

**Revista de  
Servicios Sociales  
y Política Social**

**Coordinadora de la Revista:**

M<sup>a</sup> Luisa Fuertes Cervantes

**Apoyo Técnico:**

Paula Barros Castro

**Comité Editorial:**

Montserrat Bacardit i Busquet  
Natividad de la Red Vega  
Gustavo García Herrero  
Trinitat Gregori Monzó  
Pilar Pando Lobo  
Manuel Martín García  
Cándida Acero Sáez

El Comité Editorial no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

**Edita:**

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados  
en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

**Junta de Gobierno:**

Presidenta: Ana M. Aguilar Manjón  
Vicepresidenta 1<sup>a</sup>: Marta Llobet Estany  
Vicepresidenta 2<sup>a</sup>: Montserrat Grisó Ginés  
Secretario: Ángel Luis Maroto Sáez  
Tesorera: Rosa García Sedano  
Vocales: Nieves Gascón Navarro, Manuel Martín García, Caterina J. Massuti Sureda,  
Juan L. Moreno Millán, Pilar Pando Lobo, Isabel Rodríguez Cañas.

**Administración, Redacción,  
Suscripción y Venta:**

Avda. Reina Victoria, 37 - 2<sup>o</sup> centro. 28013 Madrid.  
Tel: 91 541 57 76/77. Fax: 91 535 33 77.  
E-mail: consejo@cgtrabajosocial.es  
www.cgtrabajosocial.es  
Horario: de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00.

**Imprime:**

C&M Artes Gráficas.

4<sup>o</sup> trimestre 2003

ISSN: 1130-7633

Dep. Legal M-16020-1984

# Sumario

## Editorial

### Dossier: Trabajo Social y Salud (I)

Desarrollo normativo del derecho a la  
protección de la Salud  
*Josep Corbella i Duch* ..... 9

Para una sanidad intercultural y  
democrática. Retos del Trabajo Social para el  
nuevo milenio  
*Josep Vilarmau Vila* ..... 41

La gestión por procesos en el ámbito de la  
Salud  
*Julio Villalobos Hidalgo* ..... 63

El Trabajo Social Hospitalario en  
transformación: hacia nuevos retos y la  
mejora de competencias  
*Dolors Colom Masfret* ..... 75

La cara oculta del síntoma  
*Jesús Mansilla Navarro* ..... 103

Cartera de Servicios de Trabajo Social  
en Atención Primaria de Salud  
VV.AA. .... 105

La atención grupal en el ámbito de la  
atención primaria de Salud.  
*M. Antonia Rocabayera Andreu  
y Pepita Rodríguez Molinet* ..... 113

Dependencia y vejez. Consecuencias  
Socio-Familiares.  
*Teresa Codinach i Moncunill* ..... 119

## Sección libre

Intervención Social sobre el cuidador  
principal en una unidad geriátrica de media  
estancia.  
VV.AA. .... 127

## De interés profesional

La Asociación "Trabajo Social y Salud":  
Historia de un esfuerzo colectivo.  
*Miguel Miranda Aranda* ..... 145

## Comentario de libros

Reflexiones sobre Bioética en Adicciones  
*José Manuel Rodríguez Navarro* ..... 153





*"Inmensa tristeza, sufrimiento inútil, un sin sentido quitar la vida ajena o dejarla mal herida física y psíquicamente.*

*Este atentado brutal nos ha golpeado a todos, sumiéndonos en el dolor y a la vez espero nos refuerce en la unidad, porque el dolor, la pena, el desconsuelo de cada una de esas personas, de sus familias y amigos, es un dolor compartido, sentido, llorado, por tantas y tantas personas que sólo queremos vivir en paz"*

**Carmen Pérez San José**

Este número de la revista dedicado a Trabajo Social y Salud no puede publicarse sin prestar una reflexión a los tristes acontecimientos ocurridos en Madrid el 11 de Marzo y el 3 de Abril en Leganés.

Tratar de trabajo social y salud con el fin de mejorar el bienestar de personas, familias y pueblos en momentos en que el país se halla inmerso en el dolor y el sufrimiento, puede resultar una contradicción, por ello queremos manifestar nuestra solidaridad humana y profesional uniéndonos a todas las personas y familias que padecen el dolor más directamente. Es triste el momento y es reconfortante, a su vez, observar las manifestaciones de apoyo que han surgido de organizaciones y ciudadanos, acompañando a las familias, amigos o

compañeros en estos momentos de intenso dolor o enfermedad.

Los profesionales del trabajo social, en nuestras intervenciones, acompañamos en el sufrimiento, la incapacidad y las pérdidas, orientando, informando y sobre todo ofreciendo soporte en momentos emocionalmente críticos. Al mismo tiempo, como profesionales, nos invaden sentimientos de dolor, por ello nos sentimos unos ciudadanos más, que desde estas líneas, queremos manifestar que estamos cerca de los que sufren este dolor y les acompañamos en este camino.

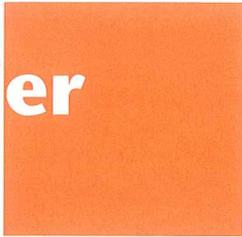
Desde nuestra profesión estamos a favor del cumplimiento de la ley, de promover la paz, respetar la dignidad y proporcionar felicidad, comprometiéndonos por ello al quehacer profesional.

Hacemos una llamada para que nuestro pueblo viva en paz.

Dedicamos este número de la revista al tema trabajo social y salud. Se trata de una intervención que ocupa a muchos profesionales del trabajo social y pensamos que podemos a ofrecer documentación que permita reflexionar sobre aspectos legales, de programación o intervención, en resumen, que resulte de utilidad para los lectores.



**Dossier**



**Trabajo Social  
y Salud (I)**



# Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

**Josep Corbella i Duch.** Doctor en Derecho. Abogado. Profesor Asociado de la EUTS. Universidad de Barcelona.

La promulgación de la Constitución, el 27 de diciembre de 1978, en tanto configura un estado democrático, sometido al imperio de la ley, que reconoce y protege los derechos fundamentales de la persona, supone un punto de inflexión muy importante en la organización de la convivencia de la sociedad española, y, en lo que aquí interesa, incluye el reconocimiento del derecho a la protección de la salud (art. 43), ordenando a los poderes públicos organizar las medidas preventivas y las prestaciones necesarias fijando, por ley, los derechos y deberes que incumben a todos en este punto.

Inicialmente, en los primeros borradores constitucionales, en la configuración de la Seguridad Social, se daba un tratamiento unitario a las prestaciones sociales y sanitarias, siguiendo la línea legislativa establecida por la evolución de la regulación sobre la Seguridad Social, entre cuyas prestaciones se incluye, aun hoy, la asistencia sanitaria. Sin embargo, finalmente quedaron separadas ambas materias, dedicándose el art. 41 de la C.E. a configurar la Seguridad Social, y, el art. 43, a la protección de la salud de todos los ciudadanos.

El desarrollo normativo de esta previsión constitucional se hizo esperar bastante, casi ocho años, puesto que se realiza mediante la publicación de la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril. En esta disposición el legislador español contempla, por primera vez, el ámbito sanitario en su globalidad, y lo

ordena de forma sistemática en su integridad, si bien con algunas lagunas e imperfecciones que, posteriormente, han sido superadas mediante la Ley 41/02, de 14 de noviembre y la Ley 16/03, de 28 de mayo.

El propósito de estas líneas es el de realizar un breve estudio de la normativa vigente en el ámbito sanitario, partiendo del mandato constitucional que se presenta como norte o guía interpretativo de la misma.

## Ubicación sistemática del derecho a la protección de la salud en la Constitución Española de 1978

El derecho a la protección de la salud se reconoce en el art. 43 de la C.E., que se halla dentro del Capítulo III, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, del Título Primero, que lleva por rúbrica, *"de los derechos y deberes fundamentales"*.

Una lectura apresurada del texto constitucional puede llevar a la errónea conclusión de que nos hallamos ante un auténtico derecho fundamental de aplicación inmediata, pero la misma rúbrica que encabeza el Capítulo en el que se halla situado el art. 43 de la C.E., *"de los principios rectores de la política social y económica"*, unida a las disposiciones del art. 53 del texto constitucional, donde se establecen las garantías para la efectividad de los derechos reconocidos, nos saca inmediatamente del error.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

La C.E. no reconoce derechos subjetivos en el ámbito de las materias incluidas dentro del Cap. III, del T. I., cuyas disposiciones tienen un valor programático, y sólo pueden invocarse ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollan. Por este motivo, y tal como dice Garrido Falla<sup>1</sup> “cuando el art. 43.1 afirma que “se reconoce el derecho a la protección de la salud” entramos en el terreno de los buenos y píos deseos”.

La C.E. en su art. 53, establece tres categorías dentro de los derechos por ella reconocidos, señalando un orden jerárquico entre los mismos y poniendo en primer lugar los que tienen el carácter de derechos públicos subjetivos, que se aplican directamente, sin necesidad de un posterior desarrollo legislativo.

De esta forma, distinguimos los que propiamente podemos denominar derechos fundamentales, contenidos en la Sección Primera del Cap. II del T. I (arts. 15 a 29), más el derecho a la igualdad y a la no discriminación, establecido en el art. 14, y el derecho a la objeción de conciencia del art. 30, para los que se establece una protección reforzada imponiendo su desarrollo mediante ley orgánica, y que, además gozan de una especial protección jurisdiccional mediante un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad, regulado por la Ley 62/78, de 26 de diciembre (promulgada un día antes que la propia Constitución), y, en su caso, mediante el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.

Todo lo cual constituye un arsenal o mecanismo defensivo para garantizar la efectividad y el ejercicio de tales derechos tanto frente a los poderes públicos como frente a los particulares, en lo que la doctrina alemana conoce como *Drittwirkung der Grundrechte*.

En un segundo nivel jerárquico, se hallan los derechos reconocidos en la Sección Segunda del Cap. II del T. I del C.E. (arts. 30 a 38), a los que podemos denominar derechos constitucionales<sup>2</sup>, sólo pueden desarrollarse por ley, en este caso ordinaria, que debe respetar su contenido esencial, lo que, en definitiva, constituye una reserva de ley.

Y, finalmente, en último lugar, hallamos los principios rectores de la política social y económica, recogidos en el Cap. III del T. I (entre los que se encuentra el art. 43, donde se establece el derecho a la protección de la salud), que tienen un valor programático, y se constituyen en normas de acción, que señalan al legislador, y a quienes ejercen los poderes públicos, el camino que deben seguir. Pero tales derechos, en realidad no son tales, y a pesar de la expresión utilizada en cada caso por el legislador, se trata de principios organizativos o rectores, que sólo pueden exigirse según el contenido de las leyes que los desarrollan. Y no constituyen derechos públicos subjetivos, puesto que carecen de los mecanismos de protección que amparan a éstos, a los que nos hemos referido anteriormente.

## Los derechos fundamentales en la relación jurídica sanitaria

De lo dicho anteriormente no debe desprenderse que los derechos fundamentales se encuentren al margen de la actividad sanitaria, y que, en otro caso, se hallen ausentes de la relación jurídica sanitaria. Nada más lejos de la realidad. Por su propia definición y carácter, los derechos fundamentales constituyen el núcleo de cualquier sistema jurídico y se erigen como la columna axial del mismo, alrededor de la cual gira todo el sistema.

Es por ello que conviene ahora hacer una referencia a la relación jurídica y a los derechos fundamentales, puesto que, cualquiera que sea la actividad contemplada, deben ser respetados. Por ello, se intentará señalar la incidencia o conexión de la relación jurídica sanitaria con los derechos fundamentales.

La relación que se establece entre una persona física (a la que llamamos enfermo, paciente o usuario) y un prestador de servicios sanitarios, sea éste una persona física (médico, enfermero/a, farmacéutico, etc.) o una entidad jurídica, para la prevención o el restablecimiento de la salud de la primera, es una relación jurídica que genera derechos y obligaciones para ambas partes.

Las normas jurídicas regulan la relación jurídica atribuyendo a uno de los sujetos de la misma una situación de poder, a la que llamamos derecho, que se corresponde con una situación de deber del otro sujeto, llamada también obligación jurídica<sup>3</sup>.

La relación jurídica sanitaria es, en la mayoría de ocasiones, una obligación de hacer que se configura como una obligación de medios, llamada también de actividad, y en otras, las menos, de resultado, o de realización de una obra determinada.

El objeto de esta relación jurídica es la prestación de los servicios sanitarios, lo que puede realizarse con finalidades preventivas o de promoción de la salud, o bien con fines asistenciales, curativos o de restablecimiento de la salud. En esta línea, el legislador español en el artículo tercero de la Ley 41/02, de 14 de noviembre, donde se contienen las definiciones legales de diferentes conceptos e instrumentos, distingue el "paciente", entendiendo por tal la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de la salud, del "usuario", definido como persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

La relación jurídica sanitaria incide sobre la salud, que es el soporte de la vida y de la integridad física, en definitiva, de la misma

### notas

1. Garrido Falla, Fernando, "Comentarios a la Constitución", 3ª. Edición, Cívitas. Madrid, 2001, pág. 976.
2. Siguiendo la nomenclatura ofrecida por Desdentado Bonete, Aurelio, en "Constitución y Seguridad Social. Reflexiones para un aniversario", diario "La Ley", núm. 5.913, de 15/12/03.
3. La teoría sobre las relaciones jurídicas puede consultarse en los diferentes manuales de derecho civil. Por todos señalamos la obra de José Castán Tobeñas, "Derecho Civil Español Común y Foral", Ed. Reus, Madrid, 1984.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

existencia de la persona humana, lo cual nos lleva a la conclusión de que el contenido de la relación jurídica sanitaria, el conjunto de derechos y de deberes que la configuran, incluye en primer lugar, y de manera especial, aquellos derechos que garantizan la existencia de la persona humana en su individualidad y singularidad, así como su integridad física y moral, los llamados derechos de la personalidad.

Para Díez-Picazo<sup>4</sup>, los derechos de la personalidad designan el ámbito de protección de la persona y de sus atributos o cualidades. Pertenecen a la categoría de los derechos absolutos (en el sentido de que producen eficacia general o "*erga omnes*"), y tienen el carácter de innatos, esenciales a la persona, intransmisibles, irrenunciables e imprescriptibles.

