

SITUACIÓN ACTUAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN CÓRDOBA Y SU PROVINCIA



AUTORAS Y AUTORES:

- **Manuela Muñoz Fernández.** Trabajadora Social Sanitaria. Zona Básica de Salud (ZBS)/Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Aguilar de la Frontera y ZBS de Benalméjí. Área de Gestión Sanitaria (AGS) Sur de Córdoba. Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- **Miguel Ángel Bravo Gamero.** Trabajador Social Sanitario. ZBS de Montoro y Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Montoro. Distrito Sanitario Guadalquivir. SAS
- **Inmaculada Díaz Alarcón.** Trabajadora Social Sanitaria. ZBS de Palma del Río. Distrito Sanitario Guadalquivir. SAS
- **Guillermo León Murillo.** Trabajador Social Sanitario. ZBS de Lucena. AGS Sur de Córdoba. SAS
- **Daniel Vicente García.** Trabajador Social Sanitario. ZBS La Sierra y ZBS Córdoba Centro. Distrito Sanitario Guadalquivir y Distrito Sanitario Córdoba. SAS.
- **Isabel Serrano Villarejo.** Trabajadora Social Sanitaria. ZBS La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir. SAS.
- **Laura Prados Pérez.** Trabajadora Social Sanitaria. Equipo de Atención Psicosocial de la FBLC. Fundación DomusVi. UGC Cuidados Paliativos de Córdoba en H. Provincial. (Tercer sector de salud).
- **Marta Curros Martín.** Trabajadora Social Sanitaria. Asociación para la lucha contra las enfermedades del riñón (ALCER) de Córdoba. (Tercer sector de salud).

EDITA: Colegio Profesional de Trabajo Social de Córdoba. Av. Guerrita, Los Azahares. C.P 14005. Córdoba. Tlf. 957450556 y 608756632

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Manuela Muñoz Fernández.

ISBN: 978-84-09-27915-9

ÍNDICE:

1. Presentación.....	4-11
2. ¿Dónde estamos las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios?.....	12-21
3. ¿Cuántas trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios somos?.....	22-28
4. ¿Qué retos tenemos las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios?.....	30-34
5. ¿Qué otras dificultades tenemos las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarias/os en el desempeño profesional?.....	35-40
6. Bibliografía.....	41-41

1. PRESENTACIÓN

Los inicios del trabajo social sanitario se remontan a principios del Siglo XX, cuando el Dr. **Richard Clarke Cabot** contrató a la primera trabajadora social sanitaria (TSS) **Isabel Garnet Pelton**, el 3 de octubre de 1905 e instauraron el primer servicio de trabajo social en salud (denominado en aquel momento Servicio Social Médico) en el Hospital General de Massachusetts. Desde este servicio se proporcionaba, junto al diagnóstico y al tratamiento médico del paciente, información relacionada con su estado mental y con las características de su contexto social. El Dr.Cabot percibió que los factores ambientales (hoy llamados determinantes sociales) podían ser los responsables de determinadas enfermedades y pidió a Isabel Garnet Pelton que visitara a los pacientes que acudían a la clínica y recopilara al alta, información en el domicilio que no se podía realizar en la consulta.

En 1917, **Mary E. Richmond** en su obra *Social diagnosis* incluye numerosas e importantes referencias al Trabajo Social Sanitario: «La naturaleza complementaria de los dos campos de trabajo (social y sanitario) queda bien ilustrada por la diferencia existente entre prescribir un aparato ortopédico o cualquier otro aparato y garantizar un uso correcto del mismo». Pero no sólo ella, sino que incorpora las apreciaciones, nada sospechosas de corporativismo de prestigiosos profesionales sanitarios de la época como el Doctor Richard Clarke Cabot: «El trabajo social no presenta un punto de vista concreto sino un punto de vista humano global, y esto es justamente lo que tienen que asumir los médicos....Cada uno de nosotros tiene competencias propias, pero no deberíamos trabajar por separado, ya que los seres humanos que se ponen en nuestras manos no se pueden cortar en dos».

Unos años más tarde, en 1920, junto con **Ida M. Cannon** se puso en marcha la primera **Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios** (aspectos estos recogidos, además, en Richmond, 1917; Soydan, 2004; Miranda, 2004). En sus comienzos, los trabajadores y trabajadoras sociales hospitalarias se ocupaban de complementar el diagnóstico médico, recabando los aspectos sociales vinculados a la personalidad, los entornos inmediatos de la persona y del medio social. También, intervenían en la promoción de la salud, la investigación y la prevención.

Los antecedentes del Trabajo Social en Salud en **España** fueron impulsados por el Dr. **Roviralta**, siendo una de las dos especialidades que impartía la **Escuela de Asistentes Sociales de Barcelona en 1932**.

En la ley 37/62 de julio de 1962 sobre Normas Reguladoras de los Hospitales, se consideraba la acción social inherente a la acción sanitaria y se consideraba la realización de un **Plan de Acción Sanitario y Social en la atención a los enfermos**.

Mucho más tarde (a partir de los años 70), los **servicios de Atención Primaria de Salud (APS)**, surgidos a raíz de las propuestas de la **Declaración de Alma Ata en 1978**, partirán de esta idea de atención sanitaria integral a la población.

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su capítulo II artículo 18.2 argumenta que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones como «la atención primaria **integral** de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad».

La misma Ley General de Sanidad, define en su artículo 56.2.a. que: «En el ámbito de La atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria».

La trabajadora o trabajador social sanitaria/o es el profesional experto en el estudio y diagnóstico de los factores sociales que afectan a la salud de las personas en los centros sanitarios. La información que proporcionan las TSS es fundamental para la gestión y optimización de los recursos de las instituciones sanitarias (Colom, 2012).

El trabajo social sanitario es la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario (atención primaria, la atención socio sanitaria o la atención especializada) y cuyo objetivo es de facilitar una buena salud, prevenir la enfermedad y ayudar a los enfermos y a sus familias a resolver los problemas sociales y psicosociales relacionados con la enfermedad.

La **Atención Primaria de Salud (APS)** se convierte en el primer punto de acceso de las personas al sistema público de salud. Tradicionalmente en España, los servicios de APS se han ofrecido en centros de salud en los que trabajan básicamente médicos de familia, enfermeras, profesionales administrativos, etc. Estos equipos son los encargados de llevar a cabo las funciones básicas de la APS, definidas en la **ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, que en su artículo 12.1 de prestaciones de la atención primaria, la define como «el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social».

En este punto de la ley 16/2003 el que toma relevancia, dado que incluye el Trabajo Social como actividad en la APS, Anteriormente, no obstante, ya se había iniciado la incorporación de las TSS en los centros de salud, aunque ésta **se produce de forma desigual en los distintos territorios**. No se observa, por otra parte, que se encuentren definidos los recursos sanitarios que se destinarían a garantizar esta prestación de forma generalizada con criterios de equidad, calidad, seguridad y eficiencia.

En el punto 2, del mismo artículo 12, describe que la APS comprenderá:

- a) *La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.*
- b) *La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.*
- c) *Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria,*
- d) *Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.*
- e) *La rehabilitación básica.*
- f) *Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.*
- g) *La atención paliativa a enfermos terminales.*
- h) *La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.*
- i) *La atención a la salud bucodental.*

En estos más de cien años de profesión se ha enriquecido la intervención con la apuesta del Sistema Público de Salud por la incorporación del Trabajo Social Sanitario a su cartera de servicios, toda vez que las trabajadoras y trabajadores sociales han innovado, aportando soluciones y contribuido a la mejora de la salud de toda la comunidad.

En **España, casi desde el principio de la reforma sanitaria, los trabajadores sociales sanitarios han tenido un papel clave en la prestación de los servicios socio-sanitarios.** En este sentido, a raíz de la remodelación del sistema sanitario iniciada en 1984, se crean los servicios de atención primaria, se delimitan las zonas y distritos de salud y aparece el equipo de salud, los diplomados y graduados en enfermería (anteriormente denominados ATS), los anteriores auxiliares de enfermería (actualmente denominados TCAE), el personal administrativo y los Trabajadores Sociales Sanitarios (TSS). También en los hospitales han ido apareciendo los servicios de participación ciudadana y de trabajo social sanitario. Ejemplo de ello son los servicios existentes en los hospitales universitarios de Sevilla: Virgen Macarena y Virgen del Rocío.

La **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de mayo de 2003, considera entre las prestaciones de la atención primaria a nivel básico e inicial el trabajo social.**

Está claro que el sistema sanitario entiende que las situaciones sociales que afectan a la salud de la población que atiende, deben ser tratadas desde este sistema y para ello cuenta con los profesionales de Trabajo Social como técnicos especialistas y responsables de trabajar dichas circunstancias sociales.

En noviembre de 2003 se promulga la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), esta ley no tiene en cuenta nada de esto y sólo considera profesiones sanitarias a aquellas que la normativa universitaria reconoce dentro de los estudios de ciencias de la salud y que gozan de una organización colegial reconocida.

