

Título : **SENTIDO DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD**

Autora : Amaya Ituarte Tellaeche

Diplomada en Trabajo Social. Psicoterapeuta Familiar y de Pareja.

Servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de Ortuella

(Osakidetza – Servicio Vasco de Salud).

Resumen: Partiendo de tres conceptos fundamentales: *Salud*; *Social*; *Trabajo Social en Salud*, se analizan las aportaciones que el Trabajo Social hace al campo sanitario; se plantea el problema de la invisibilidad (o dificultad de identificación) de los trabajadores sociales en el sistema de salud en nuestro país y se señalan algunas posibles hipótesis explicativas del problema, que tratan de abrir nuevas vías de discusión en la búsqueda del *sentido del Trabajo Social en Salud*. Para la mayor claridad de la exposición, el texto se ha dividido en cuatro apartados: 1. Introducción. 2. Salud. Social. Trabajo Social en Salud. 3. Algunas hipótesis para seguir profundizando. 4. Conclusiones.

Palabras Clave : Salud. Social. Trabajo Social en Salud.

1.- INTRODUCCIÓN.

Estamos reunidos en esta mesa con el objetivo de reflexionar sobre *el sentido*, es decir sobre la razón de ser o la finalidad, que tiene la presencia del Trabajo Social en el amplio campo de la atención a la salud y, más concretamente, en los diferentes contextos sanitarios.

Para ayudarnos a centrar la reflexión partiré de una realidad: la presencia efectiva (desde hace más de un siglo en EEUU y en algunos países europeos, y desde hace más de cincuenta años en España) del Trabajo Social en los contextos sanitarios; haré una breve exposición de las razones que justifican y exigen la presencia de nuestra profesión en este campo y expondré además el concepto y los objetivos del Trabajo Social en Salud tal como yo los entiendo; y para finalizar esta primera parte de mi intervención señalaré cómo, a pesar de todo lo expuesto, los trabajadores sociales somos en muchas ocasiones si no *invisibles* sí *difícilmente identificables* (y, muy a menudo, *erróneamente identificados*) para y por los diferentes componentes del sistema sanitario.

Señalaré algunas hipótesis que me parece pueden ayudarnos a explicar esta situación: 1) El hecho de que a pesar de que formalmente se acepta la definición de salud de la OMS y la más actualizada *definición ecológica de salud*, en la práctica el sistema sigue primando la atención a lo biológico sobre lo psicológico y lo social, no comprendiendo realmente el significado que este término encierra. 2) Tal vez los TTSS no hemos explicado – ni nos hemos explicado a nosotros mismos- adecuadamente el *significado del concepto social* en el contexto científico-teórico y práctico-profesional del Trabajo Social. 3) La *identidad profesional del trabajador social sanitario* no está bien definida ni delimitada y ésta es otra –importante- parte del problema.

Entiendo que no me corresponde, en mi papel de moderadora, dar respuestas, sino plantear preguntas o presentar líneas de discusión. Eso es lo que pretendo hacer a partir de este momento esperando que estas ideas, unidas a las aportaciones de los ponentes, propicien una reflexión y una discusión participativa y abierta que nos permitan ir avanzando en la búsqueda del *sentido del Trabajo Social en Salud* y en su correspondiente plasmación en nuestra presencia en el Sistema de Salud.

2.- SALUD. SOCIAL. TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

Según la OMS:

“La salud es un estado de completo bienestar, físico, psicológico y social; y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad” . (OMS, 1948. Citado en Ferrara et al., 1976: 3).

“La definición de Salud de la OMS:

1. Supuso un importante avance sobre concepciones anteriores, que reducían la salud a la ausencia de enfermedad.
2. Introdujo la necesidad de tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales, además de los físicos o somáticos.
3. Sin embargo, no es suficientemente explicativa, ni universalmente aplicable, es absoluta y atemporal.
4. No tiene en cuenta los aspectos subjetivos.
5. Parece establecer una preeminencia de lo físico sobre los psicológico y social, que no se justifica; y finalmente
6. Es poco operativa”. (Ituarte, A., 2001: 3).