Para el autor mencionado (otros tratadistas ofrecen diferentes calificaciones, con leves diferencias), tienen la consideración de derechos de la personalidad, el derecho a la vida, el derecho a la integridad física, el derecho a libertad personal, los derechos al honor, a la intimidad y a la propia imagen, y, el derecho al nombre, o lo que es lo mismo, a la identidad personal.

La personalidad, como atributo inseparable del ser humano, consistente en la capacidad para ser sujeto de relaciones jurídicas. Significa la titularidad de los derechos fundamentales, que forman el contenido esencial de la persona<sup>5</sup>.

El reconocimiento de los derechos fundamentales de la persona, como estatuto jurídico de los ciudadanos que garantiza la

libertad individual frente al poder, y frente a los demás miembros de la sociedad, es un elemento imprescindible para la existencia de un estado de derecho.

El proceso seguido para el reconocimiento de los derechos fundamentales va ligado a la misma historia de la humanidad, en el que aparecen como hitos importantes las solemnes declaraciones de derechos efectuadas durante el siglo XVIII (Virginia, EE.UU. y, sobre todo, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, proclamada por la Asamblea de la Francia revolucionaria, en 1789), y las que se producen en el s. XX, después de los desastres generados por la Segunda Guerra Mundial, que se inician con la Declaración Universal de Derechos Humanos, promulgada por la O.N.U. en 1948, y sigue con diversos pactos en el seno de la misma O.N.U., y en otros organismos internacionales de nivel regional, mediante los cuales se traslada a los textos constitucionales de los diferentes estados el reconocimiento y la protección de los derechos fundamentales.

La necesidad de garantizar en todo momento el respeto a los derechos fundamentales del hombre, exige que en cada caso, en cada circunstancia, siguiendo la evolución social, se impongan los mecanismos necesarios para salvaguardar la integridad de la persona humana y su libertad individual<sup>6</sup>.

Hemos hablado indistintamente de derechos de la personalidad, de derechos fundamentales y, de derechos humanos, y parece que nos movemos en un cierto confusiónismo terminológico que, en

realidad, no existe ya que, en cualquier caso, estamos hablando de los mismos derechos, los que corresponden a la persona en cuanto a tal, por el solo hecho de serlo. En este sentido, Pérez Luño señala que *"los derechos humanos suelen venir entendidos como un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional. Con la noción derechos fundamentales se tiende a aludir a aquellos derechos humanos garantizados por el ordenamiento jurídico positivo, en la mayor parte de los casos, en su normativa constitucional"*. Por su parte, el profesor Ricardo de Angel<sup>7</sup>, señala que *"los derechos de la personalidad no son algo distinto de los derechos humanos, lo único que existe es una diferencia en su campo de acción: las relaciones individuo-Estado en los últimos, las relaciones individuo-individuo, en los primeros."*

Tales declaraciones de derechos, y los pactos internacionales para su protección, han tenido una incidencia destacada en la regulación de la relación jurídica sanitaria, y en el reconocimiento de los derechos que, por su condición de persona humana, ostentan los pacientes.

Por ello, en el estudio de los derechos de los pacientes no importa tanto ver como los concreta un determinado legislador en el marco de su propio y particular sistema jurídico, sino estudiar, profundizar y conocer el alcance que tienen los derechos fundamentales de la persona, universalmente reconocidos a partir de la Declaración Universal aprobada por la O.N.U. en 1948, dentro de la relación jurídica sanitaria.

Para terminar este punto conviene señalar que la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la O.N.U., ya en su preámbulo, señala que el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los seres humanos es el fundamento de la justicia y de la paz, y, en su artículo primero, añade que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

En el mismo sentido, la Ley General de Sanidad, promulgada en 1986, el primero de los derechos que reconoce a los pacientes es el del respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, y lo mismo hace la Ley 41/02, cuando señala como principios básicos de la misma el respeto de la dignidad de la persona humana, de la autonomía de su voluntad y de su intimidad.

La dignidad es consustancial al ser humano, en tanto constituye la expresión de su propia naturaleza racional y libre, que lo hace diferente de los demás seres animados que existen, y, por ello, el derecho a la libertad, en sus diferentes manifestaciones, junto con el derecho a la vida, constituyen el núcleo o esencia de todos los derechos fundamentales, debiendo ser respetados en todas las relaciones jurídicas que se establezcan.

notas

4. Luís Díez-Picazo y Antonio Gullón, *Sistema de Derecho Civil*, Volumen I, 9ª Ed. Tecnos, Madrid, 1997, pp. 324 y siguientes.

5. Encarna Roca Trías, *Comentarios al art. 29 del Código Civil*, Tomo I, p. 224, Ed. M<sup>o</sup> de Justicia, Madrid 1991.

6. Antonio E. Pérez Luño, *Los derechos fundamentales*, Ed. Tecnos, Madrid, 1991.

7. Ricardo de Angel Yagüez, *Una teoría del derecho*, Ed. Cívitas, Madrid, 1993. P. 402.

## **Distribución del ejercicio de competencias en la Constitución Española<sup>8</sup>**

Una de las principales novedades de la C.E./78 es el reconocimiento de autonomía política a las nacionalidades y regiones, a las que denomina Comunidades Autónomas (CC.AA.), dentro de la unidad de la nación española<sup>9</sup>, lo cual comporta el reparto o distribución del poder político del estado entre el propio estado y las CC.AA.

De esta forma, estado y CC.AA. ejercen las potestades legislativas y ejecutivas en las materias que tienen asignadas, con lo que se produce una descentralización funcional.

En la propia C.E. se establece el reparto de competencias mediante un sistema de doble lista (el art. 148 enumera las competencias que pueden asumir las CC.AA. en sus respectivos estatutos de autonomía, y, el art. 149 las que, de forma exclusiva, corresponden al estado), y de doble cláusula residual de signo opuesto (las competencias que no se hallen incluidas en ninguna lista pueden ser asumidas por las CC.AA., y, aquellas que no ejerzan las CC.AA. son ejercidas por el estado, art. 149.3).

La mayor parte de las competencias del estado enumeradas en el art. 149.1 son ejercidas de forma compartida con las CC.AA., correspondiendo a éstas dictar las normas de desarrollo, reglamentarias y/o de ejecución, con lo cual las que son realmente competencias exclusivas del estado quedan reducidas a las materias que podríamos

considerar como nucleares o representativas de la soberanía y de la personalidad jurídica del propio estado.<sup>10</sup>

Las CC.AA., mediante el ejercicio de las potestades legislativas en las materias que han asumido en sus respectivos Estatutos de Autonomía, pueden desarrollar su autogobierno mediante su propio ordenamiento jurídico.

El art. 149.1.16<sup>a</sup> C.E., atribuye al estado competencia exclusiva en materia de *"Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos"*.

El art. 148.1.21<sup>a</sup> C.E., dispone que las CC.AA. pueden asumir competencias en materia de *"Sanidad e Higiene"*.

## **Concepto de legislación básica**

Las disposiciones transcritas señalan claramente que la C.E. realiza una diferente distribución del ejercicio de competencias, entre el estado y las CC.AA., en el ámbito de la sanidad y de la salud, puesto que mientras todo lo referente a sanidad exterior y legislación sobre productos farmacéuticos es de exclusiva competencia estatal, en materia de sanidad interior, que comprende la prevención de la salud y la asistencia sanitaria de la población enferma, estado y CC.AA. comparten las competencias, correspondiendo al primero dictar las normas básicas y ejercer la coordinación general de la actividad prestacional, y a las

CC.AA. dictar la legislación de desarrollo y encargarse de la ejecución de las normas, tanto estatales como autonómicas, sobre la materia.

El concepto legislación básica es diferente de Ley de Bases, regulado en el art. 82 C.E. como técnica de delegación legislativa del Parlamento al Gobierno, generalmente, en relación a materias de gran complejidad técnica.

Las leyes o normas básicas, se inscriben dentro de las normas que regulan el ejercicio compartido de competencias entre el estado y las CC.AA. de acuerdo con la Constitución y los respectivos Estatutos de Autonomía, y que no se presenta siempre formalmente mediante una norma con el rango de ley.

Pero ni la C.E. ni los Estatutos de Autonomía definen lo que debe entenderse por básico, por cuyo motivo ha sido la jurisprudencia constitucional, resolviendo los diferentes conflictos surgidos entre el estado y las CC.AA. en relación al ejercicio de las respectivas competencias, la que ha establecido los criterios que sirven de guía para llegar a conocer aquello que tiene el carácter o naturaleza de básico, siendo el primero de carácter material,<sup>11</sup> basado en el del interés general, del que se deriva la exigencia de una normativa uniforme o común denominador normativo, que, en algunos casos, nos lleva al concepto de bases como competencia horizontal del estado, tanto en funciones legislativas como ejecutivas<sup>12</sup> a fin de garantizar que las diferencias entre los Estatutos de Autonomía de las distintas CC.AA. no impliquen, en ningún caso, privilegios económicos o

sociales, tal como ordena el art. 138.2 C.E., o, lo que es lo mismo, para garantizar la igualdad de derechos de todos los ciudadanos españoles, cualquiera que sea su lugar de residencia.

En el estudio de la normativa sanitaria conviene no perder de vista estos conceptos, especialmente en un tiempo en que diferentes CC.AA. han dictado normas en materia sanitaria, cubriendo así la inicial inactividad del legislador estatal, que después, cuando el estado ha dictado la norma básica, han quedado derogadas de hecho, total o parcialmente, para sorpresa y desconcierto de muchos.

Recordemos que, en el ámbito de la sanidad, el constituyente quiso que estado y las CC.AA. compartieran las competencias en materia de asistencia sanitaria, residenciando en el estado la capacidad para dictar las

notas

8. Entendemos por *competencia* la titularidad de una potestad o función pública sobre una materia por un determinado ente público, y por *materia*, la totalidad de una actividad o cosa.

9. Como dice Coscolluela Montaner, Luis, en su "Manual de Derecho Administrativo", Ed. Cívitas, Madrid, 1994, pág. 233, "..., la nacionalidad es una nación interna integrada en otra superior que la aglutina. El concepto de región traduce la expresión de una estructura organizativa diferenciada de la del estado...".

10. López Guerra, Luis y otros, en "Derecho Constitucional" VII, Ed. Tirant lo Blanc, Valencia, 1997, pág. 318 y sig., para un desarrollo más extenso de la cuestión.

11. Coscolluela Montaner, Luis, ob., cit., pág., 92.

12. En este sentido se expresa López Guerra, Luis, ob., cit., pág. 321 y sig.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

normas básicas que han de servir de denominador común para todos, y en las CC.AA. las facultades de desarrollo y de ejecución de dicha legislación.

### Desarrollo legislativo en materia sanitaria<sup>13</sup>

En el desarrollo legislativo de la norma contenida en el art. 43 de la C.E., dentro de lo que podemos denominar legislación básica del estado, encontramos dos tipos de normas, las que tienen carácter general o global en su ámbito material, y las que de carácter sectorial, que sólo contemplan una parte o un aspecto de la actividad sanitaria, algunas de las cuales fueron dictadas aún antes que las normas generales.

En el primer grupo, las que tienen vocación de ordenar todo el ámbito sanitario, hallamos:

- La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril de Medidas Especiales en materia de salud pública.
- La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
- El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Biomedicina (conocido como el Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina) aprobado por el Consejo de Europa y firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997 por cuyo motivo se le identifica como "El Convenio de Oviedo"), cuyas disposiciones han entrado a formar parte

del ordenamiento interno de los estados que lo han suscrito y ratificado (para España entró en vigor el día 1 de enero de 2000).

- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Son normas de regulación sectorial o parcial del ámbito sanitario:

- La Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
- La Ley 30/1980, de 21 de junio, por la que se regulan las autopsias clínicas.
- La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del art. 417 bis del Código Penal en materia de despenalización del aborto.
- La Ley 35/1988, de 22 de noviembre, por la que se regulan las técnicas de reproducción asistida, modificada por la Ley 45/2003, de 21 de noviembre.
- La Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos.
- La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
- La Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, cuyo art. 763 regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Junto a estas normas debemos situar también las que han sido dictadas en el ámbito sanitario por las diferentes CC.AA., entre las

cuales, y para cada autonomía, podemos también clasificar las que tienen carácter general y las sectoriales.

Y, dicho lo anterior, procede ahora hacer un análisis, aunque sea breve, de cada una de las disposiciones mencionadas.

### Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril de Medidas Especiales en materia de salud pública

Durante el trámite parlamentario de la Ley General de Sanidad, el legislador advirtió que determinadas disposiciones afectaban derechos fundamentales de las personas, especialmente el derecho a la libertad ambulatoria, por cuyo motivo separó del proyecto inicial tales disposiciones y siguió para las mismas el trámite establecido para las leyes orgánicas en el art. 81 de la C.E.

El contenido de esta L.O. es muy similar al de la base única del título preliminar de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25/11/44, hoy degradada al rango reglamentario, en virtud de la Disposición Derogatoria 2ª de la Ley General de Sanidad.

Con la finalidad de proteger la salud pública, de prevenir su pérdida o deterioro, y de controlar las enfermedades transmisibles, autoriza a las administraciones sanitarias para realizar actuaciones coactivas de reconocimiento, tratamiento, control y hospitalización de aquellas personas que, racionalmente, presenten indicios que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población, debido a su situación sanitaria concreta.

También autoriza el suministro centralizado de medicamentos y productos sanitarios, cuando existan dificultades de abastecimiento, y para garantizar su mejor distribución, pudiendo condicionar la prescripción a la identificación y realización de pruebas diagnósticas.

### Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Se publicó en el B.O.E. de 29/4/86, juntamente con la anterior.

Con la promulgación de la L.G.S. el legislador contempla, por vez primera y de forma global, sistemática, toda la materia sanitaria. Es la norma básica prevista por el art. 149.16ª C.E., y sus disposiciones se aplican a todo el territorio del estado, excepto el art. 31.1, letras b) y c), sobre funciones del personal inspector, y los arts. 57 a 69, que regulan las Áreas de Salud, materias de competencia autonómica puesto que se trata de cuestiones referidas al ámbito de la autoorganización de las instituciones y servicios propios de cada CC.AA.