En la **Comunidad Autónoma de Andalucía** en los años ochenta surgió una prometedora apuesta inicial por el trabajo social sanitario, pero con el paso de los años hemos asistido a un paulatino desmantelamiento del trabajo social sanitario en esta comunidad.

En el **artículo 22 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía** se regula la **salud** y establece:

«1. Se garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.

2. Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a:

a) Acceder a todas las prestaciones del sistema.

b) La libre elección de médico y de centro sanitario.

c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten.

d) Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico.

e) El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

f) El consejo genético y la medicina predictiva.

g) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos.

h) Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos.

i) El acceso a cuidados paliativos.

j) La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico.

k) Recibir asistencia geriátrica especializada.

3. Las personas con enfermedad mental, las que padeczan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

4. Con arreglo a la ley se establecerán los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de los derechos previstos en los apartados anteriores».

En el artículo 15 de la **ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía** se garantiza **la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos**.

En el artículo 16 de la citada Ley Orgánica 2/2007 se establece que las mujeres tienen **derecho a una protección integral contra la violencia de género**, que incluirá medidas preventivas, medidas asistenciales y ayudas públicas.

En el artículo 17 de la citada Ley Orgánica 2/2007 se establece la **protección de la familia**, se garantiza la protección social, jurídica y económica de la familia. La ley regulará el acceso a las ayudas públicas para atender a las situaciones de las diversas modalidades de familia existentes según la legislación civil.

En el artículo 18 de la citada ley sobre **menores**, se establece que las personas menores de edad tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para su bienestar en el ámbito familiar, escolar y social, así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes.

En el artículo 19 de esta misma ley sobre los **mayores**, se establece que las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una protección y una atención integral para la **promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo**, que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como a **acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial**, y a percibir prestaciones en los términos que establezcan las leyes.

En su artículo 20 sobre **testamento vital y dignidad ante el proceso de la muerte**, se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley y regula que todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.

En el artículo 24 dedicado a las personas con discapacidad o dependencia, se establece que las **personas con discapacidad y las que estén en situación de dependencia** tienen derecho a acceder, en los términos que establezca la ley, a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social.

En el artículo 52 de la **Ley 2/98 de Salud de Andalucía** se establece que:

1. La atención primaria de salud constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud.

2. La atención primaria de salud será prestada en cada zona básica de salud por los profesionales que desarrollan su actividad en la misma y que constituyen los equipos de atención primaria.

3. Dicha atención se prestará a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios.

En el momento actual es imprescindible el desarrollo del Trabajo Social Sanitario como una especialización en Ciencias de la Salud.

Las trabajadoras y trabajadores sociales y los biólogos y biólogas serán profesionales sanitarios en 2021, así lo ha anunciado el Ministerio de Sanidad en su programa específico de Políticas de Salud y Ordenación Profesional incluido en el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2021.

En el documento publicado por el Ministerio de Hacienda, la cartera ministerial que actualmente dirige Carolina Darias, recuerda que sigue pendiente la modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) con la que se prevé la regulación de nuevas profesiones sanitarias, concretamente, el Trabajo Social Sanitario o la Biología Sanitaria.

En 2020 el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Trabajo Social ha elaborado un documento denominado *Trabajo Social Sanitario y COVID-19* a través de su Comisión de Salud, «en el cual cree necesario resaltar y dar visibilidad, al ingente trabajo desarrollado por este colectivo profesional que, pese las evidentes consecuencias sociales derivadas de la crisis del coronavirus, se está viendo relegado y obviado por la Administración sanitaria, como si fueran meros espectadores de esta pandemia. Es de justicia reseñar, que este colectivo al completo, con unos 550 profesionales, ha seguido trabajando, sin medios, sin estructura de coordinación propia, sin recursos, sin profesionales en todos los centros, y sin tan siquiera acceso a la Historia Clínica en dónde poder informar y ser informado de las situaciones de riesgo y exclusión social, generadas por el COVID-19.

Las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios son también profesionales de primera línea, referentes y nexo de unión con los sistemas de protección social de los centros sanitarios, tanto de Atención Primaria de Salud, Hospitales y Dispositivos de Salud Mental. Son profesionales avezados y formados específicamente en situaciones de riesgo y exclusión social, éas que se están produciendo a diario a consecuencia de las medidas de aislamiento de los pacientes, de su confinamiento o de su muerte. Porque esta crisis sanitaria también es una gran crisis SOCIAL, y sus efectos no sólo se evidencian en la saturación de las UCIs de los Hospitales, en la inmensa tragedia de las personas fallecidas en las Residencias, y en las morgues improvisadas ante el fallecimiento masivo de ciudadanos en este país.

Además del **agravamiento de algunas situaciones de Riesgo Social ya preexistentes, como las de Violencia de Género**, con agresor y víctima obligados a convivir, menores con graves afectaciones, cuidadores informales, exclusión social, falta de apoyos, soledad, infravivienda, inmigración, adicciones, et., etc., nos encontramos con nuevos escenarios de riesgo desencadenados por esta pandemia, en los que la intervención profesional de las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios va a ser, como siempre, vital en muchos casos. **Porque aquí también se salvan vidas, porque aquí también hay vidas en juego.**

Es evidente que se hace necesaria una reestructuración del colectivo en la Sanidad Pública Andaluza, la implantación de una estrategia de **atención INTEGRAL**, que cuente con el Trabajo Social y evite injerencias corporativistas; **con la dotación que existiera en 2001, de un Trabajador Social Sanitario en cada Centro de Salud, ya que actualmente casi 90 de ellos carecen de este profesional en su equipo, dotación suficiente en los Hospitales (públicos y privados), con presencia en el área de urgencias las 24 horas de los 365 días de año, y el refuerzo de los dispositivos de salud mental, además de una figura de coordinación que garantice la mejor gestión de sus intervenciones y una correcta coordinación sociosanitaria, imprescindible ante colectivos vulnerables y situaciones de crisis, exclusión y/o riesgo social, y sean a nivel individual, grupal, o como es el caso, comunitario o colectivo, tal y como recoge la Ley 2/98 de Salud de Andalucía.**

Por ello ha sido y es necesario incorporar a las trabajadoras y trabajadores sociales, de verdad, de forma real, en el circuito de acceso a los hoteles medicalizados y alojamientos alternativos, así como al resto de recursos habilitados, a fin de poder realizar una valoración social de las condiciones de acceso a los mismos, y de su alta, que no es menos importante. Porque la gente quiere volver a sus casas, a sus residencias, a su entorno, y alguien tiene que valorar las condiciones en que eso pueda hacerse. **Hay que reforzar los mecanismos de coordinación con Servicios Sociales y la Agencia de la Dependencia y abrir las Comisiones de Emergencia a las trabajadoras y trabajadores sociales de la Atención Primaria de Salud, no sólo a los Hospitales.** Y recordar que, hay otros pacientes además de los de coronavirus a los que hay que seguir atendiendo.

Y hay que ir pensando en el futuro más cercano, y dotar de material de protección adecuado al colectivo, cara a la atención de pacientes, tanto en consulta como en domicilio, cuando el estado de la pandemia lo permita. **Porque las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios, siguen trabajando. Nunca han dejado de hacerlo, pero necesitan el apoyo de la propia Administración, y no para hacerlos visibles, sino para hacerlos útiles a los ciudadanos que los necesitan. Son un recurso profesional de primer orden que se siente apartado, pero se niegan a dejar solos a los pacientes que precisan de su intervención profesional.**

Desde este Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Trabajo Social, pedimos a la Consejería de Salud y Familias un posicionamiento claro en favor de este colectivo profesional, que lleva décadas dándolo todo por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, a cambio de muy, muy poco. Y todo ello en base al beneficio de sus usuarios, que tienen todo el derecho a recibir una atención sanitaria INTEGRAL y de calidad».

Desde el Trabajo Social Sanitario no renunciamos a nuestro papel clave en la salud de la población, en línea con el concepto de salud promulgado por la OMS en el que la componente social se muestra como elemento clave.

El documento que se presenta es fruto del **análisis, debate, compromiso y reflexión de la Comisión de Salud del Colegio Profesional de Trabajo Social de Córdoba**. Lo compartimos con responsables institucionales y ciudadanía, como primer paso para lograr mejoras significativas en la intervención social sanitaria y por ende, en la atención sociosanitaria a la ciudadanía.

2. ¿DÓNDE ESTAMOS LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SOCIALES SANITARIOS?

La presencia de los y las profesionales del trabajo social sanitario se distribuye a través de dos áreas sanitarias y dos distritos sanitarios existentes en la provincia de Córdoba: **Área Sanitaria Norte, Área Sanitaria Sur, Distrito Sanitario Guadalquivir y Distrito Sanitario Córdoba.**

El trabajo social sanitario en estas zonas va más allá de la esfera pública, existiendo profesionales en activo tanto en el sector privado (hospitales privados, mutuas, servicios sociosanitarios), como en organizaciones del llamado tercer sector (organizaciones comunitarias, asociaciones, ONG's, entidades de voluntariado, etc.).