“Concepto *Ecológico* de Salud:

- “Situación relativa, variable y dinámica que se produce en la interacción positiva entre los seres humanos y su contexto ecológico (natural y social).
- Si la interacción es negativa, se produce la enfermedad” (Basado en: San Martín, H., 1975: 3; 11-18).

“Las características del concepto ecológico de salud son:

- Es explicativo y se refiere a interacciones
- Universalmente aplicable
- Tiene en cuenta el tiempo: es histórico

- Tiene en cuenta los aspectos subjetivos: vivencias
- No establece solución de continuidad entre salud ----- enfermedad,
(no es un concepto absoluto)
- Afirma que salud y enfermedad son procesos sociales que se producen en y de la interacción entre los seres humanos y su contexto (natural y social)
- Es operativo y permite establecer medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria” (Ituarte, A., 2001: 3-4).

La salud y la enfermedad son, por tanto, procesos sociales y personales en las que lo somático, lo psicológico y lo social (que implica lo **relacional**, lo cultural, lo ético, lo estético, etc., etc.) son tres aspectos relacionados e indisolubles. Y ello tiene consecuencias tanto en la atención a la salud de la comunidad (Salud Pública) como en la atención a la salud de las personas individuales o de grupos concretos de población.

“De ahí podemos inferir:

- Que la *clásica* disociación entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano carece de fundamentos (reales y científicos) serios en los que sustentarse.
- Que, por el contrario, esos tres aspectos están totalmente interrelacionados e imbricados, de tal manera que configuran una *realidad única e irrepetible, una persona concreta en una situación concreta*.
- Que, por lo tanto, no será posible comprender la realidad de esa persona si no se tienen en cuenta todos ellos, sus interrelaciones y las consecuencias de esas interrelaciones, así como el hecho de que sus vivencias, su *realidad interna, no son un mero reflejo de la realidad externa*.

- Que un conflicto, un problema o una disfunción en cualquiera de esos aspectos afecta al conjunto de la persona (y ello implica a su contexto relacional) y puede, consecuentemente, afectar a su estado de salud, mientras que *cualquier problema de salud afectará a todos ellos*.
- Finalmente, como consecuencia de todo lo anterior, que *la atención en salud implica necesariamente la atención a esos tres aspectos* y ello tanto en lo que respecta a los niveles de prevención primaria, como de prevención secundaria o terciaria". (Ituarte, A., 2001: 12).

Parece importante, en este momento, reflexionar acerca del significado del concepto *social*. Lo haremos siguiendo una interesante aportación de H. S. Falck.

"Existe, entre los trabajadores sociales médicos y psiquiátricos, una tendencia importante a considerar que *los pacientes tienen un contexto social*, como si se tratara de algo externo a ellos... Desde el punto de vista del Trabajo Social la enfermedad no es un acontecimiento médico; es un acontecimiento social. Los miembros del contexto social del paciente están tan afectados por la enfermedad de éste como lo están por todo lo que él/ella hace. Están afectados, son responsables, sus vidas están influenciadas por la enfermedad, y ellos a su vez también ejercen influencia sobre el curso y a menudo sobre la naturaleza de la enfermedad. La situación es social, el acontecimiento es social, la intervención es social... Los valores del Trabajo Social... proclaman la interdependencia entre los seres humanos, no sólo como un ideal sino como un hecho científicamente demostrable... La ética del Trabajo Social descansa en la idea *sagrada* (sic) de *la persona en su contexto social*... El trabajador social médico o psiquiátrico puede hablar con una sola persona ... pero aquello de lo que habla, aquello en lo que se centra, la preocupación esencial es la persona como parte de otros... Hay que ver a la persona como un *individuo en una situación social*, no separado de esa situación e individualizado". (Falck, H.S., 1990: 70).