La Ley General de Sanidad, cuyo contenido es de carácter organizativo, excepto en las disposiciones sobre reconocimiento de

#### notas

13. En el mercado existen diversas recopilaciones de la legislación sanitaria, muy útiles como obras de consulta. Señalo sólo las más recientes: "Legislación Sanitaria de España", dirigida por José Manuel Martínez-Pereda, Ed. Colex, Madrid, 2003, y, "Derecho Médico. Tratado de Derecho Sanitario", dirigido por Martínez-Calcerrada y de Lorenzo Montero, R., Ed. Colex, Madrid, 2001.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

derechos, presenta como elementos más destacados:

- Establecimiento de un derecho subjetivo individual a la protección de la salud, mediante el reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos españoles, y de los extranjeros que residen legalmente en el territorio español, a la protección de la salud y a la atención sanitaria (arts. 1 y 2).

Se configura, de esta forma, la relación jurídica sanitaria entre el enfermo, o el usuario de los servicios sanitarios, y las administraciones públicas sanitarias, donde el primero es un sujeto de derechos, que le son otorgados por la norma legal, y, al mismo tiempo, tiene también obligaciones concretas, tal como explicaremos en su momento.

- La universalización de la asistencia, que hace extensiva a toda la población, en condiciones de igualdad efectiva, arts. 16 y 80, si bien, de forma progresiva, según la Disposición Adicional Quinta, seguramente pensando en los problemas presupuestarios que ello implica, habiéndose dado un primer paso en este sentido mediante un R.D. 1.088/89, de 08/09/89, que hace extensiva la cobertura sanitaria a las personas sin recursos, o con ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional, que carecen de seguridad social.

Un importante sector doctrinal estima que la asistencia sanitaria pública y la seguridad social deben regirse separadamente, y considera criticable el sistema actual que configura la asistencia sanitaria como una prestación del sistema de seguridad social.<sup>14</sup>

- Se concibe la sanidad como un servicio público de la Administración a todos los ciudadanos, con lo cual, definitivamente, deja de ser sólo una prestación de la seguridad social, siguiendo así la estructura de la Constitución que reconoce, separadamente, el derecho a la Seguridad Social y a la protección de la salud en disposiciones separadas (arts. 41 y 43).

- Ordena orientar los medios y actuaciones, de forma prioritaria, a la promoción de la salud, a la educación sanitaria y a la prevención de la enfermedad, y no solo a la curación (arts. 3 y 6).

- Ordena establecer una política sanitaria superadora de los desequilibrios territoriales y sociales (art. 12).

- Crea el Sistema Nacional de Salud, integrado por el estado y los servicios de salud de las diferentes CC.AA., que, a su vez, integran todos los centros y servicios existentes en su respectivo territorio (T.III, arts. 44 y sig.).

Los servicios de salud se basan en las áreas de salud, que incluyen una población entre 200.000 y 250.000 habitantes (art. 56), las cuales se hallan divididas en zonas básicas de salud, como marco territorial de atención primaria, en las que se ubican los centros de salud (antiguos ambulatorios).

- Prevé la redacción de un Plan Integrado de Salud, que incorporará los planes de salud del estado y de las diferentes CC.AA., Mediante R.D. 938/89, de 21 de julio, se han dictado las normas para su elaboración.

- Enumera los derechos y deberes que todos, enfermos y usuarios, tienen respecto de las Administraciones sanitarias y las entidades privadas prestadoras de servicios sanitarios (arts. 9, 10 y 11).

Debido a la importancia del tema, y a las modificaciones operadas en las L.G.S. mediante la Ley 41/02, será tratado monográficamente mas adelante.

- Regula las competencias de las diferentes Administraciones públicas, la estructura del sistema sanitario público, las actividades privadas, los productos farmacéuticos, la docencia, la investigación, y el Instituto de Salud Carlos III, como órgano superior de apoyo científico.

Finalmente, establece un cuadro de infracciones y sanciones.

### Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento

Regula, en el ámbito de competencias que corresponden al estado, la fabricación, elaboración, control de calidad, circulación, distribución, régimen de precios, comercialización, información y publicidad, importación, exportación, almacenamiento, prescripción, dispensación, evaluación, autorización y registro de los medicamentos de uso humano y veterinario; la ordenación de su uso racional; la intervención de estupefacientes y psicótopos, así como los productos sanitarios usados con fines terapéuticos, preventivos o de diagnóstico, y los de higiene personal.

Con este amplio enunciado, mediante el cual la Ley define su ámbito de aplicación en el artículo primero, es fácil comprender su importancia, y, al propio tiempo, se advierte que nos hallamos ante un sector regulado minuciosamente en todos sus aspectos.

De conformidad con el art. 149.1.16ª de la C.E., la Ley indica las disposiciones que corresponden al ejercicio de competencias exclusivas del estado, las que tienen el carácter de normas básicas y que, por ello, pueden ser desarrolladas por las CC.AA., y las que constituyen normas supletorias en defecto de normas específicas de las CC.AA.

Prohíbe la venta a domicilio de medicamentos y dispone que su custodia, conservación y dispensación se realice en las oficinas de farmacia.

Siguiendo la línea de meticulosidad, señala los productos que tienen el reconocimiento legal de medicamento, indicando que tendrán el mismo tratamiento legal los productos en fase de investigación clínica; luego ofrece la definición legal del medicamento, de sustancias medicinales, de excipiente, de las especialidades farmacéuticas, de medicamento prefabricado, de producto intermedio, de las formulas magistrales, de los productos sanitarios y de los productos de higiene personal (arts. 6 a 8).

#### notas

14. Ver Beltrán Aguirre, Juan Luís, en "Anotaciones a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud", vol. 11, núm. 2, julio-diciembre 2003, de la revista Derecho y Salud, pág. 125 y sig., y la bibliografía allí citada sobre el mismo tema.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

Define como medicamentos especiales, y procede a su regulación (arts. 39 y sig.), los biológicos, los de origen humano, las plantas medicinales, los veterinarios, los radiofarmacos, los homeopáticos, y, los gases medicinales.

Conceptúa los derivados de la sangre, el plasma, las glándulas y los tejidos humanos como medicamentos de origen humano (art. 40).

Dispone la formación de la Real Farmacopea Española, que es el código de especificaciones que deben respetar los medicamentos y sus materias primas a fin de garantizar la calidad y la composición de las sustancias medicinales (art. 55), que ha sido regulada mediante R.D. 294/95, de 24 de febrero.

También ordena la creación del Formulario Nacional, como registro de las fórmulas magistrales y de los preparados reconocidos oficialmente como medicamentos (art. 55), regulado por el mismo R.D. 294/95, el cual ha sido aprobado recientemente, mediante Orden del Ministerio de Sanidad de 18 de noviembre de 2003.

Es de gran interés la regulación de los ensayos clínicos contenida en el T. III de la Ley, donde se define el ensayo clínico como toda evaluación experimental de una sustancia o medicamento, a través de su administración o aplicación en seres humanos, orientada a poner de manifiesto sus efectos farmacodinámicos o recoger datos referentes a su absorción, distribución, metabolismo y excreción del organismo; establecer su eficacia, y, conocer el perfil de sus reacciones adversas y establecer su seguridad (art. 59).

Establece las normas legales para garantizar que, en su realización, se respetarán los postulados éticos de la sociedad y los derechos fundamentales de la persona, siguiendo los contenidos de las declaraciones de Helsinki y sucesivas, efectuadas por la Asociación Médica Mundial, y, con esta finalidad ordena la constitución de un Comité Ético de Investigación Clínica en los centros sanitarios que efectúen ensayos clínicos. Dichos Comités estarán integrados por médicos, farmacéuticos, farmacólogos clínicos, personal de enfermería, y personas ajenas a la profesión sanitaria, entre las cuales habrá un jurista.

Exige el consentimiento libremente expresado, preferiblemente por escrito, de la persona en la que haya de realizarse el ensayo, después de haber sido instruida sobre la naturaleza, importancia, alcance y riesgos del ensayo, quien podrá revocarlo en cualquier momento, sin expresión de causa, y desistir de su participación en el ensayo.

Obliga a la concertación de un seguro para cubrir los daños y perjuicios que puedan derivarse del ensayo para las personas que participen en el mismo.

Distingue entre el promotor del ensayo, el monitor y el investigador, señalando que sólo podrá actuar como investigador principal un profesional sanitario suficiente cualificado para evaluar la respuesta a la sustancia o medicamento en fase de estudio.

El R.D. 561/93, de 6 de abril, regula detalladamente la realización de ensayos clínicos con medicamentos, sistematizando el tipo de ensayo según sus objetivos (cuatro

fases), según el número de participantes, en función de su metodología, y, según el grado de enmascaramiento (abierto, simple ciego, o, doble ciego), y, ordenando la protocolización de las características de un ensayo, determinando los apartados básicos que deben incluirse en el protocolo.

Los productos sanitarios están regulados mediante R.D. 414/96, de 1 de marzo, estableciendo un sistema de ensayo o comprobación de su eficacia y seguridad muy similar al de los medicamentos, hasta el punto de que el Comité Ético de Investigación Clínica también debe aprobar su ensayo o experimentación previa en las personas.

La Ley del Medicamento, regula también la actividad de fabricantes y de distribuidores, la información y la publicidad, el régimen de inspección, y, las faltas y sanciones.

### Convenio Europeo sobre los derechos del hombre y la biomedicina, firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997

Este convenio fue suscrito en el seno del Consejo de Europa, que es una organización internacional fundada en el año 1949 entre los estados europeos que tienen en común una organización política basada en la democracia pluralista y parlamentaria, el estado de derecho, y el respeto de los derechos humanos. Su finalidad es realizar una unión más estrecha entre sus miembros para conservar y promover los principios que constituyen el patrimonio común, y, favorecer el desarrollo económico y social.

El nombre oficial es, Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, pero se le conoce, normalmente, con la forma abreviada de Convenio europeo relativo a los derechos humanos y la biomedicina, o bien, como Convenio de bioética, o Convenio de biomedicina, y, más brevemente, como el Convenio de Oviedo, por haber sido firmado en esta ciudad.<sup>15</sup>

El Convenio se inscribe dentro de las actuaciones del Consejo de Europa encaminadas a la protección de los derechos humanos, y de las que constituye exponente principal el Convenio firmado en Roma, en 4 de noviembre de 1950, para la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Consta de un preámbulo y de 38 artículos, y tiene carácter vinculante para los estados que los ratifiquen y lo incorporen a su ordenamiento jurídico.

España lo ratificó en 23 de julio de 1999, y fue publicado en el B.O.E. de 21 de octubre del mismo año, entrando en vigor el 1 de enero de 2000, y desde entonces forma parte del ordenamiento jurídico interno conforme dispone el art. 96 C.E.

El Convenio de Oviedo tiene por finalidad la protección de la dignidad y la identidad del ser humano, como elementos que lo hacen único e irrepetible.

#### notas

15. Carcaba Fernández, María, en el VI Congreso de Derecho Sanitario, celebrado en octubre de 1999, ofreció un análisis detallado del Convenio sobre Biomedicina. Aparece publicado en el libro del Congreso, editado por Fundación Mafre Medicina en 2000.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

En congruencia con las finalidades de armonización, cooperación y coordinación del Consejo de Europa, el Convenio establece unas disposiciones que tienen la consideración de mínimos que, posteriormente, cada estado deberá desarrollar en su ordenamiento interno.

Este carácter de mínimo explica que muchas de sus disposiciones ya estuvieran asumidas por el legislador español en la Ley General de Sanidad y en otras normas, y que su incorporación al derecho español no produjera un vuelco en la legislación sanitaria, pero no hay duda de que ha propiciado o acelerado su revisión y modificación, de lo que es principal exponente la Ley 41/02, y que, desde su publicación, la legislación sanitaria deba ser interpretada teniendo en cuenta su contenido, tal como dispone el art.10.2 C.E.

Entre las normas mínimas del Convenio que son de obligado cumplimiento hallamos, la prohibición de que el cuerpo humano y sus partes sean objeto de lucro; la prohibición de toda forma de discriminación a causa del patrimonio genético de una persona; la prohibición de técnicas para elegir el sexo de la persona que va a nacer; la experimentación con personas incapaces (salvo, si se cumplen determinadas condiciones); la constitución de embriones humanos con la sola finalidad de experimentación, y, la extracción de órganos o de tejidos de una persona incapaz (salvo tejidos regenerables, y en determinadas condiciones).

Está abierto a la firma de otros estados que no son miembros del Consejo de Europa,

pudiendo ser invitados para que se adhieran al mismo, y se prevé que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos pueda emitir dictámenes consultivos, a petición de los estados que son parte del convenio, sobre su interpretación.

Además de dedicar unas disposiciones generales sobre la primacía del ser humano, cuyo interés y bienestar pone delante del de la sociedad, dedica su contenido a las siguientes materias:

- El Consentimiento para toda intervención sanitaria (que debe entenderse, no en el sentido limitado de intervención quirúrgica, sino en el más amplio de actuación o prestación sanitaria), que deberá ser libre, y expresarse después de haber recibido una información adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la "intervención".

Contempla el consentimiento de menores, de incapaces, y la actuación sanitaria en personas que por padecer algún trastorno mental (aunque no estén incapacitados) no puedan expresar su consentimiento, y en los casos de urgencia, disponiendo que puede actuarse a favor de la salud de la persona afectada.

Ordena que se tengan en cuenta los deseos expresados por una persona anteriormente a una "intervención" médica, cuando llegue el momento de tal intervención, si entonces la persona no puede expresar su voluntad.

- Reconoce el derecho a la vida privada, y a conocer toda información obtenida respecto a la salud de una persona, debiendo respetarse la voluntad de no ser informada.

Prevé que, excepcionalmente, puedan establecerse restricciones a la información, en lo que conocemos como privilegio terapéutico, que sólo deberá utilizarse para evitar un mayor perjuicio al enfermo.

- Respetto del Genoma humano, sólo autoriza pruebas predicativas de enfermedades genéticas para prevenir enfermedades, prohibiendo una modificación en el genoma de la descendencia, para salvaguardar la identidad y la diversidad de la especie humana.