Los y las profesionales del trabajo social sanitario de nuestra provincia trabajan desde el abordaje biopsicosocial e intervienen sobre los determinantes sociales de la salud en sus respectivos ámbitos de actuación.



FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/MapaAPCordoba.pdf (Consultado el 20-01-21).

CÓRDOBA. ZONAS BÁSICAS DE SALUD POR ÁREAS Y DISTRITOS SANITARIOS



FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/MapaAPCordoba.pdf (Consultado el 20-01-21).

ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA



FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Recuperado de:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/MapaAPCordoba.pdf (Consultado el 20-01-21).

La población del AGS Norte (SIMA, 2019) es de 76.229 habitantes.

El Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Córdoba **integra la población de las comarcas naturales Valle del Guadiato y del Valle de los Pedroches**. Esta área dispone de una plantilla de 914 profesionales y cuenta con 145 camas, 4 Centros de Salud, 25 Consultorios Locales y 13 Consultorios auxiliares.

La pirámide de población es similar a la andaluza aunque más marcada y, por tanto, con **una población más envejecida (sobre todo a expensas de los mayores de 65 años)** y en regresión. El índice de envejecimiento (179,59) duplica a la tasa andaluza siendo una de las tres áreas más envejecidas (> 85 años) de Andalucía.

El descenso de nacimientos es muy acusado, superior y más precoz en comparación con Andalucía. Todos los municipios tienen una tasa de natalidad inferior a la andaluza; solo algunos municipios superan la media del AGS Norte de Córdoba como Villanueva de Córdoba, Pozoblanco y Peñarroya-Pueblonuevo. La tasa de fecundidad (1.6) sigue los mismos patrones que la de natalidad.

Respecto al género, el número de hombres es superior hasta los 40 años, superando a partir de esta edad el de mujeres debido a la sobremortalidad masculina, aumentando la población femenina considerablemente a partir de los 70.

La esperanza de vida al nacer es de 78 años siendo la de las mujeres 83 años y la de hombres 76 años.

La atención hospitalaria del Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Córdoba dispone de dos hospitales:



1º.- Imagen del Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco). Perteneciente al Sistema Sanitario Público Andaluz. Dispone de una Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario con 1 Trabajador Social Sanitario.



2º.- Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato (Peñarroya-Pueblonuevo), perteneciente a la Agencia Sanitaria Pública Alto Guadalquivir, Carece de ninguna Unidad de Trabajo Social Sanitario hospitalario. No está dotado de Trabajo Social Sanitario.

DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR DE CÓRDOBA



FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/MapaAPCordoba.pdf (Consultado el 20-01-21).

La población del Distrito Sanitario Guadalquivir (SIMA, 2019) es de 122.105 habitantes.

La atención hospitalaria en el Distrito Sanitario Guadalquivir de Córdoba tendrá próximamente disponible la apertura del Hospital de Alta Resolución, perteneciente a la Agencia Sanitaria Pública Alto Guadalquivir en Palma del Río, que previsiblemente atenderá también a las poblaciones de Fuente Palmera, Hornachuelos y la población de la cercana localidad sevillana de Peñaflor.



Imagen del Hospital Alta Resolución de Palma del Río (17/06/2020), perteneciente a la Agencia Sanitaria Pública Alto Guadalquivir, que también CARECE DE DOTACIÓN DE UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

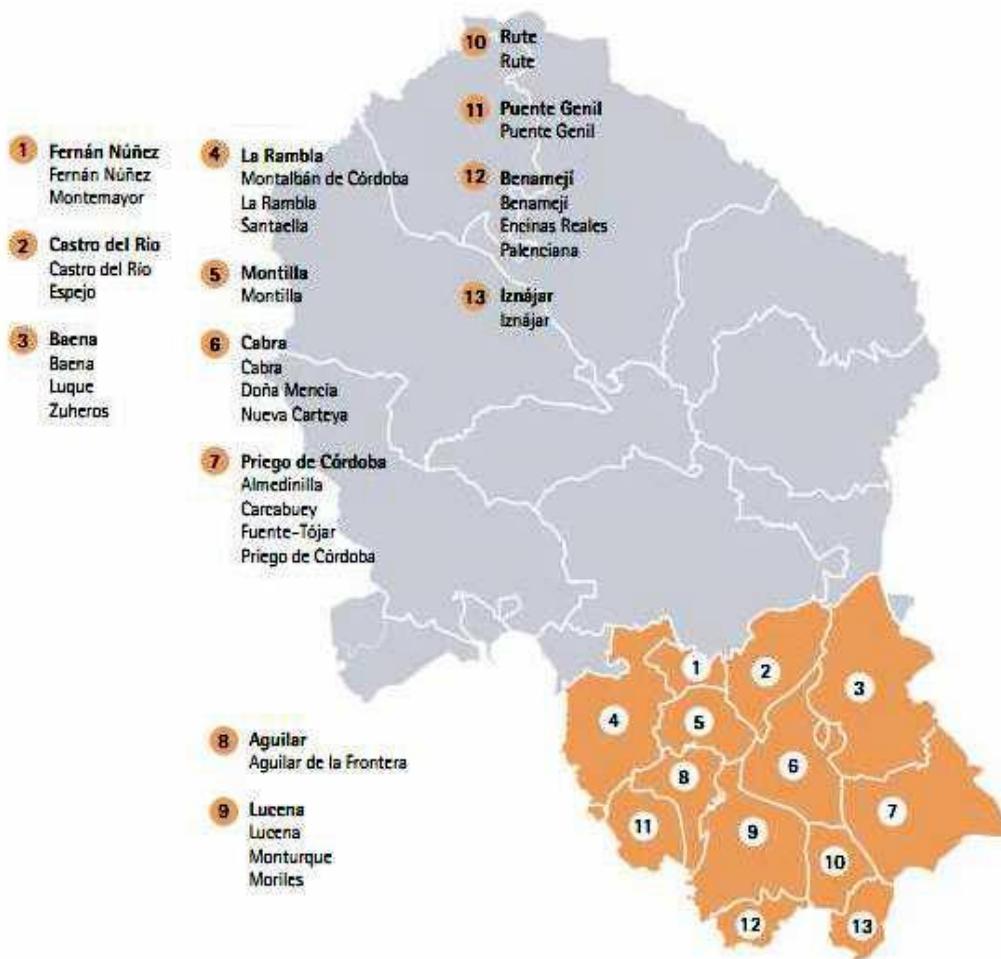
DISTRITO SANITARIO DE CÓRDOBA



FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/MapaAPCordoba.pdf (Consultado el 20-01-21).

El número de habitantes de la ciudad de Córdoba (SIMA, 2019) es de 781.451 habitantes.

ÁREA SANITARIA SUR DE CÓRDOBA

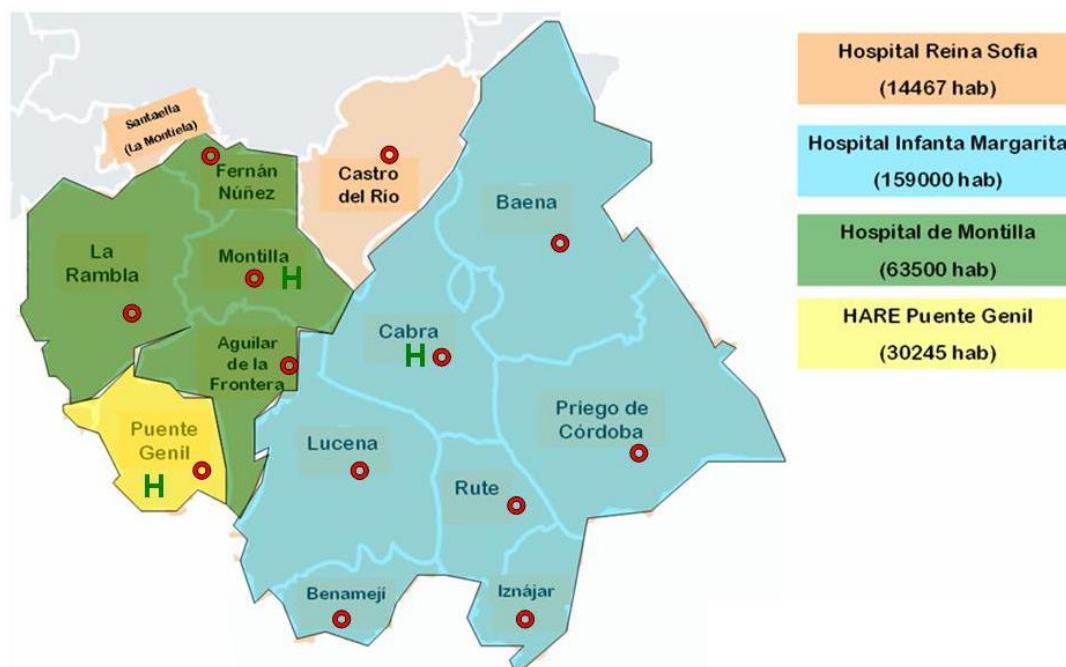


FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/MapaAPCordoba.pdf (Consultado el 20-01-21).