Es de esa comprensión de lo social como *relacional o psicosocial*, de donde se deriva la razón y la necesidad del Trabajo Social en Salud, como campo específico de intervención profesional, y de la presencia de los trabajadores sociales en los diferentes contextos del sistema sanitario. Presencia histórica, a la que ya nos hemos referido, pero que en nuestro país sigue siendo difícil y conflictiva. Así, sin ánimo de hacer una revisión exhaustiva, en los hospitales (donde los TTSS llevan más de cincuenta años de ejercicio) es todavía poco habitual encontrar *Departamentos de Trabajo Social*, bajo la dirección de trabajadores sociales, con dependencia directa de la gerencia, y con un rango similar al de otros departamentos hospitalarios. Tampoco es habitual (ni posible, dada la general escasez de trabajadores sociales en los hospitales) que los TTSS se integren en los distintos equipos y especialidades e intervengan en todo el *proceso de atención a los pacientes y a sus familias (tarea que los TTSS sanitarios deberían primar)*. Por el contrario, suelen ser llamados para la atención o resolución de necesidades concretas, en momentos puntuales del proceso y no suele existir, en muchas ocasiones, ninguna continuidad de cuidados. La existencia de excepciones, no niega la generalidad de las situaciones a que me refiero.

En Atención Primaria (A.P.) y Especializada (A.E.) las cosas no son mejores. Respecto de la segunda, la presencia de TTSS es prácticamente testimonial. Y a pesar de que la Ley General de Sanidad exigía la presencia de TTSS en los dispositivos de A.P., hay muchos centros de A.P. sin trabajador social; en ocasiones un solo trabajador social debe atender varios equipos y grandes y diversas áreas de población. La situación varía mucho de unas comunidades autónomas a otras y entre las diversas comarcas sanitarias dentro de una misma comunidad. Y cuando los TTSS están presentes no siempre son considerados como *miembros naturales del equipo* y a menudo encuentran grandes dificultades para realizar Trabajo Social. Lo que muchas veces se espera de ellos es que resuelvan problemas concretos relacionados, generalmente, con el uso de “recursos sociales”, *sin inmiscuirse* en la situación del paciente y de la familia (!). ¡Y eso después de más de veinte años de presencia en A.P.! Y en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias

sencillamente ¡no aparecemos!. Pero algo de todo esto tendrá que ver, sin duda, con nuestra –ya larga- práctica en el campo sanitario.

Como definió Teresa Zamanillo,

“El Trabajo Social es la disciplina científica que se ocupa, precisamente, de todos los fenómenos que tienen que ver con el malestar psicosocial de las personas, prestando especial atención tanto a los factores que influyen en la génesis de los conflictos psicosociales como a las diversas formas que adquiere la vivencia personal de esos conflictos”. (Zamanillo, T., 1992: 68).

La finalidad del Trabajo Social no es, sin embargo, el mero conocimiento sino la intervención psicosocial dirigida a prevenir la aparición de esos conflictos psicosociales y a ofrecer medios de tratamiento que permitan superar, o cuando menos aliviar, el padecimiento personal del malestar psicosocial.

Por tanto, podemos definir el Trabajo Social en Salud como

“La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud --- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas”. (Ituarte, A., 1994: 277).

“El Trabajo Social aporta al campo sanitario:

1. La comprensión de la interrelación entre factores psicosociales y calidad de salud de individuos, grupos y comunidades.
2. El estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones concretas de malestar psicosocial que inciden en la aparición o exacerbación de trastornos físicos y/o mentales, o que puedan producirse como consecuencia de procesos patológicos y que deben ser tenidas en cuenta en el contexto general de la intervención sanitaria.

De ahí se siguen dos objetivos generales y complementarios del Trabajo Social en Salud:

1. **Objetivo Socio-Epidemiológico:** Investigación comprensión e interpretación de los factores psicosociales que inciden en la salud de la comunidad, y de las formas en que lo hacen; análisis de procesos sociales emergentes y de sus posibles consecuencias respecto de la salud de la población; actitudes y comportamientos de los grupos sociales respecto de la salud y de la enfermedad; demanda y utilización real de los servicios sanitarios; niveles de adecuación de los servicios existentes, en cuanto a calidad y cantidad, a las necesidades reales de la población; establecimiento de estrategias de intervención psicosocial y socio-sanitaria tendentes a potenciar los aspectos psicosociales más saludables y a disminuir los que presentan mayores riesgos para la salud.
2. **Objetivo Clínico:** Investigación, diagnóstico y tratamiento (individual, familiar o grupal) del padecimiento psicosocial de las personas en relación a los problemas de salud.