- Investigación científica. Después de reconocer la libertad de la investigación, prohíbe los experimentos con personas, excepto cuando no exista método alternativo, que los riesgos sean proporcionados a los beneficios, que el proyecto experimental haya sido aprobado por la autoridad, y, que la persona consienta expresa y libremente, y, por escrito.

Limita los experimentos con menores e incapaces.

- Extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes. Quedan limitados al interés terapéutico del receptor, cuando no se disponga de órganos o tejidos de fallecidos, previo consentimiento expreso por escrito del donante.

Prohíbe extracciones de órganos o tejidos de menores e incapaces, excepto tejidos regenerables para hermanos del receptor, si la donación puede salvar la vida del receptor, y el donante no expresa un rechazo a la donación.

- Prohibición de lucro con el cuerpo humano y sus partes y, utilización de las partes que se extraigan del mismo (amputaciones) que no podrán tener una finalidad distinta que aquella para la que ha sido extraída.

- Garantía de protección jurisdiccional contra cualquier contravención de los derechos y principios reconocidos en el Convenio.

### Ley 41/02, de 14 de noviembre, básico reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Tras una larga tramitación parlamentaria, que se inició mediante una proposición de ley presentada en el Senado en abril de 2001 por el CiU y Entesa, tomando como base la ley catalana 21/2000, promulgada con un nombre similar, apareció finalmente la Ley 41/02 que modifica la Ley General de Sanidad y adapta el ordenamiento español a las disposiciones del Convenio de Oviedo, comentado en el punto anterior.

Con la publicación de esta norma básica el legislador estatal cortaba las desigualdades que se empezaban a manifestar entre los diferentes servicios de salud en cuanto a los derechos sanitarios de los ciudadanos, ya que algunas CC.AA, habían publicado diferentes normas reguladoras de la información, del consentimiento y de la historia clínica, y, de esta forma, armonizaba la legislación reguladora del sistema sanitario.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

Aunque sea discutible la técnica legislativa empleada, puesto que en lugar de modificar la Ley General de Sanidad, en cuyo texto deja disposiciones sin contenido, incorpora una nueva norma de carácter básico, sus rasgos principales son:

Por primera vez en el ámbito sanitario, al principio del texto legal, y tal como es costumbre en el mundo anglosajón y en los textos internacionales, incorpora una disposición con las definiciones legales de algunos conceptos, actuaciones, instituciones y objetos de que trata el texto legal, donde distingue entre usuario y paciente, documentación clínica e historia clínica, se definen la intervención sanitaria y el médico responsable, entre otras cosas.

Establece que la información se dará, por regla general, de forma verbal, superando así las interpretaciones rigoristas del texto de la Ley General de Sanidad. Y sigue la misma línea en cuanto al consentimiento, disponiendo igualmente que, por regla general, será verbal.

Reconoce al médico el uso del privilegio terapéutico como facultad de limitar la información sanitaria al paciente cuando existan razones objetivas de que el conocimiento de la propia situación pueda perjudicar, de manera grave, la salud del paciente.

Da una nueva regulación a los supuestos de incapacidad para consentir, estableciendo los mecanismos de sustitución, y limita a dos los supuestos de exención del consentimiento, cuando existe riesgo para la salud pública (en

cuyo caso se aplican las disposiciones de la L.O. 3/86), y, cuando existe riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo.

Regula el derecho del paciente a no ser informado, que tiene el límite en el interés de la salud del propio enfermo, de terceros y de la sociedad.

Por primera vez, regula las instrucciones previas o voluntades expresadas anticipadamente por el enfermo (conocidas también, quizás con lenguaje equívoco, como testamento vital), para el supuesto de que no pueda expresar su voluntad, las cuales deben constar por escrito, y pueden incluir disposiciones sobre el propio cuerpo o los órganos del mismo, dejando a las CC.AA. las normas para el desarrollo de dicha disposición.

Creación de un Registro Nacional de instrucciones previas en el Ministerio de Sanidad, coordinado con los que puedan existir en las diferentes CC.AA.

Establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años, a partir de cuyo momento los menores deben expresar por sí mismos el consentimiento a cualquier intervención sanitaria, excepto en situaciones de interrupción voluntaria del embarazo, participación en ensayos clínicos, y aplicación de técnicas de reproducción humana asistida.

Señala el contenido mínimo de la historia clínica, y reglamenta su acceso y usos.

Reordena los derechos de los enfermos, y proporciona una regulación más detallada de su contenido y ejercicio, por cuyo motivo, trataré la cuestión más adelante, en un apartado específico, dejando aquí apuntado el contenido esencial de la Ley.

### Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Una vez reformada la normativa reguladora de la relación jurídica sanitaria mediante la Ley 41/02, el legislador acometió la tarea de reformar la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud, y ordenar las prestaciones del mismo, promulgando al efecto la ley 16/03 donde se contienen las normas de cooperación y coordinación entre el estado y las CC.AA. en el ámbito de la gestión de las prestaciones sanitarias con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

La Ley 16/03 insiste en el objetivo de garantizar la igualdad de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria, en otras palabras, impone la universalidad de la asistencia sanitaria, ya prevista en la L.G.S, pero luego la recorta en el art. 3, donde se dice que son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria, los españoles, los ciudadanos de la U.E., y los extranjeros legalmente residentes en el territorio nacional.

La Ley 16/03 reconoce nuevos derechos a los ciudadanos en el ámbito de la asistencia

sanitaria, que se añaden a los ya reconocidos en la L.G.S. y en la Ley 41/02, lo que quizás no sea la mejor técnica jurídica, puesto que de esta forma, el reconocimiento y enumeración de los derechos de los enfermos y usuarios del Sistema de Salud se halla disperso en tres normas diferentes, sin una sistemática unitaria y global, lo que produce innecesarias reiteraciones. Los que se incorporan de nuevo son:

- El derecho a una segunda opinión facultativa sobre el diagnóstico y el proceso asistencial, cuya efectividad se remite a un posterior desarrollo reglamentario (art. 4.a).
- El derecho a recibir asistencia, en la CC.AA. de residencia, dentro de un plazo máximo de tiempo, cuya determinación queda también pendiente de un desarrollo posterior (arts. 4.b y 25).
- El derecho a recibir en otra CC.AA. donde se halle desplazado un ciudadano la asistencia que pueda requerir, dentro del catálogo de prestaciones del Sistema, en las mismas condiciones que los residentes en esa CC.AA. (art. 4.c).

Prevé el establecimiento de un catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud mediante la elaboración de una cartera de servicios por cada uno de los servicios de salud.

La Ley es de aplicación a las prestaciones sanitarias, a la farmacia, a los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, a la investigación, a los sistemas de información, a la calidad del sistema sanitario, a la salud pública y a la participación de los

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

ciudadanos y profesionales, dedicando un capítulo a cada uno de estos ámbitos.

Establece la responsabilidad financiera de las CC.AA. respecto de las prestaciones establecida por la Ley, que incluyen las de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención socio-sanitaria, atención de urgencia, las farmacéuticas, ortoprotésicas, de productos dietéticos y de transportes sanitarios.

Proclama que todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones reconocidas en condiciones de igualdad efectiva, independientemente del lugar del territorio nacional en que se encuentren (arts. 22 y 23), lo cual refuerza la aplicación del principio de igualdad, consagrado constitucionalmente, al ámbito sanitario.

Garantiza, asimismo, la información, la seguridad y la calidad del Sistema.

En el ámbito de la información sanitaria, crea la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita a su titular para el acceso a las prestaciones que proporciona el Sistema (art. 57).

Reordena el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud y la Administración del Estado, señalando las funciones que tiene asignadas (arts. 69 y sig.).

Regula las funciones y actividades de la Alta Inspección que ejerce el Estado en materia de sanidad y de atención sanitaria (arts. 76 y sig.).

### Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos

Esta norma se dictó aún antes de la ordenación global del ámbito sanitario mediante la L.G.S. de 1986, y es la más antigua de las que comentamos. Regula la extracción y trasplante de órganos junto con el Real Decreto 2070/99, de 30 de diciembre, que contiene el reglamento dictado para su aplicación (derogando el anterior de 22/02/80), y por el Real Decreto 411/96, de uno de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos.

La Ley regula el trasplante de órganos imponiendo, como normas generales, la finalidad terapéutica y la gratuidad. Distingue entre la obtención de órganos de un donante vivo y de un fallecido, y, como gran novedad, introduce el concepto de muerte cerebral, cuya comprobación deberá efectuarse por tres médicos, ninguno de los cuales podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano o a su trasplante.

La Ley 30/79 se promulga en un momento histórico muy especial, dentro del marco de ilusión colectiva, de impulso democrático y de renovación social vivido a partir de 1975, que culmina con la publicación de la nueva Constitución Española de 27/12/78.

En este contexto de ilusión y esperanza en la nueva organización social que se fundamenta en los valores de democracia y solidaridad, aparece la Ley 30/79 como una norma muy progresiva para su tiempo en la concreta materia que regula, cuya característica mantiene actualmente.

La gran novedad de la norma (en cierto modo revolucionaria), es que establece *ex lege* la presunción de consentimiento tácito del difunto a la donación de sus órganos, que se entiende manifestado por su silencio en vida sobre el particular. La Ley, en este caso, da un efecto positivo al silencio y considera que el difunto dona sus órganos si no ha dejado expresada su oposición a la donación y extracción (art. 5.2 y 3).

Se basa en el principio de la solidaridad humana y, en la consideración de que la persona existe desde el nacimiento y hasta el momento mismo de la muerte, en el que desaparece (art. 32 Código Civil).

Sin embargo, esta disposición choca con un arraigado sentimiento de respeto al cadáver, que sólo unos minutos antes constituía la encarnación de la persona, profundamente anclado en nuestra sociedad. Por este motivo, tanto el anterior reglamento de 1980, como el vigente de 1999, imponen al médico la obligación de consultar la historia clínica, el libro de registro de declaraciones de voluntad, los documentos y pertenencias personales del fallecido para comprobar si existe algún tipo de manifestación expresa de oposición a la extracción de sus órganos, y, de consultar a sus familiares y a los profesionales que le han atendido, sobre si hizo patente su voluntad al respecto.

Tales consultas, especialmente la que debe realizarse a la familia, son causa de que, en algunas ocasiones no se practique la extracción, a pesar de no existir oposición escrita del difunto a la donación de sus órganos. Por ello, el aspecto más progresivo de la Ley 30/79, hoy aún no se aplica automáticamente, de forma general e indiscriminada.

Sólo cuando se trate fallecidos de menores de edad o incapacitados, el reglamento reconoce efectos jurídicos a la oposición a la extracción de sus órganos manifestada por quienes, en vida, ostentaban su representación legal, lo que constituye una excepción al principio general de consentimiento tácito.

A diferencia de los órganos donados por personas vivas, los órganos extraídos de cadáveres pueden destinarse, indistintamente, a fines terapéuticos o científicos.

Para la obtención de órganos procedentes de donante vivo, se exige que el donante sea mayor de edad; que esté en pleno goce de sus facultades mentales, disponiendo que no podrá obtenerse ningún órgano de personas que, por causa de sus deficiencias psíquicas no puedan otorgar su consentimiento expreso, libre y consciente; que haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión, y, que consienta expresamente por escrito ante la autoridad pública que se determine (el Juez del Registro Civil) previamente a la extracción del órgano.

El destino del órgano extraído a un donante vivo sólo será el trasplante a una persona

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

determinada con el propósito de mejorar sus condiciones de vida.

La Ley 30/79 establece un nuevo concepto de muerte. Después de disponer que la extracción de órganos de fallecidos podrá hacerse previa comprobación de la muerte, añade que, cuando se base en la existencia de datos de irreversibilidad de lesiones cerebrales incompatibles con la vida, el certificado de defunción debe ser suscrito por tres médicos, uno de ellos neurólogo.

Aparecía así, por vez primera, el concepto de muerte cerebral, que luego el reglamento de 1980 se encargó de precisar estableciendo que los signos mediante los que se manifiesta: ausencia de respuesta cerebral, ausencia de respiración espontánea, ausencia de reflejos cefálicos, y electroencefalograma plano durante 20 minutos, los cuales deben repetirse al cabo de 6 horas.

El reglamento vigente, de 1999, con mejor técnica e incorporando los nuevos conocimientos científicos, define la muerte por parada cardio-respiratoria, y da un nuevo concepto de muerte cerebral, basado en el cese irreversible de las funciones encefálicas, mediante la constatación de coma reactivo de etiología estructural conocida y carácter irreversible.

De esta forma se adelanta el diagnóstico de muerte a fin de facilitar la extracción de órganos en las mejores condiciones para el trasplante.

Los principios informadores de la Ley son:

- Voluntariedad, que será expresa en los donantes vivos, y tácita en los difuntos,

basada en la información y el consentimiento.

- Altruismo, la donación se basa en la solidaridad humana.
- Gratuidad y ausencia de ánimo de lucro, prohíbe cualquier compensación económica al donante, así como el pago de un precio por el órgano al receptor, todo lo cual impide la obtención de lucro.
- Anonimato, no podrá facilitarse ni divulgarse informaciones que permitan la identificación del donante y del receptor de órganos humanos.
- Equidad en la selección y acceso al trasplante de los posibles receptores.

La Organización Nacional de Trasplantes, es la unidad técnica operativa, que actúa en niveles diferentes y escalonados: nacional, de cada comunidad autónoma, y de cada centro sanitario, que se encarga de coordinar los equipos extractores de órganos, y los que realizan el trasplante.

### Ley 30/1980, de 21 de junio, por la que se regulan las autopsias clínicas

También es anterior a la L.G.S., y, siendo contemporánea de la Ley 39/79, participa del mismo espíritu progresista autorizando, como norma general, a todos los establecimientos sanitarios, que reúnan las condiciones necesarias y dispongan de un servicio de anatomía patológica, para que puedan realizar autopsias clínicas sobre los cadáveres de los enfermos que mueran en el centro.

Exige que no conste oposición expresa del difunto, de su cónyuge, o de los familiares de

primer grado, especialmente si el estudio anatómico comporta una manifiesta desfiguración del cadáver.