La población de ésta Área de Gestión Sanitaria es de 252.948 habitantes.

Con la Orden de 13 de febrero de 2013, se constituye el Área de Gestión Sanitaria (AGS) Sur de Córdoba, integrando las estructuras organizativas del Hospital Infanta Margarita y del Distrito Sanitario Córdoba Sur, desarrollando las funciones de atención sanitaria descritas en la mencionada Orden. La citada AGS comprende principalmente las comarcas cordobesas de la Campiña de Baena (Campiña Este-Guadajoz), Campiña Sur y Subbética, limitando con las comarcas del Alto y del Valle Medio del Guadalquivir, y Córdoba al norte, la provincia de Sevilla al oeste, la provincia de Jaén al este, y las provincias de Málaga y Granada al sur. Posee una superficie total de 4310,57 Km², con una densidad de población de 62,9 hab/Km².

HOSPITALES DE REFERENCIA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE CÓRDOBA



En el AGS Sur de Córdoba sólo el Hospital Infanta Margarita de Cabra es el único hospital de la Red de Asistencia pública del Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA), en el cual existe una unidad de Trabajo Social Sanitario. Es el Centro Hospitalario de referencia del Área Hospitalaria Sur de Córdoba.

Es un Hospital Comarcal del Grupo 3, que tiene como área de influencia la correspondiente a **siete Zonas Básicas de Salud (ZBS)**, localizadas en la comarca geográfica de la Subbética, Guadajoz-Campiña Este y Campiña Sur, de las 13 que conforman el AGS Sur de Córdoba, concretamente las zonas básicas de salud de Baena, Cabra, Lucena, Priego, Benamejí, Iznájar y Rute. La población de derecho a abril de 2011 es de 156.291 habitantes. y una densidad de 76 habitantes por Km. cuadrados.



El esquema es como sigue:

- 18 MUNICIPIOS (29 Localidades);
- 7 ZONAS BÁSICAS DE SALUD;
- 8 UGCs (Lucena se desdobra en dos centros de salud, Lucena 1 y Lucena 2);
- 15 Consultorios Locales; y
- 9 Consultorios Auxiliares.

En el AGS Sur de Córdoba existen **otros dos hospitales de Alta Resolución**, pertenecientes a la **Agencia Sanitaria Pública del Alto Guadalquivir** ubicados en las localidades de **Puente Genil y Montilla**. Ambas

CARECEN DE DOTACIÓN DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO hasta la actualidad, esperamos esta situación se modifique en breve.



Imagen del exterior del Hospital de Alta Resolución de la Agencia Sanitaria Pública Alto Guadalquivir en **Montilla**, que **CARECE de dotación de Unidad de Trabajo Social Sanitario**.



Imagen del exterior del Hospital de Alta Resolución de la Agencia Sanitaria Pública Alto Guadalquivir en **Puente Genil**, que también **CARECE de dotación de Unidad de Trabajo Social Sanitario**.

3. ¿CUÁNTAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SOCIALES SANITARIOS SOMOS?

A continuación vamos a detallar el número de trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios en el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

ÁREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA

ATENCIÓN PRIMARIA

ZONA BÁSICA DE SALUD	CENTRO DE SALUD Y CONSULTORIOS	Nº TTS	OBSERVACIONES
1. Hinojosa del Duque	UGC Hinojosa del Duque y C. Belalcázar	1	
2. Peñarroya-Pueblonuevo	UGC Peñarroya-Pueblonuevo y C. Belmez, Los Blásquez, La Granjuela, Valsequillo, Fuenteobejuna, Espiel, Villanueva del Rey, la Coronada, Ojuelos altos, Posadilla, Villanueva del Rey	50%	Reducción de Jornada SIN CUBRIR
3. Pozoblanco	UGC de Pozoblanco y C. de Alcaracejos, Añora, Dos Torres, El Viso, Fuente La Lancha, Guijo, Pedroche, Santa Eufemia, Torrecampo, Villanueva del Duque, Villaralto	1	
4. Villanueva de Córdoba	UGC de Villanueva de Córdoba, C. de Azuel, Cardeña, Conquista, C. Aux. Venta del Charco	1	
TOTAL: 4 UGC	TOTAL	3,5	-1 TSS con reducción de jornada SIN CUBRIR -3 TSS al 100%

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS	OBSERVACIONES
USMC Peñarroya-Pueblonuevo	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	1 al 70%	1 TSS sólo al 70%
USMC Pozoblanco	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	1	
Pozoblanco	Hospital Valle de los Pedroches	1	
Peñarroya-Pueblonuevo	Hospital Alto Guadiato	0	1 plaza SIN DOTACIÓN DE TSS
TOTAL: 4	TOTAL	2,70	-1 TSS sólo al 70% -1 PLAZA DE TSS de Hospital de Peñarroya-Pueblonuevo SIN DOTACIÓN.

DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR

ATENCIÓN PRIMARIA

ZONA BÁSICA DE SALUD	CENTRO DE SALUD Y CONSULTORIOS	Nº TTS	OBSERVACIONES
1. Bujalance	UGC Bujalance, Cañete de las Torres, El Carpio, Valenzuela y Villafranca	1	
2. La Carlota	UGC La Carlota, San Sebastián de los Ballesteros, La Victoria, Arrecife de Córdoba, La Guijarrosa, Pedro Abad	1	
3. La Sierra	UGC La Sierra (Obejo, Villaharta y Villaviciosa de Córdoba, Adamuz)	1/2	1 TSS al 50% + 50% UGC de otro Distrito Sanitario
4. Fuente Palmera	UGC de Fuente Palmera, Cañada del Rabadán, Fuente Carreteros, Ochavillo del río	1/2	1 TSS al 50% en UGC + 50% en USMC
5. Palma del Río	UGC Palma del Río y Peñaflor	1	
6. Posadas	UGC Posadas, Almodóvar del Río, Guadalcázar, Hornachuelos y Los Mochos	1	
7. Montoro	UGC Montoro, Villa del Río	1/2	1 TSS al 50% en UGC+50% en USMC
TOTAL: 7 UGC	TOTAL:	5,5	-2 TSS al 50% compartido entre AP y USMC -1 TSS al 50% compartido en 2 UGC de AP de 2 Distritos Sanitarios -4 TSS al 100%

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS	OBSERVACIONES
USMC Palma del Río	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	1/2	TSS compartido al 50% con otra UGC de AP
USMC Montoro	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	1/2	TSS compartido al 50% con otra UGC de AP
Palma del Río	Hospital HARE Alto Guadalquivir	0	SIN DOTACIÓN DE TSS
TOTAL: 3	TOTAL:	1	- 1 TSS compartido al 50% con otra UGC de AP - 1 TSS compartido al 50% con otra UGC de AP - Falta por dotar 1 TSS en Hospital Palma del Río SIN DOTACIÓN AÚN DE TSS

DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA

ATENCIÓN PRIMARIA

ZONA BÁSICA DE SALUD (***)	CENTRO DE SALUD Y CONSULTORIOS	Nº TTS	OBSERVACIONES
1. Fuensanta	UGC Fuensanta, Alcolea, Barriada de Alcolea	1/2	50%
2. Levante Norte	UGC Levante Norte	1/2	50%
3. Levante Sur	UGC Levante Sur	1/2	50%
4. Córdoba Centro	UGC Córdoba centro	1/2	50%
5. Lucano	UGC Lucano	1/2	50%
6. Polígono Guadalquivir	UGC Polígono Guadalquivir	1/2	50%
7. Santa Victoria o Sector Sur	UGC Santa Victoria o Sector Sur	1/2	50%
8. Aeropuerto	UGC Aeropuerto	1/2	50%
9. Huerta de la Reina	UGC Huerta de la reina	1/2	50%
10. Carlos Castilla del Pino	UGC Carlos Castilla del Pino	1/2	50%
11. Occidente-Azahara	UGC Occidente, Higuerón, Villarrubia y Encinarejo	1/2	50%
12. Santa Rosa	UGC Santa Rosa	1/2	50%
13. Poniente	UGC Poniente	1/2	50%
TOTAL: 13 UGC		TOTAL:	6,5
			-6 TTS al 50% entre 2 UGC de AP -1 TSS al 50% EN UGC DE AP DE OTRO DISTRITO SANITARIO DIFERENTE