Ambos objetivos y, consecuentemente, las diferentes formas de intervención del trabajador social en el contexto sanitario a que dan lugar, son igualmente importantes e imprescindibles. No solamente no son contrapuestas sino que son complementarias y están estrechamente relacionadas: la intervención socio-epidemiológica sirve de marco operativo general a la intervención clínica, que a su vez aporta datos relevantes para la primera". (Ituarte, A., 2001: 18-19. 2004: 88-89).

A modo de resumen de lo expuesto hasta el momento, podemos señalar:

1. "La salud y la enfermedad son resultado de la interacción entre factores sociales, físicos y psicológicos.
2. La atención de salud implica, por lo tanto, la atención a esos tres tipos de factores.

3. El Trabajo Social, como disciplina que se ocupa de los fenómenos que tienen que ver con la génesis de los conflictos psicosociales y con el tratamiento de las situaciones de malestar psicosocial, tiene un importante (e histórico) campo de intervención en el contexto sanitario.
4. El trabajador social interviene, en ese contexto, de dos maneras genéricas: a) como epidemiólogo social; y b) como clínico.
5. Ambas formas de intervención son igualmente importantes e imprescindibles para el logro de los objetivos de salud. La intervención socio-epidemiológica sirve de marco operativo a la intervención clínica, que a su vez aporta datos relevantes a la primera.
6. En la práctica y aunque el mayor peso recaiga según la ubicación del trabajador social en el contexto sanitario en uno u otro tipo de intervención, **el trabajador social sanitario siempre deberá integrar ambos aspectos como consecuencia de aquello que profesionalmente le define y le identifica: 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, A., 2001:30.2004:88-89).^{1, 2, 3}

¹ REALIDAD PSICOSOCIAL (O INTERPERSONAL): es la realidad vivencial dialéctica del sujeto o *lugar de encuentro de la intersubjetividad*. Y se refiere a la forma estrictamente individual y particular en que una persona determinada, a partir de las *primeras relaciones objétales*, ha introyectado su contexto interpersonal o social (*el otro, los otros*) y a la manera en que, consiguientemente, se relaciona con ese contexto. (Ituarte, A., 2002:42).

² CONFLICTO PSICOSOCIAL: es el que se produce por la colisión entre las demandas y expectativas del sujeto y las del contexto que, respectivamente, no pueden satisfacerse. El origen último del conflicto psicosocial puede radicar en factores intrapsíquicos, interpersonales, o de cualquier otra índole (culturales, religiosos, económicos ...), pero siempre se manifiesta en el terreno de las relaciones interpersonales. (Ituarte, A., 2002: 42).

³ MALESTAR PSICOSOCIAL: es el correlato vivencial del conflicto psicosocial, que casi siempre precede a cualquier conciencia de ese conflicto y con frecuencia lo enmascara totalmente. (Ituarte, A., 2002: 42).

Una última y breve reflexión acerca de la *invisibilidad* o *identificación errónea* de la que hablaba al principio; no quisiera que se entienda como una crítica, sino como la constatación de una situación que merece un análisis y necesita un cambio.

A mi entender esa *invisibilidad* tiene mucho que ver -aunque no sea, ciertamente, la única explicación- con una *actitud reactiva* de los TTSS, que esperan que *alguien* (el paciente, la familia, otro profesional...) se dirija a ellos con una solicitud y es a partir de ahí donde comienzan su intervención que, de esa manera aparece muchas veces como tangencial, desgajada, del resto del tratamiento del paciente. ¿Qué sucedería si actuaran en forma más autónoma, proactiva, tomando ellos la iniciativa, participando en los programas desde el primer momento, haciendo propuestas, etc.?. Se me dirá, y es probablemente cierto, que encontrarían muchas resistencias por parte del personal sanitario; que con atender a la “demanda” ya tienen suficiente carga de trabajo; que hay pocos trabajadores sociales, etc.

Pero *la función hace al órgano* y eso no sólo tiene que ver con lo somático. Si el trabajador social *se hace presente* en un servicio, en un departamento, abierto a los demás y dispuesto a ofrecerles sus conocimientos, es decir su saber y buen hacer profesional, *en forma que resulte útil para la más adecuada atención al paciente* (atendiendo, por ejemplo, a las familias; sirviendo de nexo de unión entre éstas y el equipo sanitario que, muy a menudo, las perciben como una dificultad añadida ...) y *sirva de apoyo profesional* ante situaciones a menudo muy difíciles y estresantes *a los miembros del equipo sanitario*, me atrevería a afirmar que, en un plazo relativamente corto, su labor se entendería y se aceptaría como un elemento importante del conjunto de la intervención sanitaria.

