trabajo Social y Salud
<b>AGS</b>	Área de Gestión Sanitaria
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>CE</b>	Constitución Española
<b>CIAP</b>	Clasificación Internacional de Atención Primaria
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CTSM</b>	Comunidades Terapéuticas de Salud Mental
<b>D</b>	Decreto
<b>DSM</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
<b>EASP</b>	Escuela Andaluza de Salud Pública
<b>EBAP</b>	Equipo Básico de Atención Primaria
<b>FEDAAS</b>	Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales
<b>FEEISS</b>	Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social.
<b>GRUSE</b>	Grupos Socioeducativos
<b>HDSM</b>	Hospitales de Día de Salud Mental
<b>IMSERSO</b>	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
<b>LGS</b>	Ley General de Sanidad
<b>LOPS</b>	Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias

<b>MENAS</b>	Menores Extranjeros No Acompañados
<b>MSCyBS</b>	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
<b>NANDA</b>	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i> (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería)
<b>ODS</b>	Objetivos Desarrollo Sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RED FORMMA</b>	Red de Formación contra el Maltrato a las Mujeres de Andalucía
<b>SAMUR</b>	Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate
<b>SAS</b>	Servicio Andaluz de Salud
<b>SSPA</b>	Sistema Sanitario Público de Andalucía
<b>TTSS</b>	Trabajadores y trabajadoras sociales
<b>UGC</b>	Unidad de Gestión Clínica
<b>UHSM</b>	Unidades de Hospitalización de Salud Mental
<b>URSM</b>	Unidades de Rehabilitación de Salud Mental
<b>USMC</b>	Unidades de Salud Mental Comunitaria
<b>USMIJ</b>	Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil
<b>ZBS</b>	Zona Básica de Salud

# Introducción





## Introducción

Esta tesis doctoral, se enmarca en la línea de investigación Políticas Sociales y Prácticas en Salud, del Programa de Doctorado Interuniversitario en Cuidados Integrales y Servicios de Salud (UJA-UDL-UVIC), con el objetivo de contribuir a la investigación en el campo de las políticas de salud, referidas a los roles de los y las profesionales; en este caso, concretamente, de los trabajadores y trabajadoras sociales que desarrollan su actividad profesional en el primer nivel de atención del sistema sanitario.

Los comienzos del Trabajo Social Sanitario se datan a principios del siglo XX, a nivel mundial con la primera contratación de una trabajadora social en el dispensario del *Massachusetts General Hospital*, en 1905, o aun antes, si se tiene en cuenta la contratación de Mary Stewart en el servicio de admisión del dispensario del *Royal Free Hospital de Londres*, en 1895 (Gehlert, 2012), y en España con el nacimiento de la primera Escuela de Trabajo Social, en Barcelona, denominada Escuela de Asistencia Social para la Mujer, en 1932. Esencialmente por dos razones, de un lado, porque las materias teóricas que constituían su proyecto formativo, incluían contenidos sanitarios, y las prácticas especializadas se realizaban en dispensarios médicos; y en segundo lugar, porque la “primera promoción de graduadas de dicha escuela comenzaron a trabajar en

la *Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat*, participando de manera prioritaria en las campañas de lucha y prevención antituberculosas” (Rubí, 1991, p. 62).

Desde entonces el Trabajo Social continuó su trayectoria en el espacio sanitario, en principio en hospitales dependientes de la Iglesia y de instituciones de beneficencia privadas, y más tarde en centros dependientes de la Administración del Estado. En atención primaria no será hasta 1984 cuando los trabajadores y las trabajadoras sociales se inserten en los equipos multidisciplinares de este nivel de atención, como consecuencia, de la implementación de la reforma sanitaria inspirada en la Declaración de Alma-Ata (1978).

Sin embargo, tras más de treinta años desde su inclusión en estos equipos, se podría decir que su rol dentro de los mismos aún no se encuentra consolidado en su totalidad, como se ha podido ir constatando por el comportamiento de la organización sanitaria; y, no solo en los comienzos de la reforma, cuando empezaba a configurarse un nuevo modelo de atención, en el que los y las profesionales tenían que adaptarse a una nueva filosofía basada en la prevención, promoción y orientación comunitaria, enfrentándose a la novedad de trabajar en equipos, constituidos por profesionales, con los que no tenían experiencia de trabajo previa; sino también a lo largo de los años, en los que las trabajadoras y trabajadores sociales se han visto apartados de los equipos, ubicados en los dispositivos de apoyo, con una sobrecarga laboral importante a causa del escaso dimensionamiento de las plantillas, y donde sus competencias profesionales se han visto difuminadas.

Uno de los últimos ejemplos que muestran esta falta de visibilidad, se encuentra en el documento marco sobre la Estrategia para la renovación de la Atención Primaria (EASP, 2016); en el que, a pesar de abordar la importancia de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de tener en cuenta el contexto social de las persona, no se hace alusión alguna a las y los profesionales de Trabajo Social, mencionando únicamente como equipo de atención a la población, al personal de medicina y enfermería. Además, en la elaboración de dicho documento, se contó con la participación de sociedades científicas de medicina, enfermería, farmacia y pediatría, excluyendo a la asociación científica de Trabajo Social y Salud, situación que provocó la reprobación y movilización del colectivo de Trabajo Social, tal y como se expone en el capítulo III.

Esta omisión reiterada, ha generado situaciones de discriminación e invisibilidad de las trabajadoras y los trabajadores sociales, con el consiguiente sentimiento de descrédito y perjuicio profesional; escenario que, unido a una dilatada experiencia como trabajadora social sanitaria en atención primaria de salud, ha sido el detonante para la elección del tema de esta tesis, con el objetivo de contribuir al reconocimiento y visibilización del Trabajo Social Sanitario, como profesión clave en atención primaria de salud, para atender los problemas sociales, tanto si se derivan de un problema de salud, como si influyen en la aparición y desarrollo de una enfermedad.

Este trabajo se divide en dos grandes apartados, el marco teórico y la fase empírica. Para contextualizarlo adecuadamente, se presenta, en primer lugar, el marco teórico compuesto por tres capítulos: Trabajo Social Sanitario, Atención Primaria de Salud y

Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud en Andalucía, y posteriormente, el trabajo de investigación y las consideraciones finales.

El primer capítulo, sobre el Trabajo Social Sanitario, comienza describiendo brevemente los inicios de éste, tanto a nivel mundial, como en España, poniendo de manifiesto la coincidencia temporal con el nacimiento del Trabajo Social como forma de ayuda técnica organizada, y como se establece una retroalimentación mutua, entre lo social y lo sanitario, que favoreció la consolidación y desarrollo del Trabajo Social como disciplina y como profesión. Para terminar el capítulo, se realiza una descripción generalista de los diferentes contextos de intervención del Trabajo Social en el ámbito de la Salud, indicando de manera escueta las funciones a desarrollar, en cada uno de estos espacios, por las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios.

En el capítulo segundo, dedicado a la atención primaria, se describe ésta, como estrategia esencial para contribuir a la mejora de salud de la población, realizando, seguidamente, un breve recorrido por la normativa estatal y autonómica relativa al derecho a la protección de la salud y al establecimiento de la atención primaria. Finalizando con la Declaración de Astaná, resultado de la conferencia celebrada en octubre de 2018, en conmemoración de los 40 años de la Declaración de Alma-Ata; en la que se han reafirmado los compromisos que se establecieron en la Conferencia de 1978, y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El desarrollo y evolución del Trabajo Social Sanitario en atención primaria, se aborda en el capítulo tercero, haciendo especial hincapié en algunos hitos importantes que contribuyeron especialmente al desarrollo de la profesión en este nivel de atención;

hechos en los que, además, los trabajadores y trabajadoras sociales participaron activamente. En este apartado, también se analiza la evolución de la formación reglada de los y las profesionales de Trabajo Social, desde la instauración de la profesión en España, comparando la presencia de contenidos, de índole sanitaria, en los proyectos educativos a lo largo del tiempo. Se cierra el capítulo describiendo la organización de la profesión, tanto en lo referente a la estructura colegial, como en relación a la creación de una sociedad científica y su influencia en el desarrollo del Trabajo Social en el ámbito de la salud.

Tras este recorrido, en la segunda parte, se muestra el trabajo de investigación. Se inicia con los capítulos cuatro y cinco, en los que se exponen los objetivos, hipótesis y metodología empleada en el desarrollo de esta tesis doctoral. Los objetivos están orientados a contribuir al reconocimiento del Trabajo Social Sanitario como profesión necesaria para atender la dimensión social de los procesos de salud-enfermedad. Para ello se ha realizado un estudio observacional-transversal y descriptivo, que se ha llevado a cabo mediante una encuesta dirigida a trabajadores y trabajadoras sociales de atención primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz, siendo el instrumento de recogida de datos, un cuestionario estructurado, y, auto-administrado.

Los resultados de la investigación y la discusión e interpretación de los datos obtenidos se presentan en el capítulo seis. Los resultados se muestran en dos bloques; por un lado, los relativos al perfil y percepción de los y las profesionales de Trabajo Social sobre su desempeño laboral, obtenidos mediante cuestionario estandarizado, y de otro, los hallados tras analizar las memorias editadas por el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Como aspectos negativos, los datos obtenidos arrojan información relevante acerca del escaso dimensionamiento de las plantillas y la sobrecarga percibida por las y los profesionales debido al número de centros sanitarios que deben atender, así como el impedimento para acceder a la carrera profesional. Por el contrario, se puede destacar como positivo, la amplia experiencia profesional y la estabilidad laboral, así como el alto grado de implicación de las trabajadoras y trabajadores sociales en tareas relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la atención a la comunidad, atendiendo las situaciones de riesgo social en salud. Referente a las memorias del SAS, de su análisis se desprende un escaso reconocimiento de la labor y aportaciones de estos profesionales para la organización.

Por último, se presentan algunas consideraciones finales que incluyen las principales conclusiones obtenidas en este estudio, las limitaciones encontradas y algunas líneas futuras de investigación. Entre las conclusiones más relevantes, merece destacar que el colectivo profesional tiene una actitud proactiva hacia la formación continua, la investigación y la transferencia del conocimiento, y, puesto que ello no es un requisito para acceder o mantener su puesto de trabajo, se deduce que se trata de un grupo profesional motivado por incrementar sus competencias profesionales, lo que constituye un activo de calidad para la institución.

## Marco teórico





## Capítulo I. El Trabajo Social Sanitario

### I.1. Breves antecedentes del Trabajo Social

Históricamente, todos los pueblos y grupos humanos han mostrado interés por ayudar y dar respuesta a las carencias y necesidades presentes en alguna o varias personas de su comunidad. Respuestas que han ido cambiando y presentado diversas formas de ayuda a lo largo de la historia, en función del contexto social de la época. Desde ese punto de vista, se podría decir que el Trabajo Social tiene raíces en la antigüedad más remota.

Sin embargo, sus inicios como profesión lo sitúan a finales del siglo XIX, época en la que se produjeron grandes cambios en la sociedad fruto del proceso de industrialización y explotación capitalista, donde las condiciones de vida de la clase obrera eran muy duras. Los salarios de las personas que trabajaban en las fábricas estaban muy ajustados, apenas para satisfacer las necesidades básicas de los trabajadores, y donde el trabajo de las mujeres y los niños estaba mucho peor remunerado, aproximadamente percibían la mitad del sueldo de los hombres. A esta situación había que añadir que las jornadas laborales eran muy largas, apenas había descansos por días festivos, los empleados y empleadas no tenían seguro de enfermedad, y había una ausencia total de leyes que

protegiesen sus derechos laborales. En referencia a las condiciones de salubridad y seguridad en las fábricas, decir que eran muy escasas o prácticamente nulas, situación que traía consigo la aparición de accidentes y enfermedades derivadas de las circunstancias en que se desarrollaba el trabajo, entre las que destaca la tuberculosis. Lo que se puede relacionar con la creación de la figura de las trabajadoras sociales sanitarias en las consultas externas de los hospitales atendiendo a enfermos de tuberculosis, entre otros (Abreu, 2009).

Además, la industrialización trajo consigo un crecimiento urbano sin precedentes debido a la concentración de personas que se había trasladado a trabajar en las grandes empresas que proliferaron en aquella época. Las viviendas se fueron construyendo cerca de las fábricas, formando barrios obreros que fueron creciendo sin servicios como alumbrado público, alcantarillado, conducción de aguas, basuras, etc., produciéndose el estancamiento de aguas sucias y la acumulación de basuras en las calles, entre otros inconvenientes, lo que unido a problemas de hacinamiento y escasa ventilación en las viviendas era un caldo de cultivo idóneo para la aparición de enfermedades e infecciones de todo tipo. En este contexto aparece Tomas Chalmers que rescata las ideas que se pretendían poner en vigor desde Juan Luis Vives para poner en práctica la atención social a los más desfavorecidos (Malagón y Sarasola, 2003).

Situación que deriva en la toma de conciencia de algunos grupos sociales que se unieron para tratar de buscar soluciones a esta problemática. Apareciendo, fundamentalmente, dos estrategias que dan origen al Trabajo Social como forma de ayuda técnica y

organizada basada en ideales humanitarios y democráticos: las Organizaciones Sociales de la Caridad y los *Settlements* (Banda, 2009).

Desde sus inicios y a lo largo de más de un siglo de desarrollo, el Trabajo Social se ha ido configurando como una disciplina con base científica y orientada a la acción, pero mientras que en otras disciplinas, primero apareció la investigación que después se aplicó a la solución de los problemas, en el Trabajo Social lo primero fue la intervención y a partir de ella se desarrolló la investigación, lo que le otorga algunas características que la diferencian de otras ciencias sociales, ya que comenzó a partir de la práctica y después fue desarrollando una teoría y metodología propias (Aguilar, 2013).

Esta forma de ayuda profesional surge cuando las personas presentan algún sufrimiento o adversidad que no pueden resolver en las redes naturales de ayuda, por tanto, el Trabajo Social actúa promoviendo su desarrollo e impulsando aquellos cambios sociales que contribuyan a su mayor bienestar, actuando, en sentido positivo, sobre los factores del entorno que influyen en dichos procesos, adaptándose a las circunstancias y cambios sociales que se van produciendo. Reflejo de ello, es la evolución que la definición de Trabajo Social ha ido teniendo con el devenir de los tiempos.

En la actualidad, la definición global de Trabajo Social consensuada en Melbourne (Australia) en julio de 2014, por el Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y aprobada en la Asamblea General Ordinaria del consejo General de Trabajo Social el 13 de diciembre de 2014 es la siguiente:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldado por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (FITS y AIETS, 2014).

En definitiva, el Trabajo Social, del mismo modo que otras profesiones de ayuda, nace con el interés de responder a las necesidades humanas no satisfechas, sin embargo, mientras que otras profesiones comenzaron construyendo un tronco común y cuando estaba suficientemente consolidado se fueron diversificando en una serie de ramas, el Trabajo Social, por el contrario, se fue manifestando en multitud de ámbitos que, a través de su desarrollo se fueron encontrado en un tronco común el Trabajo Social (Moix, 1991), siendo una de estas especialidades el Trabajo Social Sanitario, cuyos orígenes se sitúan cronológicamente casi a la par que el Trabajo Social profesionalizado.

## I.2. Antecedentes remotos del Trabajo Social Sanitario

A lo largo de la historia, la enfermedad ha estado presente en la vida de las personas, pero es a finales del siglo XIX, cuando, en palabras del Dr. Richard Cabot, el médico de dispensario no está satisfecho con prescribir un remedio para un síntoma, sino que

pretende conocer la enfermedad oculta, la vida del enfermo y sus sufrimientos (Cabot, 1920).

En este contexto, nace el Trabajo Social Sanitario, prácticamente cuando el Trabajo Social acaba de emprender su andadura como profesión. Según el profesor Miranda (2001), este inicio precoz se debió en gran medida a las altas tasas de tuberculosis que arrasaban en Europa y Estados Unidos, de no ser así, tal vez su desarrollo se hubiese retrasado, pero es relevante indicar que esta situación contribuyó de manera sustancial al establecimiento y generalización del Trabajo Social como profesión y como disciplina. Lo que estimula a reflexionar acerca de los orígenes del Trabajo Social en el ámbito sanitario.

Los antecedentes más remotos se podrían situar con las llamadas *hospital almoner o lady almoner* lo cual hacía referencia a las señoritas de la limosna, que, desde un paradigma caritativo, desarrollaban su actividad en el *Royal Free Hospital de Londres*; el cual, en el año 1895, contrató a la primera trabajadora social a instancias de Charles Loch, que tenía gran interés por los aspectos sociales de la salud, por lo que pidió a la *Charity Organization Society*, de la que era secretario, que examinara a los pacientes que solicitaban atención. Loch pensó que estos debían ser valorados por una persona competente que pudiese considerar la posición y circunstancias de los enfermos, por lo que luchó para que nombrasen a alguien que realizase esta función. De ahí que, en 1895 se contratase a Mary Stewart, que desempeñó lo que entonces se entendía por las funciones de atención a pacientes, como era la revisión y administración del dispensario, recepción de solicitudes y gestión de ingresos y altas hospitalarias. En los años

siguientes, esta figura se fue extendiendo por otros hospitales de Inglaterra, adecuando sus funciones a las características de la institución y de la población destinataria; por ejemplo, incluyendo actividades como la prevención de enfermedades (Gehlert, 2011).

Por otro lado, ya en el siglo XX, en el continente estadounidense el Dr. Richard Clarke Cabot comienza a mostrar interés por la vinculación entre proceso de enfermedad-curación y el ámbito social de la persona. Observa el innovador método del Dr. Calmette de Lille, en Francia, en la lucha contra la tuberculosis, que consiste en atender la enfermedad simultáneamente en el dispensario y en el domicilio. El rol de la inspectora domiciliaria era crucial para promover medidas de higiene y mejorar las condiciones de la vivienda y, sobre todo, explicar al enfermo la naturaleza de su enfermedad y qué hacer para enfrentarla (Cabot, 1920).

Comienza un nuevo periodo donde ya no se concibe únicamente a la persona como receptora de cuidados médicos, sino que se comienza a pensar en cómo influye su entorno social y familiar en su proceso de salud-enfermedad. Conociendo los antecedentes del Reino Unido, en lo que a la figura social en los hospitales se refiere, y el enfoque en la atención a la tuberculosis del Dr. Calmette, unido a la visión que le aportaba su relación con una de las pioneras del Trabajo Social, Jane Adams, el Dr. Cabot introdujo en Estados Unidos la figura del Trabajo Social en el hospital (Colom, 2011).

El Dr. Richard Cabot, estaba preocupado por incrementar la eficacia de la intervención sanitaria. Se dio cuenta de que en muchas ocasiones era difícil que los tratamientos prescritos fuesen seguidos, de manera adecuada por los enfermos, bien porque no disponían de recursos económicos suficientes, por las condiciones en que vivían y

trabajaban, o por los déficits formativos y culturales, que les impedían seguir las indicaciones médicas de manera adecuada. En este contexto, encontró en las trabajadoras sociales de la época, las profesionales que, teniendo en cuenta los factores sociales y culturales que influían en la situación de la persona, y trabajando desde el interior del equipo de salud, podían remover los obstáculos sociales y culturales que impedían que las personas enfermas alcanzasen mejores niveles de salud (Miranda, 2001).

Esto derivó en la contratación de una trabajadora social en el dispensario del *Massachusetts General Hospital* el 2 de octubre de 1905, Garnet Pelton, que trabajó durante seis meses en la clínica para pacientes ambulatorios del hospital, renunciando al trabajo, al contraer la tuberculosis. Le sucedió en el puesto Ida Cannon, que, junto con el Dr. Cabot, crearon el primer Departamento de Trabajo Social en un hospital americano. Plantearon que este departamento debía ser una unidad fundamental en cada hospital, ya que el Trabajo Social era una parte esencial de los cuidados médicos, puesto que consideraba imprescindible la vinculación interprofesional, en la que, la visión social y médica se completaran con el fin de mejorar el estado de salud de los pacientes. Por tanto, impulsó y consolidó el establecimiento de una profesión que estudiara los aspectos sociales de las personas enfermas, con el fin de mejorar los diagnósticos clínicos, asegurando que era esencial conocer las variables que influían en los pacientes y que no se podían obtener en la consulta. Sin lugar a dudas las ideas de este médico contribuyeron a una auténtica revolución en el campo del tratamiento de las enfermedades, al incluir en el equipo médico un profesional que se ocupase del

estudio, valoración y tratamiento de los factores sociales que inciden en las mismas (Rosenblat y Waldfogel 1983).

Esta filosofía contribuyó al establecimiento, en 1907, del primer Departamento de Trabajo Social en el *John Hopkins Hospital*, aunque la introducción de esta figura de corte social en el tratamiento de pacientes afligidos por la enfermedad no tuvo una cálida acogida. De hecho, en los primeros años las trabajadoras sociales se encontraron con más dificultades que facilidades en su ejercicio profesional; aun así, se vieron implicadas en problemas de salud pública, prestando sus servicios en los dispensarios, lo que dejó claro la necesidad de comprometerse en asuntos relacionados con la salud pública, como las enfermedades transmisibles, investigando sus causas e implicándose en su tratamiento, tanto desde el punto de vista preventivo, como curativo y rehabilitador. Con ese fin se constituyeron los primeros equipos de salud pública compuestos por profesionales de salud pública y de Trabajo Social, para el estudio y prevención de dichas enfermedades; dejando patente la contribución de las trabajadoras sociales al logro de mayores niveles de salud, que promovieron la constitución de dispensarios en los que realizar exámenes periódicos de salud, y donde aplicaban sus conocimientos y habilidades en campañas de educación sanitaria (Ituarte, 1989).

Entre las contribuciones al desarrollo de la profesión en el ámbito sanitario, cabe destacar el nombramiento de Ida Cannon, en 1914, como Jefa del Departamento de Trabajo Social en el *Massachusetts General Hospital*. Lo que constituyó un hito importante, ya que en aquel momento solo existían tres jefes de departamento en el hospital, el Jefe de Cirugía, el de Medicina y el de Trabajo Social. Ida Cannon trabajó



durante treinta y nueve años en dicho hospital, retirándose en 1945. A lo largo de su trayectoria laboral publicó dos libros y varios informes sobre el Trabajo Social Médico. Asimismo, promovió la creación de la Asociación Americana de Trabajadores Sociales en Hospitales, en 1918. En definitiva, se puede afirmar que esta profesional, realizó una aportación importante a la configuración y desarrollo del Trabajo Social Sanitario (Nasw Foundation, 2006).

Es importante señalar que, entre las acciones realizadas para promover el conocimiento sobre el Trabajo Social Sanitario, destaca la creación de las conferencias de campo. La primera de estas, se organizó en la ciudad de Nueva York, en 1912, por los departamentos de servicios sociales de los hospitales del país. Estas conferencias se mantuvieron, regularmente, hasta 1933; y propiciaron el registro de datos e informes, a través de los que recabaron experiencias, perspectivas y conclusiones, que, supondrían la difusión de conocimiento científico sobre el Trabajo Social en el espacio sanitario, a otros lugares que se encontrasen en el inicio o desarrollo de la implementación de la perspectiva social en el campo de la salud. Además, con las conferencias como espacio de sinergias se consignaría la creación de áreas sociales hasta en doscientos hospitales de Estados Unidos, es decir la creación de Trabajo Social Hospitalario. Por tanto, se puede decir que contribuyeron al impulso en la difusión e implementación del Trabajo Social Sanitario (Gehlert, 2012).

Otro aspecto relevante, que ayudó de manera directa en su desarrollo, fue la creación, en 1921, de un curso de especialización en Trabajo Social Hospitalario. Este hecho dejó patente la necesidad de una formación específica de los y las profesionales de Trabajo

Social en el campo de la salud, lo que desembocó en la realización de otros muchos cursos de formación, especialización y reciclaje en numerosas universidades, escuelas y hospitales. Aunque realmente se puede considerar que la consolidación del Trabajo Social en Salud se logró alrededor de las décadas de los 40 y 50 del siglo pasado, cuando las trabajadoras y los trabajadores sociales fueron reconocidos como profesionales de la salud, participando como un miembro más en los equipos de salud y en los procesos sanitarios (Ituarte, 1989).

Hablar de los orígenes del Trabajo Social Sanitario, implica hablar de Mary Ellen Richmond y su contribución a fundamentar los conocimientos y técnicas que diferenciaban a los y las trabajadoras sociales con formación, de las personas voluntarias. En su obra *Social Casework*, publicada en 1922, basada en el estudio de casos sobre pacientes de hospital, establece, no solo una base en la disciplina de Trabajo Social, sino que alude a los métodos que pueden desarrollar los trabajadores y trabajadoras sociales en el ámbito sanitario. Señala que estos profesionales son los “intérpretes de la población ante el hospital y del hospital ante la población” (Richmond, 1993, p. 141), e indica, no solo la importancia que tiene la comprensión de la situación social del enfermo a la hora de realizar el diagnóstico clínico, sino también la relevancia de la intervención social para promover el ajuste del individuo, lo que contribuye a un tratamiento más eficaz de la enfermedad; de hecho, cuando escribe su obra *Social Casework*, advierte que, en Estados Unidos, ese momento, hay cerca de 350 hospitales que cuentan con un departamento de servicio social, pero que a veces no disponen de suficientes profesionales formados para ponerse al frente de los mismos. Mary Richmond como impulsora del Trabajo Social a modo general y del Trabajo Social

Sanitario en el plano específico supone un cambio en el paradigma que hasta el momento se encontraba vigente en lo que al tratamiento e intervención hospitalaria respecta.

Otro de los aspectos importantes que arroja la historia del Trabajo Social Sanitario es la introducción de profesionales del Trabajo Social al ámbito de salud mental. Siendo éstos incluidos como parte del equipo de tratamiento de los pacientes de esta área del Hospital en 1904 por iniciativa del Dr. Adolph Meyer, que poco a poco comenzó a ver reconocida la labor y el valor de la información de tipo social aportada por trabajadoras sociales y la inferencia en la salud de los pacientes gracias a la intervención social que realizaban, llegando incluso a promover la realización de cursos de formación en la especialidad destinados a estas profesionales. Lo que derivó en la creación, en 1918, de la Escuela de Formación para el Trabajo Social Psiquiátrico en el *Smith College*. Esta trayectoria de la profesión a lo largo del tiempo, contribuyó al reconocimiento mundial del Trabajo Social Sanitario, por organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización de Naciones Unidas (ONU) (Ituarte, 1989).

En definitiva, el Trabajo Social Sanitario se fue extendiendo bajo la corriente médica en la que los pacientes no eran concebidos como individuos aislados, sino que se pensaban en relación a su familia y entorno y como éstos podían incidir en su salud. Y para intervenir en esos aspectos de la vida de las personas se requería de profesionales formados en el ámbito de lo social, lo que supuso la incorporación de trabajadores y trabajadoras sociales en el espacio sanitario. Expandiéndose por la mayoría de los

grandes hospitales de Estados Unidos, como, por ejemplo, el *Hospital de Boston*, el *Hospital de Bellevue* en 1906 y el *Hospital Mount Sinai de New York* en 1907 (Colom, 2011).

A pesar de ello, aun no se encuentran suficientemente acotadas y/o reguladas las funciones de las y los profesionales de Trabajo Social en el ámbito de la salud. De ahí la necesaria revisión de los antecedentes del Trabajo Social Sanitario, ya que, si se observan debidamente los principios que inspiraron la incorporación de las trabajadoras sociales en el mismo, se puede concluir que muchos de ellos siguen en vigor hoy en día, contribuyendo de ese modo a comprender los preceptos sobre los que se sustenta y cuáles son las bases sobre las que consolidar la necesidad de formalizar y visibilizar la profesión de Trabajo Social en el Sistema Sanitario.

### I.3. Evolución del Trabajo Social en España y su vinculación con el Área de Salud

Dejando a un lado el panorama internacional, se puede comenzar haciendo referencia al Trabajo Social Sanitario desarrollado en España, que al igual que ocurre en otros países, se ve influenciado por las circunstancias sociales y económicas que acontecen en cada momento.

En España el Trabajo Social aparece en 1932, durante la II República, vinculado de algún modo con la medicina, ya que la creación de la primera escuela de Trabajo Social, en Barcelona, denominada Escuela de Asistencia Social para la Mujer, vino de la mano de un médico, el Dr. Raúl Roviralta. Lo que sitúa los inicios de la profesión en el año 1934,

con la primera promoción de profesionales de dicha escuela. Durante la Guerra Civil, se abrió una escuela en San Sebastián que, más tarde, se trasladaría a Madrid, en 1940. La primera escuela para la formación de asistentes sociales de la capital, se fundó en 1939, bajo el nombre de Escuela de Formación Familiar y Social, más conocida como Escuela de Lagasca. En 1945, se inauguró una escuela para la formación de asistentes sociales masculinos, en Barcelona (Ituarte, 1989; Recarte y Munuera, 2008).

Aunque la Guerra Civil y el posterior gobierno supusieron un freno importante tanto en la creación de escuelas como en el desarrollo o expansión del Trabajo Social en España, en comparación con otros países de nuestro entorno, poco a poco se fue instaurando la profesión en el país. En lo que se refiere a la vinculación del Trabajo Social con la salud, encontramos que, en 1953, se crea otra escuela de Trabajo Social, que de nuevo viene acompañada de la mano de un médico, el Dr. Ramón Sarró. Este doctor había viajado a Estados Unidos, donde conoció de cerca la profesión de Trabajo Social y como se desempeñaban allí sus profesionales. Tras ese viaje volvió con el deseo de fundar una escuela en Barcelona donde se impartiese ese tipo de enseñanza. Tras una serie de gestiones con la Sección Femenina, en enero de 1953, se creó la Escuela de Visitadoras Sociales Psiquiátricas, en la que se incorporaron como disciplinas básicas la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que entraron a formar parte del currículum académico de los trabajadores y trabajadoras sociales, lo que acortó la distancia entre la formación de los profesionales en España, con los de los países de su entorno y marcó la orientación sanitaria en la formación de la profesión. En la misma época se creó la primera plaza de Trabajo Social en Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, momento a

partir del cual las trabajadoras y trabajadores sociales fueron incorporándose paulatinamente a los hospitales de todo el territorio nacional (Molina, 1994).

Es de recibo dejar constancia que la creación de estas escuelas no estuvo al margen del contexto socio-político de la época. Como otras muchas, la Escuela de Visitadoras Sociales Psiquiátricas, pertenecía a la Sección Femenina de Falange Española y de las JONS. Hasta 1964, en que se reconoce el Trabajo Social como profesión oficial, todas las escuelas de asistentes sociales del país formaban parte de la Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social. Situación particular del régimen político en que se encontraba sumido el país en ese momento, caracterizado por la dictadura. Las escuelas creadas en esta época tenían una ideología marcada por una doble vertiente. De un lado, la ideología que conlleva un Estado confesional en el que la iglesia es responsable de atender a las personas que quedan al margen de lo preestablecido, creando escuelas de Trabajo Social de origen católico. Por otro lado, de ideas políticas que impregnaban la formación de las escuelas de Trabajo Social en las que se formaba, mayoritariamente, a mujeres que pudiesen atender las problemáticas sociales de la época (Ituarte, 1989).

El reconocimiento oficial de los estudios de Trabajo Social, se produce en 1964, cuando se aprueba la reglamentación de las Escuelas para la formación de Asistentes Sociales, según el Decreto 1043/1964, de 30 de abril (BOE 15 de mayo), ratificado por Orden Ministerial el 26 de octubre del mismo año; lo que supuso una mayor reglamentación de las asignaturas y contenidos formativos, así como una mayor homologación de las funciones y actividades que debían realizar los trabajadores y trabajadoras sociales. En

dicho Decreto, se hace mención que los problemas derivados de la inserción del individuo en la sociedad, pueden ser debidos a circunstancias individuales del sujeto, y/o a consecuencia de la vida y el mundo que le rodea. Este conjunto de motivos es el que ha ido perfilando una forma específica de asistencia social, que al mismo tiempo participa del modelo de intervención para la promoción social de individuos, grupos y comunidades que no han alcanzado su máximo desarrollo (De la Red y Brezmes, 2003).

Sin embargo, el Trabajo Social Sanitario se encontró con un factor que incidiría negativamente en su desarrollo: la inexistencia de una estructura sanitaria organizada; ni siquiera, la aparición de la Seguridad Social, facilitó una inserción efectiva de los trabajadores y trabajadoras sociales en la estructura sanitaria, ya que se encontraban en un contexto donde la atención estaba orientada al tratamiento de la enfermedad, con un enfoque del problema, fundamentalmente, biológico, sin apenas tener en cuenta los aspectos psíquicos y sociales, centrando la intervención en la curación de enfermedades, con una escasa o nula mirada hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Cosano, 1993).

De acuerdo a lo establecido anteriormente, decir que el Trabajo Social Sanitario en España, se originó en los Hospitales de la Iglesia Católica en los que se atendía a personas sin recursos económicos, bajo el precepto caritativo. Más concretamente, entre los primeros centros en tener trabajadores y trabajadoras sociales fueron los Hospitales Privados de Cataluña. No fue hasta 1950, cuando se estableció un servicio social hospitalario en el Hospital Provincial de Madrid. Sin embargo, las funciones ejecutadas por los y las profesionales de Trabajo Social en aquel momento, distaban mucho de las

desempeñadas por sus homólogos en otros países. En España, la función principal que se les asignó estaba orientada a resolver los problemas burocráticos que presentaban los pacientes, y mediar en aquellas situaciones que se presentasen como problemáticas y/o conflictivas para la organización, orientación que distaba mucho de realizar una actividad de intervención social clínica como en Estados Unidos o Inglaterra (Hernández y Munuera, 2010).

Esta situación se mantuvo casi sin variaciones hasta que, en el ámbito hospitalario, aparecieron normativas que incluían a los y las profesionales de Trabajo Social como miembros de los equipos de salud, concretamente, en el año 1975, el extinto INP (Instituto Nacional de Previsión) publica una Nota Interior en el ámbito hospitalario, en la que se establecen unas “Normas básicas para realizar las funciones de Asistencia social en las Instituciones Sanitarias”, y posteriormente, emite la Circular 28/77, sobre la “Organización y funcionamiento en las ciudades sanitarias y residencias sanitarias de la Seguridad Social de Unidades de Servicio Social y constitución de sus jefaturas”, en las que se incluía a las trabajadoras y trabajadores sociales como miembros del equipo de salud, con la función de estudiar los factores sociales generadores de problemas de salud y su actuación sobre los mismos (Cosano, 1993).

Paralelamente, el rol de las trabajadoras y trabajadores sociales comienza a ser reconocido en distintos ámbitos, lo que se refleja en algunas normativas legales, como la Ley 3/1977 de 4 de enero, sobre la creación del Cuerpo Especial de Asistentes Sociales, con la finalidad de dar respuesta a las nuevas exigencias producidas por los cambios socio-políticos del momento, mediante la creación del Cuerpo Especial de Asistentes



Sociales que había de sustituir al Cuerpo de Inspectores Visitadores e Instructores Visitadores de Asistencia Pública que se había creado en 1947. La Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública, por la que se integran en la Escala de Funcionarios de Organismos Autónomos de la Administración del Estado, de carácter departamental, a los Asistentes Sociales del Patronato de Protección a la Mujer y de la Obra de Protección de Menores.

En referencia al sistema sanitario, en los primeros años de la década de los 80, se ampliaron nuevos campos de actuación del Trabajo Social en Salud fuera de los tradicionales hasta ese momento. Esencialmente, esta ampliación vino respaldada por la Reforma Sanitaria, que se produjo en el país, inspirada en la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), que concretó la Atención Primaria de Salud como el primer nivel de atención en el cuidado de la salud de la comunidad, basada en una filosofía de atención integral en la salud y entendiendo como la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que implicaba considerar e intervenir en los factores sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad más allá de la concepción asistencial tradicional, contexto que se adecuaba perfectamente el Trabajo Social como disciplina científico-profesional (Cosano, 1993).

Además, la promulgación de la Ley 14/86, General de Sanidad, de 25 de abril, trajo consigo grandes cambios en la filosofía y abordaje en la atención a la salud. En ella, se establecen las bases en las que se reconoce el derecho a la salud a toda la población, requiriendo una atención social hacia la persona dentro del Sistema Nacional de Salud y, por tanto, legitimando el papel de los y las profesionales de Trabajo Social en este

ámbito. Asimismo, en ese mismo año, se organizaron y celebraron las I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud en Zaragoza, lo que dio paso a la creación de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y la revista con la que se comparte nombre (Hernández y Munuera, 2010).

Las leyes que contemplan el Servicio Sanitario y Social se encuentran amparadas por la Constitución Española de 1978, en su artículo 43, en el que se reconoce el derecho por parte de la ciudadanía a la protección de su salud, y la obligatoriedad y responsabilidad de los poderes públicos a proporcionarla, mediante un marco legal que garantice esos derechos incluyendo no solo las actuaciones de tipo asistencial, sino las preventivas, promocionales y rehabilitadoras.

Por último, destacar que el Trabajo Social Sanitario tiene sentido si existe interés por reconocer al ser humano en todas sus dimensiones, tanto físicas, como psicológicas y sociales, lo que implica poner en marcha todo el engranaje necesario para promover la mejora de las condiciones de salud de las personas (Miranda, 2001).

#### I.4. Contextos de intervención de Trabajo Social Sanitario

“El Trabajo Social siempre ha parecido tener las alas tan grandes que no le caben en los márgenes de ningún nido” (De la Red, 1993, p. 133). Con esta afirmación, la autora trata de expresar la vitalidad del Trabajo Social y la dificultad para concretar en qué consiste, ya que son muchos los campos y espacios en que interviene, desarrollando múltiples acciones según contextos y propósitos.

En definitiva, la actividad profesional del Trabajo Social se dirige a toda persona en estado de necesidad, en el marco de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico; y se desarrolla en múltiples ámbitos de intervención, contando con una visión holística en el análisis de la realidad, pues como ciencia estudia muchas disciplinas que le permiten conjugar esta perspectiva. Esta mirada globalizadora supone una ventaja en el ámbito de la salud, ya que le permite trabajar con múltiples fenómenos que intervienen en los procesos de salud-enfermedad, y por ende, en diversos espacios que componen la atención social dentro del sistema sanitario, como parte de las funciones que, los trabajadores y trabajadoras sociales sanitarias, han de realizar en la atención y tratamiento de los problemas sociales que de forma directa o indirecta afectan a la salud de las personas (ANECA, 2004; Colom, 2011).

Según el Libro Blanco del Grado en Trabajo Social, el ámbito profesional hace referencia a los espacios en que operan los y las profesionales de Trabajo Social (ANECA, 2004), siendo uno de ellos el de la salud. Pero al igual que la profesora De la Red hacía referencia a las alas tan grandes del Trabajo Social, se podría afirmar que los espacios de intervención dentro del ámbito de la salud son bastante amplios.

#### I.4.1. Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud, tal y como se recoge en la Declaración de Alma-Ata, forma parte integrante del sistema sanitario, constituyendo su núcleo principal, como primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema. Disponiendo que la atención se preste lo más cerca posible de la ciudadanía, allí donde

las personas residen, trabajan y se desenvuelven, lo que implica que la atención se realice de manera continuada, en un proceso permanente a lo largo de su vida (OMS, 1978).

En España, el mandato legal expone que, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, la atención primaria debe adoptar sistemáticamente acciones orientadas a la promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad del individuo y la comunidad, mediante fórmulas de trabajo en equipos multiprofesionales y a través de programas de salud (Ley General de Sanidad, 1986).

Los y las profesionales de Trabajo Social, forman parte de estos equipos multiprofesionales y, según Videgain e Ituarte (1995), sus funciones dentro de los mismos serían las siguientes:

- Función asistencial. Comprende las actividades de atención directa a individuos, grupos y comunidades, tanto a demanda, como en el marco de los diferentes programas de salud, en consulta y en el domicilio.
- Función de reinserción social. Atención a individuos que, por su problema de salud, precisan que se articule un proceso de reinserción social.
- Función de promoción de la salud. Incluye las actividades de planificación, implementación y evaluación de proyectos de salud comunitaria, así como las acciones de educación para la salud, tanto a nivel individual, como en grupos y en la comunidad, con el fin de promover la auto-responsabilidad de la ciudadanía en sus propios cuidados.

- Función de prevención de la enfermedad. Acciones encaminadas a reducir los riesgos de enfermar y sus consecuencias por causas sociales. Para ello hay que estudiar los factores psico-sociales que inciden en la salud, así como los problemas y conflictos sociales de la zona básica de salud.
- Función de planificación e investigación. Engloba el diseño de protocolos de intervención social en los programas de salud y la realización de actividades investigadoras, tanto específicas sobre el Trabajo Social Sanitario, como conjuntas con el equipo de salud explorando las causas o factores psicosociales que influyen en el proceso salud-enfermedad.
- Función de formación y docencia. Formación permanente con el equipo de salud y específica de Trabajo Social. Y docencia pre y post grado.
- Funciones organizativas y de soporte. Documentación y registro en la historia de salud única electrónica, y coordinación con el equipo, otros niveles asistenciales, otros sistemas de protección social, etc.

#### I.4.2. Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria

Según la Ley General de Sanidad 14/86, de 24 de abril, el hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia, donde se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales. Incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

En relación al Trabajo Social, es necesario hacer constar que cuando se produce la hospitalización de una persona, esta situación le afecta, tanto a ella, como a su familia. En ocasiones se produce un cambio brusco que incide en su calidad de vida, a causa de las secuelas que puedan producirse, o debido a cambios en su situación funcional, pasando de ser una persona autónoma a una dependiente, bien de manera permanente o temporal; además de la gravedad de muchos de los problemas que se manejan en este nivel de atención (Fernández, Fuster, Illa y López, 2012).

Tal y como explican Burgos, Pérez y Sánchez (2009), las funciones del Trabajo Social en el hospital, se pueden concretar en:

- **Función asistencial.** Comprende la atención directa a los enfermos y sus familiares, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones sociales que inciden en la salud de las personas. Así como la gestión de recursos tanto del sistema sanitario, como de la red pública de servicios sociales, de ONGs, o del Tercer Sector, cuando sea preciso para apoyar la resolución del caso; asimismo, interviene potenciando y poniendo en valor los recursos propios del individuo y de su entorno inmediato.
- **Función de planificación en la política del hospital.** Participar en las comisiones de trabajo del hospital, para asesorar en aquellos cometidos que sean competencia del Trabajo social. Mantener canales de coordinación con dispositivos y recursos de su área de influencia. Promover acciones específicas para la atención a persona en situación de exclusión social.

- Función docente. Participación en la formación pregrado en relación al alumnado de Trabajo Social. Colaboración en la formación permanente del personal del hospital en el ámbito de sus competencias.

De entre los programas que desde la unidad de Trabajo Social se desarrollan en el hospital, es de destacar: La Planificación del Alta Hospitalaria, la Intervención Social en Urgencias, Intervención social en casos de Violencia de Género y en Violencia Doméstica, Intervención ante procesos de incapacitación y Evaluación e Intervención Social en contextos de Donación.

#### I.4.3. Trabajo Social Sanitario en Salud Mental

La Salud Mental se inserta de manera transversal tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria. Comprende diferentes dispositivos de atención, en respuesta al mandato de la Ley 14/86, General de Sanidad, acerca de reducir al máximo la necesidad de hospitalización. Así el artículo 20 de la mencionada ley ordena que los problemas de salud mental se atiendan principalmente en el ámbito comunitario y que se desarrollen servicios de rehabilitación y reinserción social para prestar una atención integral, y que, en caso de necesidad, la hospitalización se realice en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

Dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se encuentran varios dispositivos para la atención a la salud mental de la población: Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM), Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM),

Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) y Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM). En estos dispositivos, los equipos de atención están compuesto por profesionales de diversas titulaciones, entre las que se encuentran los trabajadores y trabajadoras sociales (Carmona, 2016). En líneas generales, siguiendo a Garcés (2010), las funciones de los y las profesionales de Trabajo Social se podrían englobar en:

- Funciones de atención directa. Intervención con individuos, familias y grupos en los que acontece algún problema de índole social relacionado con un problema de salud mental, mediante el análisis de la demanda, la valoración y el diagnóstico social, y el diseño del plan de intervención, poniendo el acento en orientar la intervención a potenciar los recursos del propio individuo y su entorno inmediato.
- Funciones preventivas, de promoción e inserción social. Con el fin de promover la adaptación de las personas a su medio social, fomentando su aceptación e integración, a través de diversos procedimientos, como los grupos socioterapéuticos y de autoayuda, y uso de los recursos y servicios comunitarios.
- Funciones de coordinación. Con los equipos de salud que intervienen en los diversos dispositivos de atención, con el fin de incorporar la visión social de los problemas de salud mental, favoreciendo la continuidad de cuidados y fomentando el uso de los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental.



#### I.4.4. Trabajo Social Sanitario en Drogodependencias

La atención a las drogodependencias se organiza en tres áreas fundamentales<sup>1</sup>:

- Área preventiva. La prevención es prioritaria y sus actuaciones están dirigida a influir en la población sobre el consumo de drogas y otras conductas adictivas, con el objetivo de retrasar las edades de inicio al consumo de determinadas sustancias, y a reducir el consumo abusivo y de riesgo.
- Área asistencial. Destinada a la atención a aquellas personas que presentan problemas psicosociales derivados de su problema de adicción. Comprende la deshabitación, la atención sanitaria y psicosocial y la reducción de daños. Se contempla que se desarrolle con un enfoque integral que coordine la red sanitaria con la de servicios sociales.
- Reincorporación social. En la atención a las drogodependencias, hablar de reincorporación o reinserción social, hace referencia a un complejo proceso de normalización y socialización orientado a favorecer la incorporación de la persona a su vida familiar y a su entorno social, laboral y cultural.

El primer nivel de atención de esta red lo constituyen los Centros de Tratamiento Ambulatorio, realizándose a través de ellos las derivaciones al segundo nivel.

---

<sup>1</sup> Información extraída de la página web de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Recuperado de <https://bit.ly/2Da7zP5>.

El Trabajo Social en la atención a las drogodependencias, interviene desde su óptica, en todo el proceso de actuación del equipo. Desde la atención a la demanda en el proceso de acogida, hasta la cumplimiento y evaluación del plan de intervención propuesto. Como miembro del equipo, en la valoración interdisciplinar aportará el diagnóstico social que incluirá información relativa a la persona y su medio familiar y social. En base a ello, en la elaboración conjunta del programa individual de intervención, se tendrá en cuenta la valoración y diagnóstico social efectuado para el plan de intervención esté ajustado y tenga en cuenta las situaciones y/o problemas identificados. Por último, la ejecución del plan de intervención, que contempla el seguimiento y evaluación continua, con el fin de introducir las modificaciones oportunas en caso de que fuera preciso en función de la evolución del caso.

#### I.4.5. Trabajo Social Sanitario en las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social

Las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, se constituyen como asociaciones de empresarios sin ánimo de lucro que, debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, colaboran en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Su historia se remonta a principios del siglo XX, cuando nacieron para hacer frente a los accidentes de trabajo, desde entonces han evolucionado e incrementado sus competencias; entre las que se encuentran: actividades preventivas, encaminadas a evitar accidentes de trabajo; prestar asistencia sanitaria cuando así se requiera como consecuencia de un accidente

de trabajo, y la gestión de las prestaciones económicas derivadas de los accidentes de trabajo y las contingencias comunes (Seguridad Social, 2018).

En las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, el Trabajo Social Sanitario tiene como función principal el análisis y estudio de los factores sociales que se producen en los trabajadores y en las trabajadoras después de un accidente laboral o una enfermedad profesional, diseñando y ejecutando un plan de intervención para tratar las situaciones de malestar psicosocial que surjan, así como los problemas de desajuste que a nivel personal, familiar, económico, laboral y social, puedan sobrevenir por la situación de salud. Contribuyendo en el proceso de recuperación y reinserción socio-laboral de la persona accidentada.

#### I.4.6. Trabajo Social Sanitario en el Programa de Coordinación de Trasplantes

Acerca del Trabajo Social Sanitario en la coordinación de trasplantes, la primera consideración a realizar es que Canarias es la única comunidad autónoma, donde el Trabajo Social Sanitario está contemplado dentro del equipo técnico del Servicio de Coordinación Autonómico de Trasplante.

Se trata de un servicio de carácter técnico que, se encarga de promover la donación y garantizar la calidad y transparencia de todo el proceso de donación y trasplante, favoreciendo un clima social adecuado a la actividad, y de adaptar los avances técnicos y científicos potenciando la formación de los profesionales. En el año 1998, se incorporó

la figura del profesional de Trabajo Social Sanitario en Trasplante, consolidándose en el año 2002 con el Plan de Empleo Operativo del gobierno de Canarias.

Su origen se produjo por la detección, por parte de los profesionales sanitarios, de que los pacientes trasplantados de riñón no mejoraban su calidad de vida una vez realizado el trasplante, comprobando la necesidad de una intervención previa y posterior a la intervención por los trabajadores y las trabajadoras sociales sanitarias, para un abordaje integral de la población afectada, lo que les llevó a implementar un “Protocolo de Intervención Psicosocial con pacientes pre y post trasplantados y sus familias”<sup>2</sup>. En el que se subraya la pertinencia de la intervención de los y las profesionales de Trabajo Social Sanitario sobre los factores psicosociales que influyen en la enfermedad, y el creciente número de personas que precisan ayuda para luchar contra el impacto de la misma, la hospitalización y los cuidados posteriores en su vida y la de los que les rodean. Su rol conlleva las actuaciones de: valoración psicosocial, intervención social, derivación y seguimiento por parte de profesionales de atención primaria y especializada, con la colaboración de asociaciones y fundaciones; poniendo especial énfasis en la necesaria coordinación entre las diversas entidades con competencia en la materia. Asimismo, es crucial el establecimiento de acciones de sensibilización hacia la donación de órganos, tejidos y células.

---

<sup>2</sup> Canarias en la única Comunidad Autónoma con un Protocolo de Intervención Psicosocial con pacientes pre y post trasplantados y sus familias.

#### I.4.7. Trabajo Social Sanitario en Situaciones de Emergencias y Catástrofes

La emergencia social se puede definir como una situación no prevista que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos y medios de subsistencia y las relaciones o redes sociales y familiares. Pudiendo afectar a una persona, a una familia, a un grupo o a una colectividad mayor; dependiendo del número de afectados, la emergencia puede ser individual y/o familiar, colectiva, y gran emergencia y/o catástrofe.

Entre sus características, destaca que se trata de un suceso imprevisto en la vida de los sujetos, que afecta y compromete las capacidades y recursos de las personas, que se produce una situación de vulnerabilidad y desamparo y las personas precisan de protección y acompañamiento psicosocial, donde necesitan que se les proporcione una respuesta rápida y cercana (Ayuntamiento de Madrid, 2008).

Según Darío Pérez Madera, Jefe del Departamento del SAMUR Social y Personas Sin hogar del Ayuntamiento de Madrid (2011), la atención social en situaciones de urgencias, emergencias y catástrofes se puede concretar en:

- Valoración de las situaciones de necesidad social que se producen en una emergencia.
- Tareas de contención y apoyo emocional.
- Tareas de información a los afectados y a sus familiares.
- Tareas de mediación entre los afectados y otros sistemas intervinientes.

- Gestión de recursos para facilitar las tareas de los equipos intervinientes.
- Funciones de acompañamiento e intervención social a los afectados y sus familias.
- Gestión de prestaciones básicas de supervivencia para los afectados y sus familias.
- Gestión de otros servicios y prestaciones muy singulares necesarias ante las situaciones de Emergencia Social.
- Gestión y Coordinación del Voluntariado Social y Cívico en el marco de la Emergencia.

#### I.4.8. Trabajo Social Sanitario en las entidades del Tercer Sector relacionadas con la Salud

La intervención social en el Tercer Sector comprende las iniciativas sociales de entidades y organizaciones sin ánimo de lucro que actúan para impulsar los niveles de bienestar social, entre las que se encuentra las asociaciones y fundaciones relacionadas con la salud. Estas organizaciones reúnen grupos de personas que tienen un problema común, para facilitar su participación, favorecer la sensibilización y comprensión de la sociedad, a través de la información y la formación, hacia el problema en cuestión. En general, buscan ayudar a sus asociados a afrontar su proceso de salud del modo más adaptado posible, además de realizar otras actuaciones de atención directa, relacionadas, entre otras, con la prevención de la enfermedad y la educación para la salud.

#### *1. 4. 8. 1. Tipos de Asociaciones de Salud*

Según la Consejería de Salud y Familias, las entidades inscritas en el Censo de Asociaciones en dicha Consejería se podrían agrupar en<sup>3</sup>:

- Enfermedades crónicas. Es el grupo más amplio, que se subdivide a su vez en:
  - Enfermedades crónicas: Alzheimer, ataxias, cardiopatías, Crohn y colitis ulcerosa, diabetes, celiaquía, enfermedades oncológicas, enfermedades renales, fibromialgia, esclerosis múltiple, etc.
  - Enfermedades de baja prevalencia: Enfermedades neuromusculares, síndrome de Tourette, problemas de crecimiento y otras.
  - Problemas de Salud Mental: Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, anorexia y bulimia, hiperactividad, trastornos generalizados del desarrollo y otros.
- Adicciones. Dirigen su atención a colectivos con algún tipo de adicción: toxicomanías, alcoholismo y ludopatía.
- Discapacidades. Dirigidas a suprimir barreras, reivindicar la igualdad de oportunidades y promover la mejora de la calidad de vida de las personas con

---

<sup>3</sup> Información extraída de la página web de la Consejería de Salud y Familias. Recuperado de <https://bit.ly/2UegeFK>.

discapacidad física, psíquica o sensorial. Por ejemplo: asociaciones síndrome de Down, parálisis cerebral, asociaciones de personas sordas, etc.

- Prevención y promoción de la salud. Incluye entidades cuyo objetivo principal se centra en la promoción y prevención de la salud.
- Promoción de la igualdad. Incluye entidades cuya finalidad es promover la igualdad. En este grupo se encuentran asociaciones de género y colectivos desfavorecidos.
- Voluntariado. Incluye entidades que entre sus fines se encuentra desarrollar acciones de voluntariado en salud.

Como se puede observar, el movimiento asociativo en salud es bastante amplio y diverso y cada vez es más frecuente encontrar profesionales de Trabajo Social dentro de su plantilla. También en estos contextos, la intervención profesional se enfoca a la atención psicosocial de las personas afectadas por una enfermedad y sus familias. De modo genérico las funciones de las trabajadoras y trabajadores sociales en estas asociaciones podrían estar dirigidas a las siguientes áreas:

- Sensibilización social acerca de los fines de la entidad.
- Diseño, puesta en marcha y seguimiento de acciones de difusión y participación social.
- Elaboración e implementación de programas y proyectos para la organización.



- Creación, seguimiento y apoyo a grupos de ayuda mutua en el seno de la asociación.
- Investigación y evaluación de los proyectos llevados a cabo.

## Capítulo II. Atención Primaria de Salud

Al principio de la década de los setenta del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), se propuso recuperar y poner en valor experiencias y formas no clásicas de cuidados en salud que se habían desarrollado en diferentes países desde finales de la Segunda Guerra Mundial, como por ejemplo los médicos descalzos en China, con el fin de articular estrategias que contribuyeran a alcanzar la meta, recién aprobada por la OMS, de Salud para todos en el año 2000. Como culminación de dicho proceso, se convocó una conferencia mundial que se celebraría en septiembre de 1978 en la ciudad de Alma-Ata (Kazajistán) (Tejada, 2013).

Resultado de dicha conferencia, se elaboró un informe conocido por Declaración de Alma-Ata en la que se definió la Atención Primaria de Salud como estrategia esencial para la meta de Salud para todos en el año 2000 y como enfoque integral para la organización de los sistemas sanitarios de los diferentes países. El informe hacía referencia a la distancia, cada vez mayor, que se producía en el campo de la salud entre los países ricos, y los países en vías de desarrollo. Además, puso de manifiesto que, con los conocimientos técnicos disponibles en la época, se podría alcanzar un nivel de salud de la población más alto, pero, sin embargo, dichos conocimientos no se aplicaban a la mayoría de la población, ya que los recursos sanitarios solían asignarse, principalmente, a instituciones médicas de alto nivel, establecidas en zonas urbanas, empleándose

tecnologías médicas muy específicas en beneficio de la minoría privilegiada. El informe dejó patente la existencia de grupos desfavorecidos en todo el mundo con escaso o nulo acceso a la atención a la salud, tanto por problemas derivados de la falta de establecimientos accesibles, como por circunstancias económicas o tabúes culturales. En consecuencia, dejaron constancia de que los tradicionales sistemas de atención a la salud, que cada vez eran más complejos y costosos, no respondían eficazmente a las necesidades sanitarias de la población. Y fue en ese marco, en el que se propuso la atención primaria de salud como medio para poner al alcance de todos los individuos, familias y comunidades, la asistencia a la salud indispensable y proporcionada a los recursos disponibles (OMS, 1978).

De ahí, que se estableció la necesidad de proceder a una reordenación racional de los recursos como medio para mejorar la salud de todas y de todos; organización que se sustentaba en potenciar la atención primaria de salud, como primer nivel de atención a la ciudadanía, definiéndola como:

Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y

económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978, p.3).

Como se puede observar, esta fue una forma de afrontar los problemas de salud con equidad y justicia, aun dentro de un contexto de restricciones económicas cada vez mayores.

Por tanto, desde el punto de vista conceptual, la atención primaria, está orientada a enfrentar los determinantes sociales de la salud con objeto de reducir las inequidades existentes. El gran mérito de Alma-Ata fue interpretar lo que históricamente se venía produciendo. En primer lugar, el aumento progresivo de los costes sanitarios al responder a los problemas de salud del modo tradicional, después, comprender la disminución paulatina de los recursos económicos, para la atención médica reparativa de las enfermedades, a causa del crecimiento del gasto en medicamentos e instrumentos auxiliares de diagnóstico complementario; y por último, la reducción creciente de las coberturas de los servicios médicos, con el consiguiente incremento de grupos de población, generalmente los más necesitados, sin cobertura sanitaria. Con la Conferencia de Alma-Ata se reconoció que el empleo, las condiciones ambientales, culturales, sociales, el poder adquisitivo, la disponibilidad y adecuado uso de alimentos, el acceso al agua potable, la eliminación de aguas residuales y otros elementos de

saneamiento básico, la educación, las condiciones de vivienda, etc., eran tanto o más importantes que los centros sanitarios, los médicos u otros profesionales de la salud. Así como la necesidad de intervenir urgentemente en la reducción de las inequidades tanto sociales, como de salud (Tejada, 2013).

La Declaración de Alma-Ata que fue firmada por 134 países, dejó establecida la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar la Salud para todos en el año 2000, definiendo los elementos conceptuales que marcarían su calidad y eficiencia:

- Integral. Considera a la persona como un ente indivisible, en el que las esferas biológica, psicológica y social interaccionan entre sí.
- Integrada. Las acciones de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y reinserción social han de estar relacionadas mutuamente y en coordinación con otros agentes del sistema.
- Accesible para el conjunto de la población. La ciudadanía no debe tener dificultades para contactar y utilizar los servicios sanitarios, que deben ser accesibles, tanto desde el punto de vista geográfico, como económico, cultural y emocional. Por lo que desde los servicios se ha de incidir de forma decisiva en la accesibilidad al sistema de los grupos sociales más desfavorecidos.
- Atención longitudinal, frente a atención puntual. Centrada en las personas a lo largo de su ciclo vital y en sus distintos ámbitos: domicilio, escuela, trabajo, etc.
- Activa. Mediante una intervención activa orientada a la resolución de las necesidades de salud, aunque éstas no sean expresadas ni demandadas por la

población, con especial incidencia en los espacios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Asimismo, debía proporcionar atención a los problemas desde una perspectiva colectiva, basada en la participación activa de la comunidad, con actuaciones basadas en programas de salud y desarrollando actividades docentes, de formación continua, y de investigación básica y aplicada en materias propias de sus competencias (Martín, 2003).

## II.1. Derecho a la protección de la salud en España

Cronológicamente, en la misma época en que se celebraba la Conferencia de Alma-Ata, y como culminación de la llamada transición a la democracia, el 29 de diciembre de 1978, en España, entró en vigor la norma suprema de nuestro ordenamiento jurídico, la Constitución Española, que, en su artículo 43, reconoce el derecho de toda la población a la protección de la salud, y para alcanzarlo, emplaza a los poderes públicos a adoptar las medidas adecuadas para ello.

A partir de ese momento y para dar cumplimiento tanto al mandato de la Carta Magna, como a las directrices internacionales orientadas a mejorar la salud de la población, en España, se comenzó a legislar en ese sentido.

Así aparece la primera norma estatal, relativa a la atención primaria de salud, el Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

Aunque la mencionada norma se promulgó dos años antes de la Ley General de Sanidad, supuso el marco legal para que, en España, se iniciase el proceso de implementación de la reforma del primer nivel de atención a la salud de la ciudadanía, ya que, vino a definir qué eran los centros de salud, las zonas básicas de salud, los equipos de atención primaria, su composición y funciones, así como la necesaria coordinación entre niveles asistenciales, estableciendo los principios normativos fundamentales para la creación y puesta en marcha de la atención primaria, en la que se integrarían las funciones de promoción y prevención junto a las de asistencia y rehabilitación, constituyendo la puerta de entrada al sistema sanitario.

En este Real Decreto, al describir la composición de los equipos de atención primaria, se incluye a los y las profesionales de Trabajo Social como miembros de estos equipos interdisciplinares, dada la incorporación de la visión integral de la salud que, considera a la persona, como un ser bio-psico-social y, por tanto, hace preciso que la intervención tenga un alcance social además de biológico. Por tanto, supuso un hito importante para la profesión, ya que, por primera vez, aparece recogido en la normativa la presencia de los trabajadores y trabajadoras sociales como profesionales integrantes de los equipos de salud en el primer nivel de atención.

Más tarde, se promulgó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con el fin de regular las acciones que permitiesen hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución, así como definir las características generales y comunes que debían configurar el nuevo sistema sanitario, pilar fundamental de los servicios de salud en todo el territorio del Estado.

La Ley estipuló en su artículo 44 que, todas las estructuras y servicios asistenciales se integraran en el Sistema Nacional de Salud (SNS) que estaría constituido por el conjunto de servicios sanitarios de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Entre otras, la norma establece que las características fundamentales del SNS son la extensión de sus servicios a toda la población, y la adecuada organización para prestar una atención integral a la salud, que además de la curación y la rehabilitación, incluya la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En relación a la atención primaria, la Ley General de Sanidad, corrobora que en los centros de salud se desarrolle la atención primaria integral a la salud, priorizando las acciones preventivas y de promoción de la salud por parte del sistema sanitario, proponiendo fórmulas de trabajo en equipo para atender a los individuos, familias y comunidades mediante programas de salud.

Posteriormente, en el año 2003, dados los grandes cambios que se habían producido en la sociedad, desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, y no solo a nivel cultural, tecnológico, o socioeconómico, sino también en la manera de vivir y de enfermar de las personas, se plantea la necesidad de reorientar la organización del Sistema Nacional de Salud para abordar los nuevos retos que se presentan, enfocándolos a potenciar el papel de las personas usuarias en la toma de decisiones y a promover una mayor implicación de los profesionales en sus actuaciones y en la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, buscando mecanismos que integren la atención sanitaria y sociosanitaria, como medio para asegurar el derecho a la protección de la salud. Con ese fin, se promulga la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema



Nacional de Salud, con el propósito de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como promover su colaboración en la reducción de las desigualdades en salud. Para ello, y con el objetivo de garantizar una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención, en esta ley se regula la ordenación de las prestaciones sanitarias, entre las que se encuentra el Trabajo Social como una de las prestaciones de atención primaria (artículo 12 de la Ley 16/2003).

Meses más tarde, aparece otra normativa de gran interés para el Trabajo Social, es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, con la finalidad de regular los aspectos básicos de éstas, tanto si se desarrollan en los servicios sanitarios públicos, como en el ámbito de la sanidad privada, para garantizar que todos los profesionales cumplan con los niveles de competencia necesarios para continuar defendiendo el derecho a la protección de la salud. Sin embargo, esta ley, dejó fuera de la calificación de profesión sanitaria al Trabajo Social Sanitario, lo que supuso un revés importante para el desarrollo de esta profesión en el sistema sanitario, iniciándose a partir de ese momento una reivindicación clara por parte del colectivo profesional reclamando el reconocimiento del Trabajo Social como profesión sanitaria, aspecto que se retomará más adelante al hablar de la organización profesional.

Asimismo, destacar por su vinculación con la atención primaria, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que se elaboró con el fin de actualizar el mandato del artículo 43 de la Constitución Española, determinando que no es suficiente la protección y promoción de la salud, sino que es necesario establecer las bases para que la población mantenga y alcance el máximo nivel de salud, definiéndolo como una “forma de vivir

autónoma, solidaria y gozosa” (Ley 33/2011, p. 104595); haciendo referencia a la necesidad de que la población se organice tanto a nivel individual como colectivo para alcanzar los mejores resultados posibles en salud, y hace hincapié en la importancia de asegurar los niveles de salud de las personas a lo largo de su ciclo vital, tener en cuenta las nuevas realidades sociales (familias monoparentales, debilitamiento de las redes sociales, envejecimiento de la población, etc.), y abordar antiguas realidades sociales no resueltas (minorías étnicas, personas en situación de exclusión social, personas con discapacidad, etc.).

## II.2. Atención Primaria de Salud en Andalucía

Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su primer Estatuto de Autonomía, en 1981. En virtud de ello, en el año 1984, se inicia la Reforma Sanitaria, siendo uno de sus cometidos configurar la Atención Primaria de Salud. La situación de partida, en aquel momento, se caracterizaba por una desintegración funcional, entre la atención asistencial y la prevención de la enfermedad y promoción de la salud; la escasez de investigación en atención primaria; la escasa accesibilidad a la utilización de técnicas auxiliares de diagnóstico por parte de personal sanitario; y poco tiempo real de asistencia directa en consulta; además de una deficiencia en recursos humanos y materiales. En cuanto a la participación comunitaria, era totalmente inexistente, y la población un mero receptor pasivo de las actuaciones sanitarias. Otro problema de aquel momento era la ausencia de un sistema de registro eficaz; incluso la información recabada por imperativo legal, como las enfermedades de declaración obligatoria, carecían de garantía, debido al sistema de registro poco fiable.

Partiendo de este análisis inicial, en Andalucía, se promueve la Reforma Sanitaria de la Atención Primaria con el objetivo de aumentar el nivel de salud de la población andaluza, integrar funcional y administrativamente los servicios sanitarios públicos, descentralizar la gestión y elevar la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios y los profesionales sanitarios (López y Martínez, 1985).

Además de la legislación estatal, el marco normativo autonómico con el que se inició el desarrollo de la reforma sanitaria se podría situar en la publicación del Decreto 195/85, de 28 de agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. Esta norma vino a configurar la nueva ordenación de la asistencia sanitaria de primer nivel en la Comunidad Autónoma, estableciendo los criterios y pautas sobre las que debería asentarse. En ella se define la Atención Primaria de Salud como el primer nivel de cuidados sanitarios, que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de salud de los ciudadanos (artículo 1.1.), y se describen las zonas básicas, centros de salud y equipos básicos de atención primaria (EBAP), además, configura los Distritos de Atención Primaria como demarcaciones territoriales para la planificación, sus funciones, los programas a desarrollar, los órganos de dirección y gestión, etc., así como los órganos de participación y los dispositivos de apoyo. Es decir, desarrolla la norma sobre la atención primaria de salud atendiendo a las características y adaptándola a las necesidades de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Un paso más en este proceso de reforma sanitaria, fue la creación del Servicio Andaluz de Salud (SAS), mediante la Ley 8/1986, de 6 de mayo, como organismo autónomo de carácter administrativo, responsable de la gestión y administración de los servicios

públicos de atención a la salud dependientes de la Junta de Andalucía. Consolidando un Sistema Sanitario Público que, garantizaba el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, de manera universal y equitativa, lo que contribuyó a la mejora del estado de salud de la población.

Desde la creación del SAS, se produjeron importantes transformaciones en la sociedad española, y andaluza: cambios demográficos (aumento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población), aparición de nuevas enfermedades, modificación en la prevalencia de otras, introducción permanente de nuevas tecnologías médicas, etc., así como la creciente preocupación por la financiación de los servicios públicos, todo ello confluyó en un escenario en el que las principales prioridades sanitarias se centraban en modernizar la gestión administrativa y asistencial para alcanzar una mayor eficiencia. Por ese motivo y con el fin de consolidar un marco más amplio para la protección de la salud de la población andaluza, se proclamó la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, orientada a regular las actuaciones sanitarias de la comunidad autónoma, bajo los principios de universalización, equidad, superación de las desigualdades en salud, descentralización, etc., y sustentada en la participación de la ciudadanía y de los profesionales, en aras a incrementar la calidad de los servicios utilizando de manera eficaz y eficiente los recursos sanitarios.

Dados los cambios sociales, económicos y desde luego normativos que se fueron produciendo a lo largo de los años, en 2007, se proclama el Decreto 197, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Esta regulación era necesaria para

acomodarse a los cambios que se habían producido desde la entrada en vigor del Decreto 195/85. En la atención primaria de salud, se había experimentado un desarrollo notable, generando cambios positivos en la salud de la población, pero también había aumentado la complejidad asistencial y de gestión, situación que unida al deber de ordenar los equipos sanitarios para adaptarse a la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, hizo necesaria la promulgación de esta norma con el objetivo de adecuar las estructuras sanitarias a la realidad del momento, ajustando su organización para mejorar la gestión y facilitar la consecución de sus objetivos.

### II.3. Atención Primaria de Salud 40 años después

La atención primaria como estrategia para alcanzar la salud para todos sigue siendo una opción vigente hoy día, y para conmemorar los 40 años de la Declaración de Alma-Ata, en octubre de 2018 se ha celebrado en Astaná (Kazajstán) la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud con el fin de comprometerse de nuevo para reforzarla subrayando su importancia, reafirmar los principios de la declaración inicial, y alcanzar la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Declaración de Astaná viene a remarcar la importancia de la atención primaria de salud como el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud de las personas, constituyendo la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible; manifestando que es inaceptable desde el punto de vista ético que persistan las disparidades en los resultados sanitarios y la inequidad en salud. Afirmando que los servicios de promoción,

prevención, curación, rehabilitación y la atención paliativa sean accesibles a toda la ciudadanía. Los estados firmantes se comprometen a tomar decisiones políticas en pro de la salud y garantizar la atención y prestación de servicios de salud esenciales, en consonancia con los principios humanitarios, y establecer una atención primaria de salud sostenible; cuyo éxito dependerá del desarrollo de conocimientos y capacidades en la mejora de la prestación de servicios, de los recursos humanos que trabajen en el nivel de atención primaria para responder a las necesidades de las personas en un contexto multidisciplinario. También de la utilización de tecnologías variadas para mejorar el acceso a la atención a la salud, y lograr la sostenibilidad financiera, la eficiencia y la resiliencia de los sistemas de salud asignando los recursos apropiados a la atención primaria en función del contexto nacional. Siempre mediante el empoderamiento de las personas y las comunidades (OMS y UNICEF, 2018).

## **Capítulo III. Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, en Andalucía**

El primer referente encontrado en Andalucía sobre el Trabajo Social Sanitario en atención primaria, se encuentra en la monografía, editada por la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, La reforma sanitaria en la atención primaria, 1984-1990, en la que se presenta un análisis de la situación de los servicios sanitarios de primer nivel, en base al que se propone la reforma sanitaria de la atención primaria, fundamentada en la filosofía de Alma-Ata. En dicha monografía al especificar la organización funcional de los servicios, hace referencia al Trabajo Social Sanitario, indicando que tiene como objetivo “prestar una especial atención a la dimensión social del fenómeno salud-enfermedad” (López y Martínez, 1985, p. 101).

### **III.1. Desarrollo y evolución**

Para impulsar la reforma sanitaria, en Andalucía, también se fue articulando la normativa legal que lo sustentase. Así se promulgó el Decreto 195/85, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía, equivalente al Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud, y en el que también se define la composición de los miembros del equipo básico de atención primaria (EBAP), donde estaban incluidos

los trabajadores y las trabajadoras sociales como parte de estos (artículo 4)<sup>4</sup>. En este Decreto se especifican las funciones asignadas a los miembros del EBAP, que se desarrollan posteriormente en la Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía. En el artículo 12 de dicha orden se recogen las funciones de los y las profesionales de Trabajo social en el Centro de Salud.

- Orientar y asesorar a los miembros del EBAP y especialmente a los directores de los programas sobre aspectos sociales individuales y comunitarios de las actividades de los mismos.
- Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el Centro y la población.
- Promover el trabajo en equipo con los asistentes sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales.
- Ofertar asistencia social en consulta a demanda de los miembros del EBAP y de la población.

Sin embargo, los comienzos no estuvieron exentos de dificultades. Los trabajadores y trabajadoras sociales carecían de experiencia previa en atención primaria, ya que no

---

<sup>4</sup> Derogado por el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, que sitúa a los trabajadores y trabajadoras sociales como profesionales de los dispositivos de apoyo de los distritos sanitarios.



existía un modelo que imitar o rechazar, ni constaba un cuerpo bibliográfico que consultar, carecían de formación específica sobre trabajo social en atención primaria, y, además, las tareas a desempeñar por estos profesionales en los distintos programas de salud, no aparecían explicitadas en ningún manual.

La falta de experiencia en este modelo de atención era común a todos los miembros del equipo. A la tradicional atención asistencial, había que incorporar la intervención en programas de salud, estrategia tendente a trabajar con una orientación anticipada, con énfasis en los aspectos preventivos y promocionales. Para su adecuación, en 1984, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó una colección de libros sobre atención primaria de salud, compuesta por una serie de guías para elaborar los distintos programas de salud a poner en marcha en los centros de salud: programa del lactante y preescolar, programa de salud escolar, programa de atención al embarazo, parto y puerperio, programa de atención a la mujer, programa de atención al adulto, programa de atención al anciano, programa de atención al medio, etc., en ellas se identificaban las necesidades y problemas de salud relacionados con la población diana, y se presentaba una propuesta de objetivos y actividades a desarrollar: en consulta, domicilio, actividades de detección precoz, rehabilitación y reinserción social, educación para la salud, etc., así como el procedimiento de evaluación del programa. La referencia al Trabajo Social en estas guías solo se presentaba de forma expresa en los cuadros de distribución de responsabilidades (Imagen 1), donde se indicaba la mayor o menor carga de trabajo de cada miembro del equipo en cada una de las actividades propuestas en el programa.

Partiendo del grado de responsabilidad asignado, los y las profesionales rescataban la información del programa para definir de modo conciso la intervención del Trabajo Social en cada una de las áreas de actuación. De modo que se fueron definiendo poco a poco protocolos de intervención social, grupos de riesgo social, criterios de derivación al trabajador o trabajadora social del centro, etc., incorporando, con más o menos acierto, estas aportaciones en los programas de los centros. Dándolos a conocer en reuniones científicas y mediante su publicación en medios de difusión especializados (revistas, libros, manuales, guías, etc.).

Pero, en la práctica, la ejecución y evaluación de estos protocolos, era más complicada, ya que, al no disponer de una estructura organizativa específica, cada profesional definía los procesos de intervención individualmente, y aunque muy similares en cuanto a metodologías y técnicas, era difícil evaluar y ajustar los procesos, ya que no se utilizaba el mismo lenguaje, ni existía homogeneidad en los elementos de medición. No existía un contexto, ni un espacio donde compartir ideas, reflexionar y preparar proyectos conjuntos. La coordinación estaba sujeta a la voluntariedad de los y las profesionales.

*Imagen 1. Distribución de responsabilidades del EAP en las distintas actividades del Programa del Lactante y Preescolar*

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>Médico</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Trabaj. Social</b>	<b>Comunid.</b>
Control periódico del niño	++	+++	+	++
Atención a la demanda	+++	++	++	++
Consulta de Atención Programada	+++	++	++	++
Vacunaciones	+	+++		++
Atención domiciliaria	++	+++	++	+
Educación para la salud	+++	+++	+++	+++
Coordinación y colaboración con programa maternal, etc.	++	++	++	
Coordinación con estructuras sociales que influyen en la salud infantil	++	++	+++	+++
Formación continuada del equipo de atención primaria	+++	+++	+++	+
Registros de datos	++	++	+	

*Fuente: Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar Atención Primaria de Salud (1988, p. 47)*

En esta situación, con un solo profesional en el equipo, entre dos grupos, mucho más numerosos y tradicionalmente asentados en el campo sanitario, es lógico pensar que las trabajadoras y trabajadores sociales se sintiesen desorientados, máxime en un contexto en el que estaban emergiendo otros servicios, cuyas funciones se daban a conocer tanto desde la estructura colegial, como en el ámbito universitario, donde rápidamente proliferaron materias específicas sobre los servicios sociales, lo que dio lugar, en no pocas ocasiones, a equiparar Trabajo Social con servicios sociales. Esto unido a que, en general, en todos los estamentos se volcaba la atención hacia lo que mejor se sabía hacer. Los gestores sanitarios evaluaban el número de personas atendidas, con poco o

nulo énfasis en la repercusión que los programas de salud implementados tenían en la población. El personal sanitario se volcó en mayor medida hacia lo clínico y asistencial, y los trabajadores y trabajadoras sociales hacia la gestión y aplicación de recursos sociales a las situaciones de necesidad, que era lo más visible y demandado por el equipo; relegando a un segundo plano las actividades comunitarias y de promoción, alejándose de la filosofía de Alma-Ata.

### III.1.1. Estrategia de riesgo social en salud

Un impulso importante para la profesión, vino de la mano de la aplicación de la estrategia de riesgo, consistente, según el principio de equidad, en priorizar la atención a la salud hacia las personas que más lo necesitan. La estrategia de intervención en poblaciones de riesgo debe considerar la caracterización del riesgo, en base a la población, el medio y los servicios; la elaboración de mapas de riesgo, el análisis de la comunidad objeto de intervención y una metodología participativa para la intervención comunitaria (Martínez, 1990).

Esta metodología de intervención supuso un respaldo importante al trabajo que venían desarrollando los y las trabajadoras sociales, ya que se ocupaba de definir, analizar y prestar una atención prioritaria a aquellas personas y grupos que por sus circunstancias sociales presentaban peores indicadores de salud. Comenzaron a elaborarse los mapas de riesgo de las zonas y a diseñar protocolos de captación e intervención con población en situación de riesgo socio-sanitario (Burgos, 2009).

Posteriormente, con la llegada de los contratos-programa y la edición de la cartera de servicios de atención primaria, se fue incluyendo paulatinamente la atención a grupos especialmente vulnerables y en situación de riesgo social. Concretamente, en la cartera de servicios del año 2000, se incorpora la atención a ancianos en riesgo, que incluye la valoración social como criterio mínimo de oferta. Y en la cartera del año 2003, se introduce, además, la atención a personas en riesgo social. Este reconocimiento de las situaciones de vulnerabilidad y riesgo social ha ido evolución hasta la actual cartera de servicios<sup>5</sup>, en la que además de la atención a grupos especialmente frágiles, se incluye un área de atención a la familia y otra de atención a la comunidad, que contempla la intervención con familias vulnerables, el abordaje comunitario y grupal, la atención al riesgo social en salud, etc., e incorpora como servicio las Unidades de Trabajo Social.

Como se puede observar, aunque lentamente, la incorporación de la atención social como parte de la oferta de servicios de atención primaria, se fue perfilando como un hecho consolidado.

### III.1.2. Zonas con Necesidades de Transformación Social

Aunque desde la implantación de la reforma sanitaria, se estaba dando respuesta a muchos de los problemas de salud de la población, logrando que las distintas clases sociales alcanzasen un uso similar de los servicios sanitarios, según se puede constatar,

---

<sup>5</sup> La actual cartera de servicios de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud, se presenta en formato digital en la página web <https://bit.ly/2X3rHKo>.

en numerosos estudios<sup>6</sup>, la asociación entre determinadas circunstancias sociales y peores resultados de salud. Se trata de espacios urbanos que en la Comunidad Autónoma Andaluza reciben la denominación de zonas con necesidades de transformación social. Para dar respuesta desde al ámbito de la salud a esas situaciones desfavorecidas, desde el Servicio Andaluz de Salud se promovió la creación de un grupo de trabajo, compuesto en su mayor parte por trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios, para elaborar un plan de actuación en dichas zonas.

Fruto de dicho trabajo se elaboró un documento base que sirviese de guía a los profesionales de los centros de salud ubicados en las áreas geográficas de Andalucía identificadas por la Consejería de Asuntos Sociales, de la época, como zonas con necesidades de transformación social<sup>7</sup>. En dicho documento se presenta un análisis de la situación y características más significativas, de sus habitantes, en relación a sus

---

<sup>6</sup> Mostrar estudios que correlacionan la situación social de las personas con su estado de salud, es algo que trasciende al objeto de esta tesis, no obstante, y a modo de ejemplo, esta afirmación quedaría ampliamente demostrada haciendo referencia tanto al clásico Informe Black. The Black-report (1980), como al estudio de J.C. March, Granada en sus barrios, (1989), estudios realizados por Carmen Borrell o Lucia Artazcoz, entre otros y, especialmente a los informes de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS); así como otros muchos trabajos de investigación de investigadores e investigadoras expertas en este campo y publicados en diversas revistas científicas, tanto sociales como sanitarias.

<sup>7</sup> La Comunidad Autónoma de Andalucía define dichas zonas como “aquellos espacios urbanos claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que sean significativamente apreciables problemas en las siguientes materias:

- Vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos.
- Elevados índices de absentismo y fracaso escolar.
- Altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales.
- Significativas deficiencias higiénico-sanitarias.
- Fenómenos de desintegración social.

Página web de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, <https://bit.ly/2uYaJkr>.

comportamientos y estado de salud; y una propuesta de estrategias de intervenciones básicas, basadas en el enfoque y estrategia de riesgo.

De nuevo, auspiciado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS, y en la misma línea de trabajo, se diseñó un instrumento de medida de riesgo social en salud, que posteriormente se desarrolló en un programa informático que, fue validado por el Departamento de Estadística de la Universidad de Sevilla.

### III.1.3. Grupos socioeducativos (GRUSE)

El proyecto GRUSE forma parte de la estrategia de promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA). Son una actividad de promoción de salud, destinada a fomentar los activos en salud mental, mediante una estrategia grupal con el fin de desarrollar las habilidades sociales de las personas que participan en ellos, para un afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana. Se iniciaron en Málaga, a instancia de un grupo de profesionales de Trabajo Social que, diseñaron el proyecto de intervención. Las personas designadas para su ejecución en las Unidades de Gestión Clínica son las trabajadoras y trabajadores sociales, dadas sus competencias en el desarrollo de las capacidades de las personas en la resolución de sus problemas (Consejería de Salud, 2011).

A modo de ejemplo, estos son algunos de los elementos en los que han intervenido, y en ocasiones han sido promotores de su desarrollo, las y los profesionales de Trabajo Social de atención primaria, pero no los únicos.

Desde su incorporación al primer nivel de atención sanitaria, las trabajadoras y trabajadores sociales, han participado y colaborado en el desarrollo de múltiples proyectos liderados por el SAS y/o la Consejería de Salud, como participar en el diseño de programas de salud, y de diversos procesos asistenciales integrados, en el diseño del Módulo de Trabajo Social de la Historia de Salud electrónica (Sistema Diraya), etc.

#### III.1.4. Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía

A pesar de la contribución de los trabajadores y trabajadoras sociales de atención primaria, a lo largo de estos años, para que se reconozcan y reflejen los aspectos sociales en la atención a la salud de la población, la plantilla de sus efectivos se ha visto reducida y/o estancada, con el perjuicio que ello supone para un adecuado desarrollo profesional, lo que unido a que en no pocas ocasiones las y los profesionales se han visto relegados de sus funciones y/o excluidos de los procesos en los que debían participar<sup>8</sup>, ha ido generando un sentimiento de vulnerabilidad e indefensión en el colectivo.

---

<sup>8</sup> Dejando a un lado situaciones que podrían tildarse de anecdóticas, es preciso hacer referencia algunos hechos de especial relevancia para la profesión, ya que afectaron y afectan a todo el colectivo:

- a. En el año 1999 se expulsa a las y los profesionales de Trabajo Social de los Equipos Básicos de Atención Primaria adscribiéndolos a los dispositivos de apoyo de los distritos sanitarios, dejando al libre arbitrio de los directores o directoras de los distritos la organización, lugar de desempeño, e incluso funciones de estos profesionales. Llegando a darse el caso de que un solo profesional debía atender hasta tres y cuatro zonas básicas.
- b. En el año 2002, se crea la figura de enfermería gestora de casos asignándole funciones de Trabajo Social, que tradicionalmente había desempeñado este colectivo, e indicando en el primer borrador que se elaboró al respecto que se podían realizar *con o sin* los trabajadores o las trabajadoras sociales de atención primaria.



Como colofón de este periplo, la publicación del Plan de Renovación de la Atención Primaria en 2016, cuyo objetivo era contribuir al fortalecimiento de este nivel de atención, configurándolo como agente vertebrador de la atención sanitaria en Andalucía, para mejorar la salud de la población, garantizando la equidad en la atención a grupos de alta necesidad; hizo saltar las alarmas en el colectivo de Trabajo Social Sanitario, puesto que fundamentaba el Plan en 18 vectores estratégicos, siendo el primero de ellos la “primacía efectiva de la Atención Primaria y sus profesionales (médico/a y enfermero/a de familia) en el SSPA a través de un compromiso explícito por ambas partes (Consejería y profesionales)” (EASP, 2016, p. 11). Una vez más, desde los órganos directivos y de gestión se dejaba al margen a los y las profesionales de Trabajo Social. Situación especialmente seria, cuando se comprueban en el mencionado Plan las referencias a la atención social en salud. Desde los motivos que fundamentan dicha renovación que aluden a la importancia que se debe conceder a los determinantes sociales de la salud, y la necesidad de incorporar intervenciones que contemplen la influencia del entorno social y económico, a los principios que se basan en tener en cuenta el contexto familiar, comunitario y social del que forma parte cada persona, o las líneas de intervención orientadas a desarrollar acciones que tengan en cuenta la clase social, el género, la etnicidad, las poblaciones migrantes, desplazadas o refugiadas, aplicando principios de discriminación positiva, todo ello, dejando fuera del Plan a las y los profesionales de Trabajo Social de atención primaria.

- 
- c. A día de hoy, no estar en igualdad de condiciones que otros miembros del equipo de salud, facultativos y personal de enfermería, para poder acceder al modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud.

Esta situación produjo un sentimiento de descrédito, deterioro y perjuicio profesional para las trabajadoras y trabajadores sociales, lo que suscitó que se organizase un grupo de trabajo integrado por profesionales de Trabajo Social del Servicio Andaluz de Salud, representantes del Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social y representantes de la Delegación de Andalucía de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, con el fin de incorporar el enfoque social y del rol del Trabajo Social Sanitario al citado Plan de Renovación de la Atención Primaria de Salud. El grupo trabajó, especialmente, en cuatro líneas: cartera de servicios, mapa de competencias, dimensionamiento de plantillas y estructura territorial/dependencia funcional, fruto del cual, se elaboró un informe denominado Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía, que fue presentado el 23 de agosto de 2017 al Servicio Andaluz de Salud (Burgos et al., 2017).

Aunque no se dispone aún de datos oficiales, en el último año (tras la presentación del informe), se percibe un incrementado del número de contrataciones de trabajadores y trabajadoras sociales en atención primaria, según se desprende de conversaciones informales mantenidas con profesionales de algunos distritos sanitarios.

### III.2. Funciones y áreas de intervención del Trabajo Social Sanitario

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, las funciones de las trabajadoras y trabajadores sociales de atención primaria se regularon mediante la Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de Salud.

Posteriormente, como desarrollo de la mencionada Orden, la Consejería de Salud emitió la Circular 1/87, de fecha 9 de enero de 1987, sobre Organización y funcionamiento de los trabajadores sociales en los centros de atención primaria de salud. En el preámbulo de dicha circular, se refiere a las trabajadoras y trabajadores sociales como profesionales que apoyan y complementan las actuaciones del equipo, colaborando en el estudio y tratamiento de los factores sociales que afectan en la salud, fomentando la participación de la ciudadanía en defensa de la misma, e insta a los y las profesionales a que sus acciones tengan un carácter preferentemente preventivo y educativo.

Seguidamente, en la Circular, se procede a desarrollar cada una de las funciones asignadas a los y las profesionales de Trabajo Social en la Orden de 2 de septiembre de 1985.

Para mayor claridad, en los párrafos siguientes se realizará una breve descripción de las actuaciones que ordena la circular en relación a las funciones legisladas.

- *Orientar y asesorar a los miembros del EBAP y especialmente a los directores de los programas sobre aspectos sociales individuales y comunitarios de las actividades de los mismos.*

Se desarrollará mediante el diagnóstico social de la zona de salud, diagnóstico continuado de las necesidades y demandas de la población y la detección de individuos y grupos en situación de riesgo social, analizando la incidencia de los factores sociales en el proceso salud-enfermedad, y participando en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas que se implanten en el Centro de Salud.

Asimismo, los y las profesionales deberán participar en la formación continuada del equipo y en la docencia pregrado y postgrado de profesionales de atención primaria, y especialmente, de alumnos y alumnas de Trabajo Social.

- *Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el Centro y la población.*

Para ello, promoverá la organización de la comunidad, favoreciendo las actividades de grupos constituidos, y potenciando otras formas de colaboración, cooperación y ayuda mutua. Informando a la ciudadanía acerca de sus derechos y deberes respecto a su salud, y facilitando a los miembros del EBAP sobre recursos sociales y contactos en la comunidad.

- *Promover el trabajo en equipo con los asistentes sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales.*

Estableciendo protocolos de coordinación y derivación con profesionales de otros servicios y/o sistemas de protección que intervengan en la misma zona, auspiciando el intercambio de información, metodologías de trabajo, estudios de investigación, análisis de necesidades y recursos sociales para satisfacerlos, etc.

- *Ofertar asistencia social en consulta a demanda de los miembros del EBAP y de la población.*

Mediante la atención social directa a personas, familias, grupos y a la comunidad.

Estas funciones y actividades se realizarán a través de las siguientes modalidades de atención: Atención en consulta (a demanda y programada), atención domiciliaria, y trabajo con la comunidad, mediante procesos de organización comunitaria y a través del trabajo con grupos (Sánchez, 2006).

Al observar las funciones, anteriormente descritas, se puede constatar la imbricación del Trabajo Social en el ámbito sanitario. No solo en el hospital o salud mental, donde los profesionales ya llevaban varias décadas insertos, sino también en la atención primaria; que, aunque su implementación se produce en la década de los 80, a raíz de la Declaración de Alma-Ata; tal y como se ha expuesto en los orígenes de la profesión en el campo sanitario, la trabajadora y el trabajador social no solo intervienen en una relación asistencial, sino que pueden desarrollar todo lo relacionado con aspectos educativos y promocionales de la salud, así como la evaluación, investigación, planificación, etc., es decir, es un ámbito privilegiado de intervención donde poder realizar la mayor parte, si no todas, las competencias profesionales de los trabajadores y trabajadoras sociales.

Estas funciones que han de ejecutar los y las profesionales de Trabajo Social, se desarrollan a través de las siguientes áreas de trabajo (Gobierno de Canarias, 2004):

- Área de atención directa.

Referida a la atención individual, familiar, grupal y comunitaria, desarrollada en todos los niveles de intervención social. Preferiblemente, la intervención se desarrollará en el marco de los programas de salud o procesos asistenciales. Pudiéndose ubicar en la consulta, en el domicilio, o en otros contextos, como residencias de mayores, centros educativos, asociaciones, etc., estos últimos, sobre todo, en las intervenciones grupales y comunitarias.

En la intervención directa esencialmente se utiliza el método básico: estudio y valoración de la situación, diagnóstico social, plan de intervención social y evaluación. Estudiando los factores sociales que influyen en la salud de las personas, para intervenir en su reducción o eliminación, si fuera posible.

- Área de coordinación socio-sanitaria.

La intervención fundamental en esta área se orienta a promover e impulsar la coordinación entre los distintos sistemas de protección que intervienen en la atención a personas con necesidades de diversa índole que no pueden ser satisfechas en un único ámbito de actuación.

Desde la atención primaria, el procedimiento a seguir se podría desarrollar en las siguientes fases: conocer los servicios y recursos disponibles en la zona y modo de acceso a los mismos; promover la coordinación interna del equipo para abordar conjuntamente la atención de las personas que precisan atención sanitaria y social; impulsar estrategias de coordinación socio-sanitaria entre las entidades implicadas, programando actividades de trabajo conjunto en aras a alcanzar una mayor efectividad, y, evaluar.

- Área de apoyo social.

En la sociedad actual las redes de apoyo social de los individuos, cada vez, son más frágiles. Sin embargo, el apoyo social tiene una relación directa con la salud y el bienestar de las personas. Un mayor apoyo social mejora la salud de los individuos, protegiéndoles a la hora de afrontar acontecimientos estresantes.

De ahí la importancia de promover la creación y consolidar el establecimiento de Grupos de Ayuda Mutua y el Voluntariado en el contexto de la atención primaria.

- Área de promoción de la salud y participación.

Dada la importancia que la participación comunitaria tiene en la promoción de la salud de la comunidad, es esencial tener en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la Carta de Ottawa (1986), donde se refiere a la acción comunitaria como aquellos esfuerzos colectivos por parte de la población orientados a aumentar su control sobre los factores que inciden en su salud, con el fin de reducir o eliminar los que sean negativos y potenciar los positivos, en aras a mejorar la salud de la ciudadanía.

Para ello, los trabajadores y trabajadoras sociales estudiaran, junto con el equipo de salud, los determinantes que influyen en la salud de la población adscrita en su zona de intervención, diseñando e implementando programas de educación para la salud con la participación de la comunidad, e impulsando la creación de órganos participativos, como los Consejos de Salud de zona.

La promoción de la salud y participación ciudadana es una de las áreas de intervención que más caracteriza al Trabajo Social Sanitario, pues constituye la base para incrementar la salud y el bienestar social de la población.

- Área docente y de investigación.

La docencia y la investigación, son dos de las atribuciones encomendadas al equipo de atención primaria.

Entre las actividades docentes se encuentra la formación continuada orientada a promover el desarrollo profesional, y la formación de pregrado y postgrado a alumnado y profesionales de los equipos, especialmente a estudiantes de Trabajo Social.

Por lo que se refiere a la investigación, es la actividad científica que se lleva a cabo por parte de todos los miembros del equipo, incluidos obviamente, los y las profesionales de Trabajo Social Sanitario, con el objetivo de contribuir al progreso de la disciplina, así como a identificar los determinantes en el proceso salud-enfermedad, y a evaluar los resultados de las actuaciones desarrolladas, propiciando con ello mejoras en la salud de la comunidad, y en la prestación de servicios sanitarios.

Dentro de la investigación se incluyen también las acciones de transferencia del conocimiento mediante la difusión de los resultados de las investigaciones en revistas y en reuniones científicas.

- Área de gestión.

En Trabajo Social Sanitario, el área de gestión incluye actividades de planificación, organización y evaluación. Comprende el diseño e implementación de programas y protocolos, desde la perspectiva social.



### III.3. Formación específica de los/as trabajadores/as sociales en relación a la salud

En el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social (ANECA, 2004), sus autores realizan una propuesta general del título basada, por un lado, en el análisis realizado acerca de los estudios de Trabajo Social en Europa, y por otro, en las competencias, tanto genéricas, como específicas de la profesión, que según el trabajo realizado para la elaboración del Informe de la Comisión de Evaluación del diseño del Título de Grado en Trabajo Social, consideran que los y las estudiantes deben adquirir durante su periodo formativo. En base a ello, proponen que la titulación ha de contemplar una formación básica en ciencias sociales, que dotaría al alumnado de capacidades para comprender la situación social de las personas con las que intervienen los trabajadores y las trabajadoras sociales, teniendo en cuenta el contexto en que están inmersas y sus relaciones con el mismo; y una formación teórico-práctica que les posibilite conocer el Trabajo Social como disciplina y desarrollar las competencias específicas que lo caracterizan, para desarrollarlo profesionalmente. Igualmente, en el Libro Blanco se propone que el Título de Grado en Trabajo Social tenga un 65% de materias en común, con el fin de facilitar la movilidad de estudiantes entre las distintas universidades, dejando un 35% para fijar los contenidos propios de cada universidad, recomendando que, dentro de estos, se incluya alguna materia relacionada con la salud pública (ANECA, 2004). Lo que sitúa a la formación del alumnado en el espacio sanitario en un nivel más bien escaso. Ya que como se podrá advertir a continuación, este panorama formativo es algo diferente al que tradicionalmente, recibieron los y las estudiantes de Trabajo Social.

Antes de analizar la evolución que los estudios de Trabajo Social han tenido en España, en lo referente a formación relacionada con el ámbito sanitario, se considera adecuado recordar no solo que, el Trabajo Social en el ámbito sanitario está presente desde el comienzo de la profesión, sino que dos de las primeras escuelas que se crearon en España, lo hicieron de la mano de profesionales de la medicina.

En la primera escuela, fundada en Barcelona, en 1932, denominada Escuela de Asistencia Social para la Mujer, fueron sus promotores el Doctor D. Raúl Roviralta y Doña Antonia Ferreras, y más tarde, tras una visita a Estados Unidos, donde conoció muy de cerca la profesión de *Social Worker*, el Doctor D. Ramón Sarró, a su regreso a España, promovió la creación de la Escuela de la Sección Femenina de Falange Española y de las JONS, que recibió el nombre de Escuela de Visitadoras Sociales Psiquiátricas, en 1953, de la que él mismo, fue el primer director (Cosano, 1993).

En cuanto a la formación académica ofertada por las Escuelas de Asistentes Sociales, hay que resaltar que, desde la creación de la primera escuela en 1932, los estudios de Asistencia Social no tuvieron reconocimiento oficial hasta el año 1964 en que se reconocen los estudios de Asistencia Social mediante el Decreto 1403/1964, de 30 de abril sobre reglamentación de la Escuelas para la formación de Asistentes Sociales, en el que se regulan las características que han de cumplir los estudios en cuanto a duración y contenidos, y los requisitos de acceso a los mismos. En lo que se refiere a los contenidos, el Decreto especifica que las enseñanzas teóricas deberán completarse con una “preparación sanitaria, jurídica y económica adecuada” (BOE núm. 117, p. 6305). Para su desarrollo, poco después, se publica la Orden de 31 de julio de 1964, por la que

se aprueba el plan de estudios y cuadro horario de las enseñanzas de Asistentes Sociales, en el que constan tres asignaturas relacionadas con la atención a la salud, una en cada curso académico.

Una vez realizadas estas observaciones, es adecuado realizar un breve recorrido por los programas educativos que se han ido desarrollando en España, de modo que permita reflexionar acerca de la formación específica que, tradicionalmente, han recibido y reciben los y las estudiantes de Trabajo Social: durante el periodo previo al reconocimiento de los estudios de Asistencia Social, en el primer Plan de Estudios Oficial, en la Diplomatura Universitaria de Trabajo Social, y ahora en los estudios de Grado. Para comprender la importancia y el peso que, en cada periodo, se le ha concedido a la formación en el ámbito sanitario para el Trabajo Social.

Para ello se han utilizado diversas fuentes documentales: el estudio socio-educativo sobre las Enseñanzas del Trabajo Social en España de M<sup>a</sup> Victoria Molina Sánchez (1994), normativas sobre los Planes de Estudios para la formación del alumnado de la Diplomatura en Trabajo Social, y páginas web sobre los Planes de Estudio del Grado en Trabajo Social, de diversas universidades españolas.

En primer lugar, como se puede observar en la tabla 1, en los programas educativos de los centros de formación de Asistencia Social existentes antes del reconocimiento de estudios de 1964, el número de asignaturas relacionadas con la atención a la salud de las personas era bastante alto y se extendía a la realización de prácticas en centros sanitarios.

*Tabla 1. Asignaturas relacionadas con la atención a la salud en los programas educativos de los centros de formación para trabajadores/as sociales antes del Reconocimiento de Estudios de 30 de abril de 1964*

Escuela de Asistencia Social para la Mujer. Barcelona. (curso 1932-1933)	Escuela de Asistencia Social para la Mujer. Barcelona. (curso 1942-1943)	Escuela Madrid-Lagasca (1949)	Programa unificado (FEEISS <sup>9</sup> 1958)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Higiene general</i></li> <li>• <i>Higiene de la mujer y del niño</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cura de urgencias:</i> <i>Socorrismo</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Prácticas especializadas de:</i> <i>Auxiliar de laboratorio</i></li> <li>• <i>Prácticas especializadas de:</i> <i>Auxiliar médico en dispensario</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puericultura</li> <li>• Anatomía y fisiología</li> <li>• Higiene general</li> <li>• Medicina social</li> <li>• Psicopatología</li> <li>• Psicopatología del niño</li> <li>• Higiene de la mujer</li> <li>• Medicina del trabajo</li> <li>• Clases prácticas de curas de urgencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina: anatomía, fisiología, nociones de patología</li> <li>• Puericultura</li> <li>• Psicopatología: Alteraciones de la conducta y síntesis de enfermedades mentales</li> <li>• Higiene general, higiene del hogar, de la alimentación</li> <li>• Prácticas médicas de dispensarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puericultura</li> <li>• Anatomía y fisiología</li> <li>• Higiene general</li> <li>• Medicina social</li> <li>• Psicopatología del niño</li> <li>• Higiene de la mujer</li> <li>• Medicina del trabajo</li> <li>• Prácticas en dispensarios</li> </ul>

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos consultados en el estudio realizado por M<sup>a</sup> Victoria Molina Sánchez (1994)*

<sup>9</sup> FEEISS. Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social.

El programa de estudios de la Escuela de Barcelona (1932), contaba con 11 asignaturas teóricas, de las que 3 estaban relacionadas con la salud, e indicaba 7 espacios profesionales donde realizar las prácticas especializadas, de los cuales, 2 correspondían a entornos sanitarios. En la Escuela de Asistencia Social para la Mujer (Barcelona 1942-1943). A lo largo de dos cursos académicos, se impartían 25 asignaturas teóricas, de las que 8 estaban referidas al campo de la salud, y 11 asignaturas prácticas, dos de ellas correspondiente a salud. En la Escuela de Formación Familiar y Social de Madrid (1949), más conocida como Escuela de Lagasca, de 11 asignaturas teóricas, 4 se referían a la salud, y de las 3 de prácticas, una era de salud. Por último, en el programa de estudios unificado de las escuelas adscritas a la Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social (FEEISS), durante dos cursos académicos se impartían 23 asignaturas teóricas y 11 prácticas, de las que, estaban relacionadas con la salud, 7 de teoría y una de prácticas. Durante el tercer curso se realizaban prácticas, se elaboraba y preparaba la defensa de la tesina de fin de estudios y se realizaban cursillos monográficos sobre problemas sociales (Molina, 1994). Constatándose que, en este periodo, el volumen de asignaturas relacionadas con el campo sanitario, dentro del plan formativo de las diferentes escuelas, era bastante importante.

Más tarde, el reconocimiento oficial de los estudios de Asistencia Social, trajo consigo la publicación del Plan de Estudios de dichas enseñanzas, mediante Orden de 31 de julio de 1964, del Ministerio de Educación Nacional.

Dicho Plan establecía que los estudios se desarrollasen a lo largo de tres cursos académicos, con un total de 26 asignaturas, de las que tres estaban relacionadas con la salud (tabla 2).

*Tabla 2. Asignaturas relacionadas con la salud, contempladas en el Plan de Estudios de las Enseñanzas de Asistentes Sociales aprobado por Orden Ministerial de 31 de julio de 1964*

Curso	Asignatura	Duración
Primero	Nociones de medicina, higiene y sanidad	Anual
Segundo	Psicopatología	Anual
Tercero	Medicina social	Anual

*Fuente: Elaboración propia a partir de la Orden de 31 de julio de 1964 por la que se aprueba el plan de estudios y cuadro horario de las enseñanzas de Asistentes Sociales*

En 1981, los estudios de Trabajo Social fueron reconocidos como universitarios. Se publicó el Real Decreto 1850/1981, de 20 de agosto, sobre incorporación a la Universidad de los estudios de Asistentes sociales, disponiendo en su artículo primero que, “las enseñanzas de Trabajo Social se desarrollarían dentro de la Educación Universitaria a través de las Escuelas Universitarias y conforme a la normativa propia de este tipo de centros”. Y en el artículo tercero que “La elaboración y aprobación de los Planes de Estudio se realizaría según lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley General de Educación”.

En cumplimiento de dicha disposición, se publica la Orden de 12 de abril de 1983, por la que se establecen las directrices para la elaboración de los Planes de Estudio de la Diplomatura en Trabajo Social, que, en su artículo primero, establece que “las enseñanzas deben dirigirse a proporcionar a las y los estudiantes los conocimientos, capacidades y aptitudes necesarias para desempeñar eficazmente sus funciones”; así como que las enseñanzas se estructurarían en torno a tres áreas: Área de las Ciencias Básicas, Área del Trabajo Social y Área de las Ciencias complementarias. Igualmente, establece en el anexo I, de la misma, las 15 asignaturas que, con carácter obligatorio, debe incluir todo Plan de Estudios, entre las que no aparece ninguna con contenido sanitario. Aun así, en diversos planes formativos de las Escuelas de Trabajo Social, aparecía alguna asignatura relacionada con la atención a la salud. A modo de ejemplo, en la Universidad de Jaén, mediante Resolución de 28 de julio de 2000, se publica el Plan de Estudios de la titulación de Diplomado en Trabajo Social (Tabla 3).

En la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Jaén, tanto durante el Plan de Estudios de 1996, como en el de 2000, se impartió la asignatura de Salud Pública y Trabajo Social, vinculada al área de conocimiento de Enfermería, Medicina, Medicina Preventiva y Salud Pública, Toxicología y Medicina Legal y Forense, y en el Plan de Estudios del año 2000, se incluyó, además, la asignatura de Trabajo Social en el área de Salud, de carácter optativo, y vinculada al área de conocimiento de Trabajo Social y Servicios Sociales; aunque dicha materia, durante el periodo de formación en el contexto de la diplomatura, no llegó a ofertarse como asignatura optativa al alumnado.

*Tabla 3. Asignaturas relacionadas con la salud, impartidas en la Diplomatura en Trabajo Social de la Universidad de Jaén (Plan de Estudios 2000)*

Curso	Asignatura	Carácter	Duración
Segundo	Salud Pública y Trabajo Social	Troncal	Cuatrimstral
Optativa	Trabajo Social en el Área de Salud	<i>(No llegó a ofertarse)</i>	

*Fuente: Elaboración propia a partir de la Resolución de 28 de julio de 2000, de la Universidad de Jaén, por la que se publican los planes de estudios para la obtención de diversos títulos*

Finalmente, en referencia a la formación en materia sanitaria en los estudios de Grado en Trabajo Social, hay que destacar que, si bien en el Libro Blanco del Grado en Trabajo Social solo se recomienda que se incluya alguna asignatura relacionada con la salud pública, dentro del 35% de contenidos propios de cada universidad, la realidad muestra que las universidades han optado por incluir asignaturas relacionadas con el campo de la salud en sus planes de estudios. A modo de ejemplo, en la tabla 4, se pueden comprobar las asignaturas relacionadas con esta materia que se están impartiendo en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Esta afirmación, también puede extrapolarse a casi toda España, ya que se ha comprobado, de manera aleatoria, en 19 universidades de otras comunidades autónomas, si se impartía o no alguna asignatura con contenidos sanitarios, y en todas en las que se ha revisado, se impartía al menos una asignatura con esta temática.



*Tabla 4. Asignaturas, con contenidos sanitarios, incluidas en los planes de estudios del Grado en Trabajo Social, de las Universidades de Andalucía*

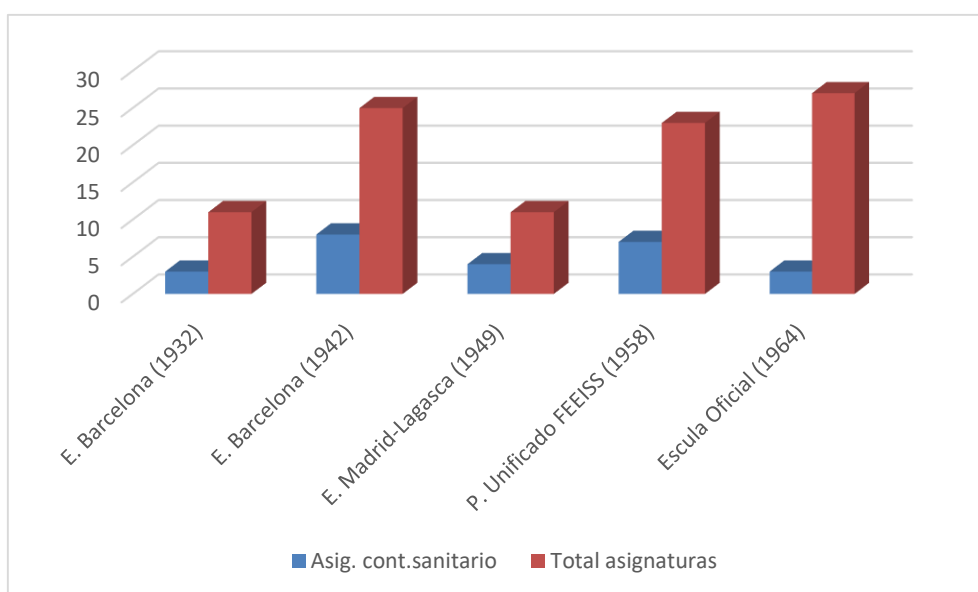
Universidad	Asignatura	Carácter
Almería	Salud Pública y Trabajo Social	Obligatoria
Cádiz	Salud, dependencia y vulnerabilidad social	Obligatoria
Granada	Salud, dependencia y vulnerabilidad social	Obligatoria
	Trabajo Social y salud	Optativa
	Trabajo Social y drogodependencia	Optativa
Huelva	Salud Pública y Trabajo Social	Obligatoria
	Salud y desigualdad social	Optativa
	Psicología clínica y salud	Optativa
Jaén	Salud, dependencia y vulnerabilidad social	Obligatoria
	Trabajo Social en el ámbito de la salud	Optativa
Málaga	Salud, dependencia y vulnerabilidad social	Obligatoria
	Trabajo Social en adicciones	Optativa
Pablo Olavide (Sevilla)	Salud Pública y Trabajo Social	Obligatoria
	Trabajo Social y Servicios Sociales en el ámbito socio-sanitario	Optativa

*Fuente: Elaboración propia a partir de los planes de estudios del Grado en Trabajo Social de las distintas universidades andaluzas publicados en el BOE y de sus páginas web*

Si se analiza la formación específica contemplada en los planes de estudios, se puede constatar que en las primeras décadas la proporción de asignaturas con contenidos

sanitarios, constituían un volumen importante dentro de la formación de los y las profesionales de Trabajo Social (gráfico 1).

*Gráfico 1. Proporción de asignaturas con contenido sanitario, frente al total de asignaturas, en los planes de estudio previos al reconocimiento universitario de los estudios de Trabajo Social*

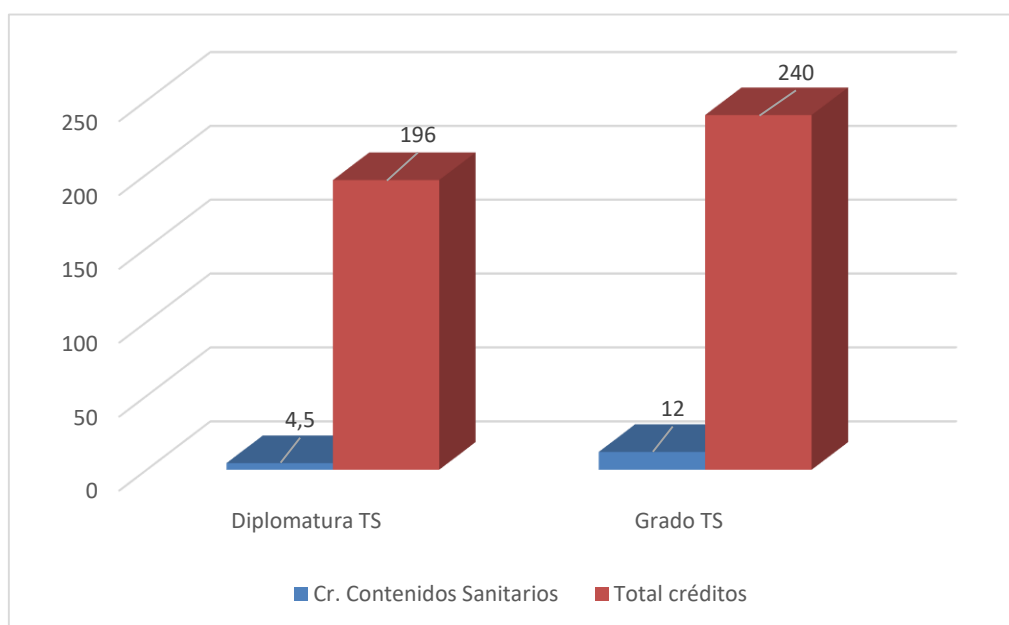


*Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación consultada*

Esta relación disminuyó drásticamente con la transformación y clasificación de los estudios de Trabajo Social como universitarios, aspecto que es importante reseñar, dado que, tal y como se ha referido en las páginas precedentes, se trata de un ámbito de intervención pionero, con una trayectoria relevante, y justo en el momento que, en España, se reconoce el derecho a la protección de la salud y se universaliza la atención sanitaria a toda la ciudadanía, incorporando sustancialmente a profesionales de Trabajo Social en todos los niveles asistenciales sanitarios, se reduce de manera significativa la

formación de los futuros profesionales en materia sanitaria. Aunque con la llegada de los estudios de Grado se podría decir que la situación ha empezado a mejorar, esencialmente por la voluntad de las universidades de incluir formación relativa a salud pública e incorporar asignaturas optativas relacionadas con la atención a la salud, más que por estar contemplado en las directrices propuestas en el Libro Blanco del Trabajo Social.

*Gráfico 2. Proporción de créditos de contenidos sanitarios frente al total de créditos de la titulación*



*Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación consultada*

En definitiva, y aunque parezca paradójico, cuando empieza a desarrollarse el sistema sanitario desde un punto de vista bio-psico-social y, consecuentemente, incorpora en su estructura profesionales de lo social para ofertar una atención integral a la salud de la población, las instituciones responsables de la formación de los y las profesionales de

Trabajo Social reducen considerablemente el estudio de materias relacionadas con la intervención profesional en este ámbito de actuación.

### III. 4. Organización Profesional

Por regla general, las profesiones se organizan en torno a colegios profesionales y sociedades científicas.

Un colegio profesional es una corporación de derecho público que, por su naturaleza, ejerce funciones público-privadas, situándose entre la Administración, los colegiados/as y los clientes/as, usuarios/as y pacientes, las entidades sociales y las empresas. Son instituciones reconocidas en el artículo 36 de la Constitución Española. Ostentan la representación exclusiva de la profesión, su adscripción es obligatoria para ejercer la profesión en determinados supuestos, y se rigen por los estatutos colegiales aprobados por el colegio y sancionados por el órgano competente de la Administración Pública. La organización colegial está compuesta por el conjunto de corporaciones colegiales de una profesión: Consejos Generales o Superiores de Colegios Profesionales, Consejos Autonómicos de Colegios y los Colegios Profesionales (Consejo General de Trabajo Social, 2016).

Sus fines están orientados a promover que se alcancen los intereses previstos relacionados con la profesión respectiva, ordenando el ejercicio de la misma (dentro del marco legal y en el ámbito de sus competencias), representar institucionalmente al colectivo profesional, defender los intereses generales de la profesión y de sus

miembros, así como velar por el adecuado nivel de calidad de las prestaciones profesionales y controlar que la actividad de sus miembros cumpla con los preceptos establecidos en el Código Deontológico (Ley 10/2003).

Por su parte, las Sociedades Científicas surgen como consecuencia del desarrollo de la ciencia y la necesidad de los profesionales de compartir y confrontar sus trabajos. Por tanto, son agrupaciones voluntarias de profesionales e investigadores de una o varias ramas del saber que se reúnen para intercambiar sus experiencias contribuyendo a ampliar el conocimiento de la sociedad, a través, de la difusión y publicación de los resultados de sus investigaciones.

En este trabajo se hará referencia a la Organización Colegial de Trabajo Social en España, y a la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS), como sociedad científica, considerando que son los máximos exponentes y representantes del Trabajo Social Sanitario, cada uno en el ámbito de sus competencias.

#### III. 4. 1. Estructura colegial

En relación al Trabajo Social, la estructura colegial está compuesta por: el Consejo General del Trabajo Social (CGTS) que es el órgano representativo, coordinador y ejecutivo de todos los Colegios Oficiales de Trabajo Social (COTS); los Consejo Autonómicos de Trabajo Social y los Colegios Profesionales.

Andalucía cuenta con un Consejo Autonómico que aglutina los ocho colegios profesionales de la Comunidad Autónoma y representa a la profesión ante la Administración Pública, y cuantas entidades así lo requieran.

En España, el origen de la organización colegial se remonta a la década de los años 60, con la constitución de algunas asociaciones de asistentes sociales, generalmente asociaciones de antiguas alumnas vinculadas a sus respectivas escuelas, que buscaban seguir formándose y disponer de espacios de encuentro que les sirviera para intercambiar experiencias, sin embargo, pronto se dieron cuenta que para favorecer una defensa y desarrollo de la profesión apropiados era necesario estar unidas. Con ese objetivo, las asociaciones comenzaron a reunirse a partir del año 1962 para constituir una federación de asociaciones. Esas reuniones fueron dando sus frutos y en 1967 se constituyó oficialmente la Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales (FEDAAS). Justo un año después, se celebró en Barcelona el I Congreso Nacional de Asistentes Sociales de España, con motivo de estudiar los problemas que acuciaban a la profesión en ese momento con el fin de buscar la solución más adecuada. Los temas tratados en dicho congreso estuvieron relacionados con la terminología profesional, las funciones profesionales, el código deontológico y la formación superior. Más tarde, en el año 1972 se celebró el II Congreso Nacional de Asistentes Sociales en Madrid, con el objetivo de tomar conciencia de las exigencias de la profesión en ese momento. El trabajo en esa época se centró en promover la consecución de los estudios universitarios, pero los cambios sociales acaecidos en esta época ralentizaron dicho

proceso, aun así, se siguió trabajando sobre este tema en el III Congreso Nacional celebrado en Sevilla en 1976 (Gil, 2004).

Pero en esta década, es importante destacar dos hechos cruciales para la profesión. Uno, la erradicación de la beneficencia pública de la Constitución Española de 1978, como resultado de la intensa lucha y la campaña de sensibilización hacia los grupos políticos, medios de comunicación, colectivos profesionales y a toda la ciudadanía, realizada por FEDAAS (Martin, 2009), y otro, la reestructuración de la organización colegial.

La FEDAAS tenía claro que un colegio profesional sería una estructura organizativa desde la que se podría realizar una defensa más fuerte de la profesión, máxime a raíz de la publicación del Decreto 3095/1972, de 9 de noviembre, sobre régimen de las organizaciones profesionales sindicales, que propició que la FEDAAS presentase una solicitud para la creación del Colegio Profesional Sindical, solicitud que fue rechazada, denegando que se pudiesen constituir en colegio profesional. Sin embargo, la promulgación de la Constitución, que hace mención expresa en el artículo 36 a los colegios profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas, dio pie a que se presentase una proposición de ley sobre la Creación de los Colegios Oficiales de Trabajadores Sociales en noviembre de 1979, que culminó con la promulgación de la Ley 10/1982, de 13 de abril, de creación de los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales, que manifiesta en el artículo primero la creación de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, y en el segundo, el establecimiento de un Consejo

General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (Gil, 2004). Dando lugar a una estructura colegial del Trabajo Social compuesta por el Consejo General y los colegios provinciales. No obstante, puesto que la organización territorial en España se vertebra en Comunidades Autónomas, fue necesario que los colegios profesionales también se organizaran por autonomías, con objeto de representar a la profesión en el territorio de representación de la Administración Pública.

En Andalucía, concretamente, se constituyó el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, como Corporación de Derecho Público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, por Decreto 26/1998, de 20 de febrero<sup>10</sup>, cuyos estatutos quedaron publicados según Orden de 14 de junio de 1999<sup>11</sup>, por la que se declara la adecuación a la legalidad de los Estatutos del Consejo Andaluz de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Desde su creación, tanto el Consejo General, como los diferentes colegios profesionales, y el Consejo Andaluz, han contribuido al desarrollo de la profesión de Trabajo Social, ejerciendo las funciones atribuidas en el artículo 5 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, así como las establecidas en los Estatutos del Consejo

---

<sup>10</sup> Decreto 26/1998, de 10 de febrero, por el que se crea el Consejo Andaluz de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Recuperado de <https://bit.ly/2Dc8grg>.

<sup>11</sup> ORDEN de 14 de junio de 1999, por la que se declara la adecuación a la legalidad de los Estatutos del Consejo Andaluz de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Recuperado de <https://bit.ly/2US2BAz>.



General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, aprobados en el Real Decreto 877/2014, de 10 de octubre, y los Estatutos Generales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, aprobados en el Real Decreto 174/2001, de 23 de febrero; entre las que se puede destacar la defensa de la profesión, representar a los profesionales españoles ante organizaciones profesionales de otros países, intervenir en la mejora de las normas que regulan la actuación profesional conforme a los principios éticos y la promoción de la formación continua. A título de ejemplo, se puede destacar que, fruto del trabajo desempeñado, la organización colegial ha realizado un trabajo importante orientado a la difusión, publicación y transferencia del conocimiento. Ha promovido y participado en la realización de diversas investigaciones, ha publicado más de una treintena de obras, y edita la revista *Servicios Sociales y Políticas Social*, desde el año 1984, de la que ya se han publicado 116 números. Ha organizado múltiples cursos de formación y celebrado numerosas reuniones científicas, entre las que cabe destacar los Congresos Estatales de Trabajo Social, habiéndose celebrado hasta la fecha, 13 congresos, el último en el año 2017 en Mérida (Badajoz). Así como Jornadas sobre Servicios Sociales en el medio rural, Encuentros Intercolegiales, etc.

Sobre estos últimos, y puesto que en esta tesis se aborda el Trabajo Social en el ámbito de la Salud, es de recibo mencionar que el Consejo General organizó dos Encuentros Intercolegiales para tratar este tema, en los años 2003 y 2005 respectivamente, con el objeto de analizar la repercusión, en el colectivo profesional, de los cambios que se habían producido en el Sistema Sanitario, el surgimiento de la figura de las enfermeras

de enlace y las consecuencias derivadas de la confusión entre competencias de los centros de atención primaria de salud y los de atención primaria de servicios sociales municipales; en definitiva, analizar la situación del espacio profesional de los trabajadores sociales de salud.

### III. 4. 2. Sociedad científica

La promulgación de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, fue clave para dar cumplimiento al derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, tal y como establece el artículo 43 de la Constitución Española; derecho que para ser efectivo requiere que los poderes públicos adopten las medidas necesarias para su satisfacción. Esencialmente, la Ley General de Sanidad produjo un cambio importante en la estructura sanitaria del país, integrando todos los servicios sanitarios preexistentes en el Sistema Nacional de Salud, basado en la universalización de la atención a la salud y en la coordinación e integración de las prestaciones y servicios sanitarios en dos niveles: Atención Primaria de Salud y la Atención Especializada de Salud. Estos cambios en todos los niveles del sistema sanitario representaron un impulso importante para el Trabajo Social el ámbito de la salud.

En salud mental, gracias al desarrollo de la reforma psiquiátrica, tanto en nuestro país, como en los países de nuestro entorno, y al cambio que se produce en la concepción del enfermo mental, considerándole un sujeto con derechos y obligaciones, donde hay que tener en cuenta para su atención, tanto los aspectos clínicos, como los psicológicos y sociales, cobra relevancia la intervención de los trabajadores y trabajadoras sociales

como profesionales cuya acción se orienta a fomentar la inserción del paciente en su ámbito social, eliminando aquellas barreras que la dificulten.

En la atención hospitalaria también se produce un incremento importante de profesionales de Trabajo Social, con objeto de adecuarse a los cambios producidos por la nueva concepción de la salud, asignándoles la función de estudiar los factores sociales generadores de problemas de salud y su intervención sobre ellos.

Pero, sobre todo, es en la atención primaria, donde se produce un cambio sustancial. Este nivel de atención, no solo no contaba con trabajadoras y trabajadores sociales, sino que los servicios, estaban orientados casi exclusivamente al tratamiento de la persona enferma, con insuficiente implicación en la acción preventiva, una gran desigualdad en la oferta de servicios, especialmente en detrimento del medio rural y, una escasa coordinación con otros niveles asistenciales. La reforma sanitaria significó un cambio importante en la filosofía de la atención primaria, sobre todo por su orientación enfocada a la búsqueda del estado de salud en lugar de atender exclusivamente la enfermedad, por su enfoque integral que incluye la promoción de la salud, la prevención y recuperación de la enfermedad, y por contemplar la plena participación de la ciudadanía como responsable de su propia salud, precisaba de la intervención de un equipo multidisciplinar que tuviese en cuenta tanto los aspectos físicos, como psíquicos y sociales, para su desarrollo.

Como se ha dicho anteriormente, este cambio se produce a raíz de la celebración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, en la que se

puso de manifiesto la necesidad urgente de que se implementase la atención primaria de salud como estrategia eficaz para alcanzar un mejor nivel de salud de todas las personas. Poco después, se inició en España la reforma de la atención primaria, con la promulgación del Real Decreto 137/84, de 31 de enero, sobre estructuras básicas de salud, donde se establecieron algunas disposiciones que permitieron la reestructuración de los servicios sanitarios durante ese periodo transitorio, pasando de la tradicional separación entre las actividades asistenciales y preventivas existentes en la organización sanitaria, a posibilitar la puesta en funcionamiento de zonas básicas de salud a las que se asignan funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto a los individuos, como a los grupos sociales y a las comunidades en que se insertan. Dicha disposición, en su artículo 3, establece los componentes del Equipo de Atención Primaria entre los que se encuentran los y las profesionales de Trabajo Social.

Estos cambios y la necesidad de desarrollar normativamente el mandato constitucional del derecho a la protección de la salud, desembocaron en el año 1986 en la promulgación de la Ley General de Sanidad, con el fin de responder a las necesidades de reforma del sistema sanitario, creando un Sistema Nacional de Salud, estableciendo que, la asistencia sanitaria pública y las prestaciones sanitarias, se extendieran a toda la población en condiciones de igualdad efectiva, e instituyendo la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general. Estas transformaciones, en todos los niveles asistenciales hicieron efectivo el reconocimiento de las trabajadoras y trabajadores sociales como miembros de los equipos de salud.

En ese contexto, un grupo de profesionales del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, conscientes de los cambios que se avecinaban y que los profesionales de Trabajo Social debían formar parte activa de ellos, convocaron unas primeras Jornadas de Trabajo Social y Salud que se celebraron en noviembre de 1986, en Zaragoza. La respuesta a dicha convocatoria fue inmensa, ya que acudieron unos 500 asistentes procedentes de todo el Estado.

En aquellas primeras jornadas se abordaron, temas como los factores sociales en los procesos de salud-enfermedad, la documentación en Trabajo Social, la situación de los servicios de atención al paciente en los hospitales, la importancia de intervenir en la gestión y planificación en la salud y la formación del/de la trabajador/a social en el área de la salud, entre otros. Tanto las ponencias como las comunicaciones que se presentaron en dichas jornadas se editaron en un volumen que constituyó el primer número de la Revista de Trabajo Social y Salud.

Así mismo, y conscientes de la necesidad de contar con una figura jurídica que permitiese la producción del conocimiento científico, configurando un espacio donde se pudiesen compartir resultados de experiencias e investigaciones, así como su confrontación entre colegas, este mismo grupo promotor se lanzó a crear una sociedad científica, que quedó legalmente constituida en el año 1989, bajo la denominación Asociación de Trabajo Social y Salud (AETSyS), que junto con la edición de la revista pretendía que la profesión se hiciera más presente y con mayor nivel técnico y científico

en el sistema sanitario. Los fines de la Asociación están recogidos en el artículo 7 de sus Estatutos (AETSyS, 2011):

- Promover el estudio y el desarrollo científico técnico del Trabajo Social en el ámbito de la salud.
- Facilitar la interrelación de los profesionales de Trabajo Social Sanitario, entre sí y con otros ámbitos de la profesión de Trabajo Social.
- Promover el reconocimiento profesional de los profesionales de Trabajo Social Sanitario, adoptando todas las medidas que se consideren convenientes para que este reconocimiento profesional se plasme de forma oficial en titulaciones académicas, puestos de trabajo específicos o cualquier otra fórmula que les prestigie y les permita su desarrollo por medio del reconocimiento de su especialización y fórmulas afines reconocidas o por reconocer.
- Divulgar los conocimientos y aportaciones de interés para los profesionales del sector.
- Potenciar la formación a través del sistema presencial y/o a distancia, mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (T.I.C.)
- Promover contactos con Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas (Central, Autonómicas y Locales) y de carácter privado.
- Cualesquiera otros fines de carácter científico, relacionados con la actividad del Trabajo Social Sanitario.

Desde ese primer encuentro, en 1986, la asociación ha ido celebrando jornadas y congresos, contándose, hasta la fecha, trece reuniones científicas a nivel nacional, además de otras reuniones llevadas a cabo en distintas Comunidades Autónomas en colaboración muchas veces con los Colegios Profesionales del entorno donde se celebraban en dichos eventos. En la tabla 5, se pueden observar algunos de los temas abordados en dichos encuentros.

*Tabla 5. Congresos Nacionales de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. 1986-2018*

Año / Ciudad	Denominación	Algunos temas abordados
1986 Zaragoza	I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los factores sociales en los procesos de salud-enfermedad.</li> <li>▪ La documentación en Trabajo Social.</li> <li>▪ La situación de los servicios de atención al paciente en los hospitales.</li> <li>▪ El Trabajo Social en la gestión y planificación en la salud.</li> <li>▪ La formación del/de la trabajador/a social en el área de la salud.</li> </ul>
1989 <sup>13</sup> Zaragoza	II Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La humanización de la asistencia sanitaria.</li> <li>▪ Los servicios de atención al paciente.</li> <li>▪ Los factores sociales en la salud y enfermedad.</li> <li>▪ Las repercusiones de la atención al anciano sobre el sistema Sanitario.</li> <li>▪ El Trabajo Social en la Promoción de la Salud.</li> <li>▪ La Salud Mental.</li> </ul>
1993 Barcelona	III Jornadas de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud	<p>Lema: Perspectivas de la Atención Sociosanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La investigación en el Trabajo social sanitario.</li> <li>▪ Impacto del envejecimiento demográfico.</li> <li>▪ La calidad y sus condicionantes.</li> </ul>

<sup>12</sup> Estas Jornadas supusieron el germen para la creación de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, y las ponencias y comunicaciones presentadas constituyeron el primer número de la Revista Trabajo Social y Salud.

<sup>13</sup> En estas Jornadas, la Asociación Española de Trabajo Social y Salud quedó constituida legalmente.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La atención sociosanitaria.</li> <li>▪ Movilización del apoyo social.</li> </ul>
1995 Bilbao	II Jornadas del País Vasco y IV Nacionales de Trabajo Social y Salud	<p>Lema: Presente y futuro del Trabajo Social en Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La calidad.</li> <li>▪ Los grupos de ayuda mutua como recurso de la comunidad.</li> <li>▪ La red de apoyo social y su importancia para el trabajo Social.</li> <li>▪ El Trabajo Social Comunitario aplicado al ámbito de la salud.</li> <li>▪ La formación de pregrado y postgrado para el Trabajo Social en Salud.</li> </ul>
1997 Valencia	V Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud	<p>Lema: Los retos del Trabajo Social en Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bioética en Trabajo Social.</li> <li>▪ La confidencialidad y el rigor científico de la información sanitaria.</li> <li>▪ La coordinación sociosanitaria.</li> <li>▪ El movimiento asociativo y el voluntariado en salud.</li> </ul>
1999 Zaragoza	VI Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud	<p>Lema: La política sanitaria ante el tercer milenio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo Social y Salud Mental.</li> <li>▪ Nuevos enfoques en drogodependencias.</li> <li>▪ La calidad y la evaluación en los servicios asistenciales.</li> <li>▪ Cuidados paliativos, enfermos terminales y duelo.</li> <li>▪ Nuevas necesidades y nuevas formas de Trabajo Social.</li> </ul>

<p>2001 A Coruña</p>	<p>VII Congreso Nacional de la Asociación Trabajo social y salud</p>	<p>Lema: Un corazón que late<sup>14</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La problemática de las personas en situación de dependencia.</li> <li>▪ La atención sociosanitaria.</li> <li>▪ El voluntariado.</li> <li>▪ Los factores socioculturales en la atención a la salud.</li> <li>▪ La inteligencia emocional.</li> <li>▪ La educación y la promoción de la salud.</li> </ul>
<p>2003 Sevilla,</p>	<p>VIII Congreso de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud</p>	<p>Lema: Un siglo de experiencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La atención integral en salud.</li> <li>▪ Cartera unificada de servicios mínimos en Trabajo Social.</li> <li>▪ La evolución del Trabajo Social en el último siglo.</li> <li>▪ El rol del Trabajo Social ante las desigualdades en salud y las situaciones de dependencia.</li> <li>▪ El apoyo social y su incidencia en la salud, potenciación de la red informal de cuidados</li> <li>▪ Bioética y Trabajo Social.</li> </ul>

---

<sup>14</sup> Como se puede observar, mucho antes de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; los trabajadores y trabajadoras sociales sanitarias conscientes de la problemática social y del impacto que, el incremento paulatino de las situaciones de dependencia, iba a tener en el espacio sanitario y sociosanitario, una buena parte de este y sucesivos congresos estuvieron dedicados a reflexionar y debatir sobre la intervención y las estrategias de abordaje de la atención a la dependencia.

<p>2006 Granada</p>	<p>IX Congreso de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud</p>	<p>Lema: Seguimos trabajando ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.</li> <li>▪ El Trabajo Social ante la dependencia y la discapacidad.</li> <li>▪ Cuidados formales e informales en salud.</li> <li>▪ La intersectorialidad ante el tratamiento de la dependencia.</li> <li>▪ La gestión compartida de casos.</li> </ul>
<p>2009 Oviedo</p>	<p>X Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud</p>	<p>Lema: Innovando en el Trabajo Social Sanitario del siglo XXI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Trabajo Social Clínico en el contexto sanitario: teoría y práctica.</li> <li>▪ Sistema de registro del Trabajo Social Sanitario.</li> <li>▪ Instrumentos de medida para la valoración social.</li> <li>▪ La calidad en el sistema sanitario.</li> <li>▪ Procedimientos y diagnóstico social.</li> <li>▪ El Trabajo Social Sanitario en el nivel de gestión.</li> <li>▪ Investigación en Trabajo Social Sanitario: una necesidad para el progreso de la profesión.</li> <li>▪ Otras realidades del Trabajo Social: experiencias europeas.</li> </ul>
<p>2012 Zaragoza</p>	<p>XI Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud</p>	<p>Lema: 25 años de la Asociación: Mirando hacia el futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El proceso clínico de atención psicosocial.</li> <li>▪ La práctica basada en la evidencia en Trabajo social Sanitario.</li> <li>▪ La historia social digital y la identificación de pacientes en riesgo social a través de la misma.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención grupal en atención primaria para aliviar la soledad y promover la participación de las personas mayores.</li> <li>▪ El Trabajo Social Sanitario en la continuidad de cuidados, entre atención primaria y atención especializada.</li> </ul>
2015 Madrid	XII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud	<p>Lema: Ciudadanía y Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deontología profesional y derechos del paciente.</li> <li>▪ La participación ciudadana y comunitaria en pos de alcanzar comunidades saludables.</li> <li>▪ El Trabajo Social y las desigualdades sociales en salud.</li> <li>▪ La gestión de casos y los cuidados paliativos.</li> <li>▪ El Trabajo Social Sanitario ante situaciones de vulnerabilidad.</li> <li>▪ Los cuidados integrados sanitarios y sociales mediante el suministro de herramientas TICs.</li> </ul>
2018 Pamplona	XIII Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud	<p>Lema: Mapas, rutas, destinos del Trabajo Social Sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajando con las fortalezas en el Trabajo Social Sanitario.</li> <li>• Bioética y Trabajo Social Sanitario.</li> <li>• Intervención y participación comunitaria desde el Trabajo Social Sanitario.</li> <li>• Mapas de Trabajo Social Sanitario.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de la revista Trabajo Social y Salud y la página web de la Asociación Trabajo Social y Salud

Como se puede observar, la Asociación cuenta con una larga trayectoria de trabajo, realizando actividades muy diversas, siempre desde la perspectiva de una sociedad científica. En cuanto a los temas tratados en los congresos siempre han sido novedosos y, en ocasiones, se adelantaban a los problemas y necesidades venideras, por ejemplo, abordando cuestiones como la atención a la dependencia, el espacio sociosanitario, el apoyo social y la gestión de casos, antes de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; lo que le confiere un carácter científico, enfocado a fomentar el desarrollo de la especialidad del Trabajo Social Sanitario.

Referente a la revista, se puede decir que se ha convertido en un medio imprescindible de comunicación científica, una manera de estar al día, de conocer y compartir distintas experiencias de intervención, difundir resultados de investigaciones, etc. En definitiva, una manera de hacer avanzar la profesión y la disciplina, habiéndose publicado hasta la fecha, 91 números, convirtiéndose en un referente, no solo para el Trabajo Social Sanitario, sino también para otras disciplinas de las Ciencias Sociales que ponen su mirada en el proceso salud-enfermedad.

Otra cuestión a resaltar, es la organización del trabajo por delegaciones territoriales. Dada la necesidad de relacionarse con las respectivas autoridades de las diferentes comunidades autónomas, a partir del año 2000 se fueron organizando algunas delegaciones territoriales con la misión de funcionar como asociación en el ámbito de

cada comunidad autónoma; analizando los problemas específicos de cada lugar, elaborando documentos técnicos, organizando reuniones y actividades de formación, en colaboración, en la mayoría de las ocasiones, con los colegios profesionales. En la actualidad cuenta con siete delegaciones: Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla y León, Catalunya, Madrid y Comunidad Valenciana. La organización en delegaciones, ha acercado la asociación a los y las profesionales y a las instituciones para las que trabajan y dirigen los diferentes sistemas sanitarios, convirtiéndose en un medio para que esta cumpla con sus fines de un modo más cercano al terreno, posibilitando la participación de un mayor número de profesionales, y representando al colectivo ante las correspondientes administraciones públicas, en los distintos territorios. Así mismo, en los distintos territorios se ha trabajado, en coordinación con los sistemas de salud correspondientes y/o colegios profesionales, en la organización y celebración de reuniones científicas para los y las trabajadores/as sociales sanitarios en los distintos territorios. Por ejemplo, en Sevilla, en 2014, junto con el colegio profesional de la provincia, se realizaron las I Jornadas Provinciales sobre El papel del trabajador social. Coordinación entre el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario.

Además de la celebración de los congresos nacionales y de la divulgación científica por medio de la publicación de la revista, la asociación ha acometido múltiples acciones de carácter científico, de las que se podría destacar (AETSyS, 2018):

- En la asamblea de 2006, sus miembros contrajeron la responsabilidad de realizar una investigación sobre el Diagnóstico Social Sanitario, acometiendo la

responsabilidad de dicha investigación Dolors Colom Masfret, y cuyos resultados se publicaron en el número 62 de la revista Trabajo Social y Salud.

- Coordinación de un grupo de trabajo formado por representantes de la AETSyS y del Consejo General de Trabajo Social para realizar aportaciones al borrador del documento del IMSERSO sobre un Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria, trabajo que se dio a conocer en la II Mesa Profesional para la Atención Sociosanitaria en febrero de 2015. En el marco de este trabajo se aprovechó para realizar una serie de aportaciones para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria, que fueron aceptadas por el Consejo General y conformaron lo que se ha venido a llamar Decálogo para una Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria, donde se plantean diez normas o consejos básicos que debe cumplir una estrategia de atención sociosanitaria.
- Elaboración del documento Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario, como respuesta a una necesidad sentida por los profesionales, de contar con una cartera unificada de servicios mínimos, y a la demanda de los distintos servicios de salud de presentar los contenidos para la cartera de servicios profesionales.

Asimismo, se puede destacar la participación de la asociación con grupos de expertos, junto con otras sociedades científicas, para elaborar documentos técnicos interdisciplinares en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, como son la Estrategia de ictus, Estrategia en salud mental, Estrategia de EPOC, Estrategia de cuidados paliativos y Estrategia de enfermedades crónicas; además de realizar

aportaciones al anteproyecto de ley reguladora de los derechos de las personas ante el proceso final de la vida.

En relación a las delegaciones territoriales, desde cada una se ha trabajado con los diferentes sistemas de salud autonómicos, pero en este trabajo solo se hará referencia a las actuaciones desarrolladas en Andalucía, entre las que sobresalen:

- Colaboración en el curso sobre Estrategias de intervención en Zonas con Necesidades de Transformación Social en Andalucía.
- Aportaciones al Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- Grupo de trabajo para la mejora de la Salud Bucodental en Andalucía.
- Revisión de la Guía de atención a la salud infanto-juvenil en Andalucía.
- Grupo de trabajo para la Estrategia de salud en Enfermedades Crónicas.

Por último, mencionar que, desde la promulgación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que dejó fuera de la calificación de profesión sanitaria al Trabajo Social, la asociación está trabajando en promover la especialidad de Trabajo Social Sanitario, ya que se trata de una demanda sentida por el colectivo que, genera una gran inquietud entre los profesionales.



### III. 4. 3. Consejo General de Trabajo Social y Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Historia de un trabajo conjunto

En mayo de 2011, el Consejo General de Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, suscribieron un Convenio Marco de colaboración entre ambas, con la finalidad de desarrollar acciones conjuntas centradas en mejorar la calidad del ejercicio profesional y actuar de manera coordinada en temas de interés común.

*Imagen 2. Firma del Convenio Marco entre el Consejo General de Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*



*Fuente: Página web de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*

Una de las primeras acciones emprendidas fue reclamar la inclusión del Trabajo Social en el registro de profesiones sanitarias del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social<sup>15</sup>.

Como se ha dicho antes, esta reivindicación, era muy importante para la profesión, puesto que, dejar al Trabajo Social fuera de la calificación de profesión sanitaria, en la LOPS, generó una gran preocupación y descontento entre los trabajadores y las trabajadoras sociales.

La iniciativa se llevó a cabo buscando apoyos entre profesionales, usuarios/as y otras organizaciones para instar al desarrollo legislativo de la Especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social.

Además, se constituyó una comisión compuesta por miembros del Consejo General y de la Asociación, para elaborar el programa de formación especializada en Trabajo Social Sanitario, para su posterior presentación ante el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

---

<sup>15</sup> En el momento que se inició el proceso de reivindicación de Trabajo Social como profesión sanitaria, la denominación del Ministerio era: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

*Imagen 3. Equipo Consejo General Trabajo Social y Asociación Española  
Trabajo Social y Salud*



*Fuente: Página web de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*

Fruto de este trabajo, el pasado 18 de enero de 2019, el Consejo General de Trabajo Social publicaba en su web la noticia de que esta reclamación estaba a punto de ser una realidad, puesto que el Director General de Ordenación Profesional, D. Rodrigo Gutiérrez Fernández, se había comprometido a ello, en una entrevista con la Secretaria de Estado de Servicios Sociales Doña Ana Lima Fernández.

Consecuencia de ello, el 23 de enero de 2019, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social publica una nota de prensa informando que, la Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, María Luisa Carcedo, había presidido el pleno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, para abordar cuestiones relacionadas con las profesiones sanitarias, siendo uno de los puntos del orden del día informar que el

Ministerio había presentado la regulación por ley como profesión sanitaria del Trabajo Social Sanitario y de la Biología Sanitaria, con efectos profesionales habilitantes que se establecerán por norma, quedando a la espera de la redacción definitiva del articulado (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar, 2019).

Otro trabajo realizado conjuntamente por ambas organizaciones, fue el análisis y posteriores aportaciones al documento Modelo de Atención y Coordinación Sociosanitario, elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2013. Se organizaron dos mesas profesionales para la coordinación entre los sistema social y sanitario, dentro de las cuales, se realizaron dos documentos, en uno se recogían las enmiendas planteadas al documento objeto de estudio, y en el otro, se elaboró un Decálogo para una Coordinación y Atención Sociosanitaria; en el que insistió en la no conveniencia de crear un subsistema sociosanitario, proponiendo la creación de comisiones de trabajo entre ambos sistemas, y recomendando la interoperabilidad de la información (Consejo General de Trabajo Social, sf.).

Fase empírica



## **Capítulo IV. Objetivos e hipótesis**

### **IV. 1. Objetivos de la investigación**

Con esta investigación se pretende visibilizar y contribuir al reconocimiento del Trabajo Social Sanitario como profesión necesaria para atender la dimensión social del fenómeno salud-enfermedad. Para ello, se estudiará la situación de los trabajadores y trabajadoras sociales de atención primaria de salud en Andalucía, analizando su perfil, actividades que desarrollan, su opinión acerca del contexto en que realizan su actividad laboral, las dificultades que perciben para desarrollarla adecuadamente y los aspectos que consideran se deberían modificar de cara a mejorar su desarrollo profesional.

Por tanto, el objetivo principal y los objetivos específicos de esta investigación han sido los siguientes:

#### **IV. 1. 1. Objetivo principal**

Realizar un diagnóstico de la evolución y situación de las trabajadoras y trabajadores sociales que desarrollan su actividad profesional en atención primaria de salud, en Andalucía.

#### IV. 1. 2. Objetivos específicos

- Definir las características sociodemográficas y perfil profesional de los/las trabajadores/as sociales (TTSS).
- Analizar la disponibilidad, ubicación y cargas laborales de los/las TTSS.
- Conocer el nivel de satisfacción de los/las TTSS con su actividad laboral.
- Identificar la contribución de los/las profesionales de Trabajo Social en la atención a la salud de la población andaluza.
- Describir a partir de la opinión de los/las TTSS las actividades desarrolladas, las dificultades encontradas y propuestas de mejora.
- Explorar y analizar la presencia del Trabajo Social en las memorias del Servicio Andaluz de Salud.



## IV 2. Hipótesis

- Las y los profesionales de Trabajo Social contribuyen positivamente al desarrollo de la intervención social en el espacio sanitario y consecuentemente, a la mejora de la salud de la población
- Las trabajadoras y trabajadores sociales de atención primaria de salud en Andalucía, estiman que están presionados por una sobrecarga de trabajo importante
- Las trabajadoras y trabajadores sociales consideran adecuado que se implementen criterios de intervención y sistemas de registro unificados que posibiliten la investigación y evaluación de la efectividad y eficacia de las intervenciones profesionales adoptadas.
- Las trabajadoras y trabajadores sociales perciben una actitud de olvido por parte de la organización, respecto al colectivo profesional.
- Las y los profesionales de Trabajo Social consideran necesario estar representados en la estructura organizativa del Sistema Sanitario de Andalucía.

## Capítulo V. Marco metodológico

### V. 1. Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio observacional-transversal y descriptivo. Observacional-transversal, porque la investigadora no intervine en el desarrollo de los acontecimientos, y se ha realizado una única medición; y, descriptivo, porque su objetivo es la descripción de las variables a estudiar en relación a los y las profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en Andalucía (Manterola y Otzen, 2014).

### V. 2. Población

La población objeto de estudio es la totalidad de trabajadores y trabajadoras sociales de atención primaria de salud en Andalucía, que, según el informe “Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía” editado en 2017, es de 279 profesionales. Para concretar el número de profesionales, se ha escogido esta fuente de información, por tratarse de un informe específico sobre el Trabajo Social en atención primaria de salud, elaborado por un grupo de trabajo formado por representantes del Servicio Andaluz de Salud (SAS), del Consejo Andaluz de Trabajo Social (CATS) y de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS), en dicho

informe se contabilizaron y contrastaron los datos referidos al número de profesionales en atención primaria. Mientras que, en otras fuentes de información, por ejemplo, en las Memorias del SAS, los datos que se presentan sobre el número de profesionales de Trabajo Social en atención primaria incluyen a los/as trabajadores/as sociales de Salud Mental, y en este caso, el estudio pretende abordar, exclusivamente, a los y las profesionales de atención primaria.

Así mismo, y para conocer la imagen que tiene la organización acerca de los y las profesionales de Trabajo Social, se han analizado las memorias del SAS como fuentes secundarias de información, para obtener datos tanto cuantitativos, como cualitativos.

Esta elección viene motivada debido a que las memorias de las empresas y de las organizaciones, son un instrumento para dar a conocer de forma resumida información pertinente sobre sí mismas; donde la importancia y el valor que la entidad da a sus trabajadores debe ser uno de los aspectos fundamentales a incluir; puesto que otros elementos de la organización pueden ser copiados y repetidos por los competidores, pero el factor humano de una empresa, su compromiso y su fidelidad, no puede ser replicado, de ahí la importancia de que las memorias reflejen el valor que se le da a los recursos humanos. Por este motivo, se ha considerado procedente analizar la imagen que las memorias del SAS reflejan acerca de los profesionales de Trabajo Social en atención primaria de salud.

### V. 3. Técnicas de recogida de datos e información

En este estudio se ha utilizado la encuesta como técnica de investigación, ya que se configura como una herramienta fundamental a la hora de indagar sobre algunos aspectos de la realidad social y del comportamiento humano, susceptibles de ser medidos mediante análisis cuantitativos (Caparrós y Raya, 2015). Además, cuando se utiliza la encuesta con cuestionario estandarizado, como en este caso, su uso contempla una serie de ventajas, como conseguir en un breve periodo de tiempo grandes cantidades de datos a un coste relativamente económico. Así mismo, el uso del cuestionario posibilita que todas las personas sean preguntadas del mismo modo, con las mismas palabras y en idéntico orden, lo que garantiza la ausencia de influencia por parte del entrevistador al entrevistado (Callejo, 2009).

Y el instrumento utilizado, para la realización de la encuesta, ha sido un cuestionario estructurado diseñado por la investigadora, a partir de una revisión bibliográfica sobre otros estudios realizados en España e incorporando aquellas preguntas y aspectos sobre los que la investigadora consideraba pertinente indagar (Anexo I).

El cuestionario contempla preguntas orientadas a recabar información de tipo objetivo (hechos) y de tipo subjetivo (actitudes y opiniones). Está ordenado de una manera lógica que va desde los datos sociodemográficos, a los aspectos más subjetivos, acerca de la percepción que los y las profesionales tienen de su contexto laboral-profesional, terminando con preguntas abiertas que pretendían dejar libertad al entrevistado para

expresar sus opiniones y decidir los aspectos más relevantes en relación a las cuestiones planteadas.

El tipo de preguntas empleadas, para su elaboración, ha sido diverso, en función de la información que se pretendía recabar. Se han empleado preguntas dicotómicas; simples con varias respuestas pre-codificadas; numéricas o cuantitativas, para las variables más objetivas; y preguntas de selección múltiple en las que el entrevistado puede seleccionar entre varias de las categorías de respuestas posibles; preguntas de ordenación; y preguntas de escala Likert<sup>16</sup> para las variables enfocadas a conocer aspectos relacionados con el ejercicio profesional, así como la opinión y elementos relacionados con la satisfacción. Además, se formularon preguntas abiertas para indagar acerca de los temas referentes a problemas y necesidades sentidas, propuestas de mejora, percepción del reconocimiento profesional, etc., con la intención de que los y las profesionales pudiesen expresar su opinión libremente, sin imponerles ningún tipo de respuesta, ya que se pretendía recabar información sin condicionamiento alguno a través de diferentes alternativas, con el fin de profundizar en dichos aspectos sin poner límite a la expresión de las personas participantes.

Las preguntas se organizaron en torno a cuatro ejes:

- a) Características sociodemográficas (preguntas 1 a 3)

---

<sup>16</sup> La escala de Likert es uno de los formatos de escalas psicométricas más utilizados, para conocer las opiniones y actitudes de las personas encuestadas, ya que, a diferencia de las preguntas dicotómicas, servirá para conocer su grado de conformidad respecto a las afirmaciones propuestas (Caparrós y Raya, 2015).

- b) Aspectos laborales (preguntas 4 a 9)
- c) Formación complementaria y experiencia investigadora (preguntas: 10 a 20)
- d) Opinión y percepción acerca de la situación profesional-laboral (preguntas 21 a 34)

De manera esquemática, los indicadores objeto del estudio, se correlacionan con las variables operacionales de la investigación que aparecen en la tabla 6.

Tabla 6. Operacionalización

Indicadores	Variables
Características sociodemográficas de las y los profesionales de Trabajo Social Sanitario	Sexo
	Edad
	Provincia donde trabaja
Perfil laboral	Situación laboral
	Tiempo de trabajo en atención primaria
	Experiencia laboral previa como trabajador/a social
Condiciones de trabajo	Enforno geográfico
	Número de Unidades de Atención Clínica en las que trabaja
	Número de centros atendidos
Formación complementaria	Formación reglada diferente a la requerida para el desempeño profesional
	Reciclaje profesional
Actividad investigadora	Participación y/o realización de proyectos de investigación
	Transferencia del conocimiento
Ejercicio profesional	Tareas de atención directa
	Tareas de atención indirecta
	Percepción acerca del tiempo dedicado a las distintas actividades
	Coordinación con el equipo de atención primaria
	Coordinación de las y los profesionales de Trabajo Social Sanitario
Satisfacción/insatisfacción laboral	Condiciones del trabajo valoradas positiva o negativamente
	Elementos que mejorarían la satisfacción laboral
	Aspectos que podrían contribuir a visibilizar el Trabajo Social Sanitario
Aportaciones del Trabajo Social al Sistema Sanitario Público Andaluz	
Problemas, dificultades y propuestas de mejora para la realización del trabajo	

Fuente: Elaboración propia

## V. 4. Metodología de recogida y análisis de datos

En este estudio se ha utilizado el método cuantitativo, basado en una investigación empírico-descriptiva y, para ello, se ha utilizado la triangulación de fuentes primarias y secundarias, siendo éstas las que se detallan a continuación.

Con el fin de recoger datos de las fuentes primarias descritas anteriormente, se ha elaborado un cuestionario que ha sido validado por expertos en la materia antes de la fase de recogida de datos<sup>17</sup>.

Dado el grupo de población al que iba destinado el estudio, se planteó que el cuestionario fuese auto-administrado y se respondiese on-line, lo que tendría la ventaja que ser leído y cumplimentado por la persona a la que se le solicita la información, permitiéndole un tiempo mayor para reflexionar sus respuestas.

El principal problema al que hubo que hacer frente fue no disponer de la información necesaria para contactar directamente con todas y cada una de las personas susceptibles de participar en el estudio, para poder explicarles y hacerles llegar la información directamente. Por tanto, el procedimiento para acceder a las y los profesionales se tuvo que realizar de manera indirecta a través de terceros.

Se contactó con informantes clave de cada provincia, con los que se mantuvo una entrevista telefónica para explicar el estudio que se pretendía realizar y solicitarles su

---

<sup>17</sup> Miembros de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Asesora Técnica del Servicio de Coordinación Sanitaria y Social del SAS, y trabajadores y trabajadoras sociales con una amplia experiencia en atención primaria.



colaboración para remitir la información a los trabajadores y trabajadoras sociales de su provincia. A continuación, se les envió un escrito informando del procedimiento a seguir (Anexo II), junto con la carta que debían enviar a sus compañeros y compañeras, donde se encontraba el enlace para responder al cuestionario, se les invitaba a participar, y se explicaba el procedimiento de envío, que se realizaba de manera automática on-line, con lo que quedaba garantizado el anonimato (Anexo III).

Esta situación tenía la desventaja de no poder contactar ni hacer ningún recordatorio a las personas que no respondían la encuesta, además de no conocer con seguridad el número de personas que recibieron la carta solicitando su colaboración, aun así, a todos los efectos, en este estudio, se ha considerado que recibieron el enlace para responder el cuestionario el total de profesionales de Trabajo Social en atención primaria.

La recogida de datos del cuestionario se realizó en el segundo semestre de 2015.

El estudio ha tenido una tasa de respuesta del 25% de encuestas formalizadas y válidas, es decir, todas las preguntas fueron respondidas y completadas, por lo que la representación de la muestra del estudio se define de 72 unidades de análisis, con un error muestral del 10% y un nivel de confianza del 95%. En este sentido, se puede decir que los resultados del análisis indicarán, con una seguridad del 95% que, si se da una circunstancia en un porcentaje determinado en la muestra, también se dará ésta en la población, aplicándole un margen de error de  $\pm 10$ .

En cuanto a las memorias del SAS, se han analizado todas las publicadas en su página web<sup>18</sup>, que abarcan el periodo situado entre 1998 y 2016, como fuentes secundarias para obtener datos tanto cuantitativos, como cualitativos, realizándose un análisis mixto significativo.

## V. 5. Análisis de datos

Se ha realizado un análisis descriptivo por frecuencias de las variables objeto de estudio, expresando su distribución en términos de frecuencias absolutas y de porcentajes, representando los resultados mediante tablas y gráficos de barras y de sectores. El análisis estadístico se ha desarrollado mediante el software Microsoft Excel 2013.

En cuanto a las preguntas abiertas, sus respuestas fueron sometidas a un análisis de texto, destacando en primer lugar los contenidos y conceptos más relevantes, procediendo después a convertir las respuestas individuales en categorías, para ello, en cada una de las preguntas abiertas, se realizó una relación de las respuestas emitidas y su frecuencia, organizándolas en agrupaciones lógicas determinadas por las características comunes que presentaban las diferentes respuestas, y cuidando que fuesen mutuamente excluyentes.

---

<sup>18</sup> Servicio Andaluz de Salud. Publicaciones – Memorias y anuarios estadísticos. Recuperado de <https://bit.ly/2UwnWai>.

## Capítulo VI. Resultados y discusión

### VI. 1. Análisis de la situación de los trabajadores y las trabajadoras sociales de atención primaria de salud en Andalucía

#### VI.1.1. Dimensión sociodemográfica

##### *VI.1.1.1. Plantilla de trabajadores y trabajadoras sociales*

A 31 de diciembre de 2016 la plantilla de trabajadores y trabajadoras sociales de Atención Primaria en Andalucía era de 279 personas, distribuidos por provincias y distritos sanitarios según queda recogido en la tabla 7.

*Tabla 7. Plantilla de trabajadores y trabajadoras sociales por centro de salud en Andalucía*

PROVINCIA	DISTRITO SANITARIO O ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA	CENTROS DE SALUD	PROFESIONALES TRABAJO SOCIAL AP
ALMERÍA	DS Almería	20	13
	AGS Norte Almería	7	4
	DS Poniente de Almería	14	7
	<b>ALMERÍA</b>	<b>41</b>	<b>24</b>
CÁDIZ	AGS Campo de Gibraltar	11	9
	DS Bahía de Cádiz-La Janda	23	16
	AGS Norte de Cádiz	20	15
	<b>CÁDIZ</b>	<b>54</b>	<b>40</b>
CÓRDOBA	DS Córdoba	13	7
	AGS Sur de Córdoba	15	8

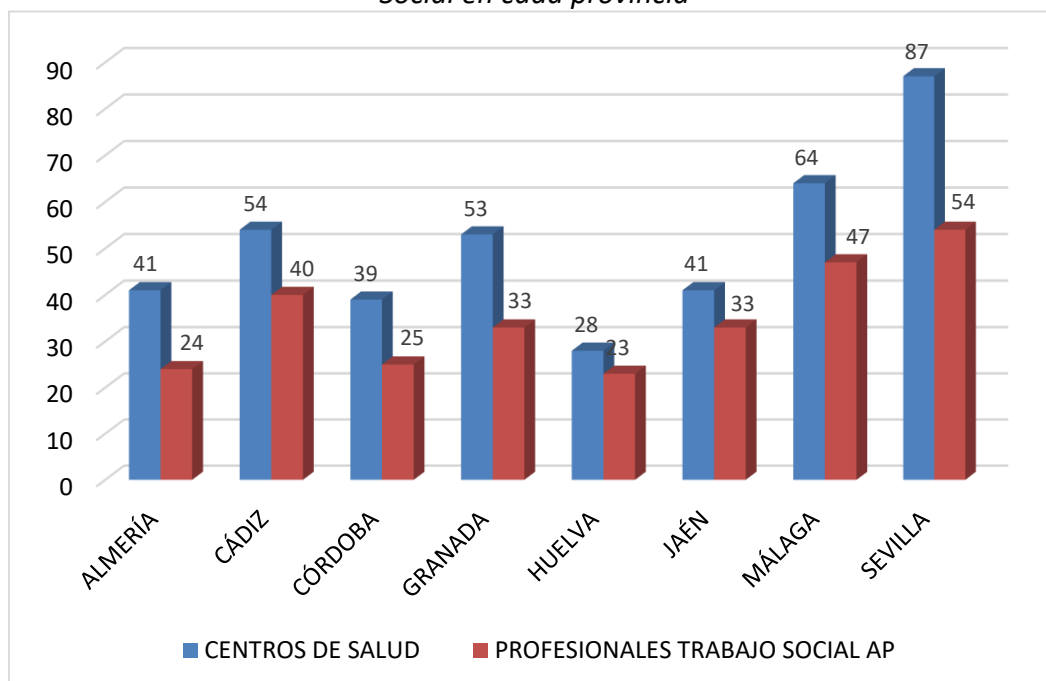
	DS Guadalquivir	7	6
	AGS Norte de Córdoba	4	4
	<b>CÓRDOBA</b>	<b>39</b>	<b>25</b>
GRANADA	AGS Sur de Granada	10	7
	AGS Nordeste de Granada	7	6
	DS Granada	17	9
	DS Metropolitano de Granada	19	11
	<b>GRANADA</b>	<b>53</b>	<b>33</b>
HUELVA	AGS Norte de Huelva	6	6
	DS Condado-Campiña	8	5
	DS Huelva-Costa	14	12
	<b>HUELVA</b>	<b>28</b>	<b>23</b>
JAÉN	DS Jaén Sur	7	5
	DS Jaén	12	8
	AGS Norte de Jaén	22	20
	<b>JAÉN</b>	<b>41</b>	<b>33</b>
MÁLAGA	AGS Norte de Málaga	5	3
	AGS Este-Axarquía de Málaga	9	6
	DS Valle del Guadalhorce	7	6
	DS Costa del Sol	12	9
	DS Málaga	27	18
	AGS Serranía de Málaga	4	5
	<b>MÁLAGA</b>	<b>64</b>	<b>47</b>
SEVILLA	AGS Sur de Sevilla	21	11
	DS Aljarafe	11	8
	AGS de Osuna	8	7
	DS Sevilla Norte	15	8
	DS Sevilla	32	20
	<b>SEVILLA</b>	<b>87</b>	<b>54</b>
	<b>ANDALUCÍA</b>	<b>407</b>	<b>279</b>

Fuente: Informe Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía (Burgos, et al., 2017)

Teniendo en cuenta que la plantilla de profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en Andalucía era de 279 profesionales y se recibieron 72 cuestionarios, se puede decir que el estudio se ha realizado sobre el 25,8% de la población objeto de estudio.

En cuanto a la relación entre centros de salud y profesionales de Trabajo Social por provincias, tal y como se observa en el gráfico 3, en todas las provincias, el número de profesionales es bastante inferior al de los centros de salud.

*Gráfico 3. Relación entre centros de salud y profesionales de Trabajo Social en cada provincia*

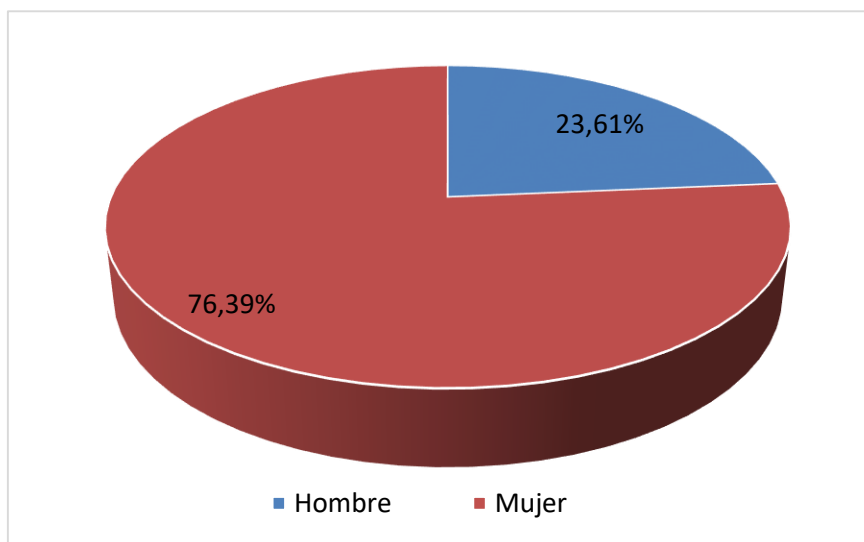


*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del documento elaborado por Burgos et al., 2017*

### VI.1.1.2. Sexo

Del total de respuestas recibidas, el 76% son mujeres y el 24 % hombres, gráfico 4.

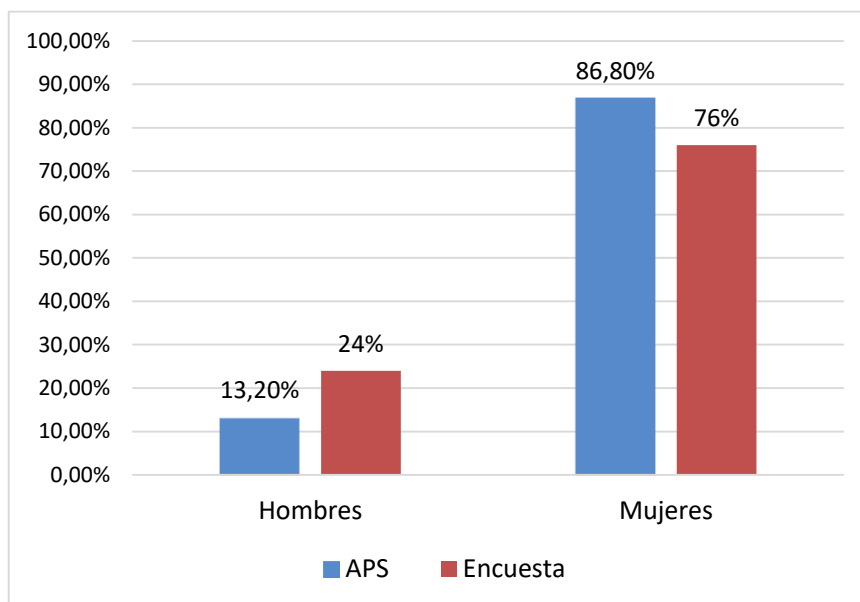
Gráfico 4. Distribución por sexo



Fuente: Datos y elaboración propia

Esta distribución por sexo, difiere de la proporción de datos aportados por el Servicio Andaluz de Salud en su memoria del año 2016, donde se indica una proporción de trabajadores y trabajadoras sociales en APS en Andalucía de un 86.8% y un 13.2%, para mujeres y hombres, respectivamente (SAS, 2017), diferencia que puede observarse en el gráfico 5.

Gráfico 5. Comparativa TTSS APS y participantes en la encuesta, según sexo



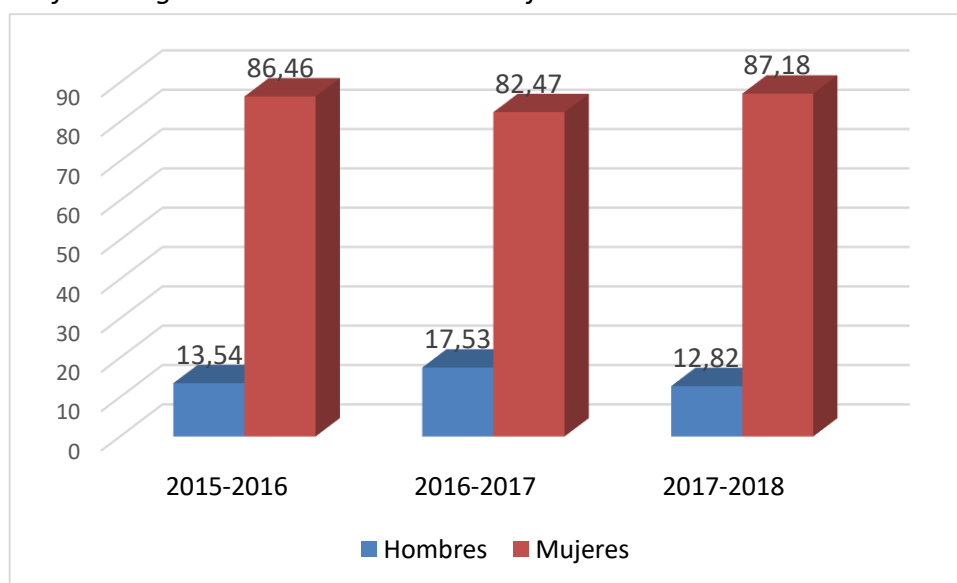
Fuente: Datos y elaboración propia

Esto lleva a realizar dos consideraciones, por un lado, este desequilibrio está en consonancia con la realidad de la profesión que, tanto en la actualidad, como a lo largo de su historia, ha sido desarrollada por mujeres. El Trabajo Social se ha considerado una profesión que, al igual que otras, como enfermera o maestra, reproducen en la esfera pública el rol que, tradicionalmente, la sociedad ha asignado a la mujer en la esfera privada, el cuidado de los otros, la ayuda, la asistencia y, en definitiva, lo que se conoce como el espacio reproductivo. Esta feminización de la profesión ha sido descrita en múltiples textos y estudios como el de Cabezas, Armas y Sabater (2014), Torices (2013), Berasaluze y Berrio-Otxoa (2008), entre otros.

Aunque los hombres se van incorporando poco a poco a los estudios de Trabajo Social, todavía queda mucho para alcanzar paridad en este campo, como se puede deducir, por

ejemplo, del número de egresados de la titulación del Grado en Trabajo Social en la Universidad de Jaén, donde en los últimos años la media de mujeres que se gradúan en dicha titulación ronda el 85%, frente al 15% de media de los hombres (gráfico 5).

*Gráfico 6. Egresados del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Jaén*



*Fuente: Elaboración propia a partir del informe de inserción laboral de la Universidad de Jaén 2018, y de los datos aportados por la Facultad de Trabajo Social*

Reflexionar acerca de los aspectos que han influido en que la mujer esté presente de manera mayoritaria en esta profesión, parece necesario para tener una visión panorámica de la situación, ya que una profesión eminentemente feminizada puede tener consecuencias en el trabajo remunerado y en la visibilidad de la misma.

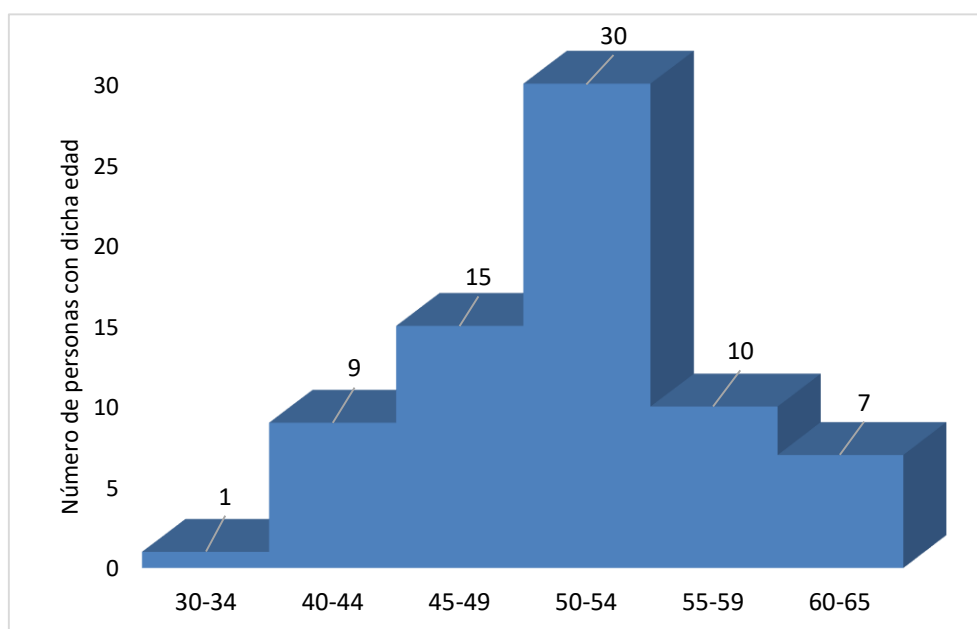
Sin embargo, por contra, sorprende que los hombres hayan respondido a la encuesta en una proporcionalidad mayor que la que les hubiese correspondido según el porcentaje que ocupan como trabajadores sociales de APS.



### VI.1.1.3. Edad

El factor edad nos ofrece un sector profesional maduro ya que la media de edad se encuentra en los 51 años, de las que solo una persona se sitúa por debajo de los 40 años, mientras que el 65% tienen 50 o más años (gráfico 7).

Gráfico 7. Edad de las personas participantes



Fuente: Datos y elaboración propia.

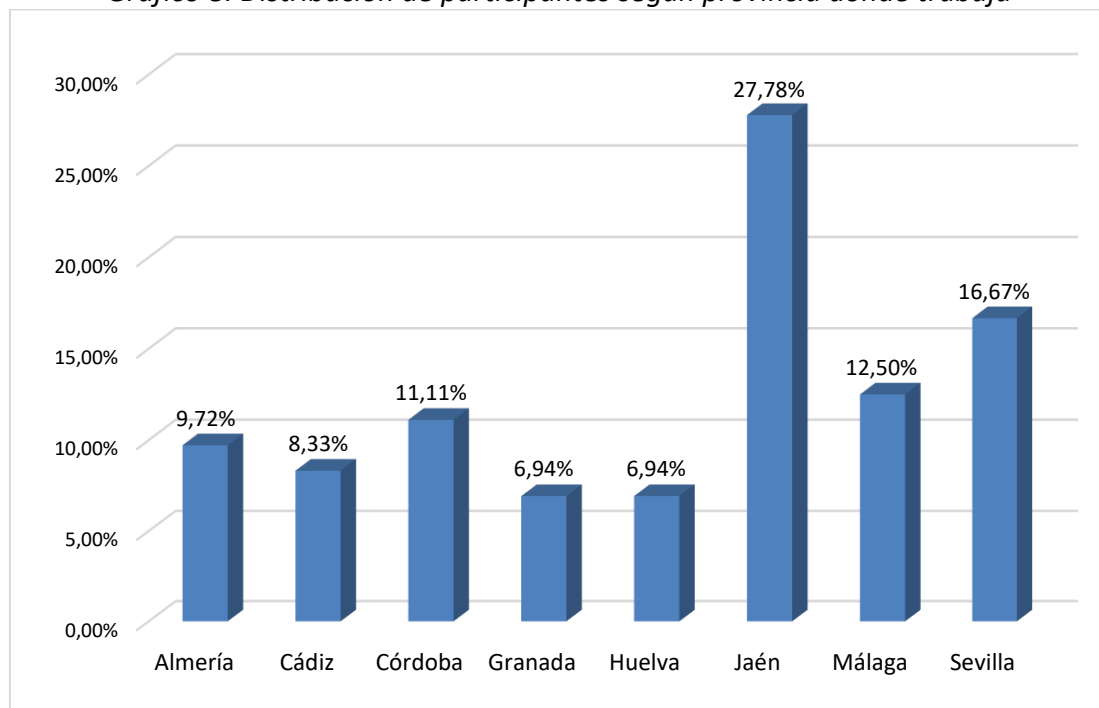
Este dato contrasta con otros estudios, como el de Barrera, Malagón y Sarasola (2014), donde el 60% de la muestra se situaba entre los 21 y 35 años, el de Torices (2013), en que la edad media de las trabajadoras sociales era de 35 años, o el de Berasaluze y Berrio-Otxoa (2008) con 38 años de edad media.

Uno de los factores que probablemente influye en que la edad media de este grupo sea más alta que en otros estudios, podría ser el momento de incorporación de las profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud. Ya que, aunque el Trabajo Social se ha desarrollado en el ámbito de la salud desde los inicios de la profesión, su incorporación a la Atención Primaria de Salud se produce con la instauración de esta estrategia en España, a raíz de la Declaración de Alma-Ata, y tras la publicación del Real Decreto 137/84, sobre estructuras básicas de salud, que incluye a los trabajadores sociales como miembros del equipo de salud. Es a partir de esta fecha que comienza la Reforma Sanitaria en Andalucía, estableciendo el mapa sanitario donde se definen las Zonas Básicas de Salud, extendiendo la red de Centros de Salud que alcanzaría la cobertura de un 50% de la población al finalizar la década de los 80 (Servicio Andaluz de Salud, 2010). Al tratarse de un espacio de nueva creación, la contratación de los profesionales no se realizó de manera dilatada a lo largo del tiempo, sino que supuso la contratación de muchos profesionales en un breve periodo de tiempo, hace aproximadamente tres décadas, de ahí que la edad media de los profesionales sea más elevada, ya que muchos de ellos podrían llevar en la organización más de 20 años.

#### *VI.1.1.4. Distribución geográfica*

La distribución de participantes por provincia se puede observar en el gráfico 8.

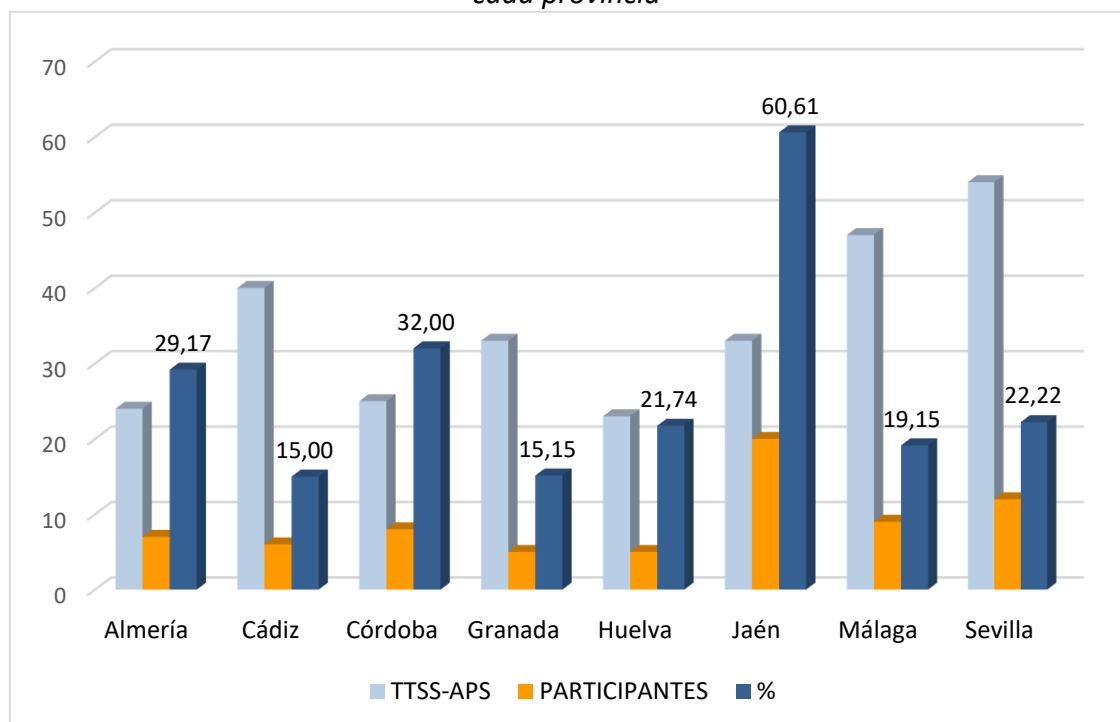
Gráfico 8. Distribución de participantes según provincia donde trabaja



Fuente: Datos y elaboración propia

Si se compara el número de personas que han respondido en cada provincia con los profesionales de la misma, se puede comprobar que la provincia con un mayor número de respuestas es Jaén con un 60%. Por el contrario, las provincias con un grado de respuesta menor han sido Cádiz y Granada con un 15%, (gráfico 9).

Gráfico 9. Porcentaje de respuestas según número de profesionales en cada provincia



Fuente: Datos y elaboración propia

Como se ha comentado con anterioridad, el acceso a los y las profesionales para la cumplimentación del cuestionario, se ha realizado a través de profesionales de referencia en cada provincia. Sin embargo, en la provincia de Jaén había un mayor acercamiento a los y las profesionales, lo que facilitó el envío directo del cuestionario a un número importante de personas destinatarias, lo que podría explicar la mayor respuesta obtenida en esta provincia frente al resto.

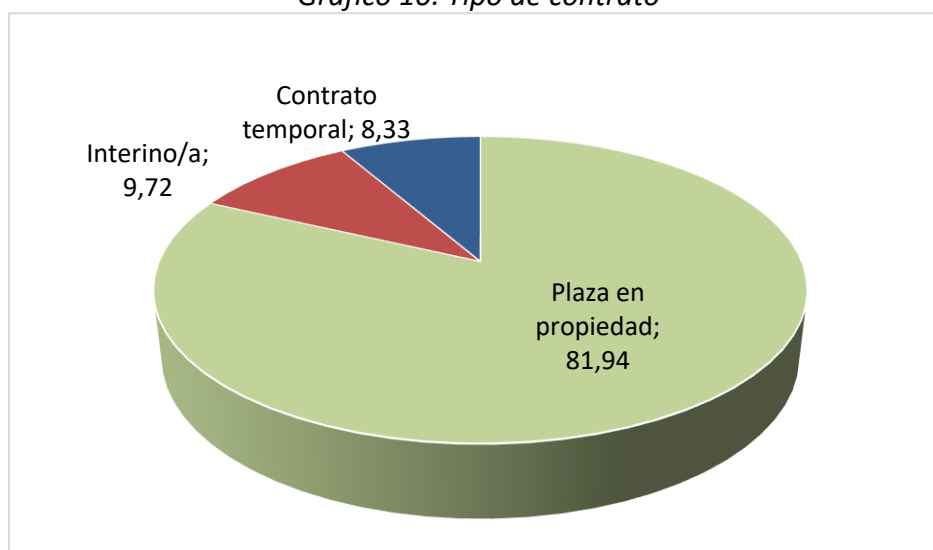
## VI.1.2. Dimensión laboral-profesional

En la dimensión laboral-profesional se analiza información relativa al perfil laboral, a las condiciones de trabajo en que desarrollan su actividad las y los profesionales de Trabajo Social, las características del ejercicio de la profesión en el ámbito de la APS y la percepción que tienen las y los profesionales respecto a la estructura organizativa de la institución en relación al Trabajo Social.

### VI.1.2.1. Perfil laboral

Sobre la situación laboral, los resultados demuestran que se trata de un colectivo consolidado. La mayoría (82%) tiene plaza en propiedad. Son personal estatutario en la categoría Trabajadores Sociales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Un 10% son interinos y un 8% tienen contratos temporales (gráfico 10), por tanto, se puede afirmar que se trata de un grupo con bastante estabilidad laboral.

Gráfico 10. Tipo de contrato



Fuente: Datos y elaboración propia

Estos datos son muy diferentes a los que arrojan otros estudios, ya que, generalmente, en otros estudios, la población diana era el colectivo profesional en su conjunto, independientemente del ámbito o sector de población de intervención social y, por tanto, recogía datos de profesionales que trabajaban tanto en la empresa privada, como en la administración pública o el tercer sector.

Por ese motivo, la variabilidad de las situaciones presentadas tanto en tipo de contratos, como tiempo de dedicación, etc., hace que las condiciones laborales, globalmente, en lo referente al tipo de contrato y estabilidad laboral sean menos favorables que las presentadas en este trabajo. Por ejemplo, en el estudio sobre las trabajadoras sociales del siglo XXI (Torices, 2013), solo el 23% de los contratos eran de funcionaria y otro 31% entre fijos e indefinidos, lo que da una cifra de un 54% de personas con contratos permanentes, frente al 82% de personal estatutario<sup>19</sup> en el grupo de estudio, además de la escasa variabilidad, ya que todo el colectivo estudiado trabaja en la administración pública.

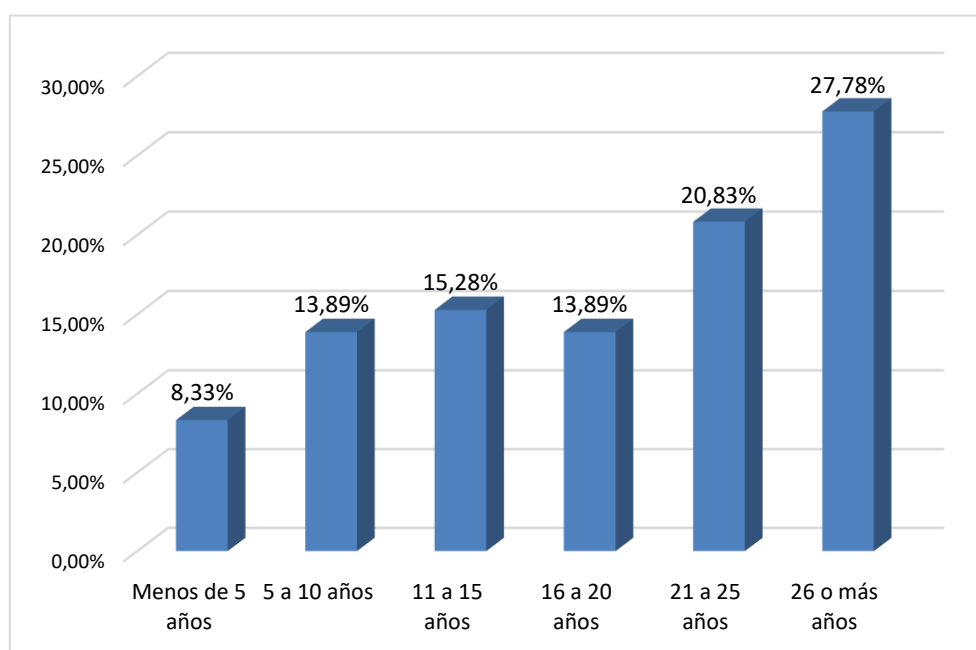
---

<sup>19</sup> El personal que presta sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social, históricamente, ha tenido una regulación específica en el seno de la Función Pública, identificada con la expresión “personal estatutario”. Regulada, en la actualidad, por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

La existencia de una normativa propia para este colectivo deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las características específicas del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la experiencia que tienen como trabajadores sociales en APS, encontramos que casi el 78% lleva más de 10 años ejerciendo su actividad laboral en este ámbito, y solo un 22%, cuenta con 10 años o menos de experiencia en APS. De manera pormenorizada, se puede observar en el gráfico 11, que el grupo más numeroso es el que lleva trabajando más de 25 años. Lo que concuerda con la edad media de los y las profesionales en ejercicio en APS.

*Gráfico 11. Años de trabajo en APS como trabajador/a social*



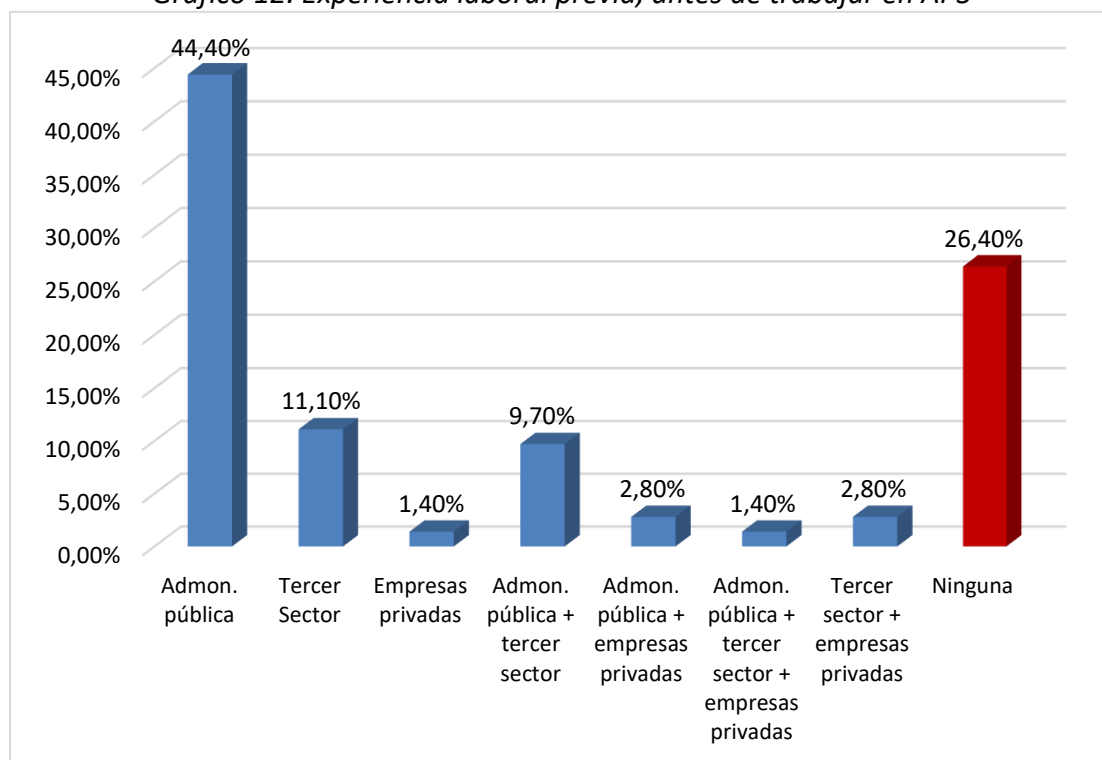
*Fuente: Datos y elaboración propia*

También sobre la experiencia laboral se valoró si, previo a ejercer como trabajadoras y trabajadores sociales en APS, las personas encuestadas habían trabajado en otros ámbitos, incrementando con ello su experiencia profesional, ante lo que se constató que casi el 75%, previamente, había desempeñado la profesión de Trabajo Social, tanto en

la administración pública, como en el tercer sector (asociaciones, ONGs, fundaciones, etc.) y en entidades privadas.

Como se puede apreciar en el gráfico 12, algo más del 44% había trabajado, únicamente, en la administración pública, un 14%, además de trabajar en la administración pública, lo había hecho en el tercer sector y en entidades privadas, y un 15,3% solo tenía experiencia en el tercer sector y/o empresas privadas.

Gráfico 12. Experiencia laboral previa, antes de trabajar en APS



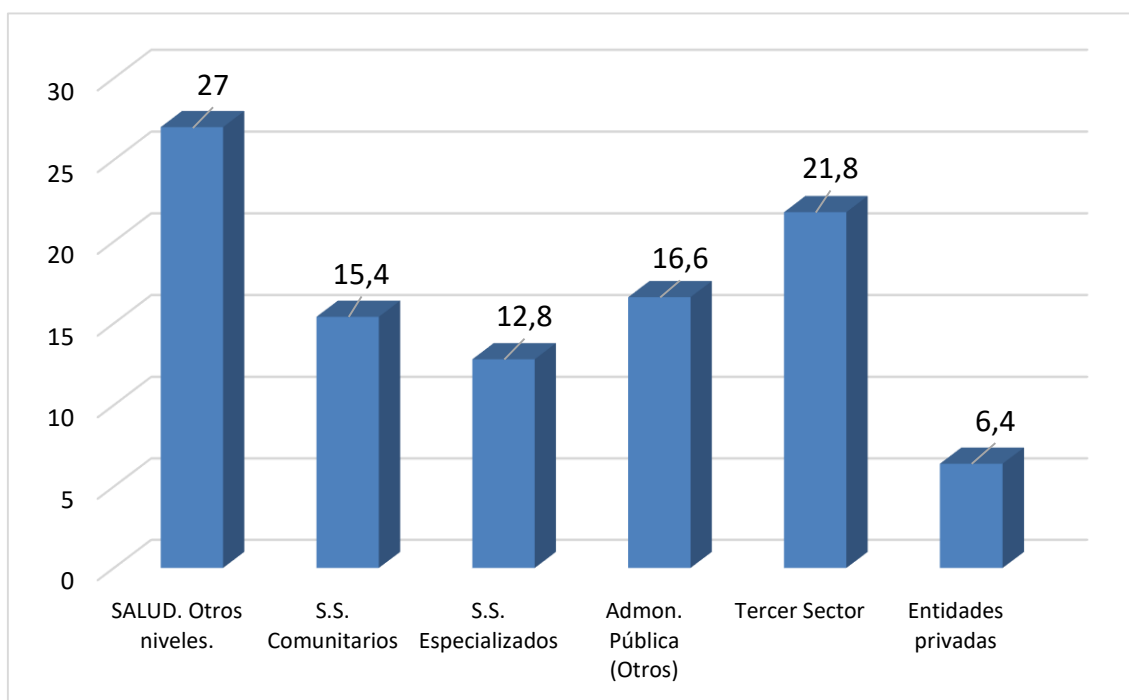
Fuente: Datos y elaboración propia

La frecuencia de los espacios laborales donde habían trabajado anteriormente se pueden observar en el gráfico 13. La experiencia laboral previa procedía del ámbito de



la salud (aunque en otros niveles asistenciales) y de los servicios sociales, en un 27% y 28% de las ocasiones, respectivamente, seguido del tercer sector (21.8%).

Gráfico 13. Ámbitos donde han trabajado previamente las personas encuestadas



Fuente: Datos y elaboración propia

Si se tienen en cuenta los años de ejercicio profesional como trabajadoras y trabajadores sociales en atención primaria, y a ello se le añade, el alto porcentaje de personas que habían trabajado previamente, se puede afirmar que nos encontramos ante un grupo con una dilatada experiencia profesional.

### *VI.1.2.2. Condiciones de trabajo*

En Andalucía, las zonas básicas de salud establecen el marco territorial para la prestación de la Atención Primaria de Salud y han sido delimitadas por la Consejería de Salud “atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, social, económico, epidemiológico, cultural y viario”, según queda establecido en el artículo 50 de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía y la Orden 7 de junio de 2002<sup>20</sup>.

En dichas zonas se encuentran los centros de atención primaria, donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía. Estos centros son las estructuras físicas donde los profesionales realizan las actividades de una atención primaria de salud integral y orientada a la ciudadanía, constituyendo la referencia de los servicios sanitarios públicos más cercanos a la población.

Se consideran centros de atención primaria los centros de salud y los consultorios locales y auxiliares. Los centros de salud son los centros sanitarios que permiten que se desarrolle la atención primaria integral, coordinada, permanente y continuada, donde desarrolla sus actividades y funciones el equipo de atención primaria. Los consultorios locales son aquellos centros sanitarios que, sin tener la consideración de centros de salud, proporcionan atención sanitaria no especializada en el ámbito de la atención primaria, constituyendo la infraestructura básica para los núcleos rurales que no cuentan con centro de salud, y los consultorios auxiliares conforman la infraestructura básica que se puede encontrar en cualquier pequeño núcleo de población aislado o

---

<sup>20</sup> Orden 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.

anejos municipales a los que se desplazan los profesionales de salud para la realización de sus tareas.

En Andalucía hay 1517 centros de atención primaria de salud, de los cuales 406 son centros de salud, 692 consultorios locales y 419 consultorios auxiliares<sup>21</sup>. En contrapartida, como se ha dicho anteriormente, hay 279 profesionales de Trabajo Social, según el informe de Burgos (2017). Queda claro que las trabajadoras y trabajadores sociales, en muchas ocasiones, tienen que atender más de un centro sanitario, en bastantes ocasiones con una dispersión geográfica importante. Por lo que se hace necesario conocer las condiciones de trabajo en que desarrollan su actividad profesional.

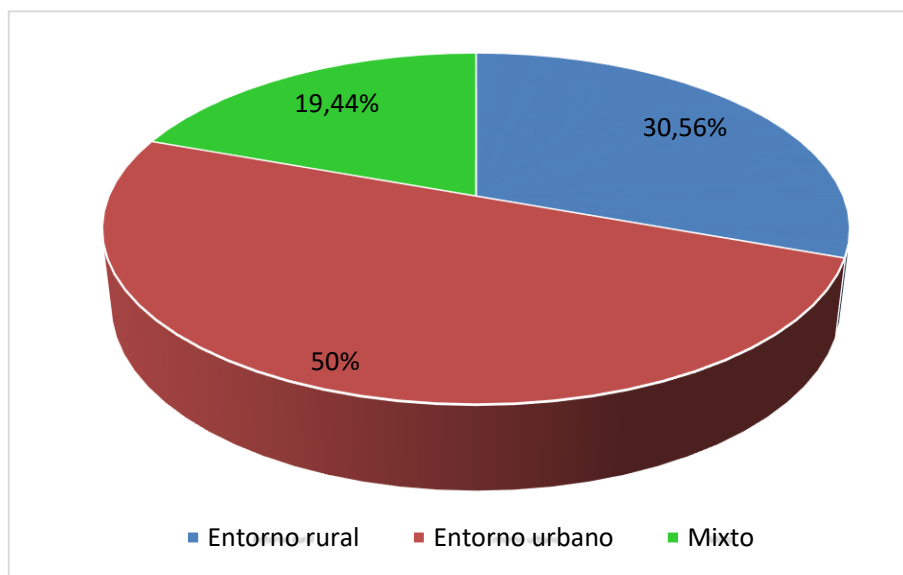
En primer lugar, en relación al entorno, rural o urbano, si bien ambos pueden presentar ventajas e inconvenientes, es claro que la concentración de recursos de todo tipo es más alta en las zonas urbanas, y la dispersión geográfica es menor, lo que influirá en las condiciones de trabajo

De las personas que han participado en la encuesta, el 50%, trabaja en Unidades de Gestión Clínica (UGC) que, se ubican en entornos urbanos, mientras que el 31% lo hace en el medio rural, el resto está en UGC que atienden centros ubicados en zonas urbanas, pero que tienen asignados consultorios locales o auxiliares situados en zonas rurales (gráfico 14).

---

<sup>21</sup> Más información en: <https://bit.ly/2GgHBLO>.

Gráfico 14. Tipo de entorno



Fuente: Datos y elaboración propia

Además del entorno, es necesario conocer en cuantas UGC<sup>22</sup> o Centros de Salud tienen que desarrollar su actividad profesional, así como el número de centros a los que tienen que acudir cada semana.

Según los datos obtenidos, el 54.2%, de las personas encuestadas, desarrollan su actividad laboral en una UGC, el 44.4% lo hace en dos, y el 1.4% en cuatro. Sin embargo, puesto que algunas UGC cuentan con varios centros sanitarios adscritos, se considera

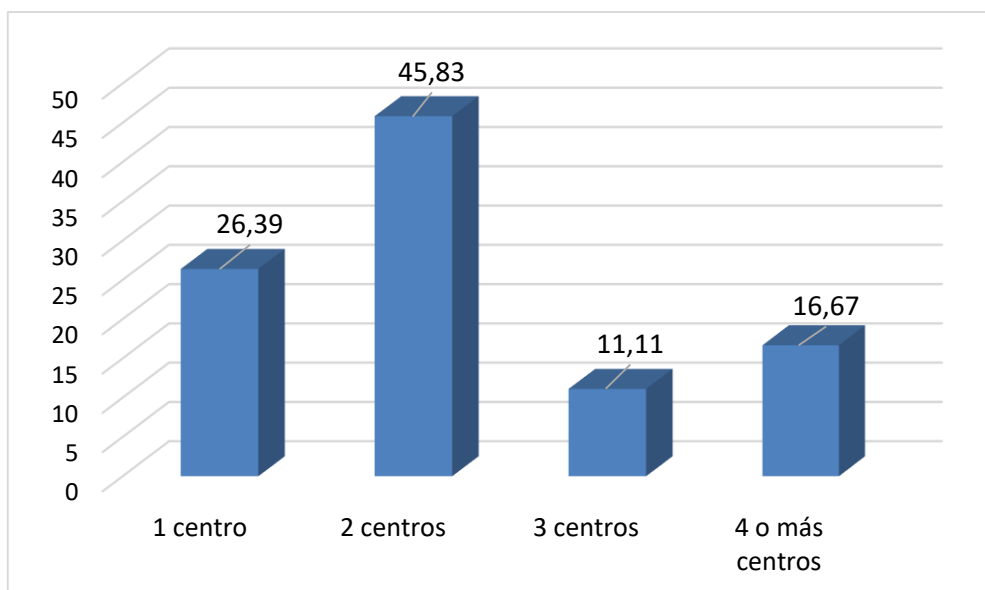
---

<sup>22</sup> Es importante resaltar que cada UGC tiene una dirección diferente, y tiene autonomía organizativa para marcar sus propios objetivos. La mayoría de profesionales (facultativos, personal de enfermería, servicio de atención al ciudadano, etc.) están adscritos a una sola UGC, sin embargo, los y las trabajadoras sociales están consideradas como dispositivo de apoyo del Distrito Sanitario y legalmente pueden atender una o varias UGC, lo que lleva consigo la posibilidad de tener objetivos diferentes, atender las normas de direcciones distintas, con diversidad de estrategias y modos de trabajo para alcanzar las metas estipuladas en cada UGC.

adecuado conocer a cuantos centros deben acudir los trabajadores y trabajadoras sociales a la semana. Tal y como se puede observar en el gráfico 15, el 45.83% de los encuestados tiene que atender dos centros a la semana, el 11.1% tres centros y el 16.67% a cuatro o más centros. Es decir, casi un 75% de los profesionales de Trabajo Social tienen que atender dos o más centros sanitarios a la semana.

Este asunto se abordará de nuevo más adelante, ya que esta situación es una de las cuestiones identificadas como problemáticas, por las trabajadoras y trabajadores sociales en las preguntas abiertas.

*Gráfico 15. Número de centros que debe atender semanalmente*



*Fuente: Datos y elaboración propia*

### VI.1.3. Dimensión formativa

Acerca de la dimensión formativa se pretende analizar el proceso de formación continua que realizan las trabajadoras sociales, así como el volumen de profesionales con otros estudios diferentes a los exigidos para ejercer su puesto de trabajo. Aspecto que aportará información acerca de las inquietudes y disposición de los y las profesionales para actualizar su formación y conocimiento científico.

#### *VI.1.3.1. Estudios adicionales de grado universitario*

Acerca de otros estudios reglados que hayan cursado los y las profesionales de Trabajo Social, se encuentra que un 33,33% tienen otros estudios además de los requeridos para realizar el trabajo por el que han sido contratados (tabla 8).

*Tabla 8. Profesionales que poseen otra formación reglada*

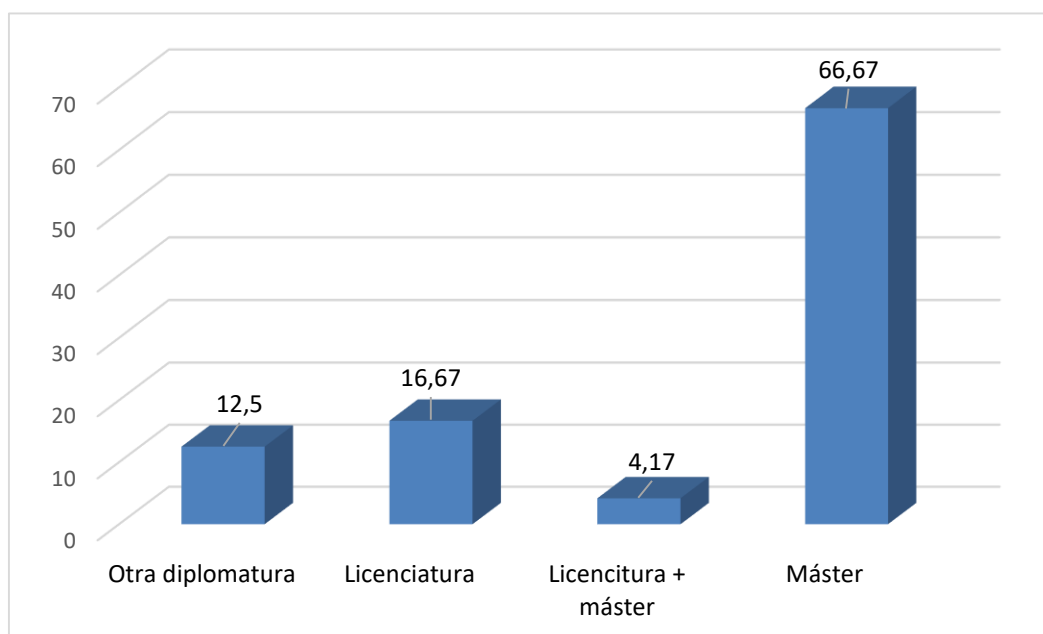
	Frecuencia	Porcentaje
No posee otra formación reglada	48	66.67%
Posee otra formación reglada	24	33.33%
TOTAL	72	100.00%

*Fuente: Datos y elaboración propia*

De las personas que han realizado otros estudios universitarios, la mayor parte han cursado un Máster (66,67%), el 16,67% además del título en Trabajo Social, tienen una

Licenciatura, el 12,5% posee otra Diplomatura Universitaria, y el 4,17% ha cursado una Licenciatura y un Máster (gráfico 16).

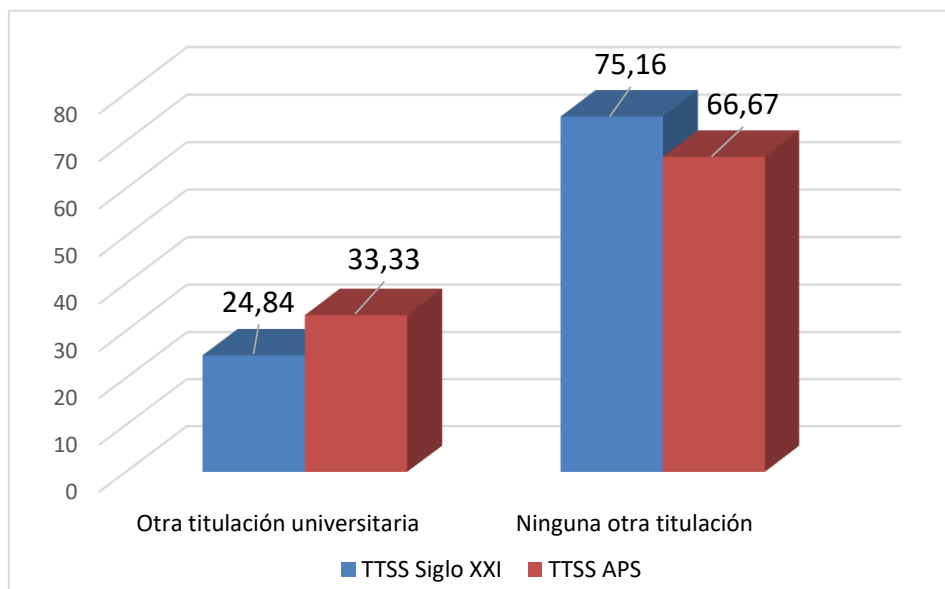
*Gráfico 16. Formación reglada adicional que poseen las personas participantes en la encuesta*



*Fuente: Datos y elaboración propia*

Cabe destacar que este dato es similar al hallado en el estudio realizado por Barrera, Malagón y Sarasola (2014), en el que refiere que un tercio de los profesionales encuestados confirma tener formación referente a un posgrado, experto o máster; y algo mejor que los resultados obtenidos en el estudio de Torices (2013) en que el número de personas que tenían otra titulación universitaria era del 24,84%, (gráfico 17).

Gráfico 17. Comparativa entre el estudio Trabajadoras Sociales Siglo XXI y el estudio Profesionales Trabajo Social APS



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de este estudio y del estudio de Torices (2013)

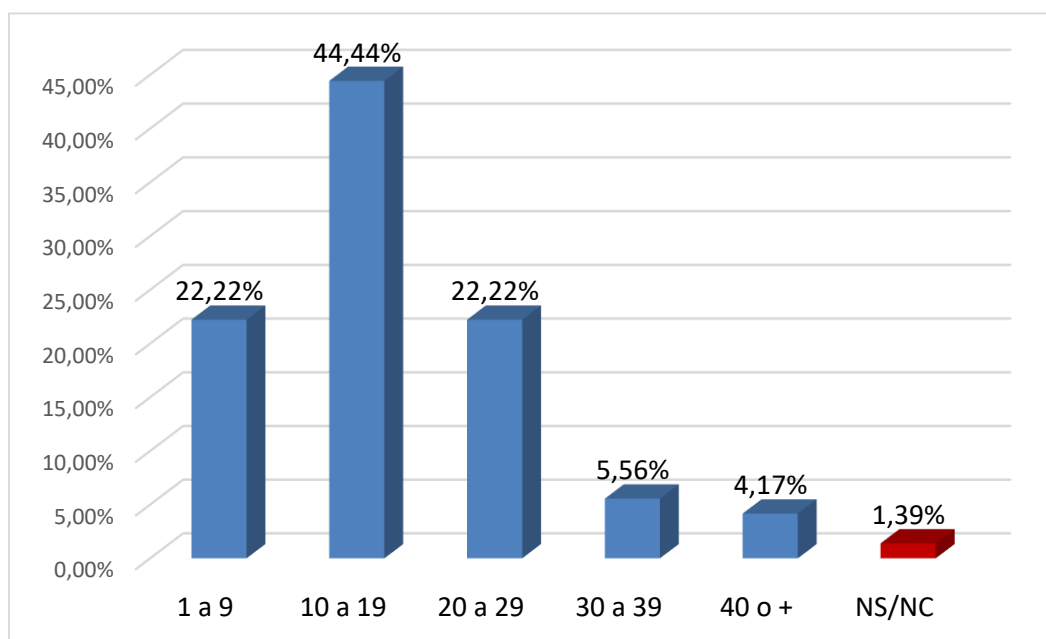
#### VI.1.3.2. Formación continua

Acerca del proceso de formación continua que las y los profesionales realizan para mantenerse al día y actualizar su formación de cara al desempeño profesional diario, todas las personas encuestadas refieren haber realizado cursos de formación en los últimos cinco años, orientados al reciclaje y aumento de sus competencias profesionales. Destacando que más del 75% de las personas han realizado más de 10 cursos durante ese periodo (gráfico 18). Con lo que se puede afirmar que existe un alto interés por parte de las trabajadoras y trabajadores sociales por seguir formándose a lo largo de su trayectoria laboral, máxime cuando no se trata de un requisito para acceder o mantener su puesto de trabajo, ya que tal y como se ha explicado en el apartado sobre el perfil laboral de los y las participantes en el estudio, el 78% lleva más de 10 años



trabajando en atención primaria de salud y el 82% tiene plaza en propiedad, como personal estatutario, de lo que se deduce que dicho interés responde a un afán de mejora continua en el ejercicio profesional.

Gráfico 18. Número de cursos a los que han asistido durante los últimos cinco años



Fuente: Datos y elaboración propia

#### VI.1. 4. Dimensión investigadora

La investigación es una de las funciones que han de realizar los miembros del equipo de atención primaria y, consecuentemente, las y los profesionales de Trabajo Social, como parte de dichos equipos. Lo que hace necesario su análisis para una mayor comprensión de la situación y compromiso de este colectivo con la investigación en atención primaria de salud. Dicha actividad, aunque se puede desarrollar en solitario, en el marco de la atención primaria, es mucho más adecuado y lógico desarrollarla en el contexto del

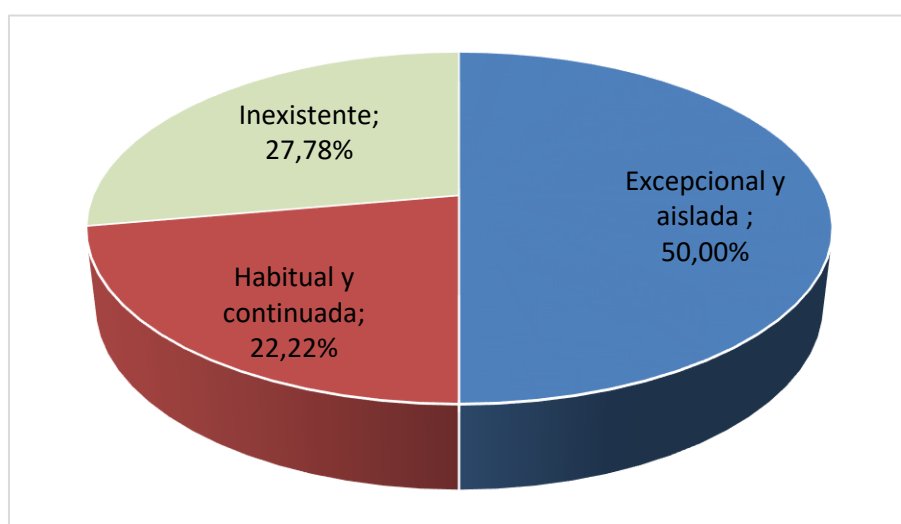
trabajo en equipo, con el fin de que sus resultados sirvan, entre otras cosas, para mejorar la atención prestada a la población destinataria, de ahí la pertinencia de estudiar la implicación de las profesionales con la investigación.

Así mismo, se ve lógico analizar la transmisión del conocimiento realizado. Lo que indudablemente contribuye al desarrollo de la profesión en este ámbito.

#### *VI.1.4.1. Investigación*

Puesto que la investigación forma parte de las funciones del equipo de salud, la primera cuestión a dilucidar es si en los equipos se realizan o no funciones de investigación. En ese sentido, según manifiestan las personas encuestadas, en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) en las que desarrollan su trabajo, la investigación es una actividad habitual y continuada en el 22,2% de los casos, excepcional y aislada en el 50% de los casos, e inexistente en un 27,8% de los centros (gráfico 19).

*Gráfico 19. Investigación en la UGC en que desarrolla su actividad laboral*



*Fuente: Datos y elaboración propia*

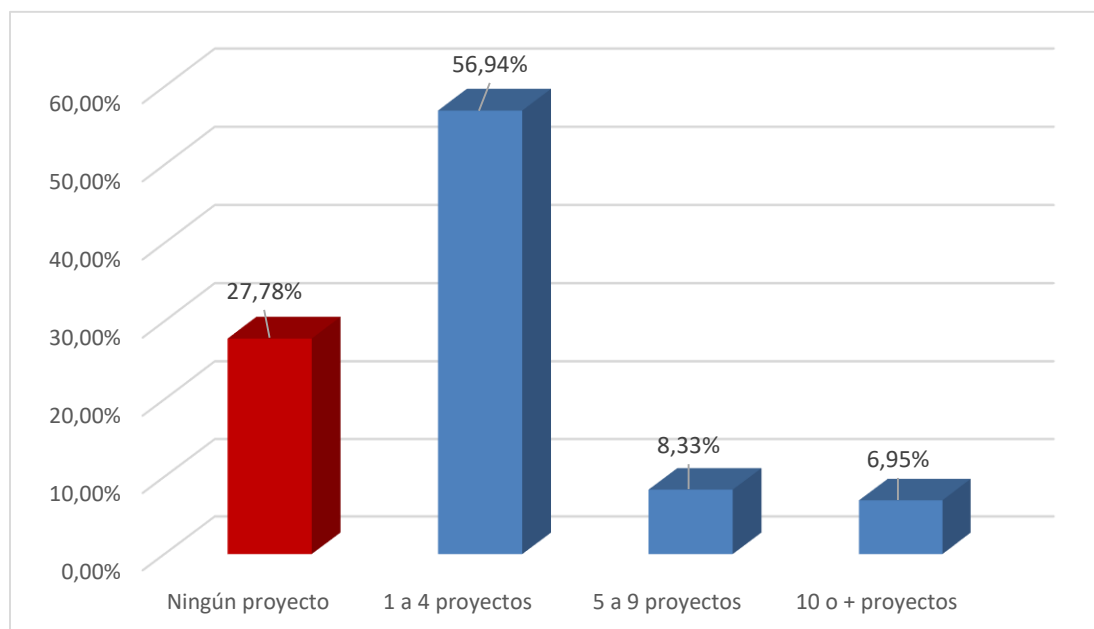
En relación a la participación en proyectos de investigación, los trabajadores y trabajadoras sociales encuestadas han colaborado en un total de 205 proyectos, oscilando entre 0 y 30. Como se puede observar en la tabla 9 y en el gráfico 20, el 57% de las personas han cooperado en 4 o menos proyectos, y el 7% en 10 o más. El 27.7% de profesionales, no ha participado en ningún proyecto de investigación.

*Tabla 9. Número de proyectos de investigación en los que han participado las personas encuestadas*

PERSONAS	Nº PROYECTOS EN LOS QUE HAN PARTICIPADO	TOTAL PROYECTOS EN LOS QUE HAN PARTICIPADO PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL
20	0	0
18	1	18
16	2	32
6	3	18
1	4	4
4	5	20
1	6	6
1	8	8
1	12	12
1	15	15
2	21	42
1	30	30
72	107	205

*Fuente: Datos y elaboración propia*

Gráfico 20. Porcentaje de personas que han participado en proyectos de investigación



Fuente: Datos y elaboración propia

Así mismo, se ve importante comprobar la relación existente entre la actitud y práctica del equipo de salud sobre la investigación, y la participación de Trabajo Social en la misma, de modo que, al relacionar ambas variables, se puede observar que, en la medida en que se realizan más actividades de investigación en la Unidad de Gestión Clínica, la participación de los y las profesionales de Trabajo Social también es mayor (tabla 10). Aspecto al que también hace referencia la investigación de Alba Torices, donde relaciona la escasa participación de las profesionales en investigación con que “en el 84% de las entidades, en que estas ejercen su profesión, la investigación es una actividad excepcional y aislada o inexistente” (Torices, 2013, p. 36).

*Tabla 10. Relación entre la participación de los trabajadores/as sociales en proyectos de investigación y características de la actividad investigadora en la Unidad de Gestión Clínica*

UGC / ACTIVIDAD INVESTIGADORA	Nº DE PROYECTOS EFECTUADOS	Nº DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SOCIALES	MEDIA PROYECTOS / PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL
UGC donde la actividad investigadora es <b>habitual y continuada</b>	79	16	<b>4,94</b>
UGC donde la actividad investigadora es <b>excepcional y aislada</b>	112	36	3,11
UGC donde la actividad investigadora es <b>inexistente</b>	14	20	0,7
TOTAL	205	72	

*Fuente: Datos y elaboración propia*

Según los datos obtenidos, para las trabajadoras y trabajadores sociales de atención primaria, la investigación forma parte, de manera normalizada, del desempeño profesional, lo que queda reflejado en que el 72.22% de las personas encuestadas realizan este tipo de tareas.

Este dato es más satisfactorio que los obtenidos en otras investigaciones. Por ejemplo, en el estudio de Berasaluze y Berrio-Otxoa (2008, p. 63), respecto a las funciones desempeñadas por profesionales de Trabajo Social, refiere que la función investigadora es desempeñada por un 26.7% de las personas encuestadas, y en el estudio de Torices (2013, p. 34), la investigación se encuentra entre las funciones menos desempeñadas, con un 8.86%.

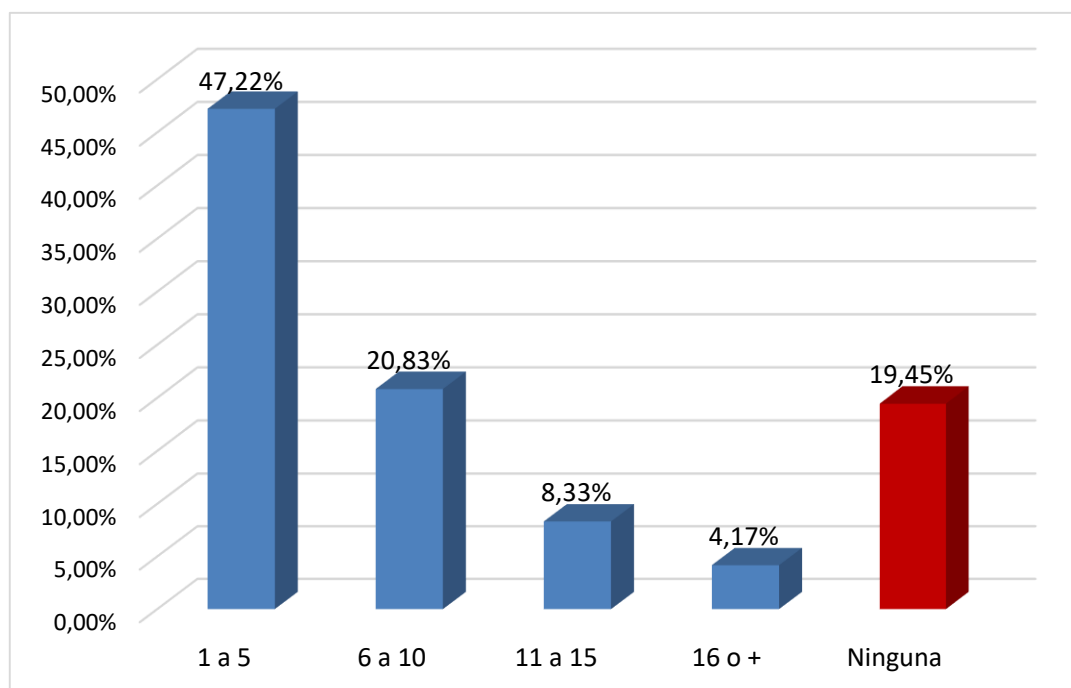
#### *VI.1.4.2. Transmisión del conocimiento*

La transmisión del conocimiento implica el conjunto de tareas dirigidas a difundir conocimientos, experiencias y habilidades, generalmente, a través de la publicación o divulgación de resultados obtenidos, experiencias desarrolladas, etc.

Uno de los cauces para transmitir estas experiencias o conocimientos es a través de la participación en congresos y jornadas profesionales. Se puede considerar que estos eventos son un punto de encuentro privilegiado entre profesionales de una o varias disciplinas, que ofrecen oportunidades de actualización profesional, intercambios de experiencias, contacto directo con otros profesionales, gestores, proveedores de servicios, etc., según el caso. De ahí que la asistencia a este tipo de eventos pudiera ser un elemento de información acerca de los cauces empleados por los y las trabajadores/as sociales para su actualización profesional.

Sobre el número de reuniones científicas (congresos, jornadas, etc.) a las que han asistido en los últimos cinco años, cabe destacar que es considerable el porcentaje de personas que participan en dichos eventos, ya que supera el 80% (gráfico 21).

Gráfico 21. Asistencia a reuniones científicas

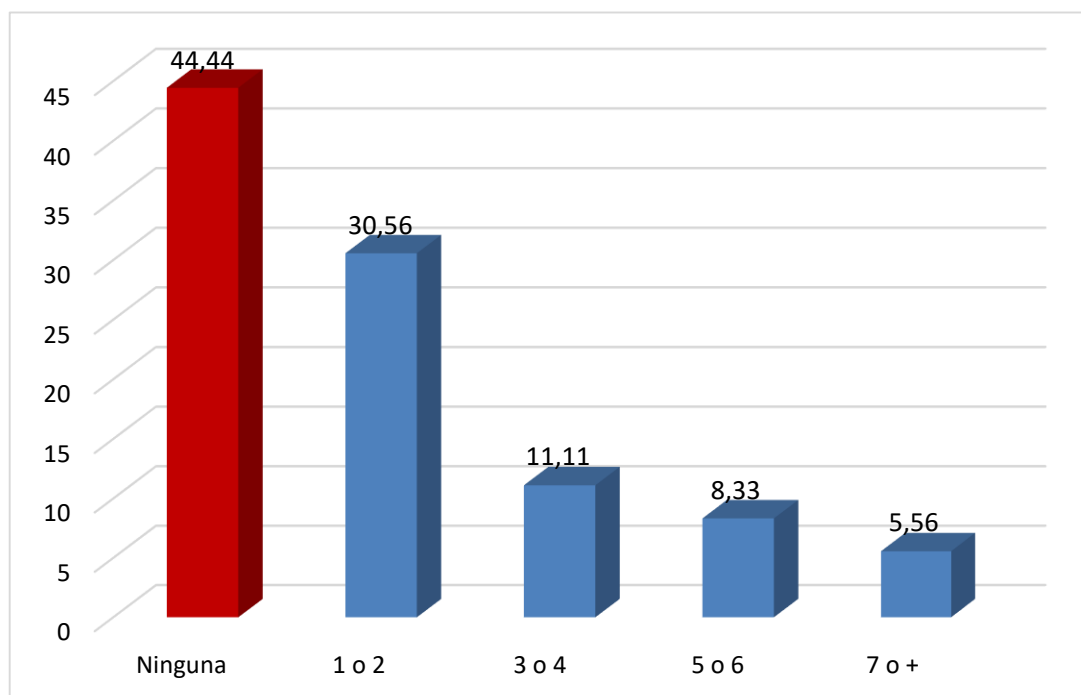


Fuente: Datos y elaboración propia

Así mismo, se considera importante valorar si la asistencia a reuniones científicas ha llevado consigo la presentación de comunicaciones o posters.

El primer dato que tenemos es que más de la mitad de los participantes (55.56%), ha presentado alguna comunicación o poster en reuniones científicas en los últimos cinco años. Un 30,56% ha presentado una o dos comunicaciones o posters, y casi un 14% ha presentado cinco o más trabajos en las reuniones científicas a las que ha asistido (gráfico 22).

Gráfico 22. Número de comunicaciones, por persona, presentadas en reuniones científicas en los últimos cinco años



Fuente: Datos y elaboración propia

Como se puede ver en la tabla número 11, los y las profesionales de Trabajo Social participantes en este estudio han presentado un total de 125 comunicaciones a reuniones científicas (congresos, jornadas, etc.), lo que arroja una media de 1,74 comunicaciones por persona, media que aumenta a 3,13 sí tomamos como grupo de referencia solo a las personas que si han presentado alguna comunicación.



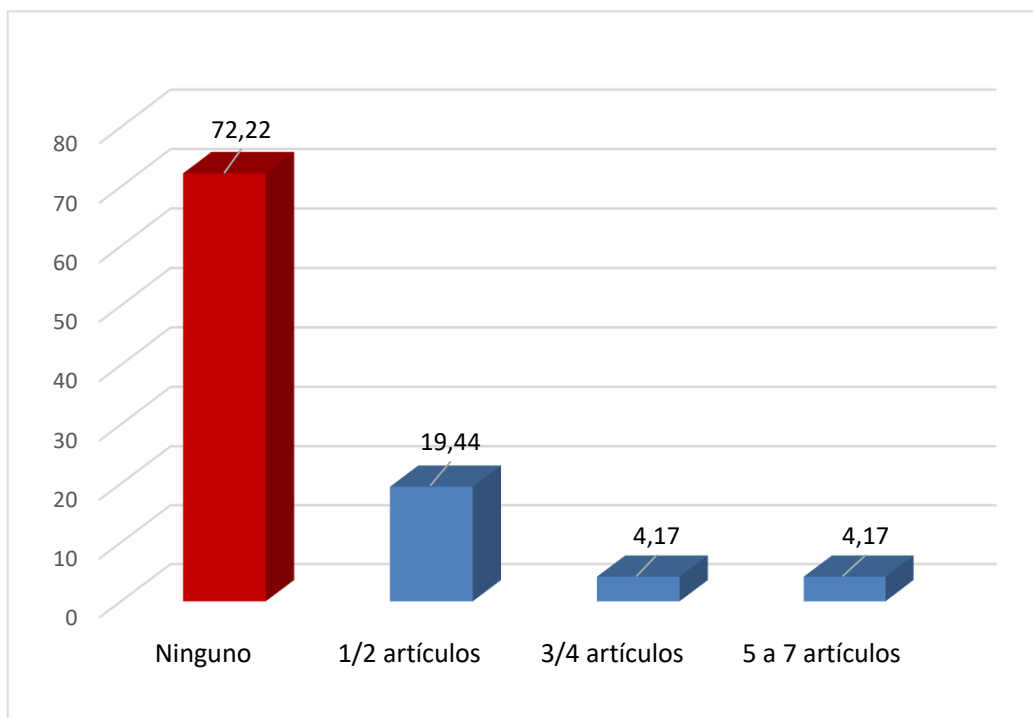
*Tabla 11. Total de comunicaciones presentadas en reuniones científicas en los últimos cinco años, con indicación del número de comunicaciones que ha presentado cada persona*

COMUNICACIONES POR PERSONA	PERSONAS	NÚMERO TOTAL DE COMUNICACIONES PRESENTADAS
0	32	0
1	12	12
2	10	20
3	6	18
4	2	8
5	5	25
6	1	6
7	1	7
8	1	8
9	1	9
12	1	12
Total	72	125

*Fuente: Datos y elaboración propia*

Otro modo de transmitir la información se realiza mediante la publicación de artículos en revistas y/o la publicación de libros. El 27.78% de participantes ha publicado algún artículo en revistas (gráfico 23).

Gráfico 23. Porcentaje de personas, según el número de artículos publicados



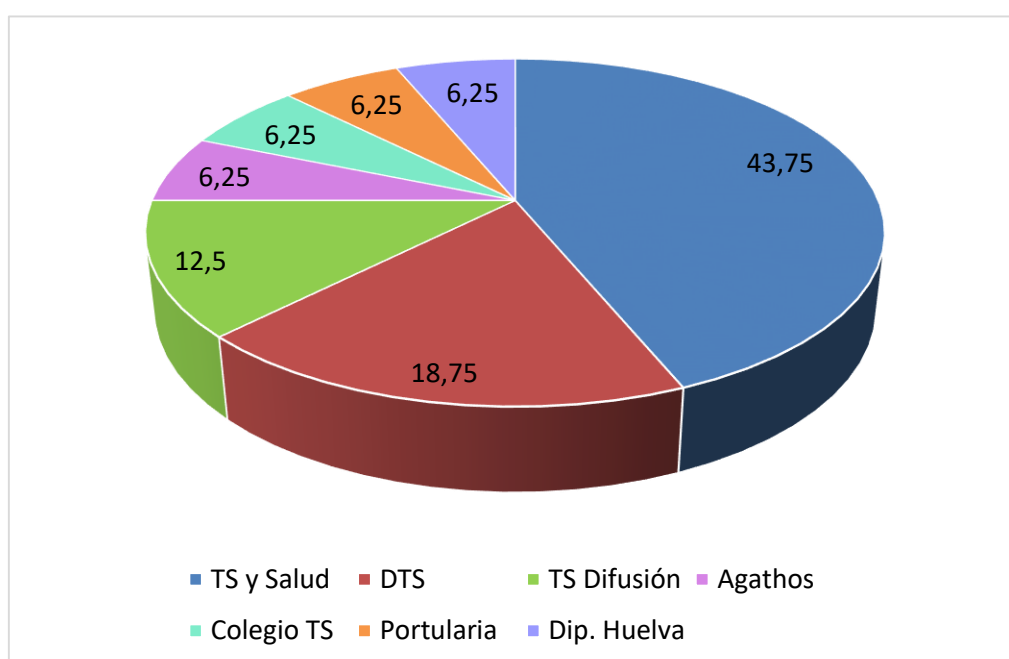
Fuente: Datos y elaboración propia

De las personas que han publicado, el 75% lo ha hecho en revistas específicas o directamente relacionadas con el Trabajo Social, y el resto en revistas relacionadas con otras disciplinas, o generalistas, de ámbito local o del Servicio Andaluz de Salud.

Más de un 40% de los artículos publicados en revistas específicas, lo han hecho en la revista Trabajo Social y Salud, editada por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, que se publica desde 1989 y que lleva editados 91 números (gráfico 24). Posiblemente, la mayor elección de publicar en esta revista frente a otras podría ser por la especificidad que tiene, lo que probablemente lleve a los autores y autoras a pensar que es más afín a lo que quieren plasmar en su artículo, y que tendrá mayor interés para los lectores de la misma. Le siguen la revista Documentos de Trabajo Social, de carácter

científico-técnico que edita el Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga desde 1993, y la revista TS Difusión, que se configura para divulgar información de carácter social y ser instrumento para consolidar la presencia de la profesión en el ámbito andaluz desde 1996; de la que se han publicado ya 129 números.

Gráfico 24. Revistas en las que han publicado



Fuente: Datos y elaboración propia.

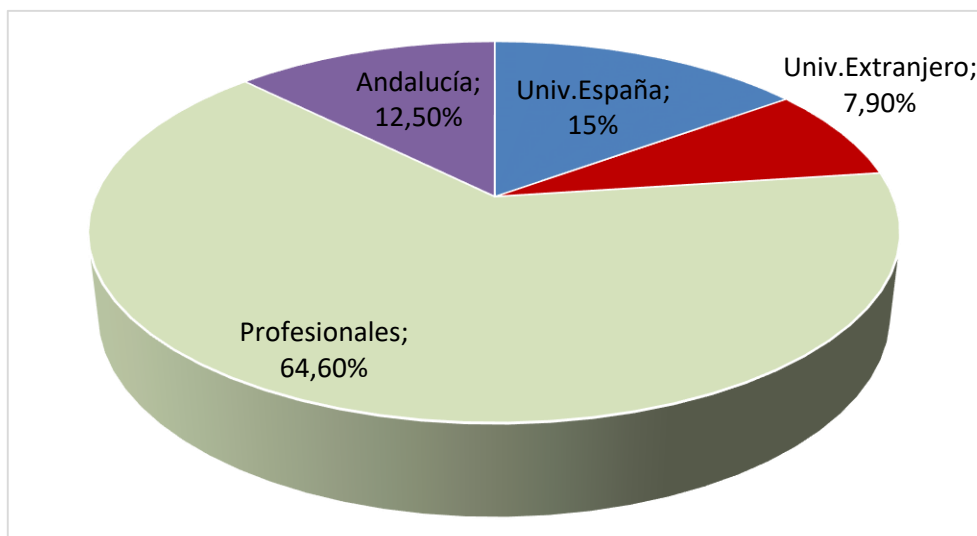
Referente a la publicación de libros o capítulos de libros en los últimos cinco años, solo siete personas (9,72%), refieren haber realizado este tipo de publicaciones. De las cuales, cuatro han publicado una vez un libro o capítulo de libro; dos personas han publicado dos veces y una persona ha publicado cinco veces libros o capítulos de un libro.

Sobre estos últimos aspectos valorados, referentes a la participación activa en reuniones científicas y publicaciones, en revistas o libros, no ha sido posible su comparación con otros estudios, al no encontrar dichas variables en otras investigaciones analizadas. Sin embargo, se puede afirmar que, en general, los y las profesionales de Trabajo Social Sanitario tienen una actitud proactiva de cara a la participación en eventos y la transmisión del conocimiento.

Para profundizar en este aspecto, se ha considerado necesario indagar algo más acerca del tipo de artículos y/o temas que abordan las trabajadoras y trabajadores sociales en sus publicaciones. Motivo por el que se han revisado los ejemplares de los últimos cinco años de la revista para conocer sobre que han escrito los profesionales de Trabajo Social Sanitario de Andalucía en este periodo.

Desde al año 2013, la revista Trabajo Social y Salud ha publicado 17 números, con un total de 240 artículos, de los que el 12,5% han sido escritos por profesionales de Andalucía (gráfico 25).

Gráfico 25. Distribución artículos publicados según procedencia de autoría



Fuente: Datos y elaboración propia

El 25% de los artículos publicados en ese periodo proceden del mundo académico, de universidades españolas el 67,8% y universidades de otros países el 32,2%. El resto de artículos han sido escritos por profesionales de atención directa a individuos, grupos y comunidades, tanto del ámbito público, Sistema Nacional de Salud en su mayoría, como del movimiento asociativo y tercer sector; y desde el ámbito privado, FREMAP y peritaje social.

Acerca de los temas publicados por profesionales de la Comunidad Autónoma de Andalucía, un tercio de ellos se refieren a la atención grupal y comunitaria y el resto están relacionados con la atención directa a individuos y/o familias, mostrando tanto propuestas de intervención, como reflexiones teórico-prácticas orientadas a contribuir en la mejora de la atención profesional, investigaciones realizadas, presentación de experiencias llevadas a cabo, etc.

En los referidos a la atención grupal y comunitaria, los asuntos tratados giran en torno a la atención grupal, hay varios artículos que hacen referencia a la estrategia que se está llevando a cabo en todas las unidades de gestión clínica de Andalucía sobre los grupos socioeducativos y también la promoción de la salud mental en adolescentes a través del Trabajo social de Grupo. En relación a la atención comunitaria, se aborda la accesibilidad en los centros de salud, el trabajo en red con personas sin hogar y la metodología localizadora de activos en salud.

En cuanto a la atención directa, un número importante de los artículos publicados tienen que ver con la atención a pacientes pluripatológicos, con necesidades de cuidados paliativos, atención a la dependencia y a la cronicidad, la influencia de los factores sociales en las estancias hospitalarias y en las situaciones de urgencia y emergencia, también plantean la atención al entorno familiar y a cuidadores, así como la necesaria coordinación socio-sanitaria y la gestión de casos, además de varios artículos sobre la Voluntad Vital Anticipada. Hay dos artículos que se refieren a la atención infanto-juvenil, uno acerca del suicidio y otro sobre el consumo de estupefacientes. Un artículo que relaciona las necesidades sociales con la hiperfrecuentación a las consultas médicas y otro sobre la salud de las trabajadoras de la sanidad.

En resumen, se podría decir que la cronicidad y la necesidad de atender todos los factores que gravitan sobre los aspectos sociales de las personas que se ven comprometidos por los procesos de salud-enfermedad, se encuentran en este momento en el punto de mira de la intervención de las y los profesionales, haciendo especial hincapié a la necesaria coordinación interinstitucional para abordar eficazmente las

problemáticas presentadas, a la atención a las familias y al entorno inmediato de los pacientes, y al trabajo proactivo, mediante detección precoz de situaciones de riesgo social y la atención y orientación anticipada.

### VI.1.5. Ejercicio profesional

En este apartado se pretende plasmar una imagen del ejercicio profesional de las y los profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, describiendo las actuaciones que se realizan, tanto de atención directa como indirecta, así como el tiempo dedicado a cada una de ellas, la coordinación y la organización de la actividad profesional y su percepción sobre los aspectos positivos y/o negativos de su trabajo.

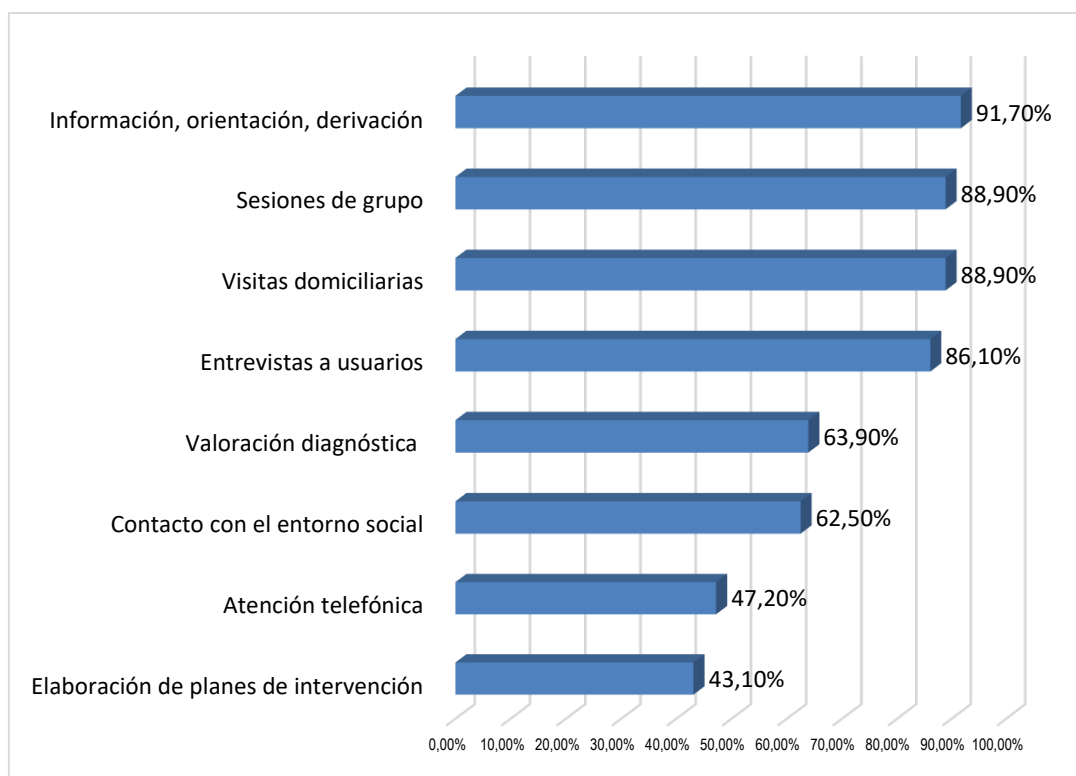
#### *VI.1.5.1. Tareas de intervención directa*

La intervención directa es aquella que se produce entre los y las profesionales de Trabajo Social y las personas, familias o grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, con el fin promover que desarrollen sus capacidades para afrontar y superar por sí mismos las situaciones que se les presentan. Por tanto, se desarrolla en un contexto de interacción personal (ANECA, 2004).

En la encuesta se presentó una selección de las tareas más asiduas que se realizan en la intervención directa del Trabajo Social para que identificasen aquellas que desarrollan con mayor frecuencia.

Según las respuestas obtenidas (gráfico 26), todas las tareas son realizadas por la mayoría de profesionales, aunque las ejecutadas en mayor medida son las relacionadas con la información, orientación y derivación (91,70%), las visitas domiciliarias (88,90%), las sesiones con grupos (88,90%) y las entrevistas a personas usuarias (86,10%). El resto de tareas: valoración diagnóstica, contacto con el entorno social, atención telefónica y elaboración de planes de intervención, también son efectuadas en una alta proporción.

*Gráfico 26. Tareas de atención directa desarrolladas con mayor frecuencia*



*Fuente: Datos y elaboración propia*



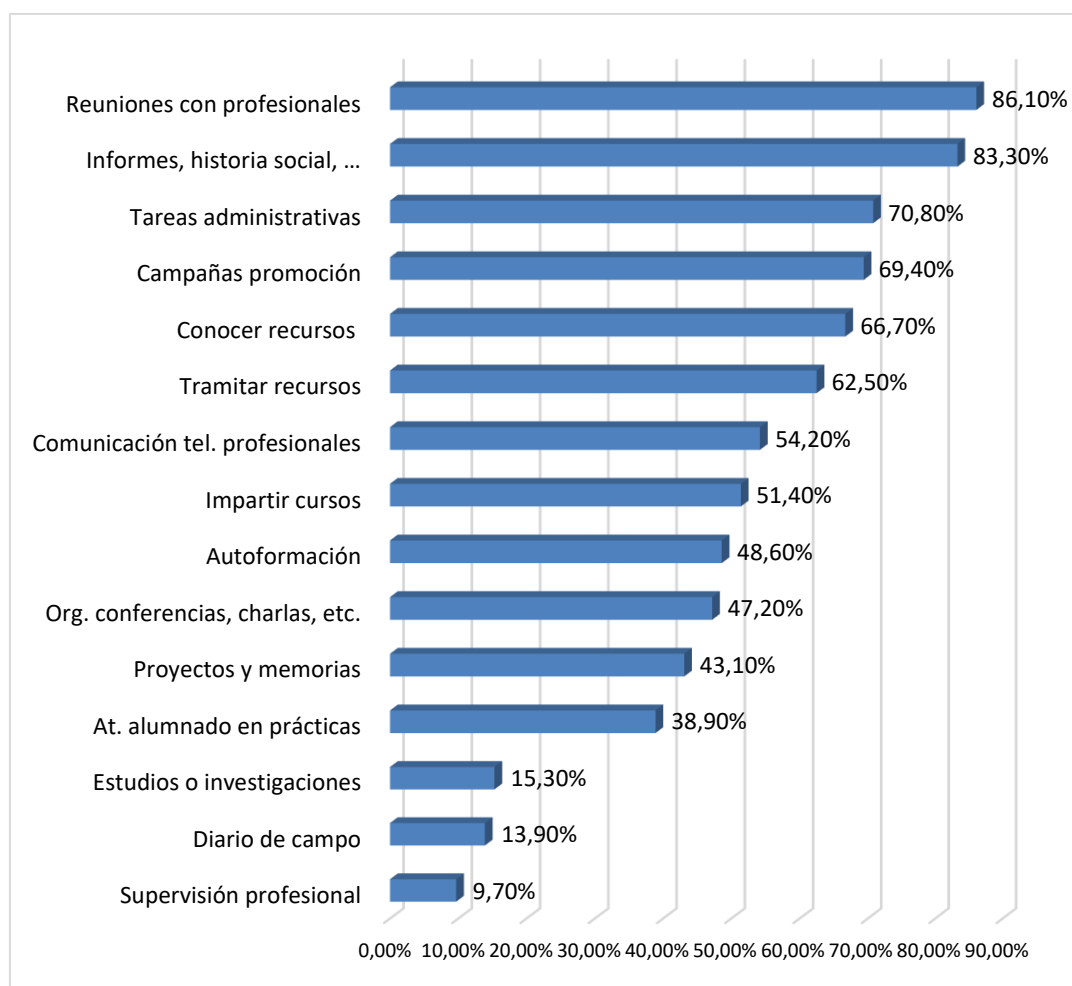
#### *VI.1.5.2. Tareas de intervención indirecta*

La intervención indirecta es la que se produce sin la presencia de las personas usuarias. Es de suma importancia para el Trabajo Social, tanto porque apoya y sustenta las intervenciones directas a través de tareas como organización y gestión de la información, programación y planificación de intervenciones directas, supervisión, coordinación y colaboración con otros profesionales, etc., como tareas orientadas a la investigación, diseño e implementación de políticas sociales, planificación y gestión de centros y servicios, etc.

Al igual que con la atención directa, se presentó a las y los participantes una selección de las actividades de atención indirecta más habituales en el desarrollo del Trabajo Social, para que indicasen aquellas que efectuaban con mayor frecuencia. Se podían elegir un máximo de ocho alternativas de entre las quince actividades propuestas, con el fin de delimitar la selección, identificando las desarrolladas con mayor asiduidad.

Según las respuestas emitidas, tal y como se puede observar en el gráfico 27, la tarea realizada con mayor frecuencia es la de reuniones con otros profesionales, desempeñada por casi el 86,10% de las personas encuestadas. No es de extrañar que esta sea la tarea seleccionada en primer lugar ya que el colectivo objeto de estudio desarrolla su actividad profesional en el marco de un equipo multiprofesional y, generalmente, bastante o muy numeroso, lo que sin lugar a dudas implica tener reuniones y coordinarse con todos o algunos de ellos.

Gráfico 27. Tareas de atención indirecta que realizan con mayor frecuencia



Fuente: Datos y elaboración propia

Otra de las actividades desarrolladas con mucha frecuencia es la realización de informes, fichas e historias sociales (83,3%), tarea derivada en gran parte de la actividad asistencial. Seguido de las actividades relacionadas con la organización de campañas de prevención y promoción de salud (69,4%), en el análisis de las preguntas abiertas, se podrá confirmar que esta es una de las actividades que las personas encuestadas realizan con mayor frecuencia. También son asiduas las tareas administrativas (70,8%), conocer recursos sociales (66,7%), tramitar prestaciones y recursos (62,5%), la

comunicación telefónica con personas no usuarias (54,2%), es decir, con profesionales de otras entidades, instituciones, empresas, otros niveles de intervención, servicios, etc. En definitiva, tareas relacionadas directa e indirectamente con la atención individual-familiar; que implica la necesidad de conocer y estar al día de las prestaciones y recursos que pueden ser necesarios para las personas y familias que se encuentran en una situación problemática o de dificultad cuando surge un problema de salud, o para evitar que aparezca alguno; así como gestionar y tramitar dichos recursos y prestaciones, comunicarse con otras entidades, instituciones o servicios que tengan competencia en la atención a las situaciones presentadas (gráfico 27).

También merece especial consideración destacar que el 51,4% de profesionales participantes refieren que una de las tareas que realizan con mayor frecuencia es la de impartir cursos de formación, charlas, etc., seguido de cerca por la organización de conferencias y charlas (47,2%), así mismo, dedican un tiempo importante a tareas de autoformación (48,6%); actuaciones que, en buena medida, tienen que ver con la preparación para la atención a grupos y a la comunidad, es decir, en actividades relacionadas, principalmente, con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Por el contrario, las tareas que realizan con menor frecuencia son la elaboración de proyectos y memorias (43,1%), la supervisión de alumnado en prácticas (38,9%), la investigación (15,3%), realizar el diario de campo (13,9%) y la supervisión de otros profesionales (9,7%). Realizar la memoria de actividades, no es una de las demandas periódicas de la organización, lo que hace que sea una actividad que se realiza con poca

frecuencia, quedando relegada normalmente a demandas muy concretas por parte de la organización. Así mismo, referente a la supervisión del alumnado en prácticas, es necesario hacer dos consideraciones: por un lado, que depende de la disponibilidad de los y las profesionales de la institución y, por otro, de la elección del alumnado de un determinado centro, lo que incrementa las variables a tener en cuenta para la realización o no de esta actividad.

#### *VI.1.5.3. Tiempo de jornada laboral mensual dedicado, según tipo de intervención realizada*

Se plantearon cinco bloques de actividad, según el tipo de intervenciones más habituales que se realizan en atención primaria de salud, y se solicitó a las y los profesionales encuestados que indicasen el porcentaje de tiempo que dedicaban a cada una de estas intervenciones, así como su percepción acerca de la adecuación en la inversión de tiempo en cada una de ellas.

Según se puede observar en la tabla 12, las trabajadoras y trabajadores sociales participantes en el estudio refieren que invierten un 41.5% de su tiempo en la intervención individual y familiar, que incluye la atención en consulta y/o domicilio, tanto a demanda como programada, como consecuencia del proceso de seguimiento de la atención social, o en el marco de los programas de salud implementados en la UGC.

Este tipo de intervención, forma parte de la función asistencial del equipo de atención primaria, y es uno de los pilares básicos de la misma, ya que se ubica en el nivel más básico de atención y constituye la puerta de entrada al sistema sanitario.

*Tabla 12. Porcentaje de dedicación de la jornada mensual según el tipo de intervención*

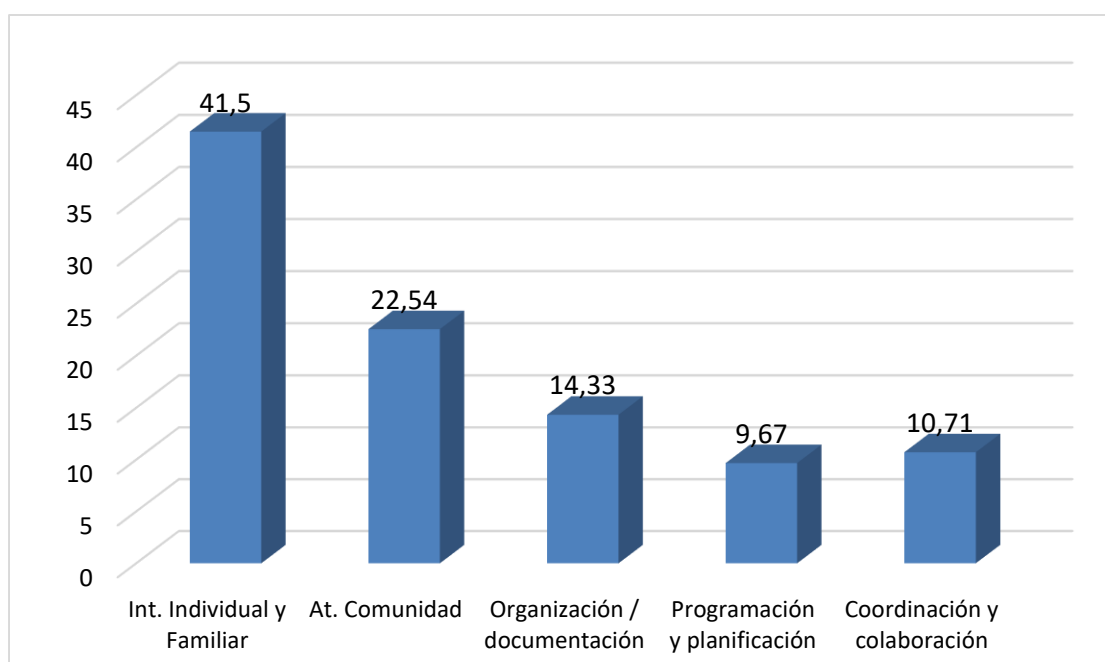
TIPO DE INTERVENCIÓN	PORCENTAJE
Atención individual y familiar (atención directa en consulta y/o domicilio, abordaje a familias en riesgo social, etc.)	41,5
Atención a la comunidad (abordaje comunitario, abordaje grupal en actividades preventivas, educación y promoción de salud, atención al riesgo social en salud)	22,54
Organización-documentación (trámites administrativos, elaboración de informes sociales, memorias de actividad, etc.)	14,33
Programación y planificación de intervenciones directas	9,67
Coordinación y colaboración: con el equipo de salud, interniveles y/o interinstitucional	10,71

*Fuente de datos y elaboración propia*

El tiempo destinado a las actividades de organización y documentación, programación y planificación de intervenciones y la coordinación y planificación, es inferior al invertido en las actividades que implican una atención directa con las personas, aunque son actividades esenciales para ejecutar las demás. En las actividades de atención individual y familiar, hay que realizar trámites, elaborar informes sociales, diseñar planes de

intervención, y coordinarse con el equipo de salud, así como con otros y otras profesionales e instituciones, con el fin de atender a la población de forma integral; y para la realización de las actividades de atención a la comunidad, hay que realizar actividades de planificación, y programación, diseñándolas junto con el equipo de atención primaria, así como registrarla y evaluarlas (tabla 12 y gráfico 28).

Gráfico 28. Porcentaje de tiempo / actividad realizada



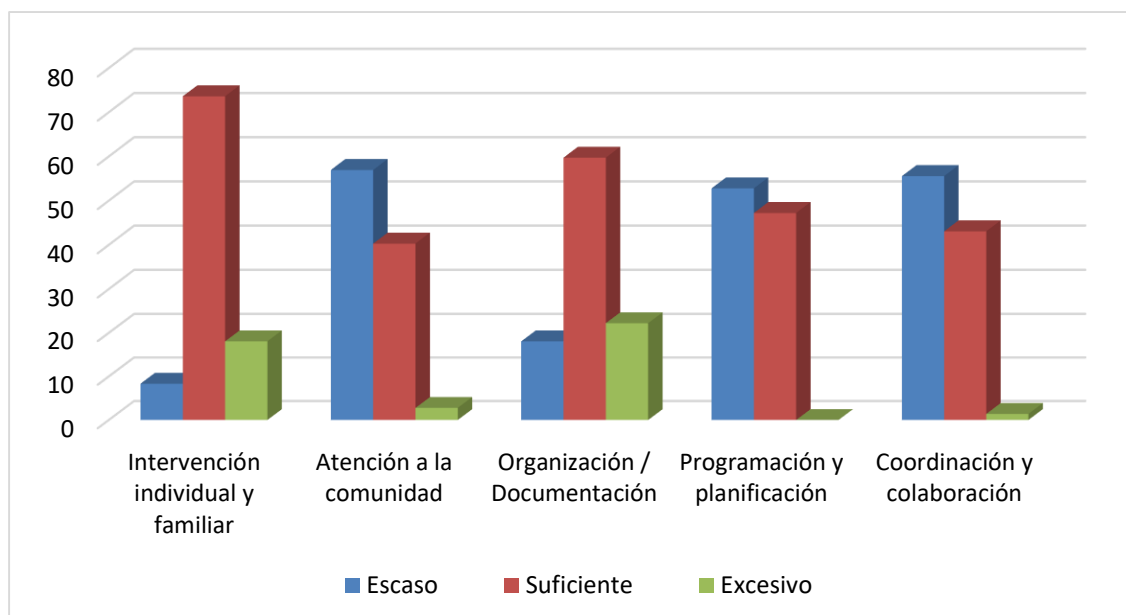
Fuente: Datos y elaboración propia

Otro pilar importante es la atención a la comunidad, en el que las y los profesionales invierten un 22,54% de su tiempo. Incluye el abordaje comunitario y grupal en actividades preventivas, de educación y promoción de la salud y atención al riesgo en salud.

Según la Cartera de Servicios de Atención Primaria, la atención a la comunidad comprende aquellas intervenciones y procesos de participación que se realizan con grupos, encaminadas a promover el bienestar social y la salud de la población fomentando que la comunidad sea sujeto activo en el proceso de mejora de su salud. Dentro de ese bloque se encuentran las actividades grupales, que se realizan tanto con la población general, orientadas sobre todo a la prevención primaria, como con grupos de afectados por diferentes problemáticas (prevención secundaria), dirigidos a incrementar el grado de responsabilidad de los pacientes, en su tratamiento y control de su enfermedad, estimulando la modificación de comportamientos insanos por otros más saludables a través de la motivación para el cambio. Así mismo, dentro de la atención a la comunidad, se encuentran las actividades de educación y promoción de la salud en centros educativos, como salud escolar, programa Forma-Joven, alimentación saludable en la escuela, etc., y en otros ámbitos de actuación, atención a personas cuidadoras, personas mayores, empresas libres de humo, etc. (SAS, 2014).

Igualmente se ha visto conveniente indagar acerca de la percepción que tienen los y las profesionales sobre la adecuación del tiempo dedicado a dichas actividades.

Gráfico 29. Percepción del tiempo dedicado / tipo de actividad realizada



Fuente: Datos y elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico 29 hay un porcentaje importante de trabajadoras y trabajadores sociales que consideran excesivo el tiempo que dedican a las actividades de intervención individual y familiar y a la organización-documentación. Mientras que en lo referente a las actividades de atención a la comunidad, programación y planificación y a la coordinación y colaboración, aunque con menor diferencia entre participantes, son mayoría los que piensan que el tiempo dedicado a este tipo de actividades es escaso.

#### VI.1.5.4. Coordinación

La sociedad cada vez se enfrenta a situaciones más complejas, difíciles de abordar por una sola persona o desde una única disciplina, incluso desde un único servicio,



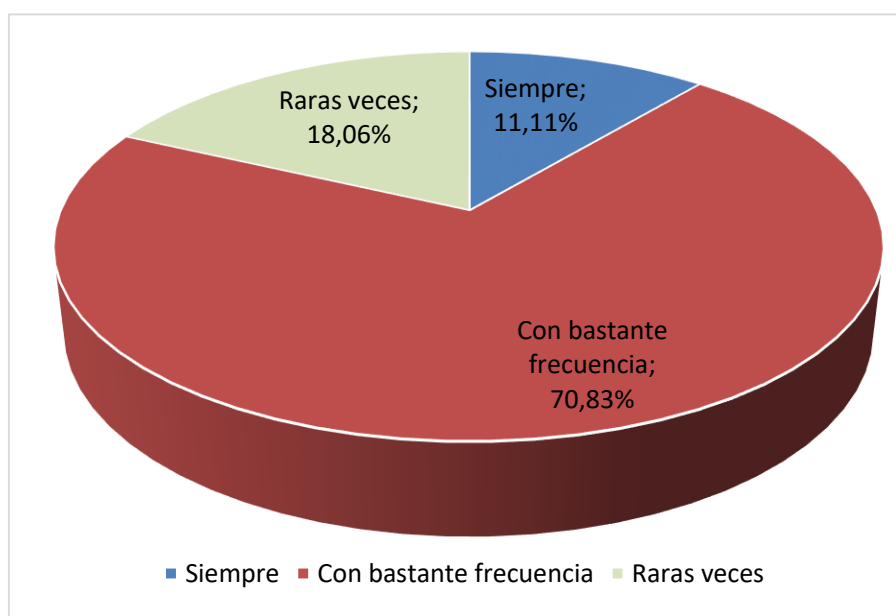
organización o sistema de protección. Desde hace muchos años, el trabajo en equipos multidisciplinares es una realidad que se ha implantado prácticamente en todas las esferas, puesto que se ha demostrado que la complementariedad que se produce al trabajar en equipo logra metas que no hubiesen sido posibles individualmente.

La atención primaria de salud no es ajena a ello y desde su concepción plantea la necesaria coordinación, no solo dentro del equipo, sino también con otros sectores y la comunidad, poniendo de manifiesto que “el sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud” (OMS 1978, p. 47). Hecho que se confirma reiteradamente y que en el IV Plan Andaluz de Salud se expresa taxativamente que para mejorar la salud en una sociedad, se han de abordar enérgicamente los determinantes de la salud, para lo que es necesaria la unión de todas las políticas con el objeto de incidir en los determinantes estructurales afectados por políticas de sectores distintos al sanitario, pero con incidencia en el estado de salud de la ciudadanía, como son la política educativa, de vivienda, empleo, pensiones, etc. (Consejería de Igualdad, Salud y Política Sociales, 2013).

Dado que la coordinación, tanto interna, como externa, es un elemento fundamental para el Trabajo Social, se vio pertinente indagar sobre este aspecto para analizar si se están realizando tareas de coordinación con el equipo y/o con otros profesionales, y la necesidad o no de contar con un modelo estructurado de coordinación para el Trabajo Social, y en función de ello, articular propuestas de mejora si fuera el caso.

Para ello, se preguntó a las y a los profesionales de Trabajo Social si desarrollaban su trabajo en coordinación/conjuntamente con otros profesionales del equipo, a lo que el 11% de las participantes respondió que siempre y un 71% con bastante frecuencia, con lo cual el 82% trabajan siempre o con bastante frecuencia en coordinación con otros profesionales del equipo (gráfico 30).

*Gráfico 30. Porcentaje de frecuencia con la que trabaja con otros profesionales del equipo*



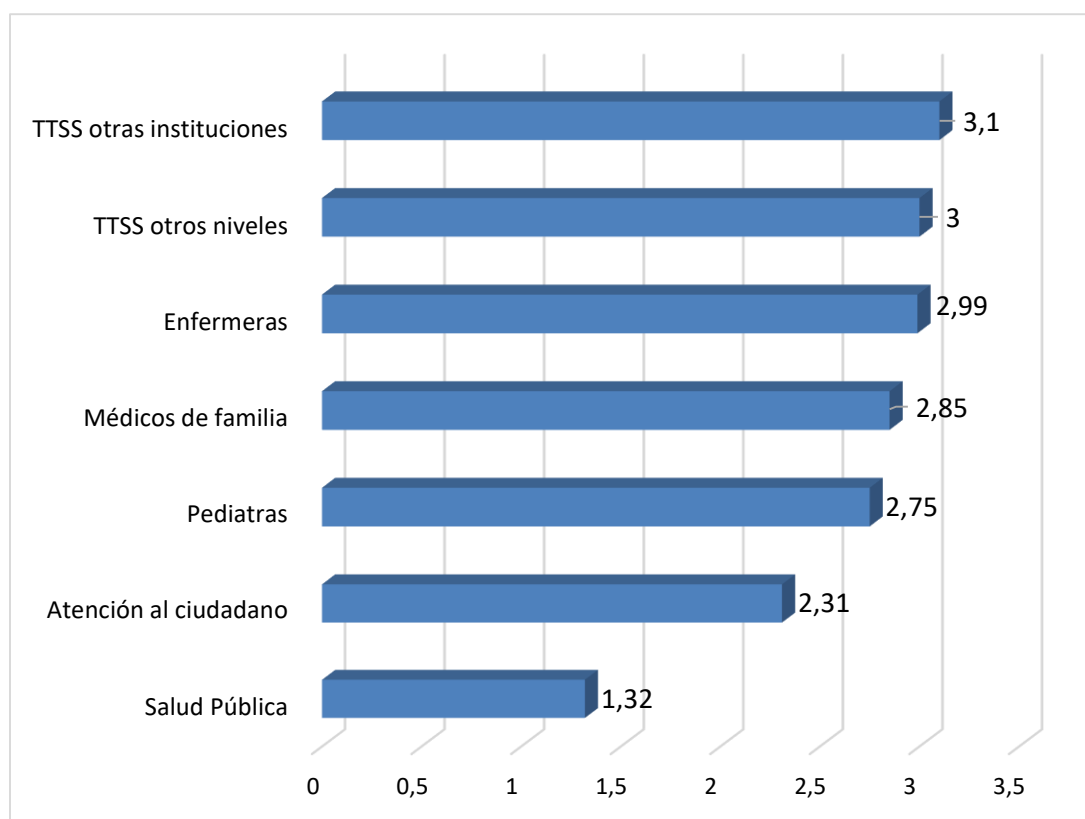
*Fuente: Datos y elaboración propia*

Sin embargo, los trabajadores y trabajadoras sociales no se coordinan con la misma frecuencia con todos los profesionales. Según los resultados obtenidos, el grupo con el que las y los profesionales de Trabajo Social de APS se coordinan con mayor frecuencia son los trabajadores y trabajadoras sociales de otras instituciones y de otros niveles asistenciales del sistema sanitario, alcanzando 3'1 y 3 puntos de media sobre 4 que era

la máxima puntuación, seguido del trabajo coordinado con personal de enfermería, médicos de familia y pediatras, con 2'99, 2'85 y 2'75 de media respectivamente.

Los profesionales con los que se coordinan en menor medida, son los de la unidad de atención al ciudadano y los profesionales de salud pública, del dispositivo de apoyo del Distrito Sanitario (gráfico 31).

*Gráfico 31. Frecuencia de coordinación con otros/as profesionales*



*Fuente: Datos y elaboración propia*

Las últimas preguntas referidas a la coordinación estaban encaminadas a conocer si en su Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria existía algún profesional que realizase

funciones de coordinación en relación al Trabajo Social y la utilidad que ésta podía tener para la profesión.

Es importante señalar que en el Decreto 197/2007, se regula la estructura orgánica y funcional de los distritos sanitarios, indicando los órganos directivos y de asesoramiento en cada distrito sanitario. Entre otros, están presentes la Dirección de Salud y la Dirección de Cuidados de Enfermería. Así como una serie de comisiones técnicas para mejorar la organización y desarrollo de las UGC: Comisión de Calidad y Procesos Asistenciales, Comisión de Uso Racional del Medicamento, Comisión de Formación y Docencia, Comisión de Ética e Investigación Sanitaria y, Comisión de Salud Pública.

Entre las competencias de la Dirección de Salud se encuentra la coordinación y evaluación de los servicios de atención sanitaria del distrito, la coordinación y evaluación de los objetivos de cada UGC, y evaluar desde el punto de vista de la calidad, efectividad y eficiencia, los servicios, prestaciones y actividades asistenciales.

Entre las competencias de la Dirección de Cuidados de Enfermería está impulsar y coordinar la gestión de los cuidados de enfermería en los distintos centros asistenciales y en el marco de la gestión de los procesos asistenciales. Así como, en función de las necesidades de la población, asesorar a la Dirección del Distrito sobre la organización y gestión de los cuidados de enfermería y establecer los mecanismos que aseguren la continuidad de la atención en cuidados de enfermería.

Además, en las UGC existe la figura de coordinación de cuidados de enfermería que, entre otras funciones, se ocupa de coordinar y gestionar los cuidados de enfermería en el ámbito de su competencia.

Por tanto, se puede observar que todos los profesionales sanitarios cuentan con una estructura de coordinación que define las prioridades, estrategias y modelos que se deben tener en cuenta para alcanzar los objetivos establecidos en la organización.

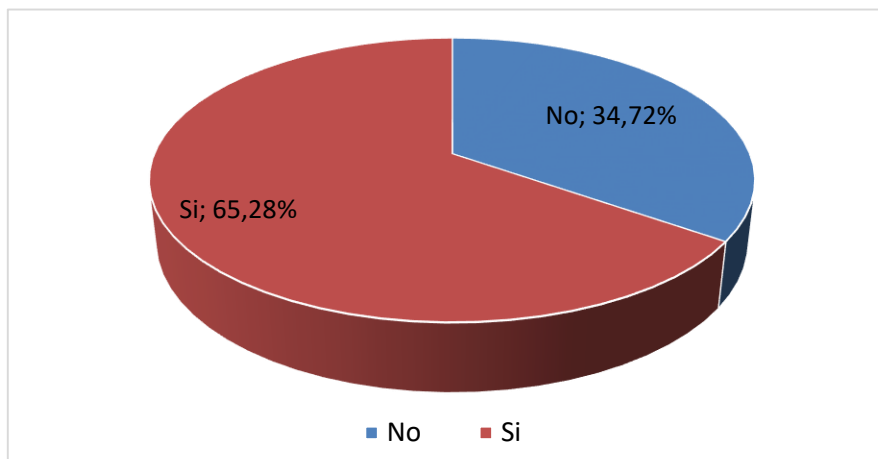
Por el contrario, las trabajadoras y trabajadores sociales están adscritas al dispositivo de apoyo del Distrito Sanitario<sup>23</sup>, pero prestan sus servicios en las diferentes UGC y, normativamente, no está descrita la existencia de algún profesional que realice funciones similares a las que desempeña la Dirección de Cuidados de Enfermería o la Dirección de Salud, entre otros. Lo que hace necesario preguntar acerca de la conveniencia de dicha figura para el Trabajo Social, y la consideración que la misma merece a los y las profesionales encuestadas.

En relación a la existencia de algún profesional que coordine, el 65% de las participantes refieren que si existe alguna figura de coordinación (gráfico 32). No se preguntó ni se especifica acerca del perfil profesional de dicha figura, aunque en el análisis de las preguntas abiertas, se ha podido constatar que dicha coordinación, cuando existe, es efectuada por distintos perfiles profesionales y depende de diferentes servicios u órganos de dirección.

---

<sup>23</sup> Artículo 16 del Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

*Gráfico 32. Existencia de profesionales que realizan funciones de coordinación de Trabajo Social*



*Fuente: Datos y elaboración propia*

En cuanto a su percepción acerca de la utilidad que puede tener o no una figura de coordinación para el Trabajo Social, se pidió a las personas participantes que respondiesen mediante una escala tipo Likert a una serie de afirmaciones que debían valorar desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo en cada uno de los ítems.

Los resultados a la misma, pusieron de manifiesto que solo un 11% piensa que no es necesaria una figura de coordinación para el Trabajo Social, y un 5,5% que solo sirve para gestionar las vacaciones y que el servicio quede cubierto. Por el contrario, el 79% piensa que es muy necesario para impulsar acciones conjuntas de los profesionales de Trabajo Social del Distrito Sanitario de Atención Primaria o del Área de Gestión Sanitaria, y un 72% opina que esta figura de coordinación sería fundamental para evaluar los resultados de la actividad profesional. Un 68% expresa que sería indispensable para

lanzar y promover propuestas de mejora y el 61% de las encuestadas cree que ayudaría a visibilizar la actividad realizada por las y los profesionales de Trabajo Social (tabla 13).

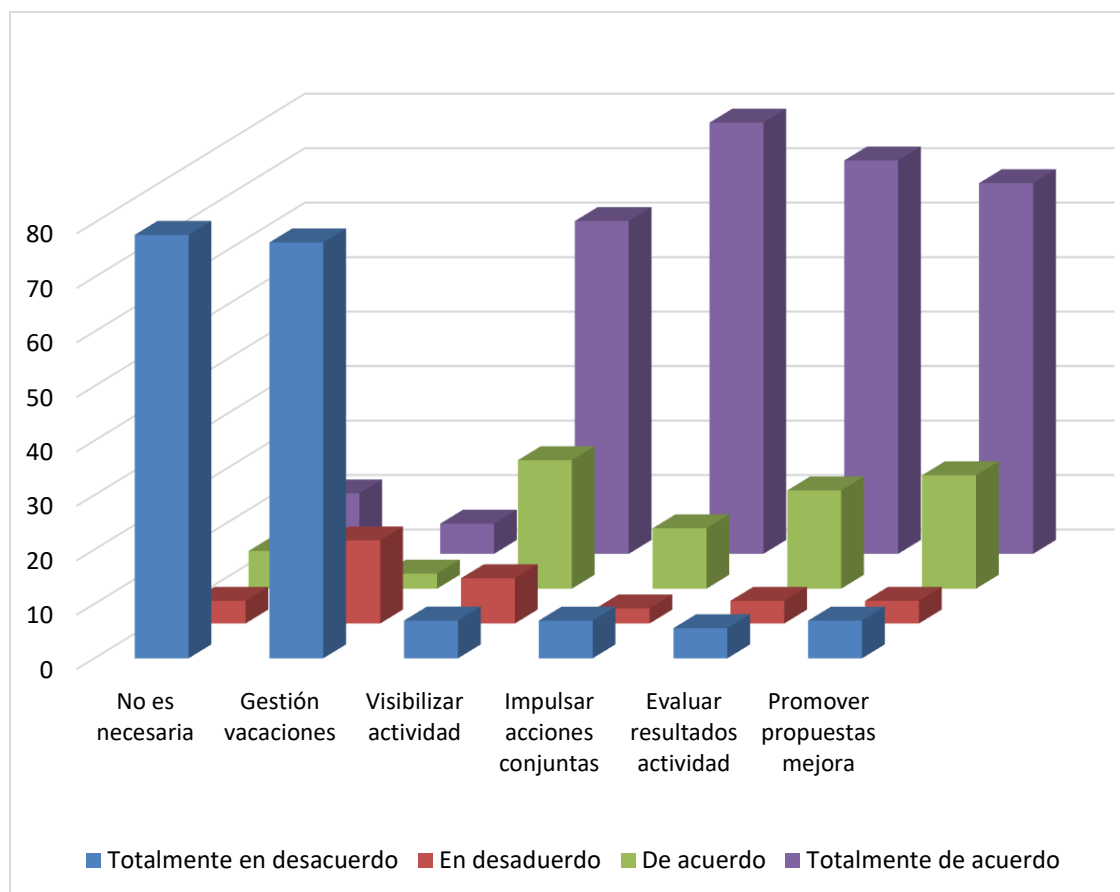
*Tabla 13. Opinión acerca de la figura de coordinación para el Trabajo Social*

CONSIDERA QUE LA EXISTENCIA DE LA FIGURA DE COORDINACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL ES...	OPINIÓN / VALORACIÓN			
	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
No creo que sea necesaria	77,78	4,17	6,94	11,11
Solo ayuda para gestionar las vacaciones y que el servicio quede cubierto	76,39	15,28	2,78	5,55
Ayuda a visibilizar la actividad realizada por las/os profesionales de Trabajo Social	6,95	8,33	23,61	61,11
Es muy necesaria para impulsar acciones conjuntas de profesionales de Trabajo Social del AGS o DSAP	6,94	2,78	11,11	79,17
Es fundamental para evaluar los resultados de la actividad profesional	5,55	4,17	18,06	72,22
Es indispensable para lanzar y promover propuestas de mejora	6,94	4,17	20,83	68,06

*Fuente de datos y elaboración propia*

En el gráfico 33 se puede ver representada la opinión que tienen las personas encuestadas, acerca de su acuerdo o desacuerdo en relación a determinadas alternativas expuestas, formuladas como afirmaciones, sobre lo que puede representar contar con una figura de coordinación en Trabajo Social.

Gráfico 33. Opinión acerca de la figura de coordinación para el Trabajo Social



Fuente: Datos y elaboración propia

### VI.1.6. Satisfacción / insatisfacción laboral

Para conocer los elementos que pueden contribuir a la satisfacción profesional de las trabajadoras y trabajadores sociales, se valoró su percepción acerca del trabajo y de la imagen profesional proyectada.



#### *VI.1.6.1. Percepción acerca del trabajo*

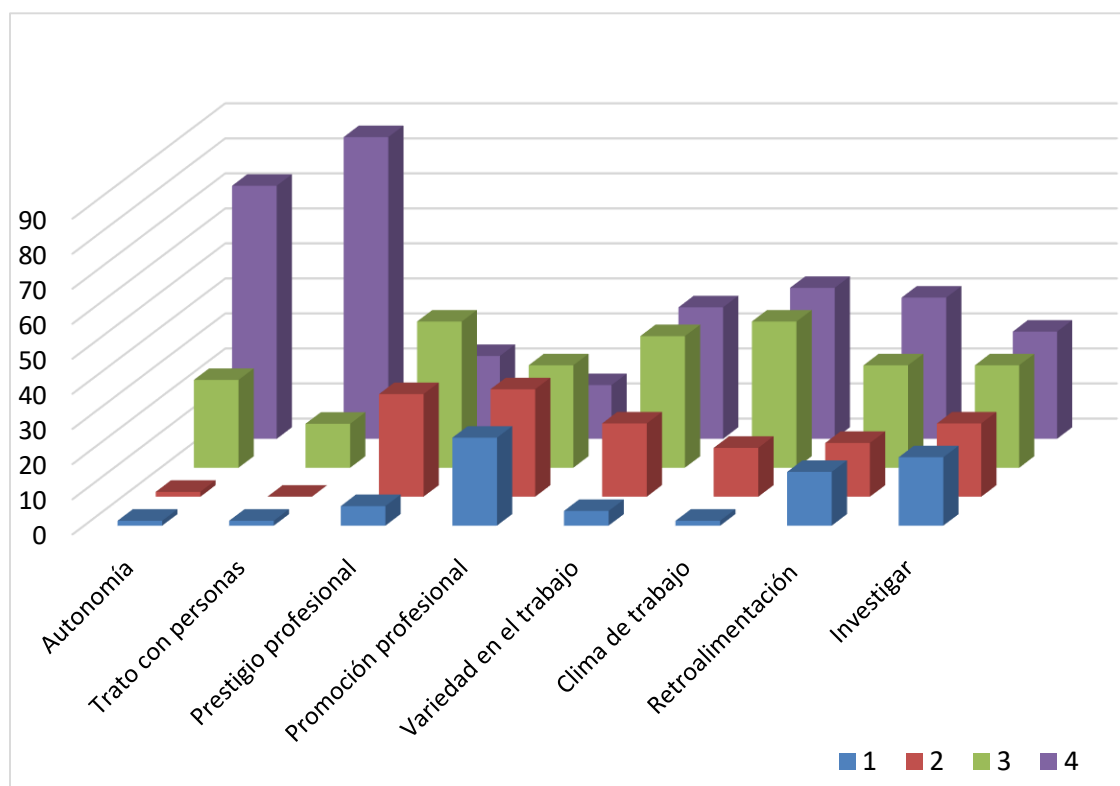
A las personas participantes se les solicitó que identificasen mediante una escala tipo Likert, una serie de aspectos, relacionados con su actividad laboral/profesional, indicando aquellos que consideraban más positivos o más negativos de su trabajo, valorándolos del 1 (negativos), al 4 (positivos).

Los aspectos a valorar fueron:

- Autonomía para ejercer mi trabajo
- Trato con las personas
- Prestigio profesional
- Posibilidades de promoción profesional
- Variedad en el trabajo
- Ambiente/clima de trabajo
- Recibir información de mi empresa sobre el trabajo realizado
- Posibilidades de investigación

Como se puede observar en el gráfico 34, los aspectos que destacan como los más positivos en el ejercicio profesional son el trato con las personas, con un 86%, y la autonomía para ejercer su trabajo con un 72%.

Gráfico 34. Percepción positiva o negativa de algunos aspectos de su trabajo



Fuente: Datos y elaboración propia

En el lado opuesto, el ítem que se percibe como más negativo, son las posibilidades de promoción profesional, ya que como se verá más adelante en las preguntas abiertas, la ausencia de posibilidades de promoción profesional, es uno de los elementos considerados un problema por parte de las personas encuestadas, aunque hay un número importante de personas que le han otorgado una puntuación de 2 o 3. Dado que la situación es de, prácticamente, ausencia de promoción profesional, surge la hipótesis de que este ítem no tenga más puntuaciones negativas porque exista un número importante de personas para las que esta condición no es relevante.

En la tabla 14, se presentan todos los valores obtenidos para la pregunta ¿qué aspectos de su trabajo considera que son más positivos y cuáles más negativos?, pudiéndose destacar también el clima laboral como un aspecto bien valorado, y la variedad en el trabajo.

En el resto de elementos valorados, las opiniones están bastante diversificadas en cuanto a su consideración de percibirlos como positivos o negativos.

*Tabla 14. Valoración sobre algunos aspectos laborales de las profesionales de Trabajo Social*

ASPECTOS A VALORAR	1	2	3	4
Autonomía para ejercer mi trabajo	1,39	1,39	<b>25,00</b>	<b>72,22</b>
Trato con las personas	1,39	0,00	<b>12,50</b>	<b>86,11</b>
Prestigio profesional	5,56	29,17	41,67	23,61
Posibilidades de promoción profesional	<b>25,00</b>	<b>30,56</b>	29,17	15,28
Variedad en el trabajo	4,17	20,83	<b>37,5</b>	<b>37,5</b>
Ambiente/clima de trabajo	1,39	13,89	<b>41,67</b>	<b>43,06</b>
Recibir información de mi empresa sobre el trabajo realizado	15,28	15,28	29,17	40,28
Posibilidades de investigación	19,44	20,83	29,17	30,56

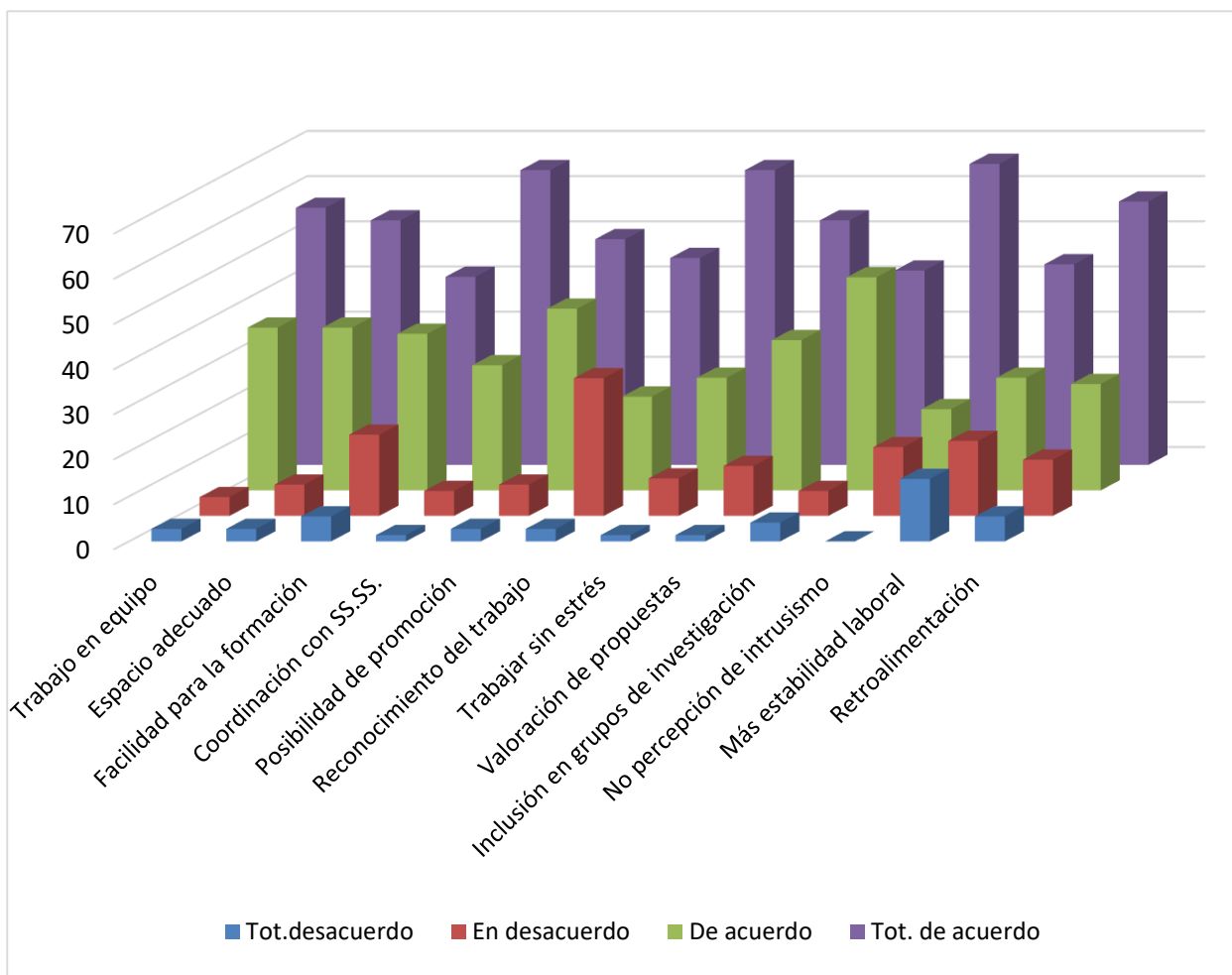
*Fuente de datos y elaboración propia*

Además, se valoró la importancia de conocer aquellos aspectos que los y las profesionales consideran que pueden contribuir a su satisfacción profesional. De modo que, en la encuesta se plantearon una serie de condiciones sobre las que se solicitó a los y las participantes que identificasen si, en caso de cumplirse dicha situación, ello podría contribuir a mejorar su satisfacción profesional. Debiendo responder, para cada uno de esos escenarios un valor en una escala que oscilaba desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo.

Como se puede apreciar en el gráfico 35, casi todas las condiciones planteadas, fueron valoradas positivamente como circunstancias que podrían mejorar la satisfacción profesional de los y las trabajadoras sociales, si se cumpliesen. De ellas, hay tres que destacan con las mayores puntuaciones en la respuesta de totalmente de acuerdo:

- Si no percibiera problemas de intrusismo profesional (66,67%)
- Si pudiera trabajar sin estrés, sin prisas y sin agobios (65,28%)
- Si hubiera mejor coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales (65,28%)

Gráfico 35. Aspectos que mejorarían la satisfacción profesional



Fuente: Datos y elaboración propia

En la tabla 15, se presentan las condiciones valoradas por las profesionales, ordenadas de menor a mayor, según la puntuación obtenida al sumar los valores más apreciados.

Tabla 15. Elementos que podrían mejorar la satisfacción profesional de las trabajadoras y trabajadores sociales encuestados

CONDICIONES DE MEJORA	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	SUMATORIO COLUMNAS 3 Y 4
Si hubiera mejor coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales	1,39	5,55	27,78	<b>65,28</b>	93,06
Si en mi centro de salud se trabajase más en equipo	2,78	4,17	36,11	56,94	93,05
Si en todos los centros donde trabajo dispusiese de un espacio adecuado para la atención de los usuarios	2,78	6,94	36,11	54,17	90,28
Si tuviera posibilidades de promoción	2,78	6,94	40,28	50	90,28
Si pudiera trabajar sin estrés, sin prisas y sin agobios	1,39	8,33	25	<b>65,28</b>	90,28
Si tuviera más facilidad para constituir o formar parte de grupos de investigación	4,17	5,55	47,22	43,06	90,28
Si mis propuestas fueran escuchadas y estudiadas-aplicadas por mis superiores	1,39	11,11	33,33	54,17	87,50
Si no percibiera problemas de intrusismo profesional	0,00	15,28	18,05	<b>66,67</b>	84,72
Si pudiera ver los resultados de mi propio trabajo	5,56	12,5	23,61	<b>58,33</b>	81,94
Si tuviese facilidad de mis superiores para acudir a congresos y actividades de formación	5,56	18,05	34,72	41,67	76,39
Si tuviera mayor estabilidad en mi trabajo	13,89	16,67	25	44,44	69,44
Si hubiera premios y/o reconocimiento a la labor bien desarrollada	2,78	30,56	20,83	45,83	66,66

Fuente: Datos y elaboración propia

Al sumar las puntuaciones obtenidas en las respuestas más favorables: de acuerdo y totalmente de acuerdo, se observa que el 50% de los ítems han sido valorados por encima del 90%; es decir, las personas encuestadas piensan que una parte importante de las condiciones expuestas contribuirían positivamente a mejorar su satisfacción profesional. Circunstancias que como puede observarse, tienen que ver con aspectos como un mejor trabajo en equipo, mejoras en la coordinación interinstitucional, respeto y valoración con el trabajo realizado, espacio adecuado para atender a usuarios, etc., condiciones que son inherentes a la filosofía del trabajo en equipo en atención primaria de salud o la coordinación contemplada en muchas normativas, tanto de salud como de servicios sociales que lo plantean como condición indispensable para trabajar adecuadamente, poniendo en el centro del sistema al ciudadano; por tanto, los y las profesionales no están demandando nada excepcional para sentirse satisfechos en su trabajo, sino el cumplimiento de los principios y normas establecidos previamente para el trabajo en equipo y el desarrollo óptimo de la atención a la ciudadanía.

#### *VI.1.6.2. Imagen profesional*

Las trabajadoras y trabajadores sociales dentro del Servicio Andaluz de Salud, son un grupo muy pequeño. Según la memoria de 2016, la plantilla del SAS ascendía a 92934 profesionales, de los cuales 502<sup>24</sup> son trabajadores/as sociales, lo que significa que constituyen el 0,54% de todos los profesionales del SAS. A ello, hay que sumarle que se

---

<sup>24</sup> Esta cifra incluye a todas y todos los profesionales de Trabajo Social, tanto a los de atención primaria, como a los de atención especializada.

encuentran dispersos por toda la geografía andaluza, distribuidos entre 47 centros hospitalarios, 152 dispositivos de salud mental, 406 centros de salud y 1111 consultorios (locales y auxiliares), además de los dispositivos de apoyo de atención primaria y los dispositivos de cuidados críticos y urgencias tanto de la atención especializada, como de la atención primaria. Parece lógico pensar que este número reducido de profesionales en un ámbito geográfico tan extenso y prestando servicios en tal cantidad de centros, dispositivos y equipos, puede dificultar que su trabajo sea conocido y reconocido por los más de 90.000 profesionales del Servicio Andaluz de Salud.

Por tanto, se consideró adecuado conocer la opinión de las y los profesionales de Trabajo Social acerca de las condiciones que podrían ayudar al desarrollo y visibilización del Trabajo Social Sanitario.

Se preguntó acerca de cuatro variables que, consideramos podrían contribuir a dar a conocer y visibilizar el Trabajo Social Sanitario al resto de los miembros del equipo y a la organización. Dichas condiciones tenían que ver con:

- a) Cuantificar la actividad profesional (evaluación cuantitativa de las actividades realizadas)
- b) Analizar cualitativamente la actividad realizada (evaluación cualitativa)
- c) Disponer en la estructura organizativa del SAS de una figura de coordinación de los profesionales de Trabajo Social (coordinación de Trabajo Social), y
- d) Tener una terminología común para favorecer la identificación del colectivo por el resto de profesionales (imagen corporativa).



En la tabla 16 se puede ver que el 70% de las personas participantes opinan que la evaluación cuantitativa de la actividad profesional contribuye poco a nada a la calidad, desarrollo y visibilización del Trabajo Social Sanitario. Téngase en cuenta que de manera cuantitativa, desde el año 2002, en las memorias del Servicio Andaluz de Salud, aparece la actividad asistencial de los trabajadores y las trabajadoras sociales de atención primaria, referida a la atención en consulta y domicilio; sin embargo, dicha información no ha sido suficiente para crear una imagen corporativa del Trabajo Social en atención primaria de salud, ya que en esos datos no quedan reflejadas las múltiples intervenciones desarrolladas por los trabajadores y las trabajadoras sociales, por ejemplo, las relacionadas con la promoción de la salud mediante la intervención grupal y comunitaria, ni su contribución a la mejora de la salud de la población.

Igualmente, hay que tener en cuenta que, en las memorias del Servicio Andaluz de Salud, solo se hace referencia a la actividad asistencial de los trabajadores y trabajadoras sociales de atención primaria, pero no se ha especificado ningún año la actividad que realizan dichos profesionales en la atención hospitalaria, ni en los dispositivos de salud mental.

*Tabla 16. Factores que podrían contribuir positivamente a la calidad, desarrollo y visibilización del Trabajo Social Sanitario*

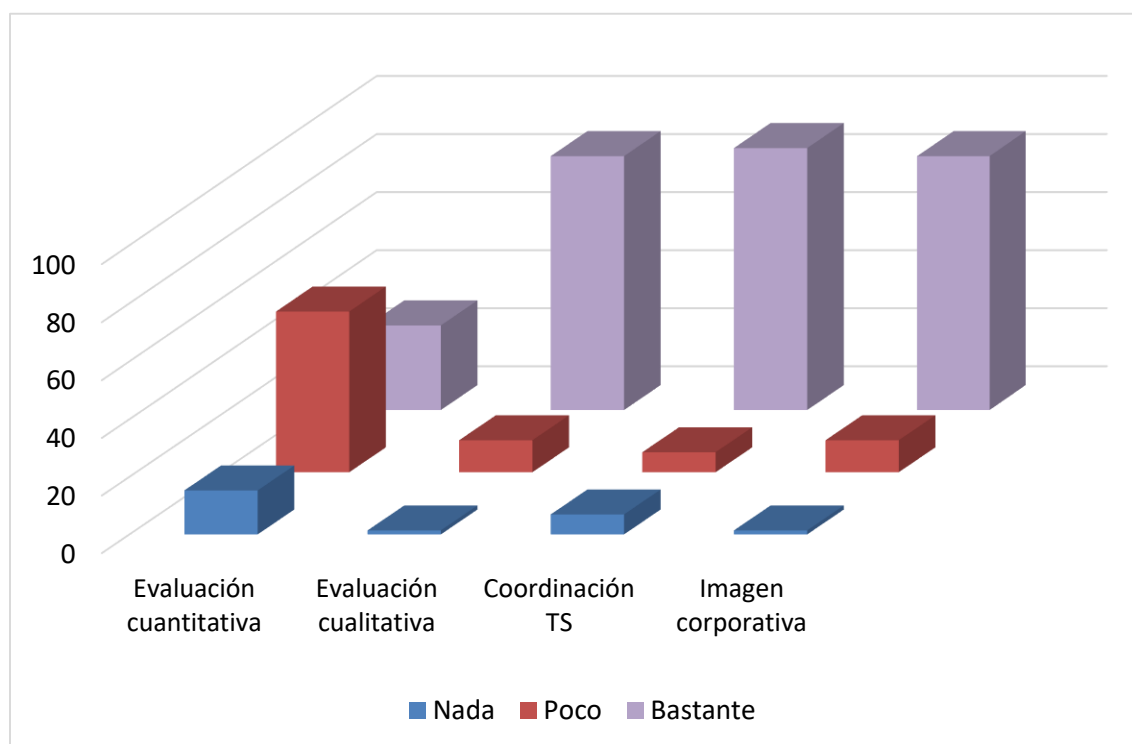
VARIABLES	NADA	POCO	BASTANTE
Medir la actividad profesional de modo cuantitativo es suficiente para conocer el trabajo realizado por los/as profesionales de Trabajo Social en APS EVALUACIÓN CUANTITATIVA	15,28	<b>55,55</b>	29,17
Efectuar evaluaciones cualitativas de la actividad realizada contribuye a visibilizar la aportación de los/as trabajadores/as sociales a la salud de la población EVALUACIÓN CUALITATIVA	1,39	11,11	<b>87,5</b>
La existencia de un/a coordinador/a de los/as trabajadores/as sociales contribuye positivamente a la calidad, desarrollo y visibilización de la profesión COORDINACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL	6,94	6,94	<b>90,28</b>
Disponer de un lenguaje común para definir la problemática social atendida es indispensable para dar una imagen corporativa de la profesión IMAGEN CORPORATIVA	1,39	11,11	<b>87,5</b>

*Fuente: Datos y elaboración propia*

Como se puede observar en el gráfico 36, los elementos que se consideran más adecuados para contribuir al desarrollo y visibilización de la profesión son el análisis y evaluación de la contribución del Trabajo Social a la salud de la población (87,5%), tener una figura profesional que coordine a las profesionales de Trabajo Social, teniendo en cuenta que la coordinación, al igual que para el resto de profesionales, conlleva

establecer criterios unificados de intervención profesional, diseñar e implementar protocolos específicos de intervención social, evaluar la actividad profesional y darle difusión, etc. (90,28%); y disponer de una terminología común para definir la problemática social atendida por los y las trabajadoras sociales, lo que favorece definir los problemas bajo unos parámetros comunes y, consecuentemente, dar una imagen corporativa de la profesión (87,5%).

Gráfico 36. Factores que podrían contribuir positivamente a la calidad, desarrollo y visibilización del Trabajo Social Sanitario



Fuente: Datos y elaboración propia

### VI.1.7. Aportaciones del Trabajo Social, problemas y dificultades percibidas en el desempeño profesional y propuestas de mejora

Tal y como se ha expresado en la metodología, se plantearon tres preguntas abiertas con la intención de que los y las profesionales pudiesen expresar su opinión libremente, acerca de tres cuestiones:

- a) Aportaciones del Trabajo Social al Sistema Sanitario Público de Andalucía
- b) Problemas y dificultades percibidas en el desarrollo del trabajo diario
- c) Propuestas de mejora para el desarrollo del Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en un futuro próximo.

Estas preguntas fueron respondidas por más del 90% de las personas entrevistadas, pudiéndose considerar un porcentaje de respuesta muy satisfactorio, ya que como apuntan algunos autores, entre las desventajas de las preguntas abiertas, se encuentra que algunos entrevistados omitan responder a dichas cuestiones, ya que su cumplimentación requiere más tiempo y un mayor nivel de motivación y elaboración que cuando se trata de preguntas cerradas (Perelló, 2009).

### *VI.1.7.1. Aportaciones del Trabajo Social al Sistema Sanitario Público Andaluz*

*Pregunta 32 De todas las acciones (proyectos, talleres, grupos, investigaciones, etc.) que ha realizado durante el último año, elija 3 que considere que han supuesto una aportación directa del Trabajo Social al Sistema Sanitario e indíquelas a continuación*

En la primera de las preguntas abiertas, se solicitó a las personas encuestadas que indicasen tres de las acciones que habían ejecutado durante el último año, que consideraban que habían supuesto una aportación directa del Trabajo Social al Sistema Sanitario. Las acciones podían ser del tipo talleres, campañas, diseño de proyectos o protocolos, sesiones grupales, trabajos de investigación, etc.

La formulación de esta pregunta fue del tipo, pregunta con respuesta libre limitada (Urosa, 1993), puesto que se imponían unos límites a la misma, tanto en cantidad, ‘sólo tres acciones’, como temporal, limitando el periodo de referencia a las actividades ejecutadas por las personas participantes en el año previo a la cumplimentación de la encuesta, ya que, de otro modo, el volumen de acciones indicadas podría resultar demasiado elevado. Es pertinente esta aclaración, porque se ha de tener en cuenta que los y las profesionales han podido realizar, o no, otras actuaciones; es decir, no se está haciendo una valoración de todas las acciones desarrolladas por los trabajadores y las trabajadoras sociales, sino que, se está valorando, únicamente, aquellas que las

personas participantes han priorizado en su selección, de entre todas las realizadas, como más relevantes y que consideran que constituyen una contribución del Trabajo Social Sanitario a la misión del Sistema Público de Salud.

Tal y como recoge la literatura, al tratarse de una pregunta abierta, la diversidad de las respuestas es muy amplia, y no solo eso, sino que además la forma de expresarse cada persona presenta una gran variabilidad, desde la máxima concreción, como

- [...] Representar a mi centro de salud en el Observatorio de Inmigración de la Ciudad
- [...] Organizar y poner en marcha el Segundo Encuentro de la Red de Acción Local en Salud

a la mínima precisión en las respuestas dadas, como

- [...] Trabajo Social Grupal
- [...] Impartir Charlas de Educación para la Salud

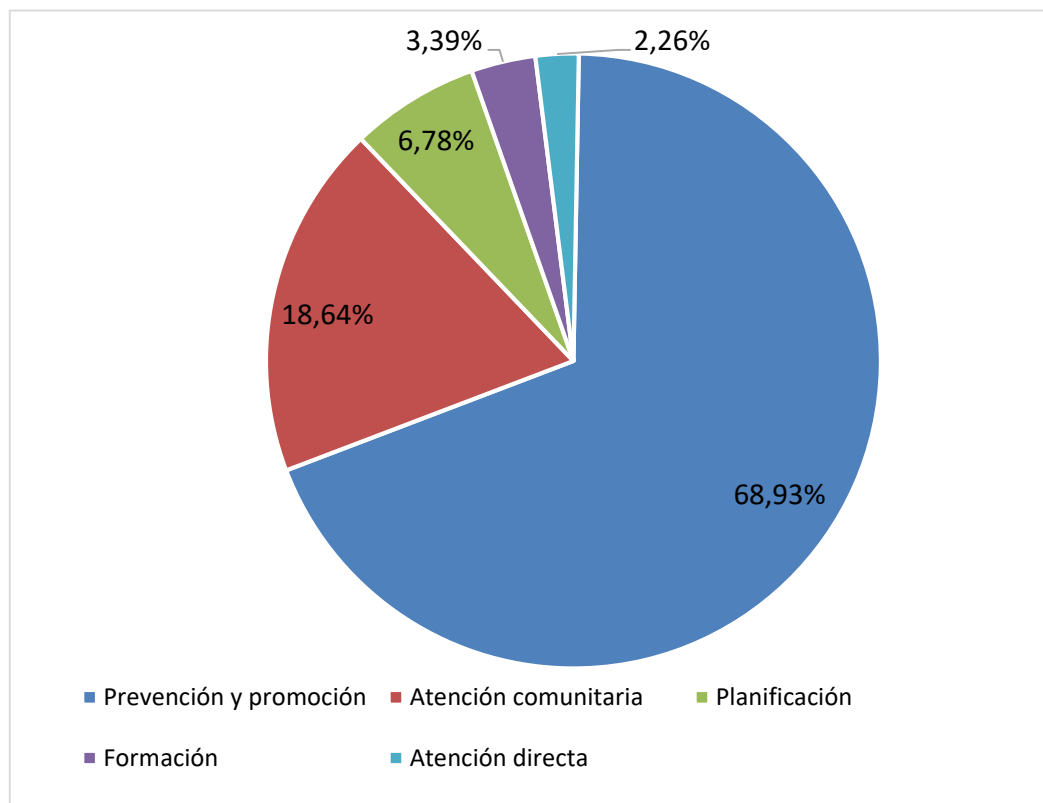
Por tanto, se procedió a reducir la variedad de respuestas emitidas a unos pocos tipos de contestaciones que pudiesen ser contabilizadas y analizados, para lo que se comenzó haciendo una lista con todas las acciones indicadas y su frecuencia, y a continuación se las fue organizando en agrupaciones lógicas, determinadas por las características comunes que presentaban las diferentes respuestas, cuidando de que fuesen mutuamente excluyentes (Callejo, 2009).

Del total de los cuestionarios, esta pregunta fue respondida por el 93,06% de participantes, porcentaje que, tal y como se ha explicado antes, dada la motivación necesaria para responder este tipo de cuestiones, es altamente satisfactorio.

En cuanto a los resultados obtenidos, las respuestas emitidas han reflejado 177 acciones que se han agrupado en cinco categorías, en función de las características, finalidad, o semejanza de las actividades indicadas por los y las participantes (gráfico 37):

- a) Actividades preventivas y de promoción de salud
- b) Atención comunitaria
- c) Planificación y programación (diseño y puesta en marcha de protocolos y procesos)
- d) Formación
- e) Atención directa

Gráfico 37. Actividades realizadas durante el último año que, consideran que, han contribuido positivamente al SSPA



Fuente: Datos y elaboración propia

Las actividades seleccionadas por las personas participantes que, consideraban, habían supuesto, de manera especial, una aportación directa del Trabajo Social al Sistema Sanitario, hay que destacar las relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, con un 68,93%, seguida a bastante distancia por las actividades englobadas bajo la denominación de atención comunitaria (18,64%), planificación y programación (6,78%), formación (3,39%) y atención directa (2,26%).

A continuación, se presentan dichas actividades desglosadas por bloques:



#### VI.1.7.1.1. Actividades preventivas y de promoción de salud

De las 177 acciones seleccionadas por los y las profesionales, 122 acciones se engloban en el apartado de actividades preventivas y de promoción de salud, siendo el más numeroso, lo que se corresponde con el hecho de que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, son funciones esenciales de la atención primaria de salud.

Dado que, dentro de esta categoría se identificaron un gran número de actividades, se procedió a subdividirlas a su vez en actividades generalistas y actividades destinadas a determinados grupos de población, por lo que se han desglosado en varias secciones<sup>25</sup>:

- i. Actividades generalistas. Comprende las actividades que o bien están dirigidas a toda la comunidad y a la ciudadanía en general, o no han sido suficientemente especificadas por las personas participantes, definiéndolas con expresiones del tipo:

- [...] Talleres de Educación para la Salud
- [...] Grupos de Ayuda Mutua
- [...] Actividades preventivas y de promoción con la comunidad
- [...] Aulas de salud, etc.

Así como otras actividades que tienen un nombre propio y están destinadas a toda la población, como

- [...] Programa por un Millón de Pasos

---

<sup>25</sup> La denominación de las secciones indicadas, está inspirada en las actividades definidas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS, 2014).

- ii. Actividades orientadas a personas mayores y personas cuidadoras. En este bloque se agrupan actividades del tipo:
- [...] Talleres con pacientes de Alzheimer
  - [...] Estrategia Al Lado... Alzheimer<sup>26</sup>
  - [...] Testamento Vital
  - [...] Grupos de Ayuda Mutua para Personas Cuidadoras
  - [...] Talleres de mayores, etc.
- iii. Actividades destinadas a personas con enfermedad crónica. Incluye actividades como:
- [...] Escuela de pacientes
  - [...] Grupos con enfermos crónicos y sus familias
  - [...] Atención a la discapacidad
  - [...] Estrategia Al Lado con... personas con Enfermedad Mental
  - [...] Estrategia Al Lado con... pacientes Oncológicos
- iv. Actividades orientadas a colectivos específicos: inmigrantes, población de etnia gitana.
- [...] Talleres con inmigrantes
  - [...] Charlas con colectivos de etnia gitana

---

<sup>26</sup> 'Al Lado con...' es una estrategia de atención a los problemas graves de salud, que comprometen el proyecto vital de las personas afectadas y sus familias, con el objetivo es atender a las personas afectadas y sus familias no solo desde una perspectiva clínica, sino atendiendo también sus vivencias y las dificultades diarias a las que se enfrenta, desde un enfoque global con la cooperación de otros servicios públicos y del tercer sector para prestar una atención integral a las personas y a sus familias (Consejería de Salud, 2018).

- [...] Talleres con mujeres de etnia gitana para la prevención de accidentes infantiles
- v. Actividades con jóvenes y adolescentes. Dentro de este grupo una cuarta parte de las personas entrevistadas se han referido a su participación en el Programa Forma Joven<sup>27</sup>, constituyendo el marco desde el que se han realizado la mayoría de las acciones dirigidas a la población joven y adolescente. En definitiva, las actividades con jóvenes y adolescentes indicadas fueron:
  - [...] Programa Forma-Joven
  - [...] Grupos para promover las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad intelectual
  - [...] Grupos de deshabituación tabáquica
  - [...] Talleres de sexualidad
  - [...] Talleres para promover la igualdad de género en población infanto-juvenil

---

<sup>27</sup> Ante la constatación de que la población joven no acudía a los servicios de salud a obtener información, las Consejerías y Organismos implicados en la promoción de la salud de la población andaluza, pusieron en marcha en el año 2001 el Programa Forma Joven con el fin de reducir la morbimortalidad y mejorar la respuesta a los problemas de salud de jóvenes y adolescentes, mediante una estrategia de salud dirigida a promover entorno y conductas saludables en la población joven, basada en la acción intersectorial, implicando en su desarrollo a varias Consejerías de la Junta de Andalucía y a otras instituciones y agentes sociales (Consejería de Salud, 2009).

- vi. Actividades de atención familiar. Dentro de las actividades de atención familiar se han incluido tanto los grupos socio-educativos (GRUSE)<sup>28</sup>, como las destinadas, fundamentalmente, a progenitores, pero con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida a la salud de hijos e hijas, y en consecuencia a mejorar el bienestar de las familias. Por tanto, las acciones realizadas bajo este prisma comprenden actividades del tipo:
- [...] Grupos socioeducativos (GRUSE-M)
  - [...] Escuela de familias
  - [...] Programa de Alud Infantil
  - [...] Preparación al parto
  - [...] Atención al maltrato
  - [...] Atención a las situaciones de violencia de género

En función de los subgrupos que se han definido, la distribución de las actividades de prevención y promoción de la salud, oscilan desde un 52,46% las orientadas a las familias, a un 2,46% las destinadas a colectivos o grupos específicos (gráfico 38).

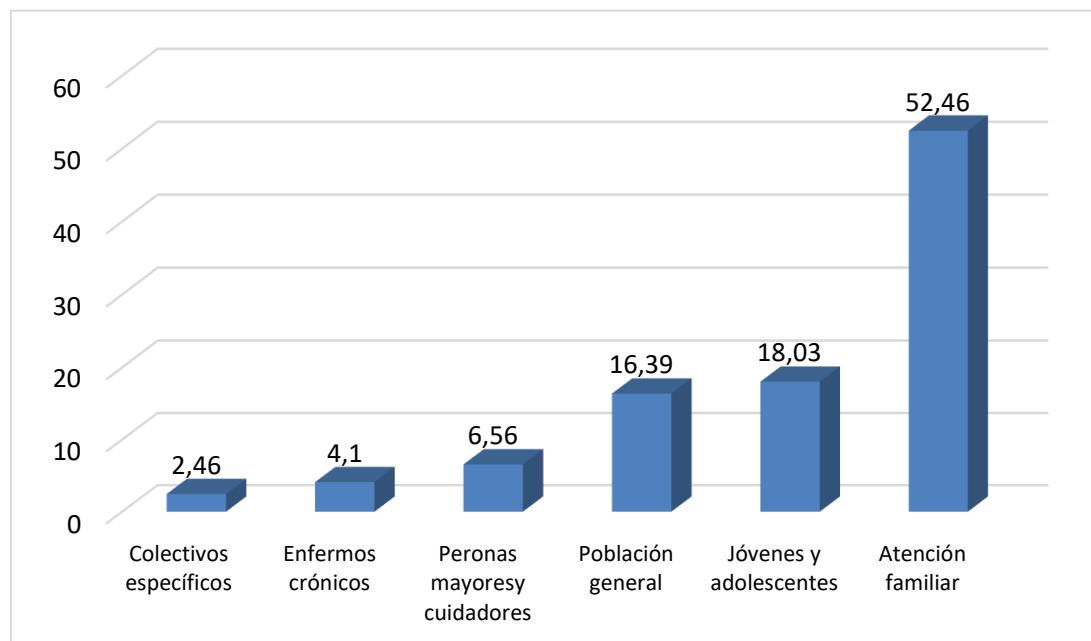
---

<sup>28</sup> Los GRUSE son una estrategia grupal socio-educativa para potenciar los talentos y habilidades personales de las personas destinatarias, y la utilización de los activos comunitarios disponibles en su entorno, e incrementar así su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana.

El perfil de población destinataria de esta estrategia son personas con malestar psicosocial que, en la mayoría de los casos, acuden a consulta en los centros de salud. Los GRUSE comenzaron en 2011 con grupos de mujeres y desde 2015 se ha iniciado la incorporación de grupos de hombres.

En estos grupos, desarrollados por profesionales de Trabajo Social de Atención Primaria, se abordan los determinantes sociales y culturales que, con frecuencia, condicionan la salud y el bienestar emocional de la población, desde una perspectiva positiva de la salud (Consejería de Salud, 2016).

Gráfico 38. Distribución de las actividades de prevención y promoción de salud, según la población destinataria



Fuente: Datos y elaboración propia

Aunque obvio, es importante dejar constancia de que en todas las actividades pueden participar todas las personas, independientemente de su origen y procedencia, y que cuando se habla de actividades para colectivos específicos es porque se hacen cosas muy concretas en función de las necesidades específicas de determinados grupos de población, con el fin de promover la equidad en la atención a la población.

Por otro lado, merece especial consideración hablar del Programa Forma Joven y de los grupos socioeducativos (GRUSE). Lo primero a destacar es que han sido las actividades más fáciles de identificar y aglutinar, ya que se tenía la seguridad de que todas las personas, incluida la investigadora, se estaban refiriendo a un tipo de actividad

determinada, perfectamente definida, al igual que con el Programa por un Millón de pasos, o la estrategia Al Lado.

Al tratarse de programas preestablecidos por la Consejería de Salud tienen una denominación concreta y todas las personas se refieren a ellos del mismo modo. Lo que lleva a una primera reflexión acerca de la importancia del lenguaje para comunicarnos e identificar adecuadamente lo que se está haciendo y, en consecuencia, facilitará la evaluación de dichas intervenciones, su eficacia y eficiencia.

Asimismo, destacar que, son dos actividades identificadas como relevantes por un gran número de personas. El 25% de participantes refieren el Programa Forma Joven como una de las actividades en las que desde el Trabajo Social se realiza una aportación significativa al Sistema Sanitario. Y en lo que se refiere a los GRUSE, esta identificación alcanza al 80,6% de los y las profesionales participantes, que la señalan como una de las acciones de Trabajo Social que tiene una contribución directa a la mejora de la salud de la población. Situación ratificada por los múltiples reconocimientos que han tenido los GRUSE, tanto por parte de la ciudadanía, como de instituciones, entre las que merece destacar el reconocimiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a los grupos socioeducativos con mujeres (GRUSE-M), como una buena práctica de actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (MSCyBS, 2012).

En Andalucía, los GRUSE están incluidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, especificando que las personas encargadas de su desarrollo son las trabajadoras y los

trabajadores sociales, tal y como se refleja en el Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE):

La responsabilidad del desarrollo de los GRUSE en la unidad de gestión clínica de atención primaria correrá a cargo de las/los trabajadoras/es sociales del Distrito o Área de Gestión Sanitaria, dadas sus competencias en el desarrollo de las capacidades personales para resolver los problemas sociales individuales y colectivos, promoviendo la autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas (Consejería de Salud, 2011, pp.19-20).

Parece bastante probable que el hecho de que esta actividad esté contemplada en la cartera de servicios, y por tanto se trata de una actividad valorada, reconocida y evaluada, repercute directamente en ser la actividad identificada por un mayor número de profesionales como una aportación directa del Trabajo Social al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

#### VI.1.7.1.2. Actividades de atención comunitaria

Aunque en menor proporción, otro bloque de actividades con bastante peso, son las de atención comunitaria, con un 18,64% del total de propuestas, identificándose en este grupo dos tipos de acciones bien delimitadas: actividades de trabajo con la comunidad y participación ciudadana, y acciones de coordinación intersectorial.

i. Actividades de trabajo con la comunidad y participación ciudadana

La mayor parte de las tareas se refieren a este grupo, aunque la mitad de las acciones son descritas de forma genérica:

- [...] Participación ciudadana
- [...] Trabajo en red
- [...] Coordinación con movimiento asociativo para actividades de prevención y promoción de la salud
- [...] Comisiones de participación ciudadana, etc.

Y el resto, describen concretamente las actuaciones que han realizado, a saber:

- [...] Primeras Jornadas de Buenas Prácticas en Promoción de Salud
- [...] Segundo Encuentro de la Red de Acción Local en Salud
- [...] Grupo motor en salud Red Norte
- [...] Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural Norte de Granada
- [...] Encuentro Salud, Deporte e Igualdad
- [...] Cine-fórum Santiago La Espada
- [...] Elaboración del mapa de activos en salud cardiovascular

Tanto unas como otras, dan una imagen de la riqueza y diversidad de acciones emprendidas y llevadas a cabo por profesionales de Trabajo Social Sanitario.



ii. Acciones de coordinación intersectorial

En cuanto a las acciones englobadas en la coordinación intersectorial, es importante señalar que no se refieren a las actividades de coordinación con otras entidades, instituciones, o sistemas de protección, necesarias para el desarrollo de los planes de intervención social individual y/o familiar, seguimiento de los casos, etc.

En este epígrafe, la coordinación intersectorial está enfocada al establecimiento de estrategias, cauces de comunicación y coordinación, análisis y diagnóstico de los problemas de la comunidad o entorno objeto de intervención, etc., por tanto, se hace referencia a espacios de encuentro donde formular acuerdos y estrategias para el abordaje de problemas en los que se debe incidir desde distintos ámbitos de intervención. A modo de ejemplo, algunas de las actuaciones señaladas por las trabajadoras y los trabajadores sociales son:

- [...] Acciones intersectoriales con la Concejalía de la Mujer
- [...] Mesa Local para la Coordinación de casos de Violencia de Género
- [...] Representar al Centro de Salud en el Observatorio de la Inmigración de la ciudad
- [...] Comisiones de salud, etc.

### VI.1.7.1.3. Planificación y programación

Dentro de este grupo de actividades se han incluido aquellas que las y los profesionales han indicado en referencia a la participación en el diseño y puesta en marcha de protocolos y procesos.

Como es lógico, este tipo de acciones han sido planteados por un número reducido de participantes, ya que normalmente los protocolos, procesos, y/o cualquier programa de salud son diseñados por grupos reducidos, para que una vez elaborados se les de la difusión pertinente y se establezca su puesta en funcionamiento por los y las profesionales que corresponda.

Al igual que en los bloques de actividad anteriores, algunas acciones se han mostrado de modo generalista, pero otras se han indicado con la denominación completa.

Dada la importancia que tiene para el Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud, reflejar su participación en el diseño de procesos y protocolos, a continuación, se exponen algunos de estos:

- [...] Protocolo de coordinación en atención a la infancia en la provincia de Jaén
- [...] Protocolo de Intervención ante el Maltrato Infantil
- [...] Protocolo de Intervención ante la Violencia de Género
- [...] Protocolo de atención a pacientes en situación de riesgo social
- [...] Proceso del Área de Gestión Sanitaria Jaén Norte de atención social en urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias

- [...] Diseño plataforma Web de Trabajo Social para trabajadores y trabajadoras sociales del Área de Gestión Sanitaria Jaén Norte

#### VI.1.7.1.4. Formación permanente

Como se ha visto en otras preguntas del cuestionario, la formación es uno de los aspectos bien valorados por los y las profesionales de Trabajo Social Sanitario, pero en este apartado, las aportaciones realizadas en relación a la formación se refieren a las actividades en las que han actuado como formadores, entre las que se destaca:

- [...] Formación continua en el equipo interdisciplinar
- [...] Formación permanente para trabajadoras y trabajadores sociales
- [...] Formación en intervención sobre la situación de salud de los menores extranjeros no acompañados (MENAS)
- [...] Red Formma<sup>29</sup> (Red de Formación contra el Maltrato a las Mujeres de Andalucía)

La Red-Formma se establece con objeto de promover la sensibilización y formación básica de todas y todos los profesionales sanitarios y no sanitarios en el abordaje del

---

<sup>29</sup> La Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres nace en 2008, en el marco de la Ley de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género y el Protocolo Andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género. Con la finalidad de contribuir con medidas específicas, a través de la formación y desde el ámbito sanitario, a la prevención, el diagnóstico precoz y la atención integral a las mujeres que están en situación de maltrato en Andalucía. Está dirigida a profesionales que trabajan en atención asistencial directa en los niveles de atención primaria y atención hospitalaria del SSPA (Consejería de Salud, 2010).

maltrato contra las mujeres, en el Sistema Sanitario Público Andaluz, tanto en Atención Primaria, como Atención Hospitalaria y en Urgencias.

#### VI.1.7.1.5. Atención directa

Por último, aunque en número muy reducido, también hubo algunas referencias a las actividades de *atención social directa, intervención con familias y tratamiento psicosocial*.

#### VI.1.7.2. Problemas/dificultades identificadas en la realización del trabajo diario

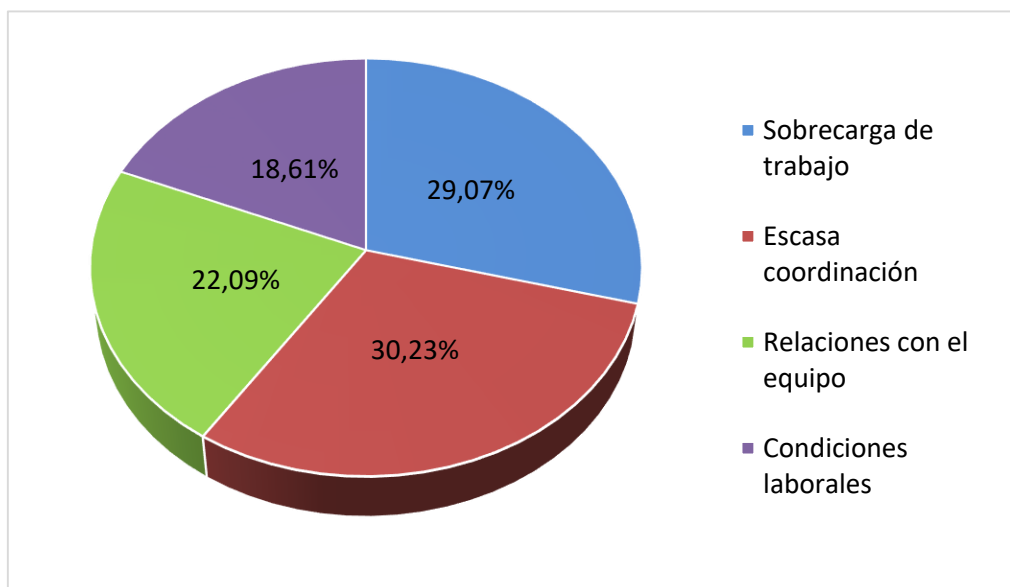
**PREGUNTA 33** *Podría identificar los problemas / dificultades que encuentra en la realización de su trabajo diario.*

Con relación a la pregunta en la que se solicitaba que identificasen los problemas y/o dificultades que encontraban en la realización de su trabajo diario, el porcentaje de personas que contestó esta pregunta fue del 93,06%. Y en las respuestas emitidas por dichas personas, se identificaron un total de 174 problemas o dificultades que reconocen en la realización de su trabajo diario.

La mayoría de estas dificultades (172) se concentran en cuatro grandes grupos: relaciones con el equipo, sobrecarga de trabajo, condiciones laborales y escasa o nula coordinación, tanto interna como externa (ver gráfico 39).

Además, hay dos observaciones: una referida a la historia social en Diraya y la otra sobre el cuidado a profesionales.

Gráfico 39. Porcentaje de problemas/dificultades identificadas



Fuente: Datos y elaboración propia

La sobrecarga de trabajo es la problemática que ha sido identificada en más ocasiones. Dicha sobrecarga se produce por tres motivos fundamentales: exceso de demanda, sobrecarga de tareas administrativas y, especialmente, por cubrir varios centros de salud, (es importante recordar que casi el 75% de participantes tenía que atender dos o más centros sanitarios a la semana)<sup>30</sup>.

De las respuestas recabadas en esta pregunta, veintitrés personas hacen referencia expresa a la sobrecarga y consecuencias que tiene atender varios centros de trabajo,

<sup>30</sup> Gráfico 15 de la página 165.

dependientes de una o varias unidades de gestión clínica. Manifiestan, sobre todo, dificultades para dar continuidad a las intervenciones que se realizan y, también, como miembro del equipo, donde su figura se diluye.

Una participante lo expresa diciendo que el equipo ve al profesional de Trabajo Social como

- [...] Un satélite que aparece por allí alguna vez en semana para apagar fuegos

Situación en la que la profesional se siente incómoda doblemente, una por estar sobrecargada de trabajo, teniéndose que desplazar entre varios centros, con una gran dispersión geográfica en muchas ocasiones, y otra, por un escaso reconocimiento por parte de un equipo, que al final la percibe como alguien que llega ocasionalmente a solucionar problemas de forma rápida.

Esta situación se ve agravada cuando además de trabajar en distintos centros se trabaja en distintas unidades de gestión clínica, con distintos equipos de dirección, lo que implica tener que responder a objetivos, formas de trabajo, estrategias, prioridades, etc., diferentes. Como ejemplo grave, en uno de los cuestionarios, la persona que lo ha cumplimentado informa que

- [...] Tiene un contrato a un 33%, por lo que solo trabaja dos días a la semana y lo hace en dos centros de trabajo distintos

En estas condiciones pensar en la continuidad asistencial y el trabajo en equipo es bastante difícil.

Esto se une a la sobrecarga por exceso de demanda, donde se vuelve a hablar de la presión asistencial existente al tener que cubrir varios centros de trabajo y la alta dispersión geográfica, lo que dificulta trabajar de forma programada, debido al alto volumen de atención individual y familiar que se precisa, interviniendo con población en situación de vulnerabilidad y en zonas geográficas especialmente difíciles con alto índice de drogadicción, escasos recursos económicos, analfabetismo, etc., lo que deja poco tiempo y obstaculiza el trabajo con grupos y comunitario, reduciendo el tiempo dedicado a las actividades de promoción de salud.

Las personas encuestadas insisten en la falta de profesionales y en el problema de que no esté establecida una ratio de profesionales de Trabajo Social Sanitario por población atendida, teniendo en cuenta no solo el volumen, sino también sus características, en cuanto a disposición y/o afrontamiento de su proceso de salud-enfermedad.

Otro aspecto relacionado con la sobrecarga de trabajo, son las tareas administrativas, donde refieren muchos procesos burocráticos y administrativos y que se emplea mucho tiempo en los registros. Una parte importante de la queja no está relacionada con la burocracia derivada del trabajo habitual, sino con la carga de trabajo administrativo, añadida por las distintas direcciones, que solicitan muchas veces trabajos e información sobre los que no se percibe que puedan mejorar la atención y la salud de la ciudadanía, ni que repercutan en una mayor información y formación a los profesionales de atención directa. Amén de que en ocasiones sienten que

- [...] Se les encomiendan las tareas que no desean realizar otros profesionales

También son relevantes los problemas percibidos acerca de las relaciones con el equipo de salud. Lo que se repite con más frecuencia, es que se percibe una falta de reconocimiento profesional por parte del resto de los miembros del equipo, hacen referencia a que éstos desconocen las funciones y competencias profesionales de los y las trabajadoras sociales.

En algunas respuestas emitidas, las personas encuestadas reflejan que, se aprecia una falta de credibilidad, por parte de algunos/as compañeros/as de trabajo, acerca de las intervenciones de tipo social, incluso de acciones valoradas positivamente por entidades externas de reconocida solvencia científica, como por ejemplo, los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria<sup>31</sup>.

La percepción negativa que, las personas participantes en el estudio, tienen de esta situación, está fundamentada por la no derivación o derivación inadecuada, tanto de posibles personas beneficiarias de estos grupos, al profesional de Trabajo Social para su incorporación a los mismos; así como de otras situaciones que deberían ser atendidas por las trabajadoras y trabajadores sociales y no son derivadas de manera adecuada por

---

<sup>31</sup> Además del reconocimiento que obtuvo la estrategia GRUSE-M, en el año 2012, al que se ha hecho alusión anteriormente, en la página 217, como una buena práctica de actuación frente a la violencia de género; en el año 2017, de nuevo el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, consideró como una buena práctica para la promoción y la prevención, la estrategia *Visibilizar activos de salud de la comunidad para la actividad física a través del mapeo comunitario con grupos socioeducativos (GRUSE)*, destacando entre sus fortalezas la capacidad de los profesionales de trabajar con colectivos a nivel local (MSCyBS, 2017).



los demás miembros del equipo. Esta falta de reconocimiento se atribuye, por algunas de las personas encuestadas a cuestiones como:

- [...] Falta de visibilidad de las intervenciones sociales en el sistema sanitario
- [...] Identificación del Trabajo Social con la gestión e información sobre recursos sociales
- [...] Confusión con otras figuras profesionales que tienen una permanencia diaria en el centro de trabajo y reciben las demandas sociales que no les corresponde

Esto último se vincula con otro de los problemas identificados dentro de las relaciones con el equipo: la intromisión de otros profesionales en las actividades propias del profesional de Trabajo Social. Varios participantes aluden a problemas de intrusismo profesional, y a actitudes de miembros del equipo que creen que entienden de Trabajo Social, opinando y orientando sobre aspectos sociales a pacientes y familias, lo que en ocasiones genera falsas expectativas en los mismos y dificulta la intervención social.

Otro gran bloque de problemas identificados tiene que ver con la coordinación, tanto interna, como externa.

Sobre la coordinación externa, es decir, coordinación con otras entidades, niveles de atención y/o sistemas de protección, casi todos los comentarios realizados en la encuesta determinan la importancia que tiene la coordinación interinstitucional, para continuar poniendo de manifiesto la ausencia de protocolos que la faciliten, ya que dicha

coordinación depende de la voluntariedad de los profesionales implicados, con la consiguiente variabilidad en las intervenciones y resultados, en función de la existencia o no de dicha voluntad. Así mismo, hay alguna referencia a la falta de definición del espacio socio-sanitario, incidiendo en la necesaria coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios y la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

En relación a la coordinación interna, las dificultades detectadas se refieren a dos áreas principalmente: coordinación con el equipo de salud y necesidad de tener una figura de coordinación de Trabajo Social dentro de la institución.

Sobre el equipo se alude, sobre todo, a la escasa coordinación que se da entre sus miembros. Incidiendo en la falta de tiempo para coordinarse, elaborar planes y definir tareas y estrategias de intervención conjuntas, lo que se traduce en una ausencia de intervenciones interdisciplinarias.

Además, se pone de manifiesto que se presta mucha más atención al trabajo asistencial, y en general, se aprecia falta de implicación de parte de los profesionales sanitarios con la promoción de salud y la participación ciudadana, contexto en el que las trabajadoras y trabajadores sociales se sienten solas y trabajando aisladamente dentro del equipo. También se hace alguna referencia a los objetivos marcados desde la estructura organizativa poco consensuados y concordantes con el punto de vista del equipo.

Referente a la necesidad de contar con una figura de coordinación en Trabajo Social, la cuarta parte de las personas que han participado considera una dificultad para el desarrollo del Trabajo Social la ausencia de una figura de coordinación del colectivo

profesional con el perfil de Trabajo Social, dentro de la estructura de la organización, es decir, tanto en los Distritos Sanitarios, como en Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.

Así mismo, consideran que no es positivo que dicha coordinación sea diferente en cada distrito o área sanitaria, ni que dependa de otras direcciones como la de enfermería o atención a la ciudadanía. Opinan que no contar con profesionales de Trabajo Social como coordinadores contribuye a no difundir, ni visibilizar el trabajo que se realiza, las funciones que se llevan a cabo, los logros alcanzados, y a no defender la parcela de lo social dentro del ámbito sanitario. Además, consideran que la existencia de una coordinación de manera regulada serviría para consensuar líneas de intervención, unificar criterios de actuación y supervisar las acciones realizadas de modo que se pudiesen promover procesos de mejora continua en las intervenciones sociales.

Por otro lado, es importante destacar que existe un agravio comparativo con el resto de profesionales que sí cuentan con personas que aglutinan y marcan directrices conjuntas para todo el colectivo, de modo que sus acciones pueden ser, y son, evaluadas, difundidas y puestas en valor dentro del sistema sanitario.

Por último, referente a las condiciones laborales, las consideraciones apuntadas por parte de los participantes en el estudio tienen que ver con aspectos retributivos y con las condiciones de trabajo.

Sobre los aspectos retributivos, destacar que consideran que el salario es inadecuado por no estar equiparado a profesionales de categoría similar. No se les reconoce el

derecho a percibir el complemento de carrera profesional a nivel de excelencia, similar a otros profesionales, no tienen posibilidades de desarrollo y promoción profesional. No tienen perspectivas de acceder a cargos intermedios o puestos de mayor responsabilidad. En definitiva, valoran negativamente

- [...] Todas aquellas circunstancias que les impiden tener las mismas condiciones laborales/económicas que el personal sanitario

Merece especial atención hacer referencia a las condiciones de trabajo. Uno de los aspectos más destacados como problemático por parte de los participantes es la falta de medios materiales y técnicos para poder realizar el trabajo adecuadamente, falta de equipos informáticos (ordenador), teléfono, o no tener acceso a internet. Y otra cuestión que merece especial consideración es que siete personas (9,72% de los participantes), expresan que no disponen de espacio físico adecuado para poder atender en consulta a las personas usuarias.

### *VI.1.7.3. Propuestas de mejora para el desarrollo del Trabajo Social en Atención Primaria de Salud*

*Podría indicar algunas propuestas de mejora para el desarrollo profesional de los y las trabajadoras sociales de Atención Primaria de Salud en un futuro próximo.*

*Pregunta 34*

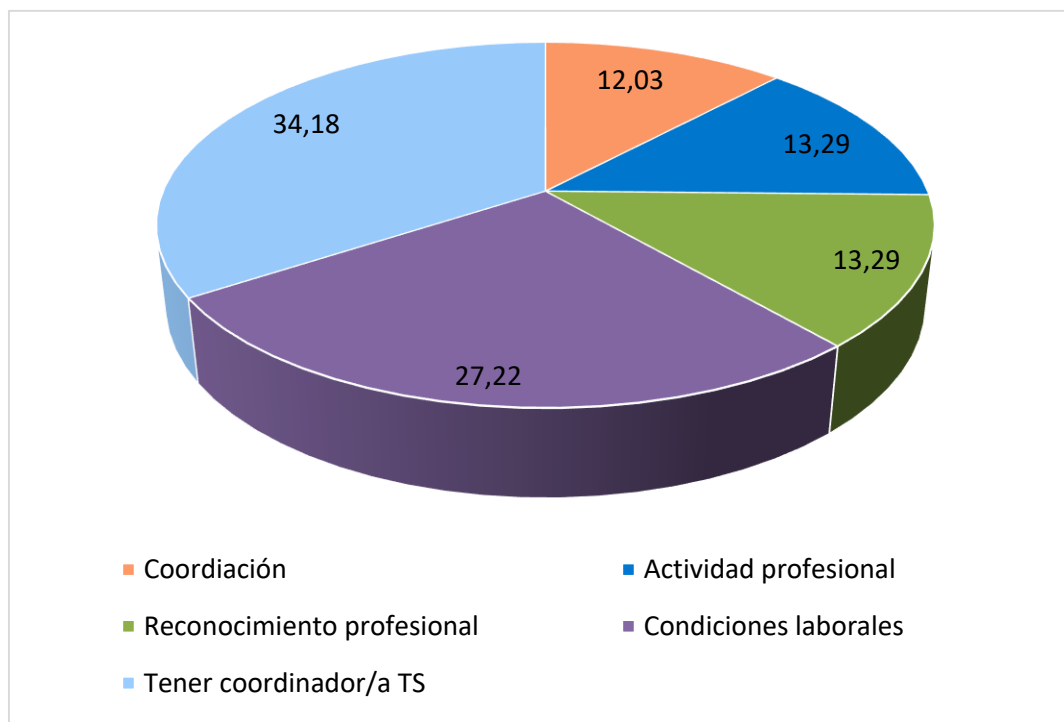
La última pregunta pretendía recoger aportaciones y propuestas de las y los profesionales de Trabajo Social en atención primaria de salud, para mejorar el desarrollo profesional en un futuro próximo.

También en este caso se planteó como una pregunta abierta para recoger las opiniones y puntos de vista de los y las participantes, sin estar mediatizadas por posibles alternativas, como ocurre en las preguntas cerradas. De ese modo, plantear una respuesta libre, daba la oportunidad de recabar información inesperada, o planteada con detalles no previstos.

Esta pregunta fue respondida por el 90% de las personas encuestadas, y tras organizar las respuestas según las características comunes que presentaban, se definieron cinco grupos de respuestas (gráfico 40) que, planteaban mejoras en relación a:

- Las condiciones laborales
- La coordinación
- El reconocimiento profesional
- La necesidad de contar con un o una profesional que realice funciones de coordinación del Trabajo Social
- La actividad profesional

Gráfico 40. Propuestas de mejora, según categorías establecidas



Fuente: Datos y elaboración propia

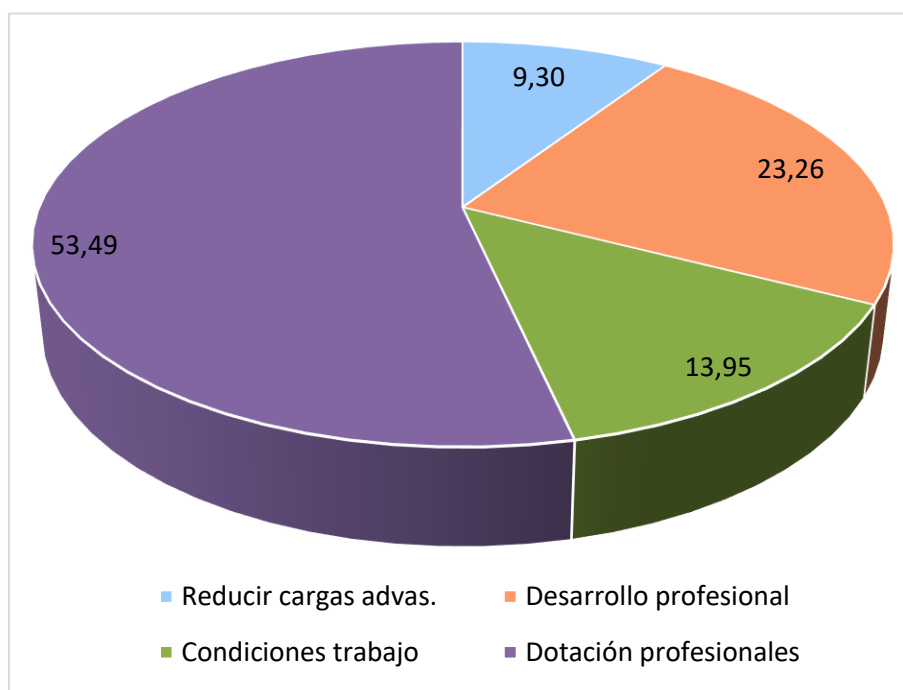
El análisis de cada uno de estos grupos, ayudará a comprender y permitirá obtener información concreta sobre la percepción que tienen las profesionales acerca de los aspectos que pueden contribuir a mejorar el desarrollo del Trabajo social en atención primaria.

#### VI.1.7.3.1. Condiciones laborales

Dentro de las propuestas que se han realizado de cara a mejorar las condiciones laborales (gráfico 41), la dotación suficiente de profesionales es la que se ha propuesto con mayor frecuencia (53,5%), planteando la necesidad de que se aumente el número de profesionales en atención primaria y que se cubran las vacantes amortizadas. Todas

las personas coinciden en que al menos cada centro de salud o unidad de gestión clínica tiene que contar con un profesional de Trabajo Social, y que cada trabajador o trabajadora social debe atender un solo centro de salud o unidad de gestión clínica. Para ello, es necesario que se definan las ratios de trabajo social/población, teniendo en cuenta el número de unidades de gestión clínica, el número de centros sanitarios y la dispersión geográfica. Opinan que este es un asunto que debe reivindicarse desde los colegios profesionales.

Gráfico 41. Propuestas en relación a la mejora de las condiciones laborales



Fuente: Datos y elaboración propia

Para comprender mejor esta demanda de ajuste de la ratio profesional de Trabajo Social a los centros sanitarios, es recomendable observar las tablas 17 y 18, donde se

presentan los recursos y el número de profesionales de atención directa (consulta y domicilio) en atención primaria en Andalucía.

*Tabla 17. Recursos de atención primaria (31 de diciembre de 2016)*

Estructura organizativa	
Distritos de atención primaria	17
Áreas de gestión sanitaria	14
Centros	
Centros de Salud	406
Consultorios Locales	692
Consultorios Auxiliares	419
Total centros	1517
Dispositivos de apoyo	
Unidades radiológicas	159
Salas de rehabilitación/fisioterapia	206
Unidades móviles de fisioterapia	10
Gabinetes odontológicos	225
Unidades de ecografía	132
Unidades de retinografía	119
Unidad de exploración mamográfica	20
Dispositivos de cuidados críticos y urgencias	
Unidades de cuidados críticos y urgencias	371
Unidades móviles de cuidados críticos y urgencias	128
Total de dispositivos de cuidados críticos y urgencias	499

*Fuente: Servicio Andaluz de Salud (2017)*



En relación a los recursos, se ha de hacer una consideración. En general, la actividad profesional de Trabajo Social se desarrolla en los centros de salud y consultorios, sin embargo, se han indicado todos los recursos porque en algunos momentos tienen que atender situaciones en las que han de trabajar coordinadamente con profesionales de otros dispositivos de apoyo, así como responder a las demandas que se presenten desde dichos dispositivos.

Aun dejando a un lado todos los recursos y centrando la atención únicamente en los centros, si se observan las tablas 18 y 19, se pueden destacar los siguientes hechos:

- En Andalucía hay 1.517 centros sanitarios, de los cuales 406 son centros de salud y 1.111 consultorios (auxiliares y locales).
- Según la memoria del SAS de 2016, en atención primaria hay 14.224 profesionales con actividad asistencial, es decir, profesionales que de manera habitual pasan consulta y/o realizan visitas a domicilio. Se ha excluido de esta relación a las auxiliares de enfermería, odontólogos, fisioterapeutas, personal de atención a la ciudadanía, etc., con el fin de reducir el grupo a las y los profesionales que normalmente les derivan los casos y trabajan en equipo con las trabajadoras sociales.
- Por último, y también según el documento Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía, el número de profesionales de Trabajo Social en atención primaria, asciende a 279.

A la luz de esos datos se puede decir que los trabajadores y trabajadoras sociales tienen que atender una media de 5,44 centros sanitarios cada profesional; teniendo en cuenta que algunos desarrollan su actividad en un solo centro de salud, esta media es mucho más alta para un número importante de profesionales. Además, y en relación al resto de los miembros que conforman los equipos de salud, se puede observar que por cada trabajador o trabajadora social hay 50 profesionales con actividad asistencial.

*Tabla 18. Profesionales que tienen actividad asistencial en atención primaria*

Médico/a de familia	6379
Pediatra	1145
Enfermero/a	6146
Matrona	205
Trabajadores/as Sociales	349
TOTAL	14224

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Memoria del SAS de 2016*

Con estos datos, parece que sería adecuado reflexionar acerca de las dificultades a las que se enfrentan los trabajadores y trabajadoras sociales para desarrollar su actividad laboral, a la dispersión geográfica que han de hacer frente, como se puso de manifiesto anteriormente, hay que añadir que casi un 75% de participantes refiere tener que atender dos o más centros a la semana (gráfico 15, página 165), lo que supone no poder tener una presencia continua como el resto de profesionales del equipo, con las limitaciones que ello conlleva en cuanto a derivación, coordinación y actuaciones

conjuntas para el seguimiento de los casos, diseño de planes de intervención comunitaria para mejorar la salud en el área de actuación con un enfoque integral, con implicación de los miembros del equipo y de los agentes sociales de la comunidad, etc.

Dichas limitaciones repercuten en una falta de conocimiento preciso por parte del equipo acerca de las funciones y actividad que desarrollan los y las profesionales de Trabajo Social e invisibilidad de la contribución y de las aportaciones de esta profesión a la salud de la población que atiende.

Parece que estas consideraciones pueden explicar no solo el porcentaje de profesionales que realizan esta demanda, sino también las reivindicaciones que, desde el colectivo de Trabajo Social, se están llevando a cabo, acerca de la necesidad de que se establezca al menos un profesional de Trabajo Social por unidad de gestión clínica o centro de salud (Anexo IV); mandato que, al fin y al cabo, recogía en sus orígenes el RD 137/84 sobre estructuras básicas de salud.

Conjuntamente con la dotación suficiente de profesionales, dentro de las propuestas para mejorar las condiciones laborales, merece la pena destacar aquellas que se refieren a las condiciones del entorno de trabajo. Aunque es una demanda expresada por un número pequeño de profesionales, se ha considerado pertinente indicarlas, ya que las cuestiones planteadas son básicas para desempeñar el trabajo de manera adecuada:

- [...] Problemas de espacio físico
- [...] Disponer de consulta para atender a usuarios
- [...] Disponer de ordenador

- [...] Poder registrar en la historia de salud de Diraya

Así como reducir cargas administrativas, eliminando funciones impuestas al Trabajo Social que deberían ser

- [...] Efectuadas por personal administrativo de apoyo, y que
- [...] Los objetivos a alcanzar por los profesionales en equipo o individualmente, se formulen en consonancia con las necesidades de cada zona, y no desde los despachos sin conocer la realidad

Como se puede ver, ambas cuestiones son básicas y, relativamente, de fácil solución, ya que dependen en gran medida de la voluntad de organizar y mejorar la situación, sin necesidad de cambios legislativos, ni incremento de dotación económica.

La última cuestión dentro de este bloque tiene que ver, fundamentalmente, con el desarrollo profesional, es decir, que las trabajadoras y trabajadores sociales puedan acceder al sistema de carrera profesional y acreditación de competencias<sup>32</sup>, y consecuentemente, tener una equiparación salarial con otros perfiles profesionales de la misma categoría<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> A día de hoy, el nivel de competencias profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía es solo para personal sanitario, al igual que el acceso al modelo de Carrera Profesional en el Servicio Andaluz de Salud.

<sup>33</sup> Añadir que dos de las seis personas con contrato temporal, señalan como limitación la falta de estabilidad laboral.

### VI.1.7.3.2. Reconocimiento profesional

El reconocimiento profesional es una de las fuentes de satisfacción más importantes para que las personas se encuentren a gusto en su trabajo. No es de extrañar, por tanto, que una parte importante de las propuestas de los participantes estaban relacionadas con la necesidad de un mayor reconocimiento de la actividad profesional realizada y de las medidas a llevar a cabo para alcanzarla.

Dentro de esta categoría, el 24% de las propuestas plantean la necesidad de que desde el sistema sanitario se reconozca la importancia del Trabajo Social en salud, otorgando a sus profesionales el espacio laboral que les corresponde e integrándoles adecuadamente dentro del equipo al igual que se ha hecho con otros perfiles profesionales, como el de la enfermera gestora de casos. Para alcanzar dicho reconocimiento, el 28% de las opiniones apuntan que es preciso que se reconozca la especialidad del Trabajo Social Sanitario, y que sea considerada como profesión sanitaria, apuntando que también se reivindique dicho reconocimiento desde la estructura colegial, ya que con la promulgación de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, los y las profesionales de Trabajo Social quedaron fuera de dicha clasificación.

Consideran que para que se produzca dicho reconocimiento, es básico que el Trabajo Social esté representado en órganos y puestos de gestión, que se les permita asumir puestos de responsabilidad, como cargos intermedios, de modo que puedan tener mayor implicación en la planificación, programación, evaluación, así como delimitar de

modo claro y conciso las funciones de Trabajo Social para evitar problemas de intrusismo profesional, aspectos señalados por varios participantes que refieren injerencias de otros profesionales que no saben de lo social.

#### VI.1.7.3.3. Existencia de un coordinador o coordinadora de Trabajo Social

Muy relacionado con el reconocimiento profesional, el 34% de las propuestas hacen hincapié en la importancia de que se cree la figura de coordinación de Trabajo Social, con poder de organización y decisión. Las propuestas planteadas por los y las profesionales giran en torno a las siguientes cuestiones:

- La coordinación de trabajo Social debe ser desempeñada por trabajadores o trabajadoras sociales.
- Debe existir una coordinadora en cada Distrito Sanitario de Atención Primaria o Área de Gestión Sanitaria. Además de una coordinadora general a nivel de Comunidad Autónoma.
- La figura de coordinación ayudaría a:
  - Clarificar el Trabajo Social Sanitario para que no se confunda con el Trabajo Social realizado en otras instituciones.
  - Restablecer de manera homogénea, a nivel de toda la Comunidad Autónoma las funciones, actividades y competencias del Trabajo Social, lo que evitaría el intrusismo profesional.
  - Definir la cartera de servicios de Trabajo Social, expresando claramente sus objetivos, definiendo una agenda realista y adaptada al perfil

profesional, centrándose en elementos como: promoción de salud, intervención comunitaria, atención grupal, etc.

- Visibilizar las actividades que se realizan desde el Trabajo Social y su contribución a alcanzar las metas de la organización en relación a la mejora de la salud de la población.
- Promover el empoderamiento de la profesión de Trabajo Social Sanitario.
- Indicando que las tareas fundamentales de dicha figura de coordinación deberían ir encaminadas a:
  - Mejorar la coordinación y supervisión entre profesionales de Trabajo Social
  - Protocolizar las actuaciones de los y las trabajadoras sociales en cuanto a problemas de salud que presentan las personas usuarias.
  - Promover una imagen corporativa hacia el resto de profesionales del equipo y la organización, proporcionando información unificada de las tareas que se realizan desde el Trabajo Social para afrontar el tratamiento integral de las personas.
  - Posibilitar la realización de investigaciones y otros proyectos coordinados y evaluados que contribuyan a la mejora de la calidad del desempeño de la labor profesional.
  - Evaluar y difundir los resultados de las intervenciones de Trabajo Social.

#### VI.1.7.3.4. Coordinación

Acerca de la coordinación, este apartado se ha dividido en dos: coordinación interna y externa. La coordinación interna, se ha restringido a la coordinación para trabajar en el equipo de salud. En este bloque, las propuestas principales pivotan sobre tres ejes:

- a) Aumentar la coordinación entre los miembros del equipo para mejorar la atención a la población adscrita
- b) Promover que el resto de profesionales del EBAP conozcan adecuadamente las funciones del Trabajo Social en el ámbito de la salud, y
- c) Que los objetivos vinculados al Trabajo Social estén también vinculados a los objetivos del equipo de salud.

En cuanto a la coordinación externa, se ha incluido en este epígrafe tanto la coordinación con otros niveles asistenciales, como con otras entidades y sistemas de protección ajenos al sistema sanitario. La mayor parte de las aportaciones, se refieren a la conveniencia de establecer protocolos y espacios de coordinación con otras instituciones y entre distintos niveles de intervención y que se instauren canales de comunicación, así como que se desarrolle el espacio socio-sanitario, etc., con el objetivo de optimizar los recursos e incrementar la calidad en la atención a las personas usuarias.

En este sentido, ponen de manifiesto lo inapropiado de que se esté realizando la misma valoración de los problemas planteados, de manera reiterada, cuando las personas acuden a distintos departamentos o servicios, debido a la ausencia de coordinación entre ellos; pudiendo dar lugar a que, los usuarios y usuarias, perciban que las



instituciones funcionan de un modo poco eficiente, lo que repercute en la calidad del servicio.

#### VI.1.7.3.5. Actividad profesional

Referente a la actividad profesional, las personas participantes han realizado propuestas en torno a dos líneas principales: formación especializada y tendencias de intervención profesional.

Acerca de la formación especializada, proponen:

- Que desde la universidad se facilite formación específica sobre el Trabajo Social Sanitario: misión, funciones, tareas, etc.
- Que se promueva la formación continuada sobre temas relevantes para el Trabajo Social Sanitario:
  - Más formación sobre problemas de salud.
  - Gestión de casos.
  - Formación interdisciplinar con los equipos con los que se trabaja habitualmente, por ejemplo: equipo de atención primaria, equipo de salud mental, equipo de tratamiento en drogodependencias, etc.
  - Reciclaje profesional sobre métodos y técnicas propias del Trabajo Social.
- Que se lleve a cabo la investigación de forma sistemática, con objeto de producir mayor conocimiento e incorporarlo en la práctica profesional.

En relación a esta última pregunta, se considera pertinente destacar que muchas de las aportaciones sugeridas por las personas participantes, como por ejemplo, contar con una figura de coordinación que ayude a visibilizar el Trabajo Social Sanitario, que se definan las ratios de profesional por equipo de salud, que se reconozca el trabajo realizado, tanto de modo simbólico, como de forma práctica a través de la promoción profesional, etc., están en la línea y son prácticamente idénticas a la campaña de defensa profesional que se está llevando a cabo en Andalucía por parte de la Organización Colegial y el Colectivo de Trabajadores y Trabajadoras Sociales Sanitarias (Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social, 2018).

## VI. 2 Análisis de las Memorias del Servicio Andaluz de Salud (1998-2016)

La memoria en una institución es un documento que recoge las actividades llevadas a cabo en la misma, con el fin de informar a las personas relacionadas con la entidad acerca de los logros y resultados alcanzados en función de la actividad desarrollada y los objetivos propuestos. También suele mostrar los recursos con que cuenta, tanto humanos, como materiales o financieros.

Entre los y las destinatarios/as de dicha información se encuentran los y las profesionales que trabajan en la misma y, por tanto, puede servir para que estos conozcan la valoración que la organización hace de su trabajo.

Para conocer la percepción del Servicio Andaluz de Salud sobre las y los profesionales de Trabajo Social, se han analizado las memorias realizadas, que se encuentran publicadas en la página web del Servicio Andaluz de Salud, apartado de publicaciones: memorias y anuarios estadísticos<sup>34</sup>.

La memoria más antigua corresponde al año 1998, y la última publicada, al año 2016, en total 18 memorias correspondientes a 19 años, ya que los años 2007 y 2008 se publicaron en un único volumen. El año 2003, es el primero en el que aparecen los y las profesionales de Trabajo Social como integrantes de la plantilla del Servicio Andaluz de

---

<sup>34</sup>Publicaciones – memorias y anuarios estadísticos. Servicio Andaluz de Salud (Consejería de Salud) Recuperado de <https://bit.ly/2UwnWai>.

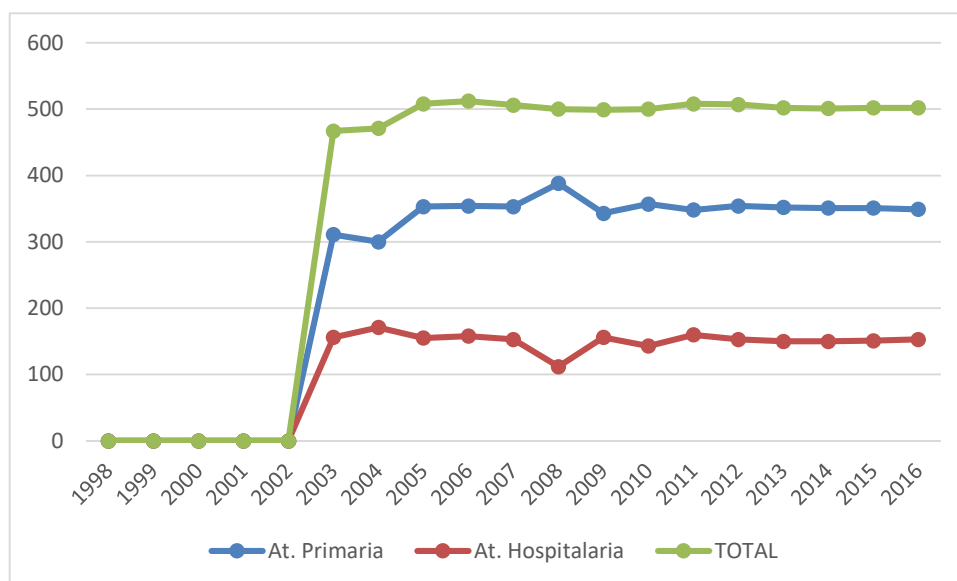
Salud. Durante los cinco años anteriores, no hay referencia alguna en la plantilla de efectivos del SAS a los trabajadores y trabajadoras sociales (tabla 19 y gráfico 42).

*Tabla 19. Efectivos de Trabajo Social por ámbito de atención*

AÑO	AT. PRIMARIA	AT. HOSPITALARIA	TOTAL
1998	0	0	0
1999	0	0	0
2000	0	0	0
2001	0	0	0
2002	0	0	0
2003	311	156	467
2004	300	171	471
2005	353	155	508
2006	354	158	512
2007	353	153	506
2008	388	112	500
2009	343	156	499
2010	357	143	500
2011	348	160	508
2012	354	153	507
2013	352	150	502
2014	351	150	501
2015	351	151	502
2016	349	153	502

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos existentes en las Memorias del SAS*

Gráfico 42. Plantilla de trabajadoras/es sociales de atención primaria (SAS)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las Memorias del SAS

Sin embargo, es necesario aclarar algunas cuestiones acerca de los datos que nos ofrecen estas memorias referentes a los efectivos de Trabajo Social. Lo primero, precisar que cuando se habla de efectivos, se hace referencia al personal que se está pagando en esa categoría, es decir, que las personas que se encuentran en situación de incapacidad laboral temporal transitoria, o desarrollan una actividad política, o están liberados sindicalmente, computan como efectivos, pero no están trabajando.

Asimismo, están las y los trabajadoras/es sociales que desempeñan su actividad profesional en salud mental, ya que, en su mayoría, están incluidos en el grupo de atención primaria, son escasas las situaciones en que están incluidos en la plantilla de atención hospitalaria. Aclarar este dato es importante de cara a valorar la carga asistencial real a la que tiene que hacer frente el colectivo que Trabajo Social de atención primaria.

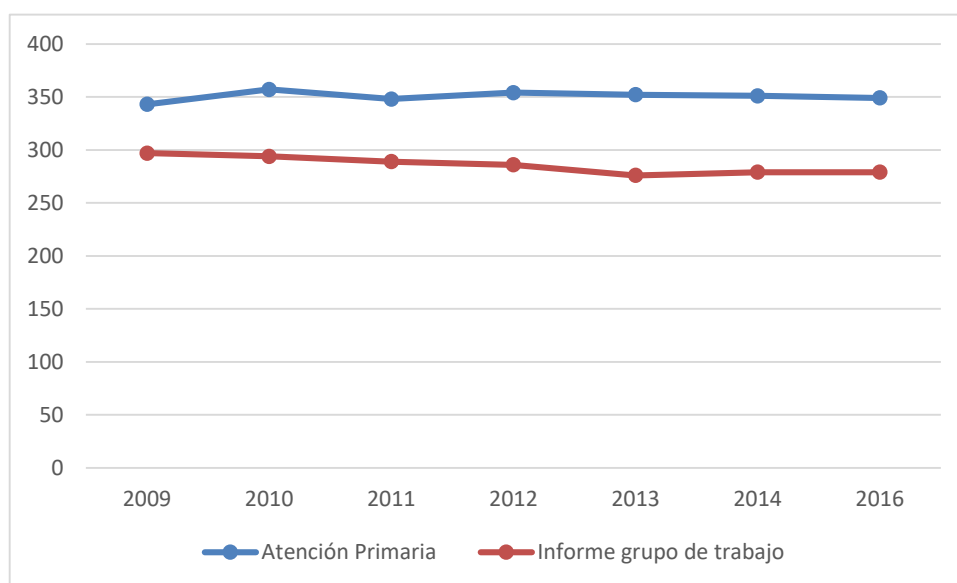
En el año 2017, un grupo de profesionales (trabajadoras y trabajadores sociales) en representación del Servicio Andaluz de Salud, el Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social y la Asociación de Trabajo Social y Salud, formaron un grupo de trabajo con el fin de poner de manifiesto las aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Uno de los datos que figura en dicho documento es el número real de profesionales de Trabajo Social en atención primaria, dato corroborado por la organización a la entrega del documento, y que como se puede observar en la tabla 20 y el gráfico 43, difiere, por los motivos antes explicados, de los expuestos por el Servicio Andaluz de Salud en sus memorias.

*Tabla 20. Discrepancias entre efectivos SAS para TTSS y plantilla real TTSS de APS*

Año	Plantilla del SAS (Media anual de efectivos mes, grupo profesional: trabajadores sociales, y ámbito de atención)			TTSS de APS (Informe grupo de trabajo)	Diferencias	Porcentaje diferencias
	Atención hospitalaria	Atención Primaria	TOTAL			
2009	156	343	499	297	- 46	- 13,41%
2010	143	357	500	294	- 63	- 17,65%
2011	160	348	508	289	- 59	- 16,95%
2012	153	354	507	286	- 68	- 19,21%
2013	150	352	502	276	- 76	- 21,59%
2014	150	351	501	279	- 72	- 20,51%
2016	153	349	502	279	- 70	- 20,05%

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos recabados en la documentación consultada*

Gráfico 43. Discrepancias entre efectivos del SAS y plantilla real de TTSS de APS



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recabados en la documentación consultada

Ralizar las observaciones antes referidas acerca de la plantilla real de profesionales de Trabajo Social, es importante, ya que los resultados que se presentan a continuación se refieren a la actividad asistencial que se desarrolla en atención primaria, por tanto, realizada por el número real de profesionales de Trabajo Social, y no el de efectivos que, como se ha dicho con anterioridad, incluye a más personas.

A continuación, se muestran los resultados de la actividad asistencial (Tabla 21), que es la actividad de atención directa realizada a individuos y/o familias tanto en consulta como en el domicilio, por tanto, en este apartado no quedan reflejadas las actuaciones realizadas por profesionales de Trabajo Social con grupos, o en la comunidad, así como todas las acciones de coordinación y/o trabajo conjunto con otras instituciones, pertenecientes al mismo o a otros sistemas de protección.



*Tabla 21. Actividad asistencial de los y las profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria*

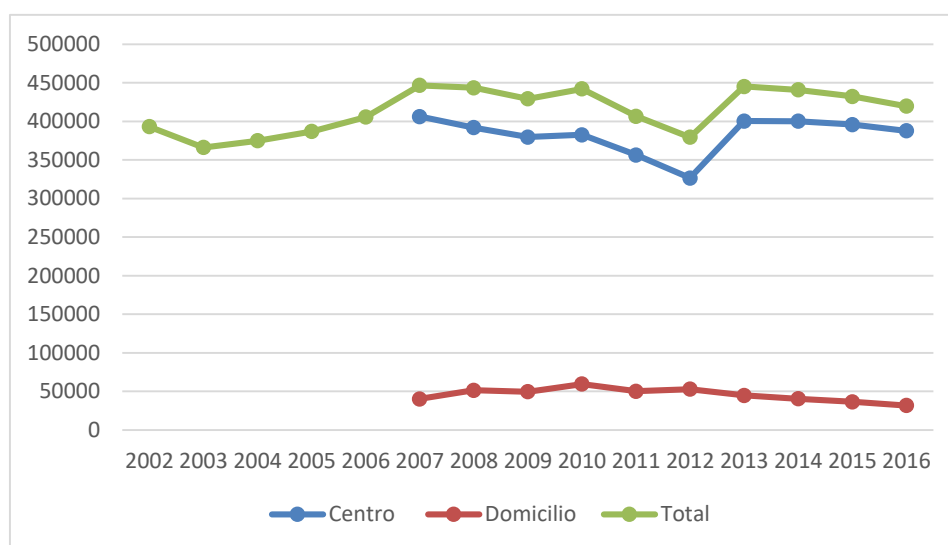
AÑO	ATENCIÓN EN EL CENTRO	ATENCIÓN EN DOMICILIO	TOTAL PERSONAS ATENDIDAS
2002			393098
2003			366254
2004			374799
2005			386992
2006			405565
2007	406200	40366	446566
2008	391979	51516	443495
2009	379631	49604	429235
2010	382577	59602	442179
2011	356403	50160	406563
2012	326457	53050	379507
2013	400324	44830	445154
2014	400141	40608	440749
2015	395744	36544	432288
2016	387742	31858	419600

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos existentes en las Memorias del SAS*

Lo primero que llama la atención, es que ni en la atención hospitalaria, ni en salud mental, aparecen resultados de la actividad asistencial, ni de ninguna otra, realizada por los y las profesionales de Trabajo Social. Solo aparecen resultados de la actividad

asistencial efectuada por los trabajadores y trabajadoras sociales en la atención primaria de salud, a partir del año 2002<sup>35</sup>.

*Gráfico 44. Actividad asistencial de los y las profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria*



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos existentes en las Memorias del SAS*

Es importante reseñar que del año 1998 al año 2001, incluido, no aparece ningún dato acerca de la actividad asistencial de los trabajadores y trabajadoras sociales de atención primaria. Asimismo, en los primeros cinco años, en que se empieza a reflejar la actividad asistencial, únicamente se aportan datos globales, sin especificar si la atención se ha realizado en el centro o en el domicilio (Gráfico 44).

<sup>35</sup> Hay que hacer constar que esta actividad ha sido efectuada por el número de profesionales indicado en el informe realizado en el año 2017 referido anteriormente.

Otro aspecto reflejado durante varios años en las memorias del SAS, se refiere a las encuestas de satisfacción. En la memoria del año 1998 se alude a la necesidad de potenciar los servicios de atención al usuario, planteando el interés por conocer la opinión y grado de satisfacción de la ciudadanía, como oportunidad para evaluar y reorientar los objetivos de gestión. Para ello, se basarían en la realización de encuestas de opinión y satisfacción de la población.

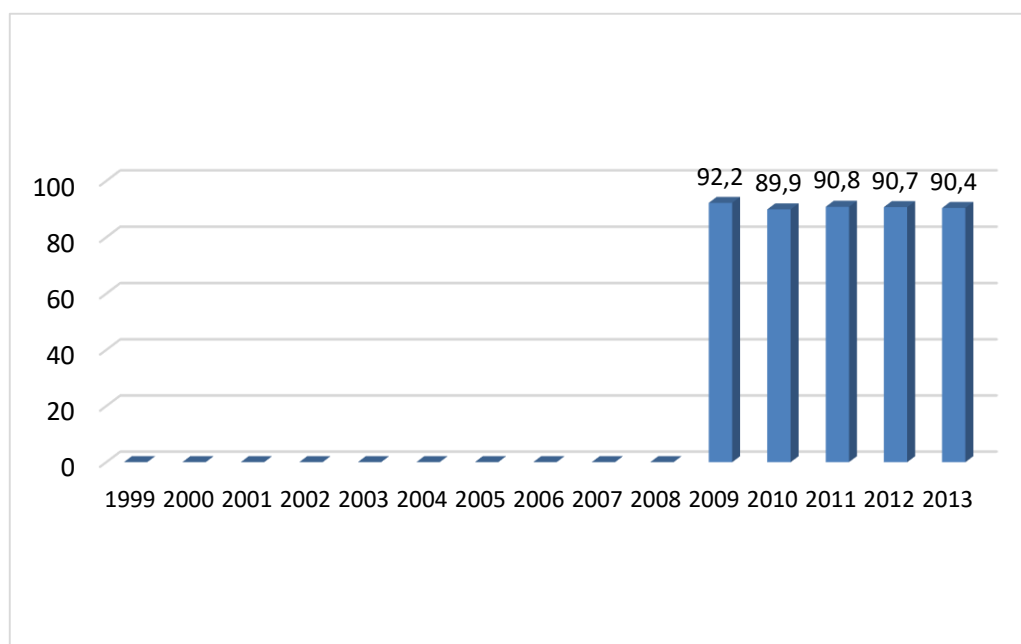
Para llevarlo a cabo el Servicio Andaluz de Salud suscribió un convenio de colaboración con el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía para realizar las encuestas de opinión y satisfacción de la población usuaria de los hospitales y de los centros de atención primaria. Los resultados de dichas encuestas se van presentando en las sucesivas memorias, abarcando el periodo comprendido entre el año 1999 y el año 2013, ambos incluidos. A partir del año 2014 no se presentan en las memorias datos relativos a ningún tipo de encuesta que se haya realizado.

Acerca de los resultados referentes a la satisfacción con los centros de atención primaria del SAS, las encuestas valoran aspectos como horarios, tiempos de espera, comodidad en el centro, facilidad para la realización de trámites, etc., pero fundamentalmente valoran la satisfacción con los profesionales del centro: médicos/as, personal de enfermería y pediatras, atención en el centro, domicilio, información proporcionada, tratamiento, etc., también preguntan acerca de su satisfacción con personal administrativo y con los celadores; sin embargo, los resultados presentados en las memorias, no hacen alusión alguna a los y las profesionales de Trabajo Social hasta el año 2009, lo que lleva a pensar que en los diez años anteriores, no se ha preguntado en

las encuestas por dichos trabajadores, siendo los únicos profesionales de atención primaria con presencia en los centros de salud y atención directa a usuarios, tanto en el centro como en domicilio.

Como se ha manifestado antes, no será hasta el año 2009, cuando en las memorias aparezcan datos relativos a las trabajadoras y trabajadores sociales. Durante el periodo en que se pide opinión a la ciudadanía acerca de su grado de satisfacción con estos profesionales (años 2009-2013), las personas usuarias les otorgan una puntuación entre un 90% y un 92% de satisfacción (Gráfico 45).

*Gráfico 45. Grado de satisfacción de la población acerca de las trabajadoras y trabajadores sociales (Resultados encuestas de satisfacción)*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las memorias del SAS

Otra referencia, en las memorias del SAS, a las trabajadoras y trabajadores sociales se produce al informar acerca de las ofertas públicas de empleo (OPE). Las memorias de varios años aluden a algunas de las ofertas públicas de empleo, indicando la fase del proceso en ese momento para las distintas categorías profesionales, entre las que se encuentra la de trabajadores y trabajadoras sociales<sup>36</sup>.

Así mismo, en la implementación del Proyecto DIRAYA (Historia digital de salud de atención primaria), se hace referencia a la inclusión del “Modulo de Trabajo Social”, en las memorias correspondientes a los años 2001, 2002 y 2003.

Acerca de otras referencias explícitas al Trabajo Social en atención primaria o a sus profesionales se puede decir que son bastante escasas.

En la memoria del año 2002 se encuentra una referencia en relación a la Atención a Personas con Alzheimer, dentro del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, donde se indica que el Programa de Asistencia Sanitaria (PAS) plantea el “trabajo conjunto entre trabajadores sociales de atención primaria y las asociaciones” (Servicio Andaluz de Salud, 2003, p. 96). En las memorias de los años 2003 y 2004 y, también, dentro de la Atención a Personas con Alzheimer, se hace referencia a los programas de formación sobre el Alzheimer, informando del número de cursos llevados a cabo cada año en los distritos de atención primaria que contaban con Unidades de Estancia Diurna, y que los cursos estaban “dirigidos a médicos/as de familia, enfermeras/os y trabajadores/as

---

<sup>36</sup> Las memorias que hacen referencia a las ofertas públicas de empleo son las comprendidas entre el año 1998 y 2001, recogiendo los distintos momentos del proceso de la OPE de 1997, y la convocatoria de la OPE 1998. Y más tarde en las memorias de 2003 y 2005, en relación a la OPE de 2004.

sociales de los centros de salud” (Servicio Andaluz de Salud, 2004, p. 101, 2005, p. 101).

Por último, en la memoria del año 2006, dentro del Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía 2005-2007, se contempla la priorización de la atención a las cuidadoras familiares de grandes discapacitados en cualquier servicio ofertado en los centros de salud, entre los que se encuentran las consultas de las trabajadoras y los trabajadores sociales (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Sin embargo, en las memorias, se pueden encontrar reseñas de actividades directamente relacionadas con el Trabajo Social, aunque no se hace mención alguna a si tienen o deberían tener alguna vinculación con el mismo.

Por ejemplo, en la memoria del año 2001, dentro de la actividad asistencial, se hace referencia a la necesidad de atención a personas con problemas específicos, indicando que dicho objetivo ya estaba incluido en la cartera de servicios del año 2000. En la atención a personas con problemas específicos se encuentra: atención al alta hospitalaria<sup>37</sup>, atención a inmovilizados, atención a personas en situación terminal, atención a ancianos en riesgo y atención a ancianos residentes en instituciones. Concretamente, en la atención a ancianos en riesgo se incluye que hay que realizar una valoración geriátrica global, es decir, una valoración biomédica, funcional, mental y social; y establecer un plan de actuación adecuado, con pautas de promoción de salud, prevención de problemas, educación sanitaria y especial atención al cuidador principal (Servicio Andaluz de Salud, 2002). Sin embargo, en la memoria del año 2001, que recoge

---

<sup>37</sup> El alta hospitalaria hace referencia a la continuidad de cuidados en el domicilio, a personas en situación de fragilidad, una vez han recibido el alta en el hospital.

la necesidad de incluir la valoración geriátrica global en la cartera de servicios, ni siquiera aparecen profesionales de Trabajo Social en la plantilla del SAS.

En otras memorias<sup>38</sup>, se alude a que en la cartera de servicios de atención primaria se debe incluir la atención a personas en riesgo social. Aunque no hace alusión alguna al rol del Trabajo Social en dicho servicio.

Siguiendo con la cartera de servicios, cabe destacar que en un principio no hacían alusión alguna a la atención social. La primera que, escasamente hace referencia a alguna cuestión social es la publicada en el año 2000 que contempla la atención a personas en riesgo social y la valoración social como uno de los criterios mínimos de oferta en el servicio de atención de ancianos en riesgo (SAS, 2000).

Esta situación se mantuvo algunos años más, pero a partir del año 2006, se fueron incorporando paulatinamente aspectos de índole social en las sucesivas carteras de servicios, produciéndose un progreso importante en lo que se refiere a la presencia y visibilidad del Trabajo Social en la atención primaria.

La actual cartera de servicios, que se edita en formato on-line, contempla no solo las Unidades de Trabajo Social como servicio, sino otros servicios que, aun siendo competencia de todo el equipo de salud, están muy relacionados con el Trabajo Social: la atención a la comunidad, que engloba el abordaje comunitario, el abordaje grupal de actividades preventivas, la educación y promoción de la salud y la atención al riesgo

---

<sup>38</sup> Memorias de los años 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.

social en salud, así como la atención a la familia que incluye el área de abordaje a las familias de especial vulnerabilidad (SAS, 2014). Para el Trabajo Social, la inclusión de estos servicios en la cartera es fundamental, ya que supone el reconocimiento de las actividades que ha de realizar y sitúa a sus profesionales al mismo nivel que al resto de los miembros del equipo.

Volviendo a las memorias del SAS, en los años 2003 y 2004, se informa de la elaboración y distribución de una Guía de Recursos para Inmigrantes en el Área Sanitaria Norte de Córdoba, que contiene los recursos sociales a los que puede acceder este colectivo.

En el apartado de normativa del año 2006, se recoge la Resolución 1069/06, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, sobre Zonas Geográficas Preferentes para la Intervención Social en Salud. Sin embargo, en ninguna de las memorias se hizo alusión al trabajo realizado para ordenar la “Atención a la salud en la Zonas con Necesidades de Transformación Social de Andalucía”, ni al “Programa de Riesgo Social en Salud”, para el que se diseñó y validó un instrumento de medida de las situaciones de riesgo social; ambas iniciativas promovidas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

Por último, otro aspecto que llama la atención tiene que ver con la intervención grupal. Ello es debido a que, desde la implementación de la estrategia de atención primaria en Andalucía, se han venido realizando actividades grupales por distintos miembros del equipo de salud, pero fundamentalmente, por el personal de enfermería y de Trabajo Social, pero, en ninguna de las memorias del SAS se alude a estas actividades. Sin



embargo, a partir de la fecha en que se pusieron en marcha los servicios de fisioterapia, como dispositivos de apoyo de los distritos sanitarios, a raíz y dentro del marco del Plan de Apoyo a las Familias, las memorias recogen la actividad asistencial, de este colectivo, destacando los pacientes en tratamiento grupal. Sorprendiendo que solo se refleje dicha actividad en estos profesionales y no en el resto de profesionales que realizan y llevan realizando actividades de atención grupal desde la implementación de la atención primaria, mucho antes de la incorporación de los servicios de fisioterapia como dispositivos de apoyo.



## Consideraciones finales



## Capítulo VII. Consideraciones finales

### VII. 1. Conclusiones

En este apartado se exponen los principales hallazgos encontrados a lo largo de la investigación. En primer lugar, se puede afirmar que, uno de los ámbitos en que el Trabajo Social se ha desarrollado con mayor intensidad desde sus inicios, ha sido el sanitario, contribuyendo, por tanto, de manera directa al progreso y configuración del Trabajo Social como disciplina y como profesión.

Entre los aspectos que más influyeron en la génesis del Trabajo Social Sanitario, a nivel mundial, fue la toma de conciencia, de los profesionales de la medicina, acerca de la influencia que las condiciones sociales tenían en el proceso salud-enfermedad de las personas, lo que requería incluir en los equipos sanitarios a profesionales que, desde la ciencia, se ocupasen del estudio, valoración y tratamiento de los factores sociales que inciden en las enfermedades, implicándose en su tratamiento, tanto desde el punto de vista preventivo, como curativo y rehabilitador.

También es España, el Trabajo Social nace de la mano de la medicina, dado el interés, durante la Segunda República por la medicina social; periodo en que se crea la primera escuela de Trabajo Social, fruto de la cual, sus primeras graduadas, comenzaron a

trabajar para la *Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat*, ocupándose, principalmente, de las campañas de lucha y prevención antituberculosas, atendiendo los múltiples fenómenos que inciden en los procesos salud-enfermedad, interviniendo sobre los problemas sociales que de manera directa o indirecta afectan a la salud de las personas.

Esta filosofía, consustancial al Trabajo Social Sanitario, orientada a remover los obstáculos sociales y culturales que impiden que las personas alcancen mayores niveles de salud, encaja a la perfección con la estrategia de atención primaria de salud, establecida en la Conferencia de Alma-Ata (1978), como medio para enfrentar los determinantes sociales que afectan a la salud de las personas y revalidada en octubre de 2018 (Declaración de Astaná), como piedra angular para contribuir a alcanzar el 3<sup>er</sup>. ODS (2015, p. 18), “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Para dar cumplimiento a estos principios, los trabajadores y trabajadoras sociales formaron parte de los equipos multiprofesionales encargados de prestar la atención sanitaria de primer nivel. Sin embargo, su implementación y desarrollo no ha sido fácil, ya que no contaban con bibliografía, ni experiencias previas de trabajo en atención primaria, aun así, han ido creando un cuerpo teórico, del que han ido dejando constancia a través de su participación en reuniones científicas y mediante la publicación de sus hallazgos y avances en diversos medios.

Entre los elementos que han contribuido, de manera positiva, al progreso del Trabajo Social Sanitario, se pueden destacar la creación de una revista específica que, lleva más de 30 años siendo un referente en la transmisión del conocimiento científico, y la constitución en 1989 de una sociedad científica, la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, que, desde sus inicios, ha contribuido al crecimiento de la profesión, promoviendo el desarrollo científico-técnico del Trabajo Social Sanitario, estimulando la formación de sus profesionales, representándoles ante los organismos e instituciones, públicas o privadas, que sea necesario para el desarrollo de la disciplina. Por el contrario, sorprende que, en un momento de crecimiento del Trabajo Social Sanitario, los planes de estudios diseñados por las universidades, para la formación de los futuros profesionales de Trabajo Social, apenas contasen con formación específica en la atención a la salud de la población desde el punto de vista del Trabajo Social.

En cuanto a los resultados del trabajo de investigación, lo primero que llama la atención es el insuficiente número de profesionales de Trabajo Social en atención primaria, lo que hace que al menos siete de cada diez tenga que atender dos o más centros sanitarios a la semana. Por el contrario, un aspecto altamente positivo, es que un volumen importante de estos tiene plaza en propiedad, lleva más de 10 años trabajando en este ámbito y tenía experiencia laboral previa en otros contextos de intervención social, con lo que ese puede afirmar que se trata de un colectivo con bastante experiencia profesional y estabilidad laboral.

Asimismo, un tercio se encuentra en posesión de otros estudios universitarios además del de Trabajo Social, y todas las personas han realizado cursos de formación continua

en los últimos cinco años, orientados al reciclaje y aumento de competencias profesionales. Al menos, siete de cada diez trabajadores y/o trabajadoras sociales ha participado en algún proyecto de investigación, siendo ésta, más habitual, en las y los profesionales adscritos a equipos en los que se realiza esta actividad de manera asidua. Acerca de la transferencia del conocimiento, cuatro de cada cinco personas ha asistido a reuniones científicas, más de la mitad ha presentado comunicaciones en las mismas, y casi un tercio, refiere haber publicado en revistas o libros. Todo ello, pone de manifiesto el interés de los trabajadores y las trabajadoras sociales sanitarias por reciclarse y aumentar sus competencias profesionales, lo que puede dotar a la organización de un capital humano de inestimable valor, tanto por su formación, como por su actitud ante la misma, constituyendo un activo importante para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En general, la mayor parte de la jornada laboral de los y las trabajadores/as sociales se invierte en la atención individual y familiar, seguida de la atención a grupos, tanto en manera directa, como en la realización de tareas indirectas orientadas a la atención y resolución de las problemáticas presentadas. Sin embargo, los profesionales opinan que sería conveniente dedicar más tiempo a la atención a la comunidad.

Con excepción de los trabajadores y las trabajadoras sociales, según la normativa vigente, los demás perfiles profesionales del SAS, cuentan con una estructura de coordinación que define las prioridades, estrategias y modelos de actuación a desarrollar para alcanzar los objetivos establecidos en la organización. Sin embargo, la mayoría de los y las participantes en el estudio, cuatro de cada cinco, considera que una



estructura de coordinación sería esencial para impulsar acciones conjuntas, evaluar y visibilizar la actividad laboral de los profesionales de Trabajo Social, lo que contribuiría positivamente a definir una imagen profesional fácilmente identificable por los demás profesionales de la organización, algo que, en la actualidad, comporta gran dificultad, esencialmente por dos motivos, de un lado, porque se trata de un colectivo muy pequeño, frente al resto de empleados del SAS, que tiene que desarrollar su actividad laboral en múltiples localidades, centros y servicios, y, en segundo lugar, por no disponer de una figura que establezca criterios unificados de intervención, evalúe y difunda los resultados de las acciones desarrolladas.

Casi la totalidad de participantes respondieron a las preguntas abiertas, lo que permitió recabar la información tal y como era percibida por los sujetos. Prácticamente todas las personas manifestaron que, las actividades realizadas que habían aportado un valor añadido al SSPA, estaban relacionadas con la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención a la comunidad; sin embargo, es necesario destacar la implicación de los trabajadores y trabajadoras sociales en el diseño y planificación de protocolos de índole social.

Las principales dificultades identificadas en la realización de su trabajo, están relacionadas con la escasa coordinación, tanto interna como externa; la sobrecarga de trabajo, derivada de atender varios centros sanitarios, un exceso de demanda y un volumen importante de tareas administrativas asignadas; así como las relacionadas con condiciones laborales, entre las que destaca no poder acceder a los niveles 4 y 5 del modelo de carrera profesional del SAS, con las consiguientes repercusiones económicas.

Las propuestas de mejora que plantean las y los profesionales de Trabajo Social se refieren, en su mayor parte, a la necesidad de instaurar en la estructura organizativa una coordinadora o coordinador de Trabajo Social que promueva la coordinación y unificación de criterios entre el colectivo, facilite la investigación relacionada con el ejercicio profesional en el campo sanitario y difunda los resultados de las intervenciones del Trabajo Social, impulsando una imagen corporativa hacia los demás miembros de la organización sanitaria. Así como una mejora de las condiciones laborales, sobre todo en lo relativo a la dotación suficiente de profesionales. El alcance efectivo de estas dos propuestas influiría positivamente en el logro del resto de sugerencias indicadas por los y las profesionales.

En cuanto a la imagen que el Servicio Andaluz de Salud proyecta sobre el Trabajo Social en sus memorias, se percibe un olvido recurrente de éste. En general, la inclusión de información relativa al Trabajo Social, se produce más tarde que para otros perfiles profesionales, aun existiendo sistemas de registro que avalan su presencia y actividad laboral desempeñada. Lo que, unido a la ausencia de referencias a estrategias desarrolladas por este colectivo, a instancias del SAS, que posteriormente tuvieron repercusión en las directrices marcadas por la organización, como por ejemplo, la Atención a la Salud en Zonas con Necesidades de Transformación Social, devuelve a los profesionales un mensaje de omisión y olvido por parte del SAS de los y las profesionales de Trabajo Social.

Aun así, es importante destacar dos cuestiones, por un lado que, en general, aparece más información referente al Trabajo Social y la actividad desarrollada en atención

primaria, que, sobre las trabajadoras y trabajadores sociales de salud mental y atención hospitalaria. Y de otro, el enfoque social de la actual cartera de servicios de atención primaria, en relación a la atención familiar y comunitaria, lo que encuadra y pone en valor la intervención del Trabajo Social Sanitario.

## VII. 2. Limitaciones

La principal dificultad fue no disponer de la información necesaria para contactar directamente con las personas susceptibles de participar en el estudio, no solo para poder explicarles el mismo y hacerles llegar la información directamente, sino que impide la posibilidad de hacer algún recordatorio a las personas que no habían respondido a la encuesta.

## VII. 3. Futuras líneas de investigación

En relación a posibles líneas de investigación futuras, se pueden plantear en dos direcciones. Por un lado, promover estudios desde dentro de la organización que sería conveniente que estuviesen orientados a valorar la influencia de las intervenciones desde el Trabajo Social en la consecución de los fines de la organización sanitaria. Para ello, se podrían definir algunas líneas de estudio, orientadas, por ejemplo, a valorar el incremento de habilidades sociales en personas que han participado en determinados talleres orientados a tal fin, la adhesión al tratamiento y a la instauración de hábitos saludables en vida cotidiana, el aumento de competencias en la resolución de problemas

y, en general, todas aquellas relacionadas con las acciones grupales desarrolladas. Sobre la actividad asistencial, algunas propuestas de investigación, podrían estar enfocadas a analizar y definir las mejores prácticas profesionales basadas en evidencias científicas, así como a definir un lenguaje común, destinado a catalogar las demandas y las propuestas de intervención, lo que podría contribuir, positivamente, al desarrollo científico-técnico de la profesión.

Y, por otro lado, hay una cuestión relevante que trasciende de los márgenes del SAS. La necesaria clasificación diagnóstica en Trabajo Social. Al igual que otras profesiones disponen de clasificaciones diagnósticas como la CIE-10<sup>39</sup>, CIAP-2<sup>40</sup>, DSM-V<sup>41</sup> y NANDA-I<sup>42</sup>, sería aconsejable que las y los profesionales de Trabajo Social también dispusiesen de una clasificación diagnóstica adecuada que posibilitaría un lenguaje común e identitario para la profesión, que contribuiría a la investigación, permitiendo la codificación de las situaciones problemáticas presentadas y de las acciones y actividades desarrolladas.

---

<sup>39</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. Determina la clasificación y codificación de las enfermedades.

<sup>40</sup> Clasificación Internacional de Atención Primaria, 2ª edición. Clasificación de los términos y expresiones utilizadas habitualmente en medicina, relacionados con los motivos de consulta, problemas de salud y el proceso de atención.

<sup>41</sup> Clasificación de los trastornos mentales, 5ª edición.

<sup>42</sup> Clasificación de diagnósticos de enfermería.

## Bibliografía



## Bibliografía

- Abreu, M.C. (2009). El Trabajo Social Sanitario en la atención primaria de salud. *ENE revista de enfermería*, 3(2), 70-79.
- AETSyS (2011). *Estatutos de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*. Madrid. Recuperado de <https://bit.ly/2P62Xhv>
- AETSyS (2017). *Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario*. Zaragoza: AETSyS.
- AETSyS (2018). *Asociación Española de Trabajo Social y Salud*. Recuperado el 28 de diciembre de 2018, de <https://bit.ly/1MbvFnk>
- Agencia Sanitaria Costa del Sol (s.f.). *Cartera de Servicios de la Unidad de Trabajo Social*. Recuperado el 31 de enero de 2019 de <https://bit.ly/2KuDbop>
- Aguilar, M.J. (2013). *Trabajo Social. Concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo.
- ANECA (2004). Libro blanco. Título de Grado en Trabajo Social. ANECA. Recuperado de <https://bit.ly/1d5D2Tm>
- Ayuntamiento de Madrid (2008). *Samur Social un compromiso con los ciudadanos y la solidaridad. Memoria 2006-2007*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de <https://bit.ly/2X52JKG>
- Banda, T. (2009). El nacimiento de una nueva profesión: El Trabajo Social. En Fernández T. (Coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 15-108). Madrid: Alianza Editorial.

- Barrera-Algarín, E., Malagón-Bernal, J.L. y Sarasola-Sánchez-Serrano, J.L. (2014). Estudio sobre formación e intervención profesional del trabajador social en Sevilla: aportaciones de la experiencia profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(2), 291-305. Recuperado de <https://bit.ly/2GgKITR>
- Burgos, M.L., Chico, A., García, P., Gualda, R., Gutiérrez, A.M., Hervás, A., Martínez, M., Oliver, B. (2017). *Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social, Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2UrZNLb>
- Burgos, M.L., Pérez, I. y Sánchez, R. (2009). Trabajo Social en el Sistema Público de Salud: Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Mental. *Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Acción Social*, edición especial, 7-28.
- Cabot, R. C. (1868-1939). *Papers of Richard Clarke Cabot: an inventory*. Harvard University Library. Recuperado el 2 de noviembre de 2015, de <https://bit.ly/2G8GHzv>
- Cabot, R. C. (1920). *Ensayos de Medicina Social. La función de la Inspectora a domicilio* (Nieves González, Trad.). Madrid: Calpe. *Revista Trabajo Social y Salud* (2008), 60, 25-172.
- Callejo, J. (2009). El cuestionario. En J. Callejo (Coord.), *Introducción a las técnicas de investigación social* (pp. 173-210). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Caparrós, N. y Raya, E. (Coords.) (2015). *Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*. Madrid: Grupo5.
- Carmona, J. (Dir.) (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2lptB3S>



Colom, D. (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales Junta de Andalucía (2018). *Zonas con necesidades de transformación social*. Recuperado el 18 de noviembre de 2018, de <https://bit.ly/2P3acXK>

Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación (s.f.). Áreas de actividad. Drogas y adicciones. Recuperado el 7 de febrero de 2019 de <https://bit.ly/2Da7zP5>

Consejería de Igualdad, Salud y Política Sociales (2013). *IV Plan Andaluz de Salud*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Recuperado de <https://bit.ly/2UcojLk>

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales-Junta de Andalucía (2013). *IV Plan Andaluz de Salud*. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, de <https://bit.ly/2UIDMXO>

Consejería de Salud (2009). *Forma Joven, una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2VKTe2E>

Consejería de Salud (2010). *La Red Formma, una estrategia de sensibilización y formación para la detección precoz y la atención a la violencia contra las mujeres*. Recuperado de <https://bit.ly/2P2G5Qe>

Consejería de Salud (2011). *ARGUMENTARIO. Grupos socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE)*. Sevilla: Junta de Andalucía Consejería de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2VDKUlW>

Consejería de Salud (2011). *Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE)*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2UbhvgP>

- Consejería de Salud (2016). *Estrategia GRUSE. Guía para el desarrollo de grupos con hombres*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2leQZls>
- Consejería de Salud (s.f.). *Al Lado con ...* Junta de Andalucía. Recuperado el 5 de noviembre de 2018 de <https://bit.ly/2KHnR8v>
- Consejería de Salud y Familias (s.f.) *Áreas de actividad. Participar en salud. Asociaciones*. Recuperado el 7 de febrero de 2019 de <https://bit.ly/2UegeFK>
- Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social (2018). El Consejo Andaluz de Trabajo Social se reúne con el SAS para mostrar sus reivindicaciones. Recuperado el 15 de noviembre de 2018, de <https://bit.ly/2UvywHJ>
- Consejo General de Trabajo Social (2016). ¿Qué son los colegios profesionales y para qué sirven? Madrid: Consejo General de Trabajo Social. Recuperado de <https://bit.ly/1TQ3lRh>
- Consejo General de Trabajo Social (s.f.). Trabajo social y Salud. Recuperado el 24 de enero de 2019 de <https://bit.ly/2lpkdND>
- Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 312, de 31 de octubre de 1978, pp. 1978-31229. Recuperado de <https://bit.ly/1m1fmMU>
- Cosano, F. (1993). Apuntes para comprender el Trabajo Social en el Área de Salud. *Documentos de Trabajo Social*, 0, 39-51
- De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.
- De la Red, N. y Brezmes, M. (2003). Trabajo Social en España. En Fernández, T y Alemán, C. *Introducción al Trabajo Social*. Madrid; Alianza.
- Decreto 1403/1964, de 30 de abril, sobre reglamentación de las Escuelas para formación de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 117, de 15 de mayo de 1964, pp. 6305. Recuperado de <https://bit.ly/2GeYu9u>

- Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 89, de 14 de septiembre de 1985, pp. 2656-2661. Recuperado de <https://bit.ly/2P0ReB5>
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 140, de 17 de julio de 2007, pp. 10-18. Recuperado de <https://bit.ly/2X1WVkw>
- Díaz, E. (2017). 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. *Comunitania, Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 13, 101-120.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (2004). *Atención en salud de las zonas con necesidades de transformación social en Andalucía (ZNTS)*. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Coordinación de Salud.
- EASP (2016). *Estrategias para la renovación de la Atención Primaria*. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2lqC3zR>
- FITS (2014). *Definición global del Trabajo Social*. Recuperado el 29 de diciembre de 2018, de <https://bit.ly/2v0OOZQ>
- Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- Gehlert, S. (2012). Conceptual Underpinnings of Social Work in Health Care. En S. Gehlert y T. Browne, *Handbook of Health Social Work (2<sup>nd</sup> Edition)* (pp. 3-19). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons. Recuperado de <https://bit.ly/2UtUJpJ>
- Gil, M. (2004). *El protagonismo de la organización colegial en el desarrollo del Trabajo Social en España*. Madrid: Siglo XXI.

- Gobierno de Canarias (2004). *Rol Profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud. Documento marco*. Canarias: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de <https://bit.ly/2X6Dqb5>
- Hernández, G. y Munuera, M. P. (2010). Consideraciones históricas relevantes del Trabajo Social Sanitario. En Acero, et al. *El imaginario del Trabajo Social en las tesinas de fin de estudios 1938-1983*, (pp. 34-50) Madrid: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Complutense de Madrid.
- Ituarte, A. (1989). Trabajo Social en Salud. Historia. Situación Actual. Perspectivas. *Revista Trabajo Social y Salud*, 6, 21-60.
- Ituarte, A. (2009). *Sentido del Trabajo Social en Salud*. Ponencia presentada en el XI Congreso Estatal de Trabajo Social, en Zaragoza, España. ISBN-13: 978-84-615-9555-6 (CD-ROM).
- Ley 10/2003, de 6 de noviembre, reguladora de los Colegios Profesionales de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 227, de 25 de noviembre de 2003, pp. 24743-24752. Recuperado de <https://bit.ly/2IqHNcQ>
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 1986-10499. Recuperado de <https://bit.ly/2A251Qk>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 128, de 29 de mayo de 2003, pp. 2003-10715. Recuperado de <https://bit.ly/1P5uuX3>
- Ley 3/1977, de 4 de enero, sobre creación de Cuerpo Especial de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 7, de 8 de enero de 1977, pp. 359 a 360. Recuperado de <https://bit.ly/2uWixDp>

- Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 185, de 3 de agosto de 1984, pp. 22629 a 22650. Recuperado de <https://bit.ly/2tf0PZm>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 240, de 5 de octubre de 2011, pp. 104593 a 104626. Recuperado de <https://bit.ly/2P36E7M>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442-41458. Recuperado de <https://bit.ly/1PlzPJL>
- Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 124, de 24 de mayo de 1986, pp. 18655-18657. Recuperado de <https://bit.ly/2DaK08L>
- Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 9, de 11 de enero de 1982, pp. 517-524. Recuperado de <https://bit.ly/2ULXDWa>
- Malagón, J.L. y Sarasola, J.L. (2003). Nacimiento y evolución del Trabajo Social. En Fernández, T. y Alemán, C. (Coords.), *Introducción al Trabajo Social* (78-109). Madrid: Alianza.
- Manterola, C. y Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645. Recuperado de <https://bit.ly/2FBN7qT>
- Martín, M. (2009). De las Asociaciones Profesionales al Consejo General de Trabajo Social. Conmemoración del 25 aniversario del Consejo General de Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, 86, 43-56.

- Martínez, J. (1990). *Importancia del concepto de riesgo en Salud Materno-Infantil. Una aportación a partir del programa de vacunaciones de Andalucía*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2012). *Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la Violencia de Género en el SNS. Año 2012*. Recuperado el 15 de diciembre de 2018, de <https://bit.ly/2Uw1IDG>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Memoria. Convocatoria 2017 para la identificación, recogida y difusión de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de <https://bit.ly/2ZdUVrQ>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Carcedo traslada a las CC.AA. el plan de mejora de la Atención Primaria y las actualizaciones en la formación sanitaria especializada (Notas de Prensa)*. Recuperado el 24 de enero de 2019 de <https://bit.ly/2Dvtot9>
- Miranda, M. (2001). La TBC, Cabot y el rol asignado al Trabajo Social en Salud. *Revista Trabajo Social y Salud*, 40, 231-267.
- Moix, M. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid. Trivium.
- Mondragón, J. y Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 en New York. Recuperado de <https://bit.ly/2APa8W3>
- Nasw Foundation (2006). *Nasw Social Work Pioneers*. Recuperado 3 de noviembre de 2015, de <https://bit.ly/2GgAlda>

Orden 13 de abril de 1983, por la que se establecen las directrices para la elaboración de los Planes de Estudio de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 93, de 19 de abril de 1983, pp. 10799-10801. Recuperado de <https://bit.ly/2UMS4GR>

Orden de 2 de septiembre de 1985, que, en desarrollo del Decreto anterior, aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 90, de 19 de septiembre de 1985, pp. 2685-2688. Recuperado de <https://bit.ly/2Gisd0n>

Orden de 31 de julio de 1964 por la que se aprueba el plan de estudios y cuadro horario de las enseñanzas de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 193, de 12 de agosto de 1964, pp. 10604-10605. Recuperado de <https://bit.ly/1O6xibu>

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 noviembre de 2018, de <https://bit.ly/XitfkQ>

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado de <https://bit.ly/2G3XfZt>

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Canadá: OMS, y Asociación Canadiense de Salud Pública. Recuperado de <https://bit.ly/2XOL1II>

Palacios, J., García, P. y Litago, R. (2007). Trabajadores Sociales en Atención Primaria de Salud; un colectivo en situación de discriminación e invisibilidad en el Sistema Público de Salud por exclusión del estamento sanitario. *Trabajo Social y Salud*, nº 58, 193-199.

Perelló, S. (2009). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Dykinson.

- Pérez, D. (2011). El SAMUR Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 94, 9-31.
- Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 27, de 1 de febrero de 1984, pp. 2627-2629. Recuperado de <https://bit.ly/2VEi5VR>
- Real Decreto 1850/1981, de 20 de agosto, sobre incorporación a la Universidad de los estudios de Asistentes Sociales como Escuelas Universitarias de Trabajo Social. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 206, de 28 de agosto de 1981, p. 19786. Recuperado de <https://bit.ly/2lgfi2e>
- Recarte, F. y Munuera, P. (2008). *Retazos de una historia. Veinticinco años del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid (1982-2007)*. Madrid: Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.
- Resolución de 28 de julio de 2000, de la Universidad de Jaén, por la que se publican los planes de estudios para la obtención de diversos títulos. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 202, de 23 de agosto de 2000, pp. 30123-30191. Recuperado de <https://bit.ly/2X6Bnnp>
- Richmond, M. E (1922). *Social Casework. What is social case work?*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Richmond, M. E. (1993). *Caso Social Individual* (3ª ed.). Buenos Aires, Humanitas
- Rosenblatt, A. y Waldfogel, D. (1983). *Handbook of Clinical Work*. San Francisco, Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Rubí, C. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Barcelona: La Llar del Llibre.



Sánchez, M. (2006). Rincones, esquinas y vericuetos del Trabajo Social Sanitario, en Atención Primaria de Salud. Andalucía. *Documentos de Trabajo Social*. 38, 71-89.

Seguridad Social (2018). *¿Qué son las mutuas?* Recuperado el 31 de enero de 2019 de <https://bit.ly/2X5Pr0l>

Servicio Andaluz de Salud (1999). *Memoria 1998. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2S2HtWO>

Servicio Andaluz de Salud (2000). *Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2P2W94l>

Servicio Andaluz de Salud (2001). *Memoria 1999. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2WaUYmD>

Servicio Andaluz de Salud (2001). *Memoria 2000. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2U8KfHw>

Servicio Andaluz de Salud (2002). *Memoria 2001. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2U8JKx0>

Servicio Andaluz de Salud (2003). *Memoria 2002. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2G4g8LX>

Servicio Andaluz de Salud (2004). *Memoria 2003. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2D7EL9K>

Servicio Andaluz de Salud (2005). *Memoria 2004. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2GbQm8O>

Servicio Andaluz de Salud (2006). *Memoria 2005. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2D5Sr5e>

Servicio Andaluz de Salud (2007). *Memoria 2006. Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2G4cVfw>

Servicio Andaluz de Salud (2010). Evolución de la sanidad andaluza. 25 años de las transferencias sanitarias. *Boletín electrónico Interes@s*, 20. Recuperado de <https://bit.ly/2Ksb09Z>

Servicio Andaluz de Salud (2010). *Servicio Andaluz de Salud 2007-2008. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2lrWH2o>

Servicio Andaluz de Salud (2010). *Servicio Andaluz de Salud 2009. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2UaJ35S>

Servicio Andaluz de Salud (2011). *Servicio Andaluz de Salud 2010. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2IcqYD3>

Servicio Andaluz de Salud (2012). *Servicio Andaluz de Salud 2011. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2UOqcSC>

Servicio Andaluz de Salud (2013). *Servicio Andaluz de Salud 2012. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2UMOzA5>

Servicio Andaluz de Salud (2014). *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Recuperado el 15 de noviembre de 2018 de <https://bit.ly/2uZggr9>

Servicio Andaluz de Salud (2014). *Servicio Andaluz de Salud 2013. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2Z6iAdp>

Servicio Andaluz de Salud (2015). *Servicio Andaluz de Salud 2014. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2IsLizh>

Servicio Andaluz de Salud (2016). *Servicio Andaluz de Salud 2015. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2Ie7RIK>

Servicio Andaluz de Salud (2017). Recursos de Atención Primaria a 31 de diciembre de 2016. Recuperado de <https://bit.ly/2GgHBLO>

Servicio Andaluz de Salud (2017). *Servicio Andaluz de Salud 2016. Información básica*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2D81LWr>

Servicio Andaluz de Salud, (2018). *Atención Primaria de Salud en Andalucía*. Sevilla: SAS. Recuperado de <https://bit.ly/2D7DG1G>

Urosa, B. (1993). Metodología y técnicas de investigación social. En Juárez M. (Ed.), *Trabajo Social e Investigación. Temas y perspectivas* (pp. 81-98). Madrid: UPCO.

Vicerrectorado de Relaciones con la Sociedad e Inserción Laboral, (2018). *Informe de Inserción Laboral de la Universidad de Jaén 2018*. Jaén: Universidad de Jaén. Recuperado de <https://bit.ly/2G4SUFu>

Videgain, C. e Ituarte, A. (1995). El trabajador social en atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 3 (6), 382-451.



# ANEXOS



## Anexo I. Cuestionario del estudio

### SITUACIÓN ACTUAL DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ANDALUCÍA

#### A. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

##### 1. Sexo

- Mujer
- Hombre

##### 2. Edad

##### 3. Por favor, indique la provincia donde trabaja

- Almería
- Cádiz
- Córdoba
- Granada
- Huelva
- Jaén
- Málaga
- Sevilla

**4. La Unidad de Gestión Clínica o Centro de Salud donde trabaja, se ubica en:**

- Entorno urbano
- Entorno rural
- Mixto

**5. ¿En cuántas Unidades de Gestión Clínica o Centros de Salud desarrolla su actividad profesional?1**

**6. ¿A cuántos centros diferentes tiene que acudir a lo largo de la semana?**

- Toda la semana permanece en el mismo centro
- Tiene que ir a dos centros diferentes
- Tiene que ir a tres centros diferentes
- Tiene que ir a cuatro o más centros diferentes

**7. En la actualidad, su situación laboral es:**

- Plaza en propiedad
- Interino/a
- Contrato temporal



**B. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**8. Tiempo en años que lleva trabajando como Trabajadora Social en Atención Primaria de Salud**

**9. Experiencia laboral como Trabajadora Social, diferente a la que está ejerciendo en la actualidad en Atención Primaria de Salud.**

*(Seleccione todos los que correspondan)*

- Otros niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud
- Servicios Sociales Comunitarios
- Servicios Sociales Especializados
- En otros servicios, dentro de la Administración Pública
- En ONGs, asociaciones, etc.
- En entidades privadas
- Ninguna

### C. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y EXPERIENCIA INVESTIGADORA

**10. Además de la titulación exigida para acceder al puesto de trabajo que ocupa en la actualidad (Asistente Social, Diplomada o Diplomado en Trabajo Social, Graduado o Graduada en Trabajo Social), ¿posee alguna otra formación reglada?**

*(Seleccione todos los que correspondan)*

- Otra Diplomatura, distinta a la exigida para ocupar su puesto de trabajo actual
- Licenciatura
- Adaptación al Grado en Trabajo Social
- Máster
- Doctorado
- Ninguna

**11. Independientemente de la formación 'académica', en los últimos 5 años, ¿ha realizado alguna actividad (formación, investigación, etc.) orientada al reciclaje y aumento de sus competencias profesionales?**

- Sí
- No

**12. En el centro donde usted trabaja, la investigación es una actividad:**

- Inexistente
- Excepcional y aislada
- Habitual y continuada

**13. A lo largo de su experiencia en Atención Primaria de Salud, ¿en cuántos proyectos de investigación y/estudios sociales ha participado?**

**14. Nº de cursos de formación continuada que ha realizado en los últimos 5 años**

**15. Nº de reuniones científicas a las que ha asistido en los últimos 5 años (congresos, jornadas, etc.).**

**16. Nº de comunicaciones, posters, etc. Presentados en reuniones científicas en los últimos 5 años**

**17. Nº de artículos publicados en los últimos 5 años**

**18. Nº de libros o capítulos de libro editados en los últimos 5 años**

**19. En relación a los artículos editados, podría decir el tipo de revista donde han sido publicados:**

- Revistas específicas o directamente relacionadas con el Trabajo Social
- Revistas relacionadas con otras disciplinas
- No he publicado

**20. ¿En qué revistas ha publicado sus artículos?**

*(Poner el título completo de la revista)*

---

---

---

#### D. PERCEPCIÓN SITUACIÓN PROFESIONAL-LABORAL

##### 21. ¿Cuáles son las tareas de intervención directa que desempeña con mayor frecuencia?

*(Puede señalar cinco respuestas como máximo)*

- Entrevistas a usuarios
- Sesiones de grupo
- Información, orientación, derivación
- Atención telefónica
- Visitas domiciliarias
- Valoración diagnóstica
- Elaboración de planes de intervención
- Contacto con el entorno social

##### 22. ¿Cuáles son las tareas de intervención indirecta que desempeña con mayor frecuencia?

*(Puede señalar ocho respuestas como máximo)*

- Tareas administrativas
- Elaboración de informes, fichas o historias sociales
- Reuniones con otros profesionales
- Comunicación telefónica con persona no usuarias
- Tareas de autoformación
- Organización de conferencias, charlas
- Organización de campañas de prevención o promoción
- Conocer recursos sociales
- Realizar diario de campo
- Tramitar prestaciones y recursos
- Elaboración de proyectos y memorias
- Impartir cursos de formación, charlas
- Supervisión de otros profesionales
- Supervisión de prácticas de alumnos/as
- Realizar o participar en estudios o investigaciones

**23. ¿Qué porcentaje de su jornada mensual dedica a cada uno de los siguientes tipos de intervención?**

	Menos del 20%	Entre el 20% y el 30%	Entre el 30% y el 40%	Entre el 40% y el 50%	Entre el 50% y el 60%	Entre el 60% y el 70%	Más del 70%
Intervención individual y familiar (atención directa en consulta y/o domicilio, abordaje a familias en riesgo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención a la comunidad (abordaje comunitario, abordaje grupal en actividades preventivas, educación y promoción de salud, atención al riesgo social en salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organización y documentación (trámites administrativos, elaboración de informes sociales, memorias de actividad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programación y planificación de intervenciones directas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinación y colaboración: con el equipo de salud, interniveles y/o interinstitucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Según su opinión, el tiempo que dedica a las siguientes actividades es:**

	Escaso	Suficiente	Excesivo
Intervención individual y familiar (atención directa en consulta y/o domicilio, abordaje a familias en riesgo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención a la comunidad (abordaje comunitario, abordaje grupal en actividades preventivas, educación y promoción de salud, atención al riesgo social en salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organización-documentación (trámites administrativos, elaboración de informes sociales, memorias de actividad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programación y planificación de intervenciones directas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinación y colaboración: con el equipo de salud, interniveles y/o interinstitucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. ¿Con qué frecuencia desarrolla su trabajo en coordinación/conjuntamente con otros profesionales del equipo?**

- Siempre
- Con bastante frecuencia
- Raras veces
- Nunca

**26. Ordene del primero al último lugar, los profesionales con los que trabaja en equipo con mayor frecuencia.**

*(1: Más frecuente – 7: Menos frecuente)*

	1	2	3	4	5	6	7
Médicos/as de familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacéutico/a, veterinario/a, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajadoras/es sociales de otros niveles asistenciales (hospital, salud mental, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajadoras/es sociales de otros sistemas de protección (servicios sociales, educación, vivienda, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. ¿En su Área de Gestión Sanitaria (AGS) o Distrito Sanitario de Atención Primaria (DSAP), existe algún profesional que realice funciones de coordinación de los profesionales de Trabajo Social?**

*(Planificación de tareas conjuntas para todos los profesionales, homogeneización de estrategias profesionales, evaluación cuantitativa y cualitativa de las actuaciones llevadas a cabo por los y las trabajadores/as sociales, notificación de los resultados a los/as profesionales para establecer propuestas de mejora, etc.)*

Sí

No



**28. Considera que la existencia de la figura de coordinación es:**

*(Valore de su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. Puntuación: 1. Totalmente en desacuerdo - 2. En desacuerdo - 3. De acuerdo - 4. Totalmente de acuerdo)*

	1	2	3	4
No creo que sea necesaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo ayuda para gestionar las vacaciones y que el servicio quede cubierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda a visibilizar la actividad realizada por los/as profesionales de trabajo social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muy necesaria para impulsar acciones conjuntas de los profesionales de trabajo social del AGS o DSAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fundamental para evaluar los resultados de la actividad profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es indispensable para lanzar y promover propuestas de mejora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. ¿Qué aspectos de su trabajo considera que son más positivos y cuáles más negativos? (Valoración: 1 negativo, 4 positivo)**

	1	2	3	4
Autonomía para ejercer mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato con las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestigio profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidades de promoción profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variedad en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente/clima de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibir información de mi empresa sobre el trabajo realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidades de investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30. En su trabajo, su satisfacción profesional mejoraría si ...**

*Puntuación: 1. Totalmente en desacuerdo - 2. En desacuerdo - 3. De acuerdo - 4. Totalmente de acuerdo)*

	1	2	3	4
Si en mi centro de salud se trabajase más en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si en todos los centros donde trabajo dispusiese de un espacio adecuado para la atención de los usuarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tuviese facilidad de mis superiores para acudir a congresos y actividades de formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si hubiera mejor coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tuviera posibilidades de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tuviera premios y/o reconocimiento a la labor bien desarrollada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pudiera trabajar sin estrés, sin prisas y sin agobios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mis propuestas fueran escuchadas y estudiadas-aplicadas por mis superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tuviera más facilidad para constituir o formar parte de grupos de investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no percibiera problemas de intrusismo profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tuviera mayor estabilidad en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pudiera ver los resultados de mi propio trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. En relación a las siguientes afirmaciones, podría indicarnos si contribuyen positivamente a la calidad, desarrollo y visibilización del Trabajo Social Sanitario.**

	Nada	Poco	Bastante
Medir la actividad profesional de modo cuantitativo es suficiente para conocer el trabajo realizado por los/as profesionales de trabajo social en APS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectuar evaluaciones cualitativas de la actividad realizada contribuye a visibilizar la aportación de los/as trabajadores/as sociales a la salud de la población	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La existencia de un/a coordinador/a de los/as trabajadores/as sociales contribuye positivamente a la calidad, desarrollo y visibilización de la profesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponer de un lenguaje común para definir la problemática social atendida es indispensable para dar una imagen corporativa de la profesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. De todas las acciones (proyectos, talleres, grupos, investigaciones, etc.) que ha realizado durante el último año, elija 3 que considere que han supuesto una aportación directa del Trabajo Social al Sistema Sanitario e indíquelas a continuación.**

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_

**33. Podría identificar los problemas / dificultades que encuentra en la realización de su trabajo diario.**

*(Por favor exprese con ideas claras y concisas)*

---

---

---

**34. Podría indicar algunas propuestas de mejora para el desarrollo profesional de los y las trabajadoras sociales de Atención Primaria de Salud en un futuro próximo.**

*(Por favor, exprese con ideas claras y concisas).*

---

---

---

Muchas gracias por su colaboración

Si desea alguna otra información relacionada con este estudio, puede contactar conmigo a través del siguiente correo electrónico: [jpvillar@ujaen.es](mailto:jpvillar@ujaen.es)

Para terminar, pulse sobre el botón de enviar para completar el proceso.

## **Anexo II. Escrito enviado a las personas de enlace en cada provincia**

Estimada compañera,

Tal y como hemos hablado por teléfono acerca de la “Investigación sobre los profesionales de Trabajo Social en APS”, adjunto te envío la carta preparada para que la reciban todos los compañeros que trabajan en tu provincia.

En la carta está el enlace al cuestionario. Se tiene que responder on-line, y es totalmente confidencial, una vez que se le da a enviar la información se vuelca en una base de datos para su tratamiento estadístico.

Me gustaría llegar a todos los profesionales de Trabajo Social de APS de Andalucía, para lo que estoy intentando contactar, con al menos una persona de cada distrito y/o provincia, y les estoy solicitando que, además de responder al cuestionario, lo difundan entre sus compañeros/as.

Se les puede enviar la carta que te adjunto directamente, donde tal y como he explicado antes, aparece el enlace que remite al cuestionario para su cumplimentación, ya que teniendo en cuenta la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, creo que esa puede ser la opción más adecuada. Aunque si alguien desea que le envíe el correo directamente, por mi sin ningún problema.

Lo importante es que lo responda el máximo número de personas posible, por lo que te rogaría se lo hicieras llegar y les motivases acerca de la importancia de su respuesta.

Aparte de su utilidad para mi tesis, creo que también puede ser de utilidad para el colectivo tener un conocimiento más exhaustivo acerca sus características y perfil profesional.

Mi pretensión es obtener una descripción del perfil profesional de los TTSS, ya que pienso que, aunque su número sea muy reducido en el SAS, el capital humano que suponen para la organización es muy importante.

En la carta adjunta aparecen mis teléfonos y correo electrónico, por si alguien quiere conectar conmigo directamente

Gracias por todo y un saludo

Juana

### **Anexo III. Carta de presentación para los y las participantes**

Estimada/o compañera/o,

Mi nombre es Juana Pérez Villar y en la actualidad soy profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Jaén.

Anteriormente he ejercido profesionalmente como trabajadora social en Atención Primaria de Salud, de ahí el especial interés en el Trabajo Social Sanitario.

El presente cuestionario forma parte de una investigación sobre la situación actual de los/las profesionales de Trabajo Social de Atención Primaria de Salud en Andalucía, que estoy realizando para mi tesis doctoral.

El objetivo es definir las características socio-demográficas y el perfil profesional de los/las TTSS de APS, así como valorar algunos aspectos referentes a su nivel de satisfacción con su actividad laboral.

Por este motivo, me pongo en contacto contigo solicitándote que respondas al presente cuestionario. Ello no te llevará más de 15 minutos. Me imagino que tendrás muchas obligaciones, pero considero que puede ser de mucha utilidad tener un conocimiento más exhaustivo del perfil profesional de los y las trabajadoras sociales en la atención primaria de salud, y describir que percepción tienen sobre su situación profesional-laboral.

El cuestionario se responde on-line y te garantizo de antemano el absoluto anonimato y secreto de las respuestas en el más estricto cumplimiento de las leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales.

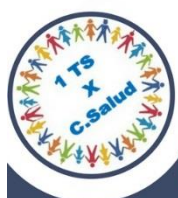
Enlace al cuestionario: <http://goo.gl/forms/eslypG0pQI>

Esperando tu participación en la investigación, recibe un cordial saludo.

*Juana Pérez Villar  
Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales  
Universidad de Jaén*

Teléfonos:  
E-mail:

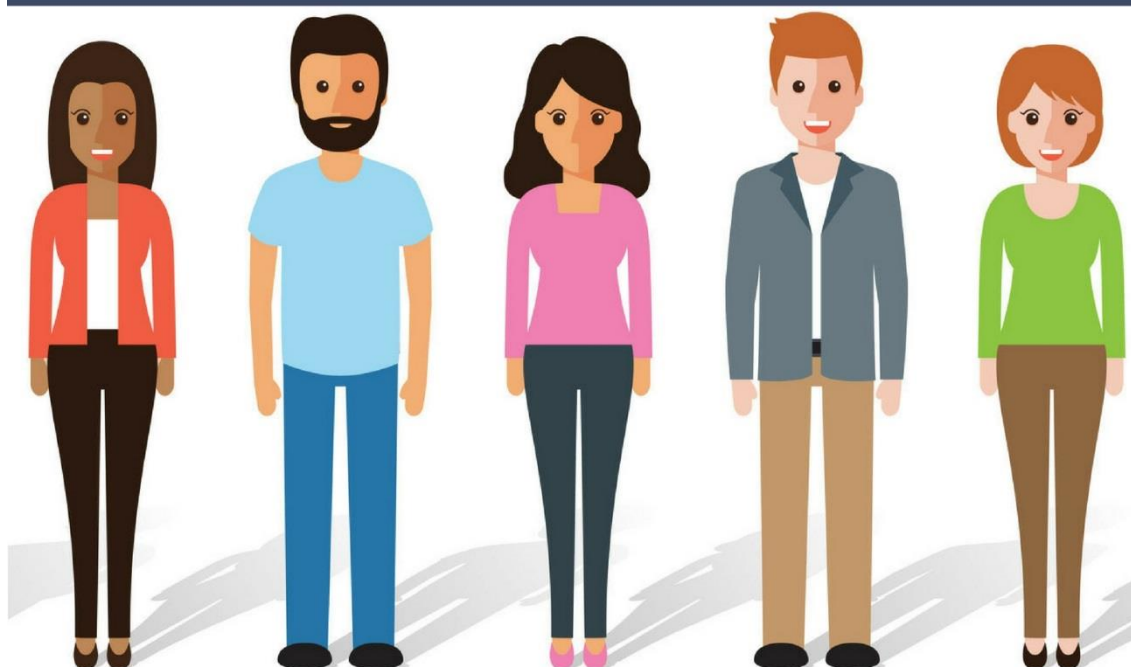
## Anexo IV. CAMPAÑA 1 trabajador/a social por Centro de Salud



# CAMPAÑA

## UN/A TRABAJADOR/A SOCIAL POR CENTRO DE SALUD

#1TSxC.Salud



*información*

[consejoandaluz@cgtrabajosocial.es](mailto:consejoandaluz@cgtrabajosocial.es)

o en el  
Colegio Profesional de Trabajo Social  
más cercano