(***)Las situaciones de Incapacidad Temporal (IT) por enfermedad o permiso laboral por vacaciones de los trabajadores sociales sanitarios no son sustituidas, sino que el resto de trabajadores sociales sanitarios asumen la carga de trabajo del profesional ausente, lo que implica una sobrecarga laboral no remunerada.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS	OBSERVACIONES
Córdoba. Sector Sur	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) Sector Sur	1	
Córdoba. Carlos Castilla del Pino	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) Carlos Castillo del Pino	1	
Córdoba. Hospital de los Morales	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)	1	
Córdoba. Hospital de los Morales	Comunidad Terapéutica Salud Mental	1	
Córdoba. Hospital de los Morales	Hospital de Día de Salud Mental-Unidad de Rehabilitación de Área (URA)	1	
Córdoba.	Equipo de Atención a la Mujer y VG	1	
TOTAL:6		TOTAL:	6

ATENCIÓN ESPECIALIZADA: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA DE CÓRDOBA

POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS	OBSERVACIONES
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Gral.)	1	
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Gral.)	1	
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Gral.)	1	
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Mat. Infantil)	1	
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Mat. Infantil)	1	
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Provincial)	1	
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Provincial)	1	
Córdoba	Hospital U. Reina Sofía (H. Provincial)	1/2	Reducción de jornada de un TSS sin cubrir.
TOTAL: 8		TOTAL:	7,5

ATENCIÓN ESPECIALIZADA: ASOCIACIONES DE PERSONAS ENFERMAS EN CÓRDOBA (TERCER SECTOR)

POBLACIÓN	NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN	Nº TSS	OBSERVACIONES
Córdoba	ALCER CÓRDOBA	1	
Córdoba	ACOGER	1	
Córdoba	ACEEC	1	
Córdoba	ASPAYM	1	
Córdoba	ACPAYCS	1	
Córdoba	ALZHEIMER SAN RAFAEL	1	
Córdoba	AUTISMO	1	
Córdoba	PARKINSON	1	
Córdoba	APROSUB	1	
Córdoba	ASOCIACIÓN L A R LUDÓPATAS ASOCIADOS REHABILITADOS	1	
Córdoba	ASAENEC	1	
Córdoba	ACODEM	1	
Córdoba	CUIDADOS PALIATIVOS	1	
Córdoba	FEPAMIC	1	
Córdoba	ADEAT	1	
Córdoba	ACOFI	1	
Córdoba	ARIADNA	1	
Córdoba	ACODACE	1	
Córdoba	ASOCIACIÓN CORDOBESA DE ELA	1	
TOTAL ASOCIACIONES: 19		TOTAL	19
			Gran porcentaje de la Jornada laboral al 40%-80%

ATENCIÓN ESPECIALIZADA: ASOCIACIONES DE PERSONAS ENFERMAS EN CÓRDOBA (TERCER SECTOR) QUE CARECEN DE DOTACIÓN DE TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO

POBLACIÓN	NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN	Nº TSS	OBSERVACIONES
Córdoba	SINDROME DE DOWN	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	A PLENO PULMÓN	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ASOCIACIÓN CORAZÓN Y VIDA	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	PERSONAS ENFERMAS DE DIABETES	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ADICOR	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ACODAH	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ACEPI	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ASPERGE	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ASOCIACIÓN CORDOBESA DE PACIENTES ANTTICOAGULADOS A.C.P.A.	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ACOPINB	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ASPERGER	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	PERSONAS CON SORDERA (APPSC)	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	ACEII (ASOCIACIONES INFLAMATORIAS INTESTINALES	0	No consta dotación de TSS
Córdoba	AOCOR (ASOCIACIÓN DE PERSONAS OSTOMIZADAS DE CÓRDOBA	0	No consta dotación de TSS
TOTAL ASOCIACIONES: 14		TOTAL	14
			No consta dotación de TSS en ninguna de ellas

ÁREA SANITARIA SUR DE CÓRDOBA

ATENCIÓN PRIMARIA

ZONA BÁSICA DE SALUD (***)	CENTRO DE SALUD Y CONSULTORIOS	Nº TTS	OBSERVACIONES
1. Aguilar de la Frontera	UGC Aguilar de la Frontera	60% jornada	1 TSS al 60% + 40% en otra UGC que es ZNTS
2. Baena	UGC Baena, Luque, Albendín	1	1 TSS al 100%
3. Benamejí	UGC Benamejí, Encinas Reales, Palenciana y aldea pedánea El Tejar.	40% jornada	1 TSS al 40% en ZNTS + 60% en otra UGC
4. Cabra	UGC Cabra, Nueva Carteya, Doña Mencía	40% jornada	1 TSS al 40%
5. Castro del Río	UGC Castro del Río, Espejo	20% jornada	1 TSS al 20%
6. Fernán Núñez	UGC Fernán Núñez, Montemayor	20% jornada	1 TSS al 20%
7. Iznájar	UGC Iznájar	20% jornada	1 TSS al 20%
8. La Rambla	UGC La Rambla, Santaella, Montalbán	80% jornada	1 TSS al 80%
9. Lucena(*)	UGC Lucena I (Lucena I, Jauja, Las Navas del Selpillar, Moriles, Monturque)	100% jornada	1 TSS al 100%
	UGC Lucena II	60% jornada	1 TSS al 60%
10. Montilla	UGC Montilla	80% jornada	1 TSS al 80%
11. Puente Genil(**)	UGC Puente Genil I "José Gallego Arroba"	50% jornada	1 TSS al 50%
	UGC Puente Genil II	50% jornada	1 TSS al 50%
12. Priego de Córdoba	UGC Priego de Córdoba, Camponubés, La Concepción, El Cañuelo, El Castellar, Castillo de Campos, El Esparragal, Angosturas, Las lagunillas, Zagrilla alta, Zagrilla baja, Zamoranos, Genilla, Azores, Higueras, Las Paredejas, Los Villares, Las Navas, La Poyata, El Tarajal, Fuente Alhama, El Poleo, Solvito y El Salado.	1	1 TSS al 100%
13. Rute	UGC Rute	80% jornada	1 TSS al 80%
TOTAL: 13 UGC	TOTAL:	10 TSS	<p>-1 TSS comparte UGC al 60% con otra UGC al 40% que es ZNTS.</p> <p>-7 TSS comparten UGC con otra UGC de AP.</p> <p>-Sólo 2 TSS al 100%</p>

(*)(**) EL CENTRO DE SALUD DE LUCENA I Y LUCENA II SON DOS CENTROS DE SALUD DIFERENTES, PERO FORMAN UNA ÚNICA UGC.

(**) EL CENTRO DE SALUD DE PUENTE GENIL I Y PUENTE GENIL II, SON DOS CENTROS DE SALUD DIFERENTES, PERO FORMAN UNA ÚNICA UGC.

(***)Las situaciones de Incapacidad Temporal (IT) por enfermedad o permiso laboral por vacaciones de los trabajadores sociales sanitarios no son sustituidas, sino que el resto de trabajadores sociales sanitarios asumen la carga de trabajo del profesional ausente por estos motivos, lo que implica una sobrecarga laboral.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

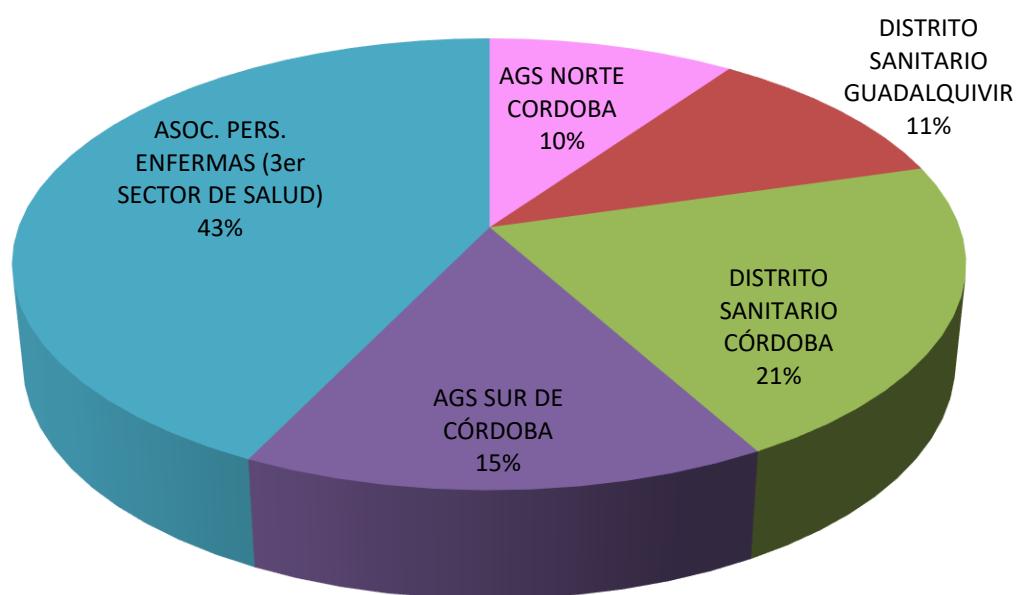
POBLACIÓN	CENTRO	Nº TSS	OBSERVACIONES
Cabra	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	1	
Lucena	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	1	
Montilla	Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	1	
Cabra	Hospital Infanta Margarita	1	
Montilla	Hospital EPHAG	0	SIN DOTACIÓN DE TSS
Puente Genil	Hospital EPHAG	0	SIN DOTACIÓN DE TSS
Lucena	Equipo de Atención a la Mujer y VG	1	
TOTAL:7	TOTAL:	5	