El estudio anatómico no debe representar ningún coste para los familiares del difunto, quienes podrán tener acceso al cadáver después del estudio.

Las autopsias judiciales tienen su propia normativa y quedan al margen de esta Ley.

### Ley 35/1988, de 22 de noviembre, por la que se regulan las técnicas de reproducción humana asistida, modificada por la Ley 45/2003, de 21 de noviembre

Esta es una norma que se ocupa más de regular la aplicación de las técnicas de reproducción, que las consecuencias de la misma en el ámbito de las relaciones personales, quizás porque los médicos y los profesionales de la genética y de la reproducción tuvieron una mayor intervención que los juristas en su elaboración y redacción.

En la extensa exposición de motivos que precede a las disposiciones normativas de la Ley, se contienen interesantes explicaciones sobre la evolución de la ciencia médica y de la normativa jurídica en el ámbito de la reproducción asistida. Define el *preembrión*, llamado también embrión pre-implantatorio, como el grupo de células que resultan de la división progresiva del óvulo desde el momento de su fecundación y hasta 14 días después, en que es implantado en el interior

del útero. Corresponde, por tanto, a la fase externa o de laboratorio.

El *embrión*, que corresponde a la fase de desarrollo siguiente hasta la formación de los órganos humanos, con una duración aproximada de dos meses y medio.

El *feto*, que corresponde a la fase más avanzada del desarrollo embriológico, cuando ya tiene los órganos formados, y apariencia humana. Termina en el momento del nacimiento.

La Ley 35/88 quiere regular todos los aspectos de las técnicas de reproducción humana asistida, las cuales se aplicarán como último remedio ante la esterilidad y para facilitar la procreación, cuando otras terapéuticas hayan fracasado o sean desaconsejables, y sólo cuando existan posibilidades razonables de éxito, con todo lo cual, parece que su utilización debería ser muy restrictiva.

La Ley prohíbe expresamente (art. 3) la fecundación de óvulos humanos con cualquier fin distinto a la procreación.

Toda mujer, sin excepción de solteras, casadas ni viudas, podrá ser receptora o usuaria de las técnicas de reproducción humana (art. 6), con la sola condición de ser mayor de edad, gozar de buena salud psicofísica, de que solicite la aplicación de tales técnicas y de que consienta expresamente en su aplicación después de ser ampliamente informada. Con lo cual sólo se reconoce a la mujer como titular del derecho a la reproducción asistida, excepto en el caso de que se trate de una mujer

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

casada, no separada legalmente o de hecho, en cuyo caso, deberá constar también el consentimiento del marido, puesto que de la aplicación de las técnicas de reproducción, normalmente, se derivará la constitución de relaciones paterno-filiales, y tendrá consecuencias en el orden sucesorio.

La mujer, en cualquier momento, puede revocar el consentimiento para la aplicación de las técnicas de reproducción asistida (art. 9.4).

La elección del donante es responsabilidad del centro sanitario (art. 6.5), que deberá garantizar la máxima similitud fenotípica e inmunológica con la mujer. De un mismo donante sólo pueden nacer seis hijos.

Se prohíben las denominadas madres de alquiler (art. 10), disponiendo que el parto determinará la filiación.

La donación de gametos será anónima, imponiendo la Ley el más estricto secreto de su identidad (art. 5), cuyos datos se guardarán en clave en los bancos respectivos, y en el Registro Nacional de Donantes. Sólo de manera excepcional, y cuando exista peligro para la vida del hijo, podrá revelarse la identidad del donante.

Para impedir actuaciones lucrativas y especulativas, dispone la Ley que la donación de gametos debe realizarse mediante un contrato escrito, gratuito y secreto entre el centro sanitario y el donante (art. 5), que deberá ser mayor de 18 años, tener plena capacidad de obrar, gozar de buena salud y no padecer enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas

transmisibles. Dicho contrato es irrevocable, sólo en el caso de infertilidad sobrevenida del donante, y para el supuesto que necesite para sí los gametos, podrá pedir su revocación.

Si ambos cónyuges consienten en la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, el hijo tendrá la consideración de matrimonial, en otro caso, no. En el supuesto de que muera el esposo, el hijo se considerará matrimonial si el material reproductor ha sido introducido en el útero de la mujer antes de la muerte. También tendrá la consideración de hijo matrimonial si el padre consiente en escritura pública o testamento la utilización de su material reproductor en los seis meses siguientes a su fallecimiento (art. 9).

Se sanciona como falta muy grave, entre otras conductas, la transferencia de gametos o preembriones humanos en el útero de otra especie animal, o la operación inversa, y el Código Penal vigente castiga penalmente la alteración del genotipo, la fecundación de óvulos con cualquier finalidad distinta a la procreación, y la creación de seres humanos idénticos o clónicos.

Mediante el establecimiento de las normas sancionadoras el legislador acota y señala los límites de lo éticamente permitido y socialmente tolerable en el ámbito de la reproducción asistida que está en continua evolución.

La reciente Ley 45/03, se ha dictado para solucionar el grave problema de los preembriones sobrantes o supernumerarios, disponiendo que sólo se pueden transferir

tres preembriones a una mujer en cada ciclo, y que fuera de los casos excepcionales, se fecundarán un máximo de tres ovocitos que puedan ser transferidos a la mujer en el mismo ciclo.

La Ley 45/03, admite que el semen pueda conservarse en bancos de gametos durante la vida del donante, y que los preembriones supernumerarios puedan crioconservarse por un plazo equivalente al de la vida fértil de la mujer, previo compromiso de responsabilidad de los progenitores, posibilitando así que puedan ser utilizados en posteriores intentos de gestación de la misma mujer, o su donación con fines reproductivos.

La Ley regula el destino de los preembriones crioconservados con anterioridad a su entrada en vigor, pudiendo elegir los progenitores entre mantener la crioconservación, la donación sin ánimo de lucro a otros padres, y su descongelación con fines de investigación. Al propio tiempo, crea el Centro Nacional de Trasplantes y Medicina reproductiva.

Finalmente, debemos apuntar que el desarrollo de la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida ha sido lento. Se hizo necesario esperar hasta el mes de marzo de 1996 (RR. DD. 412, 413 y 415 de 1996) para tener regulados los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios, los requisitos técnicos y funcionales de los centros y servicios sanitarios que aplican tales técnicas, la regulación del Registro Nacional de Donantes, y la creación de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

## La Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos

Se publicó casi al mismo tiempo que la anterior, y su normativa viene a completar las disposiciones de la Ley sobre extracción y trasplante de órganos, de 27/10/79.

Como norma general, sólo permite la donación y utilización de embriones o fetos humanos, o de sus células, tejidos o órganos, para fines diagnósticos, terapéuticos o de investigación en el caso de que sean clínicamente no viables o muertos, y previa donación y consentimiento expreso y escrito de sus progenitores.

Prohíbe cualquier comercialización o actividad lucrativa de embriones, fetos o de sus células, así como la interrupción del embarazo con finalidades posteriores de donación o de utilización del embrión o del feto.

Autoriza la utilización de tejidos u órganos embrionarios o fetales para trasplante a personas enfermas, previa información y consentimiento del receptor.

La utilización de embriones o fetos para la fabricación de productos de uso cosmético se considera falta muy grave, así como la creación o mantenimiento de embriones o de fetos en el útero o fuera de él con fines distintos a la procreación

## Internamiento no voluntario de enfermos psiquiátricos. Art. 763 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil

Quizás pueda sorprender, a primera vista, que la regulación de tan importante materia se halle contenida en un solo artículo de la L.E.C., pero si profundizamos en el tema nos sorprenderíamos aún más al darnos cuenta de que una cuestión tan importante, en tanto afecta a la libertad ambulatoria de la persona, uno de los derechos fundamentales más valiosos, no tuvo regulación legal en nuestro ordenamiento jurídico hasta la promulgación de la Ley 13/83, de 24 de octubre, reguladora de la tutela, que dio nueva redacción al art. 211 del Código Civil, donde se contenía la regulación del internamiento de un presunto incapaz (expresión modificada posteriormente, por ley de 1996, en el sentido de referirse a internamiento por trastorno psíquico, en la misma forma que lo hace la norma actualmente vigente), poniéndolo, por primera vez, bajo la tutela judicial, y derogando el régimen vigente desde la publicación del Decreto de 3/7/31, que establecía el internamiento forzoso por indicación médica o por orden gubernativa, sin ningún control judicial.

Hoy el art. 211 del Código Civil se halla derogado y sin vigor, rigiendo, en su lugar, el art. 763 de la L.E.C., que regula los aspectos procedimentales o de forma de los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico.<sup>16</sup>

Esta regulación se explica teniendo en cuenta que la norma general es la libertad de la persona, en toda su amplitud, y, por consiguiente, cualquier modificación no voluntaria de esta situación sólo puede imponerse previa autorización del juez, que actúa como garante de los derechos fundamentales de la persona, incluso de los menores sometidos a patria potestad y de los incapacitados sometidos a tutela, ya que nos hallamos frente a uno de los derechos fundamentales de carácter personalísimo.

El art. 763 de la L.E.C. distingue entre los internamientos urgentes y los que no lo son. En el primer caso se decide según criterio médico, y debe ser notificado al juez dentro de las 24 horas siguientes de producido el internamiento, al objeto de su ratificación, que debe producirse en las 72 horas siguientes.

Si se trata de un internamiento no urgente, se necesita la previa autorización judicial, que se otorgará una vez que el juez reconozca personalmente al afectado, de que haya sido visitado por el médico forense, y, previa audiencia del mismo, que podrá valerle para ello de abogado de su confianza.

El internamiento siempre será limitado en el tiempo, y, en cualquier caso, los médicos que atiendan al enfermo deberán informar, como máximo, cada 6 meses al juzgado sobre la evolución del tratamiento. Contra la decisión del juez cabe recurso de apelación.

El alta, o recuperación de la libertad, se produce a criterio médico, cuando se ha superado la fase aguda y no necesita continuar el tratamiento en régimen de ingreso.

Los menores deben ser ingresados en establecimientos apropiados para su edad, y previo informe de los servicios de asistencia al menor.

Existen discrepancias sobre la aplicación del art. 763 de la L.E.C. para el ingreso de personas afectadas de demencia senil y otras enfermedades en centros sociosanitarios. Para una sector, estas personas no padecen ningún trastorno psíquico agudo, mientras que para otro, el afectado no tiene capacidad para decidir por si mismo, ni para expresar su voluntad, por cuyo motivo se hace necesaria la autorización judicial.

Hallamos otro punto de discrepancia doctrinal ante el supuesto de una persona que ingresa voluntariamente, y que posteriormente pierda la capacidad para decidir por si misma. ¿Debemos, en este caso, recabar la autorización judicial para mantener la situación de internamiento?

## Derechos de los enfermos

En el art. 43 de la C.E. el legislador constitucional ordena al legislador ordinario establecer los derechos y deberes de los ciudadanos en el ámbito de la protección de la salud.

Inicialmente, tal reconocimiento de derechos y de deberes se efectuaba en los arts. 9, 10 y 11 de la Ley General de Sanidad, que han sido modificados y reformulados por la Ley 41/02, y finalmente, ampliados por la Ley 16/03, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, para su estudio, se hace necesario reunir las

disposiciones contenidas en las tres normas citadas.<sup>17</sup>

Antes de entrar en su consideración, cabe señalar tres importantes cuestiones. La primera es que en el "mundo" jurídico los derechos no se encuentran solos y aislados. Van siempre unidos a una correlativa obligación o deber. El derecho se caracteriza por la bilateralidad, (prestación-contraprestación; derecho-deber).

Por tanto, cuando tratamos de derechos de una de las partes de la relación jurídica, al mismo tiempo, tratamos también de los correlativos deberes de la otra parte de la misma relación jurídica, en este caso, de carácter sanitario. Esto nos ayudará a entender la evidente desproporción existente entre los derechos y deberes sanitarios enumerados en la normativa jurídica específica.

La segunda, es que no debemos caer en el error de considerar que en la relación jurídica sanitaria sólo se alojan los derechos y deberes que con dicho carácter se señalan en las normas sanitarias. El contenido de dicha relación, en tanto es una relación jurídica de carácter personalísimo, no es tan

notas

16. Para una información más amplia sobre este tema, ver Chimero Cano, Marta, en *"Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental"*, Ed. Aranzadi, 2003, pág. 197 y sig., sobre internamiento forzoso o involuntario, y Sancho Gargallo, Ignacio, en *"Comentarios a la nueva L.E.C."*, dirigida por Fernández Ballester, Miguel-Angel, Ingium editores, Barcelona 2000.

17. Para un estudio más amplio de la Ley 41/02, ver de Lorenzo y Mateo, Ricardo, en *Derechos y obligaciones de los pacientes*, Ed. Colex, Madrid, 2003

estrecho y reducido. En su configuración y durante su vigencia deben ser tenidos en cuenta, y deben respetarse siempre con el máximo rigor, los derechos fundamentales de la persona reconocidos en los arts. 14 a 29 de la C.E., y contemplar los derechos de los enfermos, que luego enumeraremos, como una traslación de los derechos fundamentales al ámbito sanitario.

El respeto de los derechos fundamentales se impone a ambas partes de la relación jurídica. El derecho a la vida, a la integridad, al honor, a la intimidad, a la libertad, etc., etc., lo ostentan tanto el enfermo como los profesionales sanitarios.

Y, finalmente, la tercera cuestión es de carácter técnico-jurídico. Tal como he señalado antes, la inclusión y regulación de derechos en diferentes normas que se suceden en el tiempo tiene el efecto de presentarlos en forma desorganizada y asistemática, con reiteraciones innecesarias y cierto aire de retórica, que en nada ayudan al lector y al interprete de la norma. Desde mi modesto punto de vista creo que el legislador de la Ley 41/02 perdió la oportunidad de reformar la materia y tratarla de forma unitaria dando nueva redacción a los arts. 10 (derechos) y 11 (deberes) de la L.G.S., mediante enunciados breves y sistemáticos. Pero esto no ha sido así, y debemos dedicarnos a estudiar y a intentar sistematizar lo que tenemos.