Mientras las tareas principales de los trabajadores sociales sanitarios se centren en la búsqueda y gestión de recursos (*gestión*, por lo demás, muy relativa, ya que el sistema de salud no posee recursos sociales o socio-

sanitarios sino en muy pequeña medida y es preciso acudir a otros sistemas de protección social, que son los que evidentemente los gestionan) además de que, desde luego, no cumplen con sus más importantes funciones y responsabilidades profesionales, no dejarán de ser elementos *marginales* dentro del sistema de salud.

Los recursos sociales y socio-sanitarios son un instrumento (en ocasiones necesario, a veces imprescindible y, otras veces, superfluo y hasta contraproducente) que podemos utilizar, cuando están debidamente indicados tras el correspondiente diagnóstico psicosocial, en el *proceso clínico de atención psicosocial*, que es lo que –insisto, integrado con la intervención socio-epidemiológica– corresponde hacer al trabajador social en el contexto sanitario. Pero de la misma manera que la indicación de fármacos no es –no debiera ser, al menos– la esencia de la atención médica, ni la administración de ellos la de la atención enfermera, el uso de los recursos no puede convertirse, sin negar la esencia misma del Trabajo Social, en el eje de la intervención profesional.

3.- ALGUNAS HIPÓTESIS PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO.

1. A pesar de que, formalmente, se acepta la definición de salud de la OMS y el, más actualizado, *concepto ecológico de salud*, en la práctica concreta, cuando hay que responder a las *demandas concretas de personas concretas* cambia la óptica: en vez de considerar y afrontar los *problemas de salud* desde una perspectiva interactiva y multidimensional, se enfocan desde perspectivas unidimensionales y, a menudo, reduccionistas, de *actuación ante la enfermedad*, en las que unas veces prima la atención a *lo somático* y otras a *lo psicológico*, como si fueran no sólo aspectos distintos sino totalmente disociados, mientras que la atención a *lo social* se relega a otras instancias o, simplemente, se obvia.

Puede haber varias explicaciones de este funcionamiento. Sin ánimo de hacer un análisis exhaustivo trataré de referirme a algunas de entre ellas. Una

primera explicación puede encontrarse en una concepción *clásica* pero todavía vigente, en la que se identifica la salud con lo somático o biológico, en otros términos con aquello que tiene que ver con el cuerpo. Hay también una dificultad para comprender *lo psicológico* y sus implicaciones en el estado de salud de las personas, que queda relegado en manos de “expertos” (ni siquiera hay acuerdo acerca de quiénes son esos expertos, ya que también en este campo hay grandes pugnas entre escuelas y orientaciones). *Lo social*, finalmente, tiende a entenderse como algo externo a la persona, ajeno a su propia esencia, a menudo de orden material y por completo ajeno a las preocupaciones y capacidades del personal sanitario. Este enfoque unidimensional y reduccionista es, desafortunadamente, todavía una realidad en todos los niveles de atención de salud.

Y, sin embargo, la realidad se impone a pesar de los prejuicios. Y lo que la realidad muestra es que el ser humano no se produce a sí mismo, sino que es fruto, siempre e inevitablemente, de algún tipo de relación. *Es, desde su propio origen, un producto relacional, por tanto un producto social*. Es un producto relacional ya antes de su concepción, en cuanto expresión de un deseo – consciente o inconsciente- de sus progenitores (o, al menos, de alguno de ellos); lo es en el momento de su concepción (sea por el método que sea; si es por un método clínico las relaciones se multiplican y se hacen más complejas, pero *siempre es fruto de unas relaciones complejas y multifactoriales*).