TOTAL DE PLAZAS DE TSS QUE FALTAN POR CUBRIR EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA:

NOMBRE DEL AGS /DISTRITO SANITARIO	TOTAL UGC AP	TOTAL PLAZAS FALTAN POR CUBRIR DE AP	TOTAL CENTROS AE	TOTAL PLAZAS QUE FALTAN POR CUBRIR DE AE	TOTAL UGC +CENTROS CUBIERTAS AP+AE	TOTAL DE PLAZAS QUE FALTAN POR CUBRIR DE AP+AE
AGS NORTE CÓRDOBA	4	4-3,50 = 0,50	4	4-1.30 = 2,70	4+4=8	0,50+2,70=3,20
DISTRITO SANIT. GUADALQUIVIR	7	7-1,50= 1,50	3	3-1= 2	7+3=10	1.50+2= 3,50
DISTRITO SANIT. CÓRDOBA	13	13-6,50= 6,50	8+6=14	14-13.50= 0,50	13+14=27	6.50+0,50=7
AGS SUR CÓRDOBA	13	13-10= 3	7	7-5= 2	10+5=15	3+2= 5
TOTAL		11,50		5,80		18,70
TOTAL DE PLAZAS SIN CUBRIR DE ASOCIACIONES DE PERSONAS ENFERMAS (TERCER SECTOR DE SALUD)	00	00	19+14=33	33-19= 14	33-14=19	14
TOTAL DE PLAZAS SIN CUBRIR						32,70 PLAZAS SIN CUBRIR

(Ver gráfico en página siguiente)

**Nº DE PLAZAS SIN CUBRIR DE TRABAJO SOCIAL
SANITARIO EN CÓRDOBA Y PROVINCIA
(AL 25/01/21)**



FUENTE: Elaboración Propia

4. ¿Qué retos tenemos las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios?

La **Atención Primaria de Salud (APS)** supone la principal puerta de acceso al Sistema Sanitario Público. Representa el primer contacto con el paciente en su entorno social y comunitario de mayor proximidad. Es el nivel de atención de mayor importancia para el sistema de salud ya que su labor implica la asistencia, la prevención y promoción de la salud, la educación y la detección precoz de enfermedades.

En lo que a la **Atención Especializada de Salud (AES)** respecta, aborda aquellos problemas de salud de mayor complejidad o urgencia. Son situaciones críticas con gran impacto a nivel individual, familiar y social.

El trabajo social sanitario, como disciplina especializada, permite complementar el **abordaje biopsicosocial de la enfermedad en todos los niveles del sistema sanitario**.

El trabajador o trabajadora social sanitaria es el único profesional con competencia para la elaboración del diagnóstico social sanitario y la propuesta de un plan de intervención con el paciente, su sistema familiar y social. Así mismo, diseña estrategias, servicios y programas específicos que permiten incidir sobre los determinantes sociales que afectan a la realidad de la población en la que intervienen.

Aspectos como la **vejez, la cronicidad o la discapacidad** son realidades estratégicas a tratar, así como la infancia, las adicciones o drogodependencias, las migraciones, la vivienda, el sinhogarismo, etc. Por ello, el futuro de la acción sociosanitaria en el Sistema Andaluz de Salud va a estar condicionado por determinar la organización funcional del trabajo social sanitario, así como enumerar los retos, propuestas y planes de futuro que este grupo profesional puede ofrecer para el fortalecimiento de la propia estrategia.

Debemos tener en cuenta las **siguientes consideraciones** sobre el trabajo social sanitario.

4.1. El trabajo Social Sanitario requiere obtener el **reconocimiento profesional como profesión sanitaria ante el Ministerio de Sanidad**. Este hecho ha sido anunciado por el **Ministerio de Sanidad en su programa específico de Políticas de Salud y Ordenación Profesional incluido en el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2021**.

En el documento publicado por el Ministerio de Hacienda, la cartera ministerial que actualmente dirige Carolina Darias, **recuerda que sigue pendiente la modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)** con la que se prevé la regulación de nuevas profesiones sanitarias, concretamente, **el Trabajo Social Sanitario y la Biología Sanitaria**.

4.2. La administración sanitaria debe facilitar a los trabajadores sociales sanitarios la coordinación y el acceso a los sistemas de información propios de atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Los trabajadores sociales sanitarios constituyen el nexo de unión entre el sistema sanitario y el resto de sistemas de protección social. Destaca la importancia del sistema de servicios sociales y del sistema de salud ante la cronicidad, la vejez y la discapacidad de las personas. Esta realidad queda condicionada por el desarrollo de la reforma de los Servicios Sociales de Andalucía.

Es necesario reconocer la labor del trabajo social sanitario como profesionales que realizan la detección, valoración y diagnóstico social de los pacientes que requieren una intervención urgente o no demorarable por una situación de mayor vulnerabilidad social y sanitaria.

4.3. La administración sanitaria debe impulsar la formación continuada especializada, docencia e investigación enfocada a la intervención grupal y comunitaria al efecto de que los y las trabajadores sociales sanitarios puedan acceder al desarrollo profesional y a la carrera profesional. La labor de los trabajadores sociales sanitarios en la prevención y promoción de la salud, requiere de un mayor esfuerzo por el Sistema Sanitario para proveer del tiempo y espacios necesarios, así como facilitar programas de formación continua y especializada enfocados a la intervención grupal y comunitaria. Ejemplos de estos programas y actuaciones son el Programa de Grupos Socioeducativos (**GRUSE**), Programa Creciendo en Salud (**CS**) en el ámbito de educación Primaria, Programa Forma Joven en el ámbito educativo de E. secundaria (**PFJAE**), Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (**VVA**), Plan

para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (**PAFAE**), Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, Plan Integral de Obesidad Infantil (**PIOBIN**), Interrupción Voluntaria del Embarazo (**IVE**), Red Local de Acción en Salud (**RELAS**), Plan de Acción Personalizada (**PAP**) dirigido a pacientes crónicos y pluripatológicos, etc.).

En conclusión es de suma importancia que la administración sanitaria priorice las intervenciones grupales y comunitarias de los profesionales de trabajo social sanitario y no las meramente asistenciales de atención individualizada.

Es de gran importancia que en estas actividades de promoción de la salud grupal se sumen y en ellas participen los profesionales de trabajo social sanitario, tanto si trabajan en atención primaria de salud, atención especializada (salud mental) o atención hospitalaria.

4.4. La administración sanitaria debe dotar de una estructura de coordinación propia y homogénea a modo de jefatura de trabajo social sanitario en cada AGS y/o Distrito Sanitario del Servicio Andaluz de Salud (**SAS**), (por la propia especificidad del trabajo social sanitario), así como también a nivel provincial. Esto permitiría armonizar, y supervisar la labor propia de los y las profesionales de trabajo social sanitario, así como poder diseñar protocolos de intervención, estrategias y procedimientos operativos estandarizados.

Sería muy recomendable que la dependencia funcional de aquellos fuese de la Dirección Gerencia de cada Área de Gestión Sanitaria, Distrito Sanitario, o delegación territorial a nivel provincial, al objeto de planificar un organigrama en el que quedasen recogidos los aspectos organizativos y de coordinación intersectorial tan necesarios para una coordinación eficaz (sectores como el Servicio de Protección y Prevención de Menores, Agencia de Dependencia, Instituto Andaluz de la Mujer, Servicios Sociales, Ayuntamientos, Diputación, ONG,s y asociaciones del tercer sector, etc.)

4.5. Es de vital importancia que la administración sanitaria se comprometa a incrementar las actividades de formación continuada, docencia e investigación entre los profesionales de trabajo social sanitario que permitan el acceso al desarrollo y carrera profesional. Las actividades de formación continuada, docencia e investigación son cruciales para incrementar, la calidad de las actuaciones profesionales

la eficacia y el avance profesional, así como para incrementar los conocimientos, competencias, habilidades y aptitudes profesionales. No es posible dar respuesta a retos y problemas profesionales sin formación especializada y con metodologías obsoletas o atrasadas.

4.6. Es necesario que la administración sanitaria dote de plazas de trabajo social sanitario en cada centro de salud (1 TSS x centro de salud), unidad de salud mental comunitaria, equipo de atención a la mujer y violencia de género, equipo de tratamiento intensivo comunitario, Servicios de Urgencias y Hospitales, incluyendo los Hospitales de Alta Resolución, así como ajustar la ratio sostenible por población y nº de camas por cada trabajador social sanitario.