En este sentido, relacionaré a continuación los derechos y deberes de los pacientes y usuarios, siguiendo la L.G.S. y normas posteriores, y en cada apartado, en letra diferente, apuntaré su correlación con los derechos fundamentales reconocidos en la

C.E., y las reiteraciones, modificaciones y adiciones efectuadas por las normas dictadas posteriormente.

## Derechos

- Art. 9, a recibir información de los servicios del sistema sanitario público, de los derechos y deberes.
  - *En igual sentido, art. 12 de la L. 41/02, que obliga a centros y servicios sanitarios a disponer de una guía o carta de servicios.*
  - *Art. 26, Ley 16/03, sobre información de la cartera de servicios del Sistema Nacional. de Salud y requisitos para el acceso a los mismos.*
  
- Art. 10.1, al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin discriminación.
  - *Arts. 10 (dignidad), 14 (no discriminación) y 18 (intimidad) C.E.*
  - *derecho a la intimidad, Arts. 2.1, 7, 16.6 (impone deber de secreto sobre datos de la historia clínica), 18 y 19, sobre acceso a historia clínica, de la Ley 41/02.*
  - *Igualdad y no discriminación, arts. 2.a), 3.2, 4.c) y 23, de la Ley 16/03.*
  
- Art. 10.2, información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre requisitos necesarios para su uso.
  - *Arts. 12 y 13, Ley 41/02, sobre información en el Sistema Nacional de Salud.*
  - *Art. 7 y 26 de la Ley 16/03, de Cohesión, que se remiten a la anterior.*
  
- Art. 10.3, a la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y la estancia en instituciones sanitarias.

- *Art. 18 C.E., derecho a la intimidad (considero la confidencialidad como instrumento para proteger la intimidad)*
- *Arts. 7, 16.6, 18 y 19, Ley 41/02*
- *Art. 10.4, a ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico o terapéutico pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación.*
  - *En igual sentido, y con las mismas palabras, art. 8.4, Ley 41/02.*
- *Art. 10.7, a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, como interlocutor del equipo asistencial.*
  - *El art. 3 de la Ley 41/02, define el médico responsable como el que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente. El art. 4.3 de la Ley 41/02, dispone que el médico responsable es el garante del cumplimiento del deber de información.*
- *Art. 10.10, a participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias.*
  - *Art. 23 C.E., derecho fundamental a la participación en asuntos públicos.*
  - *Cap. IX, participación social, arts.67 y 68, de la Ley 16/03.*
  - *Art. 12.2, Ley 41/02*
- *Art. 10.12, a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias.*
  - *Art. 12.2, Ley 41/02*
- *Art. 10.13, a elegir médico y demás sanitarios titulados.*
  - *Art. 13, Ley 41/02*
  - *Art. 28.1, Ley 16/03*
- *Art. 10.14, a obtener medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios.*
  - *Ley del Medicamento de 20/12/90*
  - *Arts. 16, 17 y 18, Ley 16/03*
- *Derecho a la autonomía, entendiéndolo como tal el derecho del individuo a decidir por si mismo.*
- Art. 2.1 y 3 (en cuanto a principio básico), en relación con los arts. 8 y 11 de la Ley 41/02, (que regulan el consentimiento y las instrucciones previas).*
  - *Hablar de autonomía es, en definitiva, hablar de libertad, por consiguiente, este derecho tiene su fundamento en los arts. 1 (que reconoce a la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico), 16 (derecho fundamental a la libertad ideológica, religiosa o de culto), 17 (derecho fundamental a la libertad ambulatorio), y, 20 (derecho fundamental a la libertad de expresión y de difusión) de la C.E. Pero, por encima de todo, la libertad es expresión de la dignidad humana, y de las capacidades cognitivas y volitivas que singularizan al hombre.*
- *Derecho al consentimiento sanitario. Es una consecuencia obligada del reconocimiento del derecho a la autonomía. Reconocido por la Ley 41/02 en las siguientes disposiciones, art. 2.2, principio básico. art. 2.4, reconoce el derecho a negarse al tratamiento.*
- Art. 8, impone el consentimiento como previo a cualquier actuación sanitaria. Será expresado, por regla general, en forma*

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

verbal, excepto en los casos de intervenciones quirúrgicas y procedimientos terapéuticos invasores, que será escrito.

Art. 9, que regula el *consentimiento por representación* (incapaces, incapacitados, y menores de 16 años), y los supuestos de actuaciones sanitarias sin necesidad de consentimiento (riesgo para la salud pública, en que se aplica la L.O. 3/86, y, riesgo inmediato y grave para la integridad del enfermo, y que éste no puede expresar su consentimiento).

Art. 11, *instrucciones previas* manifestadas por una persona mayor de edad, para que se cumplan en el momento de que llegue una situación en que no pueda expresar su voluntad.

- Derecho a la información sanitaria, comprende diferentes aspectos: las *prestaciones y servicios* del Sistema Nacional de Salud (ya comentada), la información epidemiológica (reconocida en el art. 6 de la Ley 41/02), la asistencial y la *terapéutica*, que deben ser previas a la prestación del consentimiento para la actuación sanitaria, y se configuran como un requisito indispensable al mismo. Están reguladas detalladamente en las siguientes disposiciones de la Ley 41/02,

Art. 4, sobre *información asistencial*, que, como regla general, se proporcionará verbalmente y de forma comprensiva para el enfermo. Comprende el derecho a recibir información sobre el propio estado de salud y el reconociendo del derecho a no ser informado.

Art. 4.6, impone a los profesionales de la sanidad el cumplimiento de los deberes de información y el respeto de las decisiones

adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Art. 5, señala que *el paciente es el titular del derecho a la información*, disponiendo que será informado incluso en los supuestos de incapacidad y minoría de edad, de modo comprensible y adecuado, conjuntamente con sus familiares o representantes.

Arts. 8 y 10, que regulan la *información terapéutica*, como requisito previo al consentimiento a la actuación sanitaria, y el contenido de dicha información que comprenderá las consecuencias relevantes que la intervención ocasiona con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias particulares del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, y las contraindicaciones.

En el art. 3 de la Ley 41/02 se define la información clínica desde un punto de vista objetivo, como conjunto o acumulación de datos y conocimiento, y por tanto como algo diferente a la actividad de comunicación de tales datos y conocimientos al enfermo, señalando que tiene dicha consideración todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

- Ley 16/03, de Cohesión. Derecho a una segunda opinión facultativa sobre el diagnóstico y el proceso asistencial, cuya efectividad se remite a un posterior desarrollo reglamentario (art. 4.a).

- Ley 16/03, derecho a recibir asistencia, en la CC.AA. de residencia, dentro de un plazo máximo de tiempo, cuya determinación queda también pendiente de un desarrollo posterior (arts. 4.b y 25).

- Ley 16/03, derecho a recibir en otra CC.AA., donde se halle desplazado un ciudadano, la asistencia que pueda requerir dentro del catálogo de prestaciones del Sistema, en las mismas condiciones que los residentes en esa CC.AA. (art. 4.c).

## Obligaciones

- Art. 11.1, obligación de cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, y las específicas de los Servicios sanitarios.

- Art. 11.2, obligación de cuidar las instalaciones y de colaborar en su mantenimiento.

- Art. 11.3, obligación de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad y prestaciones terapéuticas y sociales.

- Ley 41/02, art. 2.5, deber de los pacientes y usuarios de facilitar los datos sobre su estado físico o de salud de manera leal y verdadera, y de colaborar en su obtención.

En definitiva, si queremos encontrar un común denominador en los derechos de los pacientes, será el derecho a la libertad, y el respeto de la dignidad humana, que es fuente de la libertad. Los deberes recogidos (queda implícito el deber del enfermo de respetar los derechos fundamentales de los demás) se concretan en el deber de solidaridad social.

## La documentación clínica

A pesar de su carácter de norma básica, que pretende regular sistemáticamente la asistencia sanitaria, lo cierto es que la L.G.S. de 1986 no define ni regula la documentación clínica ni la historia clínica,<sup>18</sup> limitándose a disponer en los actualmente derogados art. 10.11, que debe quedar constancia escrita de todo el proceso asistencial, y en el art. 61, el principio de historia clínica única en cada institución asistencial, abriendo así un peligroso vacío legislativo que, de forma diferente y dispersa fue llenando algunas CC.AA. hasta la promulgación de la Ley 41/02, donde se afronta directamente la cuestión y se regulan los aspectos relacionados con la documentación clínica en su Cap. V, arts. 14 a 18, después de definir la documentación clínica y la historia clínica en el art. 3.

La documentación clínica se define en su aspecto material como el soporte, de cualquier tipo, que contiene datos e informaciones de carácter asistencial.

La historia clínica se define por su carácter funcional, subjetivo e individual, como el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un enfermo a lo largo del proceso asistencial. Pero el legislador se enmienda a sí mismo y, en el art. 14 de la

### notas

18 . Ver mi "Curs de Legislació Sanitària", Ed. Thassàlia, Barcelona, 1995, y mi comunicación con el título ¿Qué debe contener la historia clínica?, presentada en el IV Congreso de Derecho Sanitario, celebrado en octubre de 1997, publicada por la Fundación Mappfre Medicina, Madrid, 1998.

## Desarrollo normativo del derecho a la protección de la Salud

propia ley (olvidando la definición dada en el art. 3), vuelve a dar otra definición de la historia clínica que no es coincidente, diciendo que comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente (no de uno solo como se decía antes), y añade, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos.

Todas las cuestiones relacionadas con la historia clínica inciden en el respeto del derecho a la intimidad del paciente, y se hallan afectadas directamente por la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos personales.

La Ley 41/02 señala el contenido mínimo de las historias clínicas, que, por su propio carácter, puede ser ampliado por las CC.AA., y establece que pueden confeccionarse en soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo, siempre que se garantice su seguridad, conservación y recuperación de la información.

Los centros deben conservar la documentación clínica el tiempo necesario para la debida asistencia al paciente (lo cual, en principio, puede ser un tiempo indefinido), con un mínimo de cinco años, que, por su propio carácter, puede ser ampliado por las CC.AA.

El fin principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria del paciente. Junto a este objeto, se reconoce que tiene también finalidades judiciales, epidemiológicas, de salud pública, de investigación y de docencia, disponiendo que el acceso a la misma para tales

finalidades se hará preservando los datos de identificación personal del paciente, separándolos o disociándolos de los que tienen carácter clínico asistencial, exceptuándose solamente cuando se trate de una investigación judicial.

Dispone que el paciente tiene acceso a la documentación de su historia clínica, y a obtener copia de la misma, lo que puede ser ejercitado mediante representación, debiendo regular los centros sanitarios los mecanismos necesarios para el ejercicio de este derecho

El acceso a la documentación clínica no puede hacerse en perjuicio de terceros, ni violando el deber de confidencialidad.

Los profesionales de la sanidad que hayan participado en la elaboración de la documentación clínica pueden oponer al derecho de acceso la reserva (es decir, la separación u ocultación) de sus anotaciones subjetivas, lo cual, en la práctica, quizás pueda generar una duplicidad de historiales clínicos.

## Normativa autonómica

En este punto sólo dejaré anotadas las disposiciones dictadas por cada una de las CC.AA. organizando sus respectivos Servicios de Salud, conforme disponen los arts. 49 y sig. de la L.G.S.

### Son normas específicas de cada Comunidad Autónoma

- Andalucía, Ley 2/98, de 15 de junio, de Salud  
Ley 8/86, de 6 de mayo, de regulación del S.A.S.

- Aragón, Ley 6/02, de 15 de abril, de Salud de Aragón  
Ley 2/89, de 21 de abril del Servicio Aragonés de Salud.
  - Asturias, Ley 1/92, de 2 de julio, de creación del Servicio de Salud del Principado
  - Canarias, Ley 11/94, de 26 de julio. Ordenación Sanitaria de Canarias
  - Cantabria, Ley 7/02, de 10 de diciembre, de ordenación sanitaria
  - Castilla - La Mancha, Ley 8/00, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla - La Mancha
  - Castilla y León, Ley 1/93, de 6 de abril. Ordenación del Sistema Sanitario  
Ley 8/03, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
  - Catalunya, Ley 15/90, de 9 de julio. Ordenación Sanitaria de Catalunya.
  - Extremadura, Ley 10/01, de 28 de junio, de Salud de Extremadura
  - Galicia, Ley 7/03, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia.
  - Islas Baleares, Ley 5/03, de 4 de abril, de Salud de les Illes Balears.
  - Madrid, Ley 12/01, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (deroga Cap. III de la Ley 9/84, de 30 de mayo. Creación del Servicio Regional de Salud, Servicio Regional de Bienestar Social e Instituto Regional de Estudios)
  - Murcia, Ley 4/94, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia
  - Navarra, Ley Foral 10/90, de 23 de noviembre, de salud (modificada por Ley Foral 5/02 de 21/3). Ley Foral 11/02, de 6 de mayo, sobre derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.
  - País Vasco, Ley 8/97, de 26 de junio. Ordenación Sanitaria de Euskadi.
  - La Rioja, Ley 2/02, de 17 de abril. Creación del Servicio Riojano de Salud
  - Comunidad Valenciana, Ley 8/87, de 4 de diciembre. Creación del Servicio Valenciano de Salud; Ley 3/03, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.
- 
- Nota.- una vez mecanografiado este trabajo y remitido a la Revista, el B.O.E. del día 7 de febrero publica el R.D. 223/04, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, derogando la anterior regulación contenida en el R.D. 561/93, de 16 de abril, de la que se hace mención en el texto.  
La nueva regulación sobre ensayos clínicos entrará en vigor el día 1 de mayo de 2004.



# Para una sanidad intercultural y democrática

## Retos del Trabajo Social para el nuevo milenio

**Josep Vilarmau Vila.** DTS. Licenciado en Historia. Responsable Técnico del Plan de Inmigración Municipal. Ayuntamiento de Manresa.

### Introducción y Estado de la cuestión

*"Integrarse es construir un nuevo nosotros"*  
**Fode Sylla,** Eurodiputado francés.