Y a partir de ese momento, todo su desarrollo, en todas sus fases, está basado en intrincados y particulares juegos relacionales. Sólo así llegará a ser un *ser humano*. Es a través de las relaciones especiales del feto con su madre –que a su vez, están mediatizadas con las que ésta mantiene con su entorno- como éste va creciendo. Después de su nacimiento, será también a través de la relación con el *otro* (la madre u otra figura significativa) como el niño empezará a percibir la existencia de ese otro (primero en forma parcial, más adelante como otro total) y de un mundo externo, que finalmente le permitirán percibirse a sí mismo. Su crecimiento y desarrollo físico y mental están inextricablemente ligados a sus relaciones. Como dice Tizón: “La génesis pues de la realidad

interna, de la realidad mental, sus características y estructuras básicas, va a coincidir y apoyarse en la *génesis de la primera relación (de objeto)* o, en términos más amplios de las primeras relaciones sociales”. Y añade: “Esa importancia no se refiere sólo a las pautas reaccionales, de conducta (Bergeret), sino incluso a pautas más biológicas como pudieran ser las pautas vegetativas, las inmunitarias, las metabólicas...” (Tizón, J.L., 1998: 23-24).

2. Los trabajadores sociales no hemos sabido explicar (explicar-nos?) con exactitud qué significa el concepto *social en Trabajo Social*.

El término *social* es un término de uso generalizado, con diversos significados en contextos diferentes. Pero dentro del contexto científico y profesional del Trabajo Social tiene un significado particular, que es necesario precisar lo más posible tanto para delimitar aquello de lo que estamos hablando como para poder transmitírselo a terceras personas.

Seguiremos, de nuevo, a Falck, en este intento de explicación. En una traducción lo más exacta posible pero necesariamente libre, dice así:

- 1) “Los problemas a los que los trabajadores sociales se dirigen son sociales en su naturaleza y conllevan un alto grado de probabilidad de ser aliviados por medio de modificaciones en los acuerdos sociales. *Social* significa que sus causas tienen que ver con comportamientos que implican a más de una persona, tanto en el momento presente como en el futuro. *Acuerdo* significa acción/es de varias personas en relación con cada una de las otras.
- 2) El método de mejoramiento y resolución de problemas es social, esto es, las personas actúan en relación a las demás de manera que los resultados sean más deseables que las condiciones que habían propiciado la solicitud de ayuda. Los participantes en este proceso son el/los cliente/es y el trabajador social. Hay que señalar que en una situación que es social a menudo hay clientes, a saber, en [el] trabajo con grupos, en [el] trabajo con familias, en instituciones, *que ayudan a cada uno de los otros* y por lo tanto a sí mismos.

3) El trabajador social aporta los recursos que [él] tiene disponibles y es parte de su función ponerlos a disposición de sus clientes, mediante el uso que clientes y trabajador social hacen de ellos en la relación profesional. Estos son algunos de esos recursos:

- a) El conocimiento de la vida y del desarrollo humano en términos generales, es decir, lo que es común a la mayoría de la gente.
- b) El conocimiento acerca del/de los cliente/es particular/es en la situación (problema) específica.
- c) Habilidades (y técnicas) específicas que se consideran aplicables a esa situación, y basadas en experiencias anteriores con otras personas.
- d) La habilidad del trabajador social para controlar la calidad de su intervención por medio de su auto-observación durante la acción, y en relación con una conciencia permanente acerca de lo que está sucediendo con el cliente en el proceso de ser ayudado.
- e) La habilidad de ambos, cliente y trabajador social, para evaluar los resultados de su trabajo conjunto.

Todos estos aspectos son descriptivos de la práctica del Trabajo Social [y] ayudan a esclarecer por qué son necesarios los trabajadores sociales en los contextos sanitarios". (Falck, H.S., 1990: 68).

Lo que este autor hace no es más que explicar algo que forma parte esencial de los principios del Trabajo Social: la consideración de que **los principales recursos en el proceso psicosocial de ayuda son el cliente (o los clientes), el trabajador social y la relación (o lugar de encuentro de la intersubjetividad** – Ituarte, A.: 2001, 2002) **que se produce entre ellos y que es la que propicia el cambio**. Algo aparentemente tan evidente –tan claro en la teoría- pero sin embargo tan poco inserto en la praxis profesional de muchos

trabajadores sociales, que lleva a muchos de ellos a considerar que *no pueden hacer nada porque carecen de recursos*. Y eso se escucha, demasiado a menudo, entre los TTSS que ejercen en el campo sanitario.