4.7. La administración sanitaria debe permitir el acceso y actualización de las herramientas de trabajo que permitan el adecuado desempeño profesional a los Trabajadores Sociales Sanitarias (TSS). Es necesario integrar la Historia social sanitaria (HSS) con la Historia Clínica (HC) en DIRAYA ya que actualmente es imposible visibilizar ambos ámbitos, este hecho conlleva dificultades de acceso a la información social del paciente y desconocimiento de la misma por parte de los profesionales clínicos. Esto produce invisibilidad profesional en el sistema sanitario y puede promover el intrusismo profesional.

También debe permitir el acceso a la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz, sistemas de información propios de atención a la dependencia y a la discapacidad, acceso a los módulos de urgencias y a los módulos de atención especializada, así como disponer de un espacio físico para la atención individualizada en consulta que garantice la intimidad y confidencialidad de las usuarias/os (ya que la gran mayoría de consultas son de uso compartido con otros profesionales sin garantías de intimidad y confidencialidad en su atención), disponibilidad de teléfono móvil corporativo en la jornada laboral (Por Ej. En AGS Sur de Córdoba se ha solicitado por escrito desde enero de 2020 y por silencio administrativo ha sido desestimado), disponer de ordenador de sobremesa con acceso a internet y con herramientas informáticas que permitan el desempeño de la actividad laboral (paquete office de Microsoft para realizar informes, presentaciones, bases de datos), acceso al correo corporativo, cámara para realizar videoconsultas o videoconferencias, acceso a Google Meet para realizar videoconsultas o videoreuniones telemáticas, impresora, escáner para escanear documentos e informes, ordenador

portátil para realizar actividades grupales de trabajo con grupos de población y actividades comunitarias, dado que el no tener acceso a estas herramientas de trabajo **merma la calidad y efectividad de la intervención profesional e incluso impide ésta, así como invisibiliza la labor del TTS, incrementa la frustración profesional, y permite el intrusismo profesional de otras categorías profesionales.**

La administración sanitaria debe suministrar estas herramientas de trabajo, para poder desarrollar una actividad laboral con las mayores garantías de calidad, eficacia y eficiencia, al igual que como cualquier otra empresa debe facilitar las herramientas de trabajo a sus empleados/as.

Figura 1. ¿Qué retos tenemos las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios?

- 1.La administración sanitaria debe continuar el reconocimiento profesional como profesión sanitaria ante el Ministerio de Sanidad, con la modificación de la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS).
- 2.La administración debe facilitar a los TTS la coordinación y el acceso a los sistemas de información propios de atención a la dependencia y a la discapacidad, ya que los TTS somos el nexo de unión entre el sistema sanitario y el resto de sistemas de protección social.
- 3.La administración sanitaria debe impulsar la formación continuada especializada, docencia e investigación enfocada a la intervención grupal y comunitaria, así como la promoción de la salud (P. Ej. GRUSE, PFJAE,VVA, PAFAE, PIOBIN, RELAS, etc).
- 4.La administración sanitaria debe dotar de una estructura de coordinación propia y homogénea de los profesionales de Trabajo Social Sanitario (TTS), a modo de jefatura de TTS en las AGS y Distritos Sanitarios del SAS, así como una jefatura de TTS a nivel provincial.
- 5.La administración sanitaria debe fomentar e incrementar las actividades de formación continuada, docencia e investigación entre los profesionales de TTS.
- 6.La administración sanitaria debe dotar de plazas de TTS en cada centro de salud, unidades de salud mental comunitarias, equipos de atención a la violencia de Género (VG), Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario (ETIC), Servicios de urgencias y hospitales (incluyendo los de alta resolución).
- 7.La administración sanitaria debe permitir el acceso, dotar y actualizar las herramientas de trabajo que permitan el adecuado desempeño profesional al TTS.

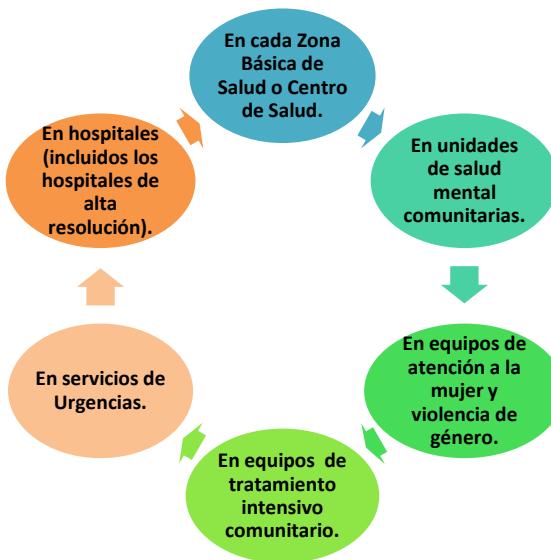
5. ¿Qué otras dificultades tenemos las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios en el desempeño profesional?

La primera dificultad existente es que en la mayoría de los Centros de Salud de Atención Primaria (AP) no cuentan con un Trabajador Social Sanitario por cada centro de Salud.

El ÚNICO profesional que presta atención social en salud es el trabajador social sanitario y actualmente presta servicios de forma compartida en varias zonas básicas de salud, también llamadas Unidades de Gestión Clínica (UGC) o centros de salud, así como varios consultorios locales y consultorios auxiliares distribuidos en diferentes municipios a tiempo parcial y no al 100% de la jornada laboral.

Difícilmente se garantizará ese abordaje si el/la trabajador/a social NO ESTÁ PORQUE ESTÁ TRABAJANDO EN OTRO CENTRO DE SALUD, O PRESTA SUS SERVICIOS EN EL CENTRO DE SALUD UN DÍA O DOS A LA SEMANA Y/O UNAS HORAS ALGUNOS DÍAS, todos sabemos que la visibilidad del trabajo social sanitario está vinculada a la permanencia física y continuada en los centros sanitarios, para que en ningún momento se pierda la perspectiva biopsicosocial que deben regir nuestras intervenciones en salud.

FIGURA 2: Es imprescindible un profesional de Trabajo Social Sanitario por cada Zona Básica de Salud, Centro de Salud en Atención Primaria de Salud, en unidades de salud mental comunitarias, equipos de atención a la mujer y violencia de género, equipos de tratamiento intensivo comunitario, servicios de Urgencias y hospitales (incluidos los hospitales de alta resolución) en los cuales no exista la figura de trabajo social sanitario.



5.1. A nivel laboral y organizativo

- ➡ **Es necesario incrementar el control en la contratación legal de los profesionales.** La administración sanitaria debe contratar a profesionales que cumplan la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio profesional, tal y como establece la legislación vigente, razón por lo cual se propone solicitar a cada candidato/a un certificado de estar al corriente del pago de la colegiación obligatoria, al igual que se solicita a otros colectivos profesionales previamente a su contratación en el Servicio Andaluz de Salud.
- ➡ **Son necesarios contratos laborales de larga duración (no sólo de corta duración), que permitan la estabilización laboral en el tiempo del profesional** de trabajo social sanitario en la zona básica de salud, que permita un mínimo conocimiento de la situación y circunstancias sociosanitarias de la zona, vinculándolo a objetivos e intervenciones de promoción de la salud, educación para la salud, participación comunitaria y no las meramente asistenciales.
- ➡ **Es necesaria la creación de una figura de coordinación de trabajo social sanitario en el Área de Gestión Sanitaria o Distrito Sanitario a modo de Jefatura de Trabajo Social Sanitario** que permita el establecimiento, desarrollo, seguimiento, investigación y evaluación de **protocolos de actuación profesional a nivel de área o distrito sanitario** (imprescindible formación y perfil de trabajador social sanitario con amplia experiencia profesional como trabajador social sanitario).
- ➡ **Es necesaria la creación de una figura de coordinación de trabajo social sanitario a nivel provincial, a modo de jefatura provincial de trabajo social sanitario,** que permita el establecimiento, desarrollo, seguimiento, investigación y evaluación de protocolos de actuación profesional a nivel provincial (imprescindible con formación de un Trabajador Social Sanitario con amplia experiencia profesional)

Algunas sugerencias para este puesto:

- Dependencia jerárquica de Dirección-Gerencia del Área de Gestión Sanitaria (AGS) o Distrito Sanitario.
- Autonomía y capacidad de gestión real y efectiva.
- Que se permita la coordinación con los diferentes equipos y niveles de salud (atención Primaria, especializada, salud mental, atención hospitalaria), así como con otros sistemas de protección (servicios sociales comunitarios y especializados, entidades del tercer sector como ONG, grupos de voluntariado, etcétera).

FIGURA 3. ¿Qué dificultades tenemos los trabajadores sociales sanitarios en el desempeño profesional?