El mundo y la humanidad actuales viven momentos de grandes cambios sociales, económicos, políticos e ideológicos. Ni que decir tiene que hechos como: la crisis y *reconversión* neoliberal del estado del bienestar en Occidente; la privatización de los servicios públicos con la consiguiente desigualdad de derechos y servicios según el nivel socioeconómico; el aislamiento de las relaciones humanas; el envejecimiento de la población, las nuevas formas de familia o el papel de la mujer en la sociedad; el incremento de las desigualdades mundiales y los flujos de población; la permanencia e incremento de la exclusión social en las sociedades occidentales<sup>1</sup>; la crisis de los modelos políticos y participativos en las democracias avanzadas; etc., acaban repercutiendo e interpeándonos en nuestro pequeño espacio vital de país, región, municipio o barrio, y sin lugar a duda, en nuestro entorno profesional y laboral.

De todos estos cambios -muchos de ellos interconectados entre sí- quisiera centrarme y hacer una aproximación desde el campo del Trabajo Social en las llamadas migraciones extracomunitarias y su

vinculación con el mundo de la salud y el bienestar, y dentro de este aspecto tan actual, los siguientes puntos:

- De que forma se lleva a cabo la relación entre la concepción y el sistema de salud occidental, las percepciones, vivencias y posicionamientos del colectivo migrante<sup>2</sup>, del profesional y ciudadano, y como hacer que este sistema de salud sea más próximo y actualizado a la dinámica social .
- Hasta que punto la llegada y asentamiento individual -y sobre todo familiar- de estas poblaciones, hacen surgir o visualizar nuevos o viejos problemas y necesidades de la sociedad, del sistema de salud, y de nuestra profesión; estableciéndose el reto y la posibilidad real de profundizar y avanzar en el sistema de bienestar, siempre y cuando sepamos traspasar la pantalla y las barreras que dificultan el mutuo conocimiento, consiguiendo una perspectiva más lúcida y global de los cambios que día a día están aconteciendo.
- Hasta que forma es necesario e ineludible hacer una opción personal por un cambio

#### notas

1. De gran interés la lectura de la obra: NAVARRO, Vicenç, *Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país*. Edit. Anagrama, Barcelona, 2002.

2. La psicoterapeuta familiar sistémica tetuaní Amina Bargach hace referencia a la conveniencia de utilizar el término "migrante" por su connotación holística y ecológica, ya que de esta forma se engloba el mundo de origen: círculo familiar y de amistades, vivencias del que marcha y de los que se quedan, espacios perdidos y ganados, y al mismo tiempo, el nuevo mundo de llegada y arraigo, con sus nuevas relaciones, roles, etc.

de parámetros como profesionales y ciudadanos en la línea de la interculturalidad<sup>3</sup>, para poder afrontar prejuicios y barreras mentales arraigados en nuestra sociedad ante al hecho migratorio y la diversidad; promoviendo un abordaje menos jerarquizado y más horizontal, abierto al diálogo, facilitando la flexibilización de los servicios y su aproximación al ciudadano, la complementariedad de lo específico con lo global, la defensa de los derechos de los ciudadanos sea cual sea su origen y condición, la lucha contra todo tipo de exclusión y marginación, y la denuncia e implicación activa en la construcción de una sociedad más justa para todos sus habitantes.

Porque no erremos el diagnóstico, la pretendida confrontación, no lo es tanto entre derechos y *Deberes*<sup>4</sup>, ni tampoco entre culturas o religiones, o entre ciudadanos e inmigrantes; el verdadero reto pasa por defender o no el estado social marcado por la Constitución española, y por consiguiente un sistema público de prestaciones, servicios y equipamientos que haga efectivo esta opción de sociedad, opción que hoy más que nunca, parece condenada a desaparecer atacada desde todos los flancos, en nombre de la eficiencia, la pretendida libertad de mercado, el individualismo de los que triunfan, etc.<sup>5</sup>; a esto debería añadirse que ante las migraciones parece, más que nunca, peligroso hablar de su inclusión en pie de igualdad en los sistemas de protección y bienestar social, por el temor a provocar situaciones de tensión social con la población autóctona, quejas debidas a pretendidos favoritismos con los nuevos

ciudadanos, etc. y si a esto añadimos los indocumentados, es decir, los inexistentes e invisibles, entonces el temor sube al grado de paroxismo.

Si se quiere defender una sociedad más profundamente democrática y participativa, con mayores niveles de bienestar y posibilidades de promoción para sus habitantes (sin distinción sea cual sea su origen, situación jurídica o legal, etc.), con mayores facilidades de acceso a la enseñanza, formación de adultos, y mercado laboral, con igualdad en el acceso a viviendas dignas, una sanidad (una sociosanidad: bio, psico, social<sup>6</sup>) para todos, una auténtica redistribución de rentas, una integración no unidireccional ni asimilacionista y que ayude realmente a crear ciudadanos que puedan sentirse orgullosamente formar parte de ella, etc., entonces las migraciones suponen un buen motivo para promover realmente estos valores y estas opciones personales, políticas y profesionales al haber mucho en juego.

Esta nueva realidad nos permite plantear elementos teóricos, metodológicos y de praxis que a todos nos favorecen: las formas de atención individual y comunitaria; como insertar y fomentar la participación ciudadana -y los nuevos colectivos de migrantes, sus asociaciones y representación- en la planificación, prevención y ejecución en el campo de la salud pública; el propio rol de los profesionales del Trabajo Social dentro de los equipos interdisciplinarios, y dentro de la comunidad frente a los nuevos planteamientos del multiculturalismo existente y la interculturalidad deseada;

como fomentar cambios en la rígida, monolítica y monocultural organización sanitaria actual; como frenar el exceso de biologismo y medicamentación; promover el necesario trabajo en red, interdisciplinar y transversal dentro del propio sistema sanitario y con todos aquellos otros agentes, administraciones, servicios, asociaciones y agentes ciudadanos; reorientar la inadecuada formación y sensibilización profesional universitaria en el campo de la interculturalidad, y la imprescindible formación continua; evidenciar los fallos y las deficiencias de nuestro sistema sanitario público para poner los remedios pertinentes; etc.

Quisiera aclarar de antemano mis reticencias en poner un excesivo acento en la diversidad cultural (incluyendo el factor religioso en ella) como generadora de distancia, incompreensión, y conflicto, como si de un elemento imposible de superar entre sociedades, individuos y grupos culturales, tal y como haya planteado un S.Huntington o un G. Sartori; esta visión unicausal a nivel profesional, institucional o ciudadana supone acentuar aún más las distancias entre gentes, usuarios y vecinos; favorece la radicalización y simplificación de los posicionamientos en todos los ámbitos implicados, teñido de etnicismos que falsean la realidad –o muestran solamente una faceta– y perpetúan estereotipos y prejuicios negadores de la diversidad real, del cambio y la evolución siempre presente. El propio concepto de cultura<sup>7</sup> es un elemento dinámico, abierto y anti esencialista; confundir variedades individuales de personalidad con esquemas estandarizados aplicables a los colectivos según su origen; difuminar y empobrecer las realidades tan

plurales y diversas de todas las sociedades del Norte y del Sur conlleva graves problemas para el presente y el futuro. Si algo debe acentuarse es el equilibrio entre

notas

3. Hay muchas definiciones y formas de entender la interculturalidad y el hecho intercultural, de entre estas podemos traducir la que nos da HARVEY(1993) de acuerdo al Consejo de Europa, y que dice: "Interpenetración entre las culturas, sin mezclar o diluir la identidad específica de cada una de ellas, poniendo lo multicultural en movimiento para transformarlo verdaderamente en intercultural, con todo el dinamismo que esto implica(...); sin querer entrar –por ser motivo de obras enteras y discusiones diversas– con elementos como: la desigualdad de partida entre culturas mayoritarias/minoritarias; como se realiza esta interacción y la negociación; etc.

4. Escribo *Deberes* con mayúscula, debido a la orientación general del debate político y ciudadano en la materia. Se habla con demasiada frecuencia de la pretendida igualdad del migrante con el ciudadano nacional, olvidando las desigualdades que sufren los migrantes en una multitud de elementos legales y de la vida cotidiana.

5. Tal y como comenta GIL VILLA, Fernando, *La exclusión Social*, Edit. Ariel-Social, Barcelona, 2002, pp. 45: "(...)El problema de la inmigración es y será en un futuro próximo especialmente grave porque la enorme cantidad de energía que generaciones de hombres y mujeres gastaron durante siglos en lograr el ideal filosófico de la igualdad que predicó la Revolución Francesa, una vez logrado su objetivo dentro de los grupos sociales en los que transcurre nuestra vida cotidiana –por supuesto nunca totalmente pero sí en un grado socialmente relevante–, queda como suspendida en el aire y puede dirigirse, se está dirigiendo ya en ocasiones, hacia los que están fuera de esos grupos, hacia "los otros", hacia los extranjeros, hacia los que pertenecen a otros pueblos y otras culturas, en suma, hacia los inmigrantes (...)"

6. Para cualquier duda al respeto, solamente hace falta repasar de nuevo la antigua y bien actual definición de salud que da la OMS (art.1 de la Constitución de 1946): "...Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo, la ausencia de enfermedad...".

7. Para hacer un pequeño repaso a las diferentes escuelas y definiciones de cultura, así como los componentes clave del concepto, se puede consultar: MALGESINI, Graciela, JIMÉNEZ, Carlos, *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*, edit. Catarata, Madrid, 2000, pp. 83-91

las similitudes, los parecidos, aquello específicamente humano y que une: es decir lo transcultural, y las diferencias, ya sean estas evidentemente culturales, o personales, de opción, de construcción de identidad como ser humano o de grupo, y también por que no, como rebeldía o defensa frente a una sociedad poco tolerante y temerosa de la diferencia.<sup>8</sup>

### **El Yo y el Otro. El encuentro en el sistema y la atención sanitaria-profesional.**

En el encuentro entre los migrantes y la estructura y servicios de salud (sea a nivel de atención primaria, hospitalaria, de servicios especializados, sin olvidar todo el trabajo educativo, de promoción y prevención sanitaria que se lleva a término desde tantos otros servicios o recursos públicos, entidades y agentes sociales, asociaciones de inmigrantes, ONG, etc.) se dan los primeros elementos de *choque cultural*<sup>9</sup> y de desconocimiento e incomprensión mutua, poniéndose en juego la capacidad de las dos partes de superar-o no- estos obstáculos y crear una dinámica más constructiva e interactiva; en este contexto, el Trabajador Social deberá saber encontrar la oportunidad para promover cambios que favorezcan el mayor entendimiento, acercamiento entre las partes y actuar desde una de sus funciones más importantes y originarias: ser profesional de ayuda y favorecedor del cambio y de la autonomía.

Entre el Yo -que pretendo conocer y dominar- y el Otro, desconocido y lejano, se da un proceso de mutua asignación de

definiciones, prejuicios, generalizaciones y asignación de estereotipos, que si bien actúan en parte como una defensa necesaria de nuestro psiquismo a la hora de dar respuesta a las novedades y cambios constantes de nuestro entorno, crean, por otra parte, más y más barreras de incomprensión.

Este Yo y el Otro, hace referencia al migrante, a los profesionales y personal de la salud, pero también a los ciudadanos -los principales usuarios de los servicios de salud pública- y la Institución, superestructura jerarquizada, lejana e impenetrable, con sus propias reglas de juego, e intereses: estabilidad, temor a los cambios, rechazo a las novedades, eficiencia por encima de la eficacia, retroalimentación, diferentes filtros de mandos intermedios, roles asignados, luchas de poder, etc.

Muchas quejas o comentarios de profesionales y personal de todos los niveles del campo de la salud referente a los "nuevos" usuarios migrantes se refieren a elementos cotidianos que pasan por ser pretendidamente objetivos y neutros:

No piden hora, se quieren colar en las visitas; se cambian las cartillas entre ellos con engaño; llenan las urgencias por cualquier cosa; traen documentos que no se entienden (al estilo de las cartillas de vacunaciones de sus países de origen) y exigen que se les haga certificados para cosas incomprensibles;<sup>10</sup> no cumplen las prescripciones ni tratamientos médicos; no hacen ninguna prevención de salud, sus dietas son desequilibradas, su higiene deja mucho que desear...; las mujeres no se dejan visitar por hombres o los

hombres no quieren ser atendidos por mujeres; expresan síntomas y enfermedades que no existen: deben querer bajas laborales; quieren hacernos cambiar a nosotros...no se quieren *integrar...*; como se pueden hacer visitas a las mujeres si van tan tapadas y con tantos pisos de ropa...; no se hacen entender con el idioma y van diciendo que si a todo pero luego hacen lo que quieren, etc.

Esta larga lista de quejas y observaciones podría ser aún más larga, y el contenido está seleccionado tendenciosamente para ver una de las visiones sobre el encuentro paciente-profesional, pero seguramente, no sería muy distinto si habláramos del campo de la educación, la convivencia ciudadana, y tantos otros puntos de intersección donde se lleva a cabo el encuentro entre los "nuevos" y los *autóctonos*.

Del Trabajador Social, aunque supongamos en él, una actitud más cercana y *sensible* hacia el dolor, la diferencia o la exclusión, no debemos olvidar que forma parte de esta ciudadanía que comparte su espacio vital en el trabajo, la casa, la calle, ha recibido una aculturación concreta y tiene sobre sí sus propias ignorancias, prejuicios o reacciones frente al cambio. Igualmente hay que tener presente que su labor y su rol dentro de una institución o recurso social y sanitario está cada día más limitado por tareas de gestión, trámite, y atención individualizada, dejando escaso margen para planteamientos más grupales y comunitarios.<sup>11</sup> En no pocos casos, la adjetivación de *social* puede suponerle el recibir un trasvase unilateral desde otros profesionales de cualquier situación donde se valore este elemento

como el causante de la no resolución de la problemática abordada.

Ciertamente es inexcusable mencionar sólo de pasada otras problemáticas bien reales no basadas en percepciones o subjetivismos, como: dificultades de comprensión por razones idiomáticas y el consiguiente vacío

notas

8. Siguiendo esta línea de pensamiento RODRIGO ALSINA, Miquel, en su obra: *Comunicación intercultural*, edit. Anthropos, Barcelona, 1999. en la pp.65, afirma: "(...)Hay que combatir la tendencia a poner el acento en la diferencia y olvidar lo común. Esto lleva a universalizar la diferencia. Se afirma que, en esencia, somos distintos. Así se cae de nuevo en el esencialismo cultural que busca diferenciar para excluir. Esto no significa que deban negarse las diferencias, pero hay que situarlas a su nivel real."