3. La identidad profesional de los **TTSS sanitarios** no está bien definida:

- a) Muchos TTSS sanitarios, y a pesar de tener muchos años de práctica en contextos sanitarios, siguen definiéndose a sí mismos –y *explicándose* por lo tanto a sí mismos y sus funciones- como “si fueran [los representantes de] los Servicios Sociales en el contexto sanitario”. Esta “autodefinición” o autopercepción (que, indudablemente, implica una consideración recíproca por parte del resto del sistema sanitario en sentido amplio: institucional, profesional, y de los potenciales pacientes y/o clientes) tiene consecuencias de gran importancia:
 - Desde el punto de vista de los diferentes sistemas significaría la *intrusión* de un sistema (los Servicios Sociales) en otro (el Sistema de Salud), y, lo que desde el funcionamiento real y cotidiano es aún más importante, una colisión entre políticas y formas de organización que, aunque puedan responder –al menos en teoría- a principios comunes, en su realidad práctica y cotidiana tienen intereses, objetivos, finalidades y formas de intervención muy diferentes, cuando no contrapuestas.
 - Ese planteamiento hace que lo que el sistema sanitario espera del TS se limite a una prestación de recursos sociales que resuelva problemas puntuales que resultan “molestos” al funcionamiento del sistema sanitario; y a la vez sitúa al trabajador social en una posición *extraña*, ajena al sistema, en el que aparece como un mero prestador –externo- de servicios.
 - Niega la posibilidad de que el trabajador social, como un profesional más, intervenga desde su área específica de conocimiento en el análisis, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, tanto desde el punto de vista epidemiológico como en la atención a los problemas personales de salud.

- Dificulta la comprensión que el paciente y su contexto tienen de la ayuda que puede aportarles el trabajador social; muchas personas no *sienten la necesidad* de recurrir a los servicios sociales, ante una situación de malestar que identifican –adecuadamente- con aspectos emocionales, afectivos y relacionales, para los que sí perciben que pueden necesitar ayuda (psicosocial) ; otros se preguntan para qué necesitan otro trabajador social si ya tienen uno referente en los correspondientes servicios sociales y, a menudo, pueden sentirse molestos por la irrupción en su vida y en su intimidad de un tercero al que no logran identificar adecuadamente ni en el contexto sanitario ni en el social.
- b) El trabajador social sanitario tiene que sentirse, en forma simultánea e inseparable, como trabajador social y como sanitario. Desde ahí:
- Será posible su efectiva integración, como un profesional más, en el sistema sanitario, a cuyo mejor funcionamiento en todos los niveles debe hacer aportaciones desde su especificidad profesional como trabajador social.
 - Ello implica que sus objetivos y los objetivos sanitarios deben de ser coincidentes, aunque siempre revisados a la luz de los principios y conocimientos del Trabajo Social, desde donde puede –y debe- hacer propuestas enriquecedoras para una mejora de la atención en salud (tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico-asistencial).
 - Implica, también, la necesidad y la exigencia de una formación básica y amplia en cuestiones relacionadas con la salud en la formación pre-grado; y de una formación permanente de los trabajadores sociales sanitarios en aspectos generales relacionados con la salud y la enfermedad y en los aspectos específicos de los problemas de salud con los que trabajan.
 - Supone asumirse plenamente como profesionales sanitarios, sin renunciar por ello a ser profesionales del Trabajo Social y sin temor a posibles reacciones desfavorables de otros grupos profesionales. El

reconocimiento y el respeto mutuo se logran trabajando juntos, escuchando y respetando las opiniones de los otros, exponiendo posiciones científicamente correctas y fundamentadas y realizando una práctica coherente y de resultados perceptibles.

c) El reconocimiento (y auto-reconocimiento) de nuestra identidad como **trabajadores sociales sanitarios** propiciaría:

- Una mejor atención a los problemas de salud de la población, por cuanto se tendrían en cuenta los aspectos psicosociales (relacionales) a los que nos hemos referido y que tanto peso tienen no sólo en la aparición de problemas sanitarios sino en su evolución y pronóstico.
- Una ampliación del espacio de intervención del trabajo social sanitario, que abarcaría todos los posibles problemas de salud y todos los campos de intervención sanitaria y permitiría la utilización de diferentes modelos y formas de intervención profesional desarrollados en el Trabajo Social; y que no quedaría limitado (como de hecho sucede con mucha frecuencia) a problemas relacionados con la discapacidad, la dependencia o las necesidades de cuidados o de apoyo asistencial básico.
- La posibilidad de que los trabajadores sociales estuvieran presentes y pudieran ofrecer sus conocimientos y su experiencia en todos los contextos sanitarios, no sólo en el sistema sanitario público, sino en contextos privados e incluso desde la propia práctica privada, como asesores, consultores, docentes y/o clínicos.