5.1. A nivel laboral y organizativo

1. Es necesario incrementar el control en la contratación legal de los profesionales: Obligatoriedad de colegiación para el ejercicio profesional.
2. Son necesarios contratos laborales de larga duración (no sólo de corta duración), que permitan la estabilización laboral en el tiempo del profesional.
3. Es necesaria la creación de una figura de coordinación de trabajo social sanitario en el Área de Gestión Sanitaria o Distrito Sanitario.
4. Es necesaria la creación de una figura de coordinación de trabajo social sanitario a nivel provincial.

5.2. A nivel de atención e intervención profesional

- ➡ Integrar la Historia Social Sanitaria (HSS) con la Historia Clínica (HC) en la Historia de Salud Digital de DIRAYA, ya que actualmente es imposible visibilizar ambos ámbitos, conlleva dificultades de acceso a la información social del paciente y desconocimiento de la misma por parte de los profesionales clínicos, (recordemos la atención integral –bio psico social- de las personas).
- ➡ Incrementar la participación e intervención real y efectiva del profesional de trabajo social sanitario en los procesos asistenciales, en la cual la valoración social oriente la intervención clínica y viceversa.
En los procesos asistenciales se deben establecer indicadores de derivación para el equipo clínico e intervención por parte del trabajador social sanitario.
- ➡ Iniciar e incrementar la contratación de trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios en los equipos de seguimiento y rastreo de personas infectadas por el SARS CoV-2 o la enfermedad de COVID 19, al igual que han realizado otras comunidades autónomas, como la Comunidad Autónoma Aragonesa, Castellano-Manchega, etc. Este colectivo profesional viene desempeñando sus funciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía desde hace más de tres décadas, disponen de amplia experiencia de trabajo en la realización de estudios de convivientes y contactos en caso de enfermedades infecto-contagiosas tales como tuberculosis (TBC), lepra, Infecciones de Transmisión sexual (ITS) como el VIH/SIDA, sífilis, sarna, etc.
- ➡ Disponer de acceso a los sistemas de información de Dependencia y discapacidad, así como acceder a los módulos de urgencias, atención especializada y atención hospitalaria de la H^a de Salud Digital (DIRAYA).
- ➡ Mejorar los espacios físicos y dotación de herramientas de trabajo, dado que gran cantidad de los espacios físicos son inadecuados porque mayoritariamente son compartidos con otros profesionales, lo que impide una atención con las adecuadas garantías de intimidad y confidencialidad en la atención individualizada. Uno de los hándicaps que continúa teniendo el trabajo social sanitario en atención primaria, es que el contar con espacio físico para el ejercicio profesional dependa siempre de criterios de prioridades o buena voluntad por parte de los directivos del momento y no tanto del interés por dotar de calidad y seguridad a los/las profesionales para el ejercicio de su trabajo.
También son imprescindibles herramientas de trabajo, tales como ordenadores, portátiles o cámaras web para realizar videoconsultas o videoconferencias para reuniones grupales, herramientas informáticas como paquete office de Microsoft -para la elaboración de informes, bases de datos, presentaciones, etc.-, teléfonos móviles corporativos para uso durante la jornada

laboral, correos corporativos, etc., es manifiesto que en alguna AGS no se dispone de éstos (Por ejemplo: En el AGS Sur de Córdoba no se dispone de móviles corporativos para uso en la jornada laboral, aún habiéndose solicitado por escrito y con registro de entrada en enero de 2.020 por parte de todas/os los profesionales de trabajo social sanitario), lo que dificulta y en ocasiones impide, la pronta intervención profesional.

En pleno siglo XXI con la revolución de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) es incoherente que no se disponga de herramientas informáticas que faciliten una videoconsulta o reunión por videoconferencia para consultas con adolescentes del programa Forma Joven en el ámbito educativo (FJAE) o una sesión grupal de promoción del bienestar emocional con los Grupos Socioeducativos (GRUSE), o una reunión de trabajo por videoconferencia con una asociación de enfermos.

- ➡ Incluir como referentes a las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarias/os en prevención, promoción de salud y participación comunitaria, al ser estos profesionales los referentes en los centros de salud y en la coordinación con el ámbito comunitario en Atención Primaria.
- ➡ Introducir la valoración y derivación social en la continuidad de cuidados de las altas hospitalarias de pacientes en situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad en atención hospitalaria.
- ➡ Incrementar las actividades de investigación, docencia y formación continuada desde el trabajo social sanitario para el desarrollo profesional. Es necesaria la investigación social y sanitaria. Las actividades de docencia debe ser priorizadas en los equipos de salud.
- ➡ Acordar y consensuar el registro mínimo en la Historia Social Digital de Pacientes (hojas de seguimiento de trabajo social, lista de problemas sociales, riesgos sociales del grupo familiar, diagnósticos sociales , familiares que prestan apoyo social, escalas de valoración, informes de trabajo social sanitario, etc.) así como registros en los planes de atención personalizados en los pacientes crónicos pluripatológicos.
- ➡ Revisar el sistema de registro actual, ya que en muchas ocasiones no los Códigos WONCA utilizados no recogen correctamente el/los problema/s planteados, los diagnósticos sociales y las intervenciones profesionales realizadas (como las actividades grupales de promoción de la salud, las actividades de coordinación de casos de pacientes con otros niveles de atención sanitaria y/o otros sistemas de protección).

FIGURA 4. ¿Qué otras dificultades tenemos los trabajadores sociales sanitarios en el desempeño profesional?

5.2. A nivel de atención e intervención profesional

1. Integrar la Historia Social Sanitaria (HSS) con la Historia Clínica (HC) en la Historia de Salud Digital de Diraya, ya que actualmente es imposible visibilizar ambos ámbitos, invisibiliza las intervenciones de trabajo social sanitario y favorece el intrusismo profesional.
2. Incrementar la participación e intervención real y efectiva del profesional de trabajo social sanitario en los procesos asistenciales, en la cual la valoración social oriente la intervención clínica y viceversa, con indicación clara de los criterios de derivación al trabajo social sanitario.
3. Iniciar e incrementar la contratación de trabajadoras y trabajadores sociales sanitarios en los equipos de seguimiento y rastreo de personas infectadas por el SARS CoV-2 o la enfermedad de COVID 19, al igual que en otras comunidades autónomas .
4. Disponer de acceso a los sistemas de información de Dependencia y discapacidad, así como acceder a los módulos de urgencias, atención especializada y atención hospitalaria de la H^a de Salud Digital (DIRAYA).
5. Mejorar los espacios físicos y dotación de herramientas de trabajo, que permitan realizar una adecuada intervención profesional de calidad y eficacia en la atención .
6. Incluir como referentes a las trabajadoras y trabajadores sociales sanitarias/os en prevención, promoción de salud y participación comunitaria.
7. Introducir la valoración y derivación social en la continuidad de cuidados de las altas hospitalarias de pacientes en situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad en atención hospitalaria.
8. Incrementar las actividades de investigación, docencia y formación continuada desde el trabajo social sanitario.
9. Acordar y consensuar el registro mínimo en la H^a social digital de pacientes, así como planes de atención personalizados en los pacientes crónicos pluripatológicos.
10. Revisar el sistema de registro actual con códigos WONCA, ya que en muchas ocasiones no recoge correctamente el/los problemas planteados, ni los diagnósticos sociales ni las intervenciones profesionales realizadas.

6. BIBLIOGRAFIA

6.1. Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Recuperado de:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/w_sas-media-pdf_publicacion/2020/MapaAPCordoba.pdf (Consultado el 20-01-21).

6.2. Comisión de Salud del Colegio Profesional de Trabajo Social de Almería (2020). *La realidad del trabajo social sanitario en Almería*. Recuperado de:

<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/almeria/files/LA%20REALIDAD%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL%20SANITARIO%20EN%20ALMER%c3%8da.pdf>
(consultado el 20/01/21)

6.3. Colom Masfret, D. (2008). *El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*. Siglo XXI de España Editores.

6.4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> (consultada el 21/01/21).

6.5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715> (Consultada el 21/01/21)

6.6. Estatuto de Autonomía de Andalucía, aprobado por la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOJA núm. 56 de 20 de Marzo de 2007 y BOE núm. 68 de 20 de Marzo de 2007. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-5825> (consultado el 22/01/21)

6.7. Ley 2/98 de Salud de Andalucía. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-18720-consolidado.pdf> (consultado el 23/01/21)

6.8. Riba Cebrián, J. (2018). *Criterios de asignación de trabajadores sociales sanitarios en los centros de salud de Barcelona en base a recursos disponibles y a necesidades de la población*. Recuperado de:

<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/86605/1/Jordi%20Riba.%20MUTSS.pdf> (consultado el 23/01/21)

6.9. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2018). Consejería de Economía, conocimiento, empresas y universidad. Junta de Andalucía. Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA). *Andalucía pueblo a pueblo-Fichas municipales*. Recuperado de;

<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sima/provincia.htm?prov=14> (consultado el 24/01/21)