9. Podríamos definir el término de "Choque cultural" como: aquella experiencia emocional e intelectual que se da en los individuos (y por supuesto los profesionales) que encontrándose en su contexto cultural habitual entran en contacto con otros individuos portadores de otra cultura, y otros rasgos culturales diferenciados, respondiendo de una forma no esperada o prevista. Puede comportar una reacción de frustración, desorientación o fascinación. Es un elemento clave en todo proceso de encuentro intercultural y de toma de conciencia de la propia identidad: el conocimiento del otro pasa por el mayor conocimiento propio. Definición adaptada de: COHEN-EMERIQUE, Margalit, "Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux. Formation par la méthode des incidents critiques", *Cahiers de Sociologie économique et culturelle (Ethnopsychologie)*, Le Havre, no. 2, Pp. 183-218.

10. Sería el caso, pongamos el caso, de los "certificados de virginidad".

11. Referente a estas situaciones, como se ven a ellos mismos, que opinión tienen sobre su labor profesional, los límites, las acomodaciones, etc. es de interés la obra (en catalán), COL.LEGI OFICIAL DE DIPLOMATS EN TREBALL SOCIAL I ASSISTENTS SOCIALS DE CATALUNYA, *Els diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Situació, Perfil i expectatives*; edit. Hacer, Barcelona, 1997

de recursos;<sup>12</sup> desconocimiento de características básicas del proceso migratorio, cultural, de dinámica familiar; inadecuación de los servicios a las nuevas realidades; dificultades para plantear la realización y el acceso ágil a fondos documentales, de conocimiento de experiencias y material realizado en otros lugares; desajuste entre las grandes programaciones y la realidad cotidiana; choque cultural y dificultades para saber manejar situaciones nuevas como podrían ser la bigamia, la escisión de clítoris, el repudio, etc.

El Ciudadano también juega su rol dentro de este encuentro, llena las salas de espera y los centros de salud, defiende su derecho a ser bien atendido y no perder calidad de vida; vive y visualiza en la calle, las plazas y las viviendas este cambio con gran ignorancia del porque; sufre la tergiversación constante de los *massmedia* y la desinformación gubernamental; teme al paro, la competencia laboral –que cree desleal en no pocas ocasiones– y el pretendido trato de favor que reciben los que acaban de llegar; y sufre y forma parte de los fantasmas del racismo y la xenofobia que corren por todos los niveles de la sociedad española actual; por esto mismo no es de extrañar que en este encuentro también opine, ¡y como!, de los extranjeros con frases y contenidos como los siguientes:

*Tienen prioridad en los servicios, les regalan las medicinas, los pañales, la leche infantil; se les dedica más tiempo en las visitas que a nosotros;<sup>13</sup> engañan haciéndose pasar por analfabetos; no paran de tener hijos para echarnos e imponer el Islam; se lo dan todo hecho y aún se quejan; se quieren colar en todas partes; pegan a sus mujeres y las tienen encerradas,...*

Y finalmente llega el migrante, ese todo complejo –parafraseando a Taylor y su definición de Cultura– que reducimos con la palabra emigrante-inmigrante-extranjero. Es necesario decir de antemano, que el índice de satisfacción frente a los principales sistemas de bienestar social occidental son elevados: salud pública, educación infantil y juvenil, o formación de adultos, o la variedad y diversidad de productos de consumo, suponen para la mayoría una mejoría incontrastable con las situaciones de partida en sus países de origen; es precisamente lo que puede aportar de positivo a los hijos y de cara a su bienestar y promoción presente y futura, uno de los elementos explicativos de tantos sacrificios pasados en el proceso migratorio, separaciones y reagrupación familiar, etc.

Pero volviendo a nuestra opción de revivir en parte las vivencias en el contacto con el sistema de salud: ¿Cómo percibe él esta situación?, partiendo del mismo parámetro reduccionista que en los ejemplos anteriores, él también ve y se posiciona, interpreta, generaliza, y muchas veces se equivoca, ¿o no?:

*Me obligan a volver a vacunar a mis hijos de nuevo; me tratan como si fuera analfabeto o ignorante; son racistas, no les gusta atender a los extranjeros, me miran mal; no respetan mis costumbres ni mi religión; nos quieren obligar a cambiar de alimentación y vestido; no me han pedido nunca por mi familia o país; utilizan a mi hijo pequeño para traducirme las cosas y no me gustan los temas de que hablan con él; dejan pasar a otros antes que a mí; no me dicen ni buenos días; no se como expresar lo que siento, lo mal que me encuentro, solo me dan recetas<sup>14</sup> ...*

Estos posicionamientos pueden parecer que falsean esta realidad tan compleja de unos y otros pero, ponen en evidencia el conflicto latente y real en que nos enfrentamos día a día en nuestro mundo laboral, profesional y ciudadano.

Ciertamente, el contacto que puede tener un migrante frente al sistema de salud, sus múltiples servicios, niveles, personal y profesionales, etc. variará de un lugar a otro, de una región con más experiencia en la atención a la diversidad o otra; en una institución con más iniciativas o una más rígida y con más frenos frente a cualquier cambio; si se da un buen nivel de coordinación interinstitucional y comunitario o un aislamiento de los diferentes niveles de atención social y sanitaria; si a la presión del día a día y la falta de recursos se ve añadir la atención a la diversidad como algo intolerable o no, etc.

Lo mismo sucederá si atendemos un migrante con más o menos tiempo de residencia en una sociedad occidental; con buenos antecedentes de relación con esta sociedad y el sistema de salud o bien elementos negativos acumulados; con cierto nivel de conocimientos y dominio del/los idioma/as oficiales o graves dificultades para expresarse y moverse por esta sociedad; si proviene de una región más avanzada o menos, del ámbito rural o urbano, con cierto conocimiento de los servicios sanitarios o falta de ello; con soporte en su entorno inmediato o aislado y sin recursos familiares y de amistad, sufriendo una situación de indocumentación y exclusión, o bien un asentamiento con éxito en el proceso migratorio, etc.

Si conseguimos abstraernos de nuestros propios prejuicios y dificultades de análisis más objetivo, podemos empezar a situar las dificultades y allí donde la incidencia del Trabajador Social puede ser un elemento positivo para favorecer cambios y nuevas dinámicas de planificación y trabajo.

notas

12. Se podría mencionar aquí que el Servicio Catalán de la Salud dispone del servicio de "Sanitat respòn"(sanidad responde) que ofrece a nivel telefónico traducciones interactivas entre paciente o usuario, profesional y el traductor; con toda la frialdad y lejanía de este servicio, es muchas veces el único recurso disponible, a no ser que se continúe utilizando los niños y jóvenes hijos de los migrantes para estos menesteres, con todo el choque y violencia familiar (mayor desestabilización de los roles tradicionales, maltrato institucional según las temáticas tratadas, etc.) que puede ocasionar estas situaciones.

13. Ni que decir tiene que la realidad de la Atención Primaria de Salud es de gran dureza: solamente tres minutos de atención por persona como promedio es el tiempo dedicado en nuestro país. Este dato fue denunciado por la Asociación de Médicos de Atención Primaria el año 2000, ver en: NAVARRO, Vicenç, *Ibid*, pp. 98.

14. Si por un lado nos encontramos con la dificultad de comunicación verbal, también es necesario tener en cuenta las dificultades y desajustes del sistema para entrar a analizar todos los problemas psicosociales derivados del mismo proceso migratorio, traumático y lleno de riesgos para la salud física y psíquica; a este respecto es de interés el artículo de: ACHOTEGUI, Joseba; Psiquiatra, Director del Centro SAPPRI ( Servei d'atenció psicopatològica i psicosocial als immigrants i refugiats), del Hospital St. Pere Claver, de Barcelona: "Migrar, duelo y dolor", *El Viejo Topo*, o su más reciente "Síndrome de Ulises", o las observaciones referentes a las comunidades del extremo Oriente residentes en el Canadá en: MVILONGO, Anselme, *Pour une intervention sociale efficace en milieu interculturel*, Edit. L'Harmattan, Québec-Canada, 2001, pp. 34-38, en donde expone la característica cultural de estos colectivos en *esconder* los síntomas, ya que no está aceptado ir al médico para explicar los problemas, los estados de depresión, congoja, etc. y de allí en insistir en los aspectos físicos de una depresión encubierta: insomnio, pérdida de peso y apetito...

## **¿Dónde se encuentra el problema. Como localizar los factores que entorpecen el cambio y el diálogo?**

### **a) El cambio permanente**

Ciertamente si algo define nuestros tiempos es el cambio a todos los niveles. Si pasamos revista al propio proceso migratorio en España vemos como en 20 ó 30 últimos años se ha pasado de ser país de emigrantes a país receptor de ellos, y frontera directa entre el Norte desarrollado y el Sur, inmenso, que se abre a nuestros pies.

El mismo origen de las migraciones va variando y se diversifica a corto plazo: en tres o cuatro años el colectivo sudamericano, especialmente ecuatoriano, peruano y argentino, ha sobrepasado ampliamente al magrebí y subsahariano; en ciertas regiones, las poblaciones originarias del llamado Este europeo, o de países asiáticos, también han aumentado de forma considerable. Hace poco se nos recordaba en el Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet (Barcelona) que una de las demandas de los profesionales del campo social y sanitario es algo tan básico y novedoso como mapamundis, para poder localizar los países y regiones de donde provienen los migrantes; de la misma manera, aumenta el interés por conocer directamente los países de origen de los principales colectivos de migrantes presentes en un territorio, y ya no es tan difícil hacer algún tipo de formación y conocimiento del terreno en Marruecos, establecer intercambios entre colegios profesionales (de

Trabajo Social, pero también de Enfermería, u otros), promover algún proyecto de solidaridad y cooperación, etc.; estos ejemplos demuestran hasta que punto se encuentran interrelacionados los niveles macro y micro, es decir, lo que sucede en ese mundo complejo, superior, confuso, y la realidad cotidiana de la calle, los usuarios o pacientes de los servicios y recursos públicos.

Más que nunca, y si este nunca existió de verdad, lo aprendido no basta para dar una respuesta adecuada a los nuevos retos.

La legislación española en materia de extranjería ha pasado de ser inexistente a principios de los 80 a cambiar en diversas ocasiones y ser centro del debate político y ciudadano, afectando de forma dramática a hechos y derechos tan fundamentales como: la reagrupación familiar, la renovación de permisos, el acceso al trabajo, a los recursos sociales y sanitarios, o de formación.

A nivel de estructura poblacional, las migraciones suponen un cambio ya contrastable en diferentes ámbitos sociales como los padrones municipales, censos estatales, y matriculaciones escolares: rejuvenecimiento de la población española, incremento de los nacimientos, masculinización o feminización -según los casos de los colectivos y países, el momento del proceso migratorio- de los colectivos extranjeros, aumento de las cotizaciones a la Seguridad Social, entre otros.

El proceso migratorio tradicional, al estilo de los flujos migratorios de portugueses, italianos, españoles, hacia la Europa rica en los 50-70, o de otras regiones españolas hacia las regiones industrializadas del país, se

basaba en la figura de los hombres jóvenes que marchaban solos o acompañados de algún amigo o pariente hacia un lugar dónde ya podía contar con el soporte de acogida de algún familiar o amigo -muchas veces del mismo pueblo- que le facilitaba la cobertura de las primeras y más básicas necesidades en un primer momento; más tarde vendrían los reagrupamientos con la mujer y los hijos -si los hubiera- o la novia, los padres, algunos hermanos, los viajes de verano, etc.;<sup>15</sup> este proceso sigue vigente en parte de los colectivos migrantes extracomunitarios, con todos los matices y dramatismos de los cambios internacionales y legales, pero que repite de una forma casi mimética a los vividos, pongamos el caso, en Catalunya, con población venida de Andalucía, encontrándonos hasta hoy pueblos o barrios dónde la mayoría de la población proviene de una o dos localidades de regiones españolas, con las cuales han acabado formalizándose hermanamientos debido a estos lazos de sangre.

Pero también en este proceso hay cambios importantes, y cada vez más, encontramos migraciones de mujeres solas, o con hijos, dónde son ellas las que toman la iniciativa, con lo cual se producen auténticos cambios revolucionarios en los respectivos países de origen en el juego de roles y status por razón de género, encontrándonos la revalorización de la mujer con permiso de trabajo en Europa a la hora de querer escoger pareja, pero también y en sentido negativo, con nuevos y graves problemas en relación con la separación familiar de hijos de sus madres, los juegos de poder de los abuelos o hijo mayores frente a la madre ausente portadora de dinero, o la misma ambigüedad de

valorarlas por ser fuente de ingresos y a la vez denigrarlas por sus libertades y falta de control social.<sup>16</sup>

Tampoco hay que olvidar el fenómeno de la especialización laboral (se habla de etnización del trabajo) según origen geográfico y de género.<sup>17</sup>

El mismo hecho de migrar -con o sin pareja- lleva a la mujer en un medio extraño y sin los recursos de soporte de su familia extensa, a encontrarse en inferioridad de condiciones frente a hechos tan significativos como la maternidad, la alimentación de la familia, los hábitos domésticos, el cuidado de los niños, etc. pues igual de dificultoso sería para cualquier madre y padre dar respuesta a todas las necesidades que conlleva tener un hijo si no se dispusiera de abuelos, familia o amigos, acceso a material y recursos adecuados, estos temas tendrán una repercusión importante en el medio social y sanitario, y requerirán el saber encontrar las formas de llenar estos vacíos, y al mismo tiempo saber revalorizar y fomentar los conocimientos y tradiciones

notas

15. Para revivir estas historias tenemos el tesoro de la obra de CANDEL, Francisco (Paco): *Los otros catalanes*, Edic. Península, Barcelona, 1965 (y siguientes reediciones).

16. De gran interés (referente a la emigración femenina dominicana a España) la obra de: GREGORIO GIL, Carmen, *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*, Edit. Narcea, Madrid, 1