4.- CONCLUSIONES.

Un par de ideas más para terminar esta exposición. Para lograr que el Trabajo Social en Salud ocupe realmente el lugar que le corresponde en el campo

sanitario y para que los trabajadores sociales sanitarios (TSS ?) puedan ejercer y ser reconocidos plenamente como tales, considero imprescindible:

1. El compromiso personal de cada trabajador social sanitario en lo referente a su formación continua, a sus esfuerzos de integración en el correspondiente contexto sanitario, en la transmisión del conocimiento tanto hacia dentro del sistema (trabajador social sanitario ↔ contexto sanitario) como hacia fuera (trabajador social sanitario ↔ Trabajo Social, estudiantes, sociedad en general ...).
2. El compromiso de las organizaciones profesionales, especialmente Colegios Profesionales y Consejo General, para *que el Trabajo Social Sanitario sea reconocido como una especialidad en el ejercicio del Trabajo Social y como una más de y entre las profesiones sanitarias.*

Y aquí termino esta presentación. Como ya dije antes no soy yo quien debe plantear conclusiones. Son los ponentes, a los que ahora cedo la palabra, quienes van a aportarnos su pensamiento, sus reflexiones, sus argumentos... que nos abrirán caminos nuevos o diferentes por los que transitar en la búsqueda de ese Sentido del Trabajo Social en Salud. Ellos, por supuesto, y todos Uds. con su participación activa en la discusión posterior.

BIBLIOGRAFÍA CITADA:

1.- FALCK, Hans S. (1990). "Social Work in Health Settings". DAVIDSON, K.W. y CLARKE, S.S., eds. (1990). *Social Work in Health Care. A Handbook for Practice*. Part I (63 – 73). New York. The Haworth Press.

- 2.- FERRARA, Floreal .A., ACEBAL, Eduardo , PAGANINI, José M. (1976). *Medicina de la Comunidad*. Buenos Aires (Argentina). InterMédica.
- 3.- ITUARTE, Amaya (1994). “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Trabajo Social y Salud* nº 20. Marzo 1995 (275 – 290).
- 4.- ITUARTE, Amaya (2001). “Trabajo Social en el contexto Sanitario: Socio-epidemiología y Clínica”. Texto del curso impartido en el *Título de Especialista Universitario Salud Pública y Trabajo Social*. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Farmacia. UPV-EHU. No publicado.
- 5.- ITUARTE, Amaya (2002). “El acontecer clínico en Trabajo Social”. *Trabajo Social Hoy* nº. 35. Primer Cuatrimestre 2002- Quinta época.(42 – 59).
- 6.- ITUARTE, Amaya (2004). “Perfil profesional y competencias del trabajador social en el campo de la Salud”. ANDRÉS LÓPEZ, T., ESCOBAR PÉREZ, C.. Y SÁNCHEZ MAJADAS, G. (eds) (2004). *IV Congreso de Estudiantes. Perfiles profesionales del Trabajador Social en el marco del capitalismo actual*. (80-89). Salamanca. Ediciones Universidad de Salamanca.
- 7.- SAN MARTÍN, Hernán (1981). *Salud y Enfermedad*. México, DF. La Prensa Médica Mexicana, S.A.
- 8.- TIZÓN GARCÍA, Jorge L. (1988). *Apuntes para una Psicología basada en la Relación*. Barcelona. Hogar del Libro.
- 9.- ZAMANILLO, Teresa (1992). “La Intervención Profesional”. *La Intervención profesional en la Europa sin Fronteras*. Ponencias del 7º Congreso Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AASS. Barcelona (53-77).

Zaragoza, mayo 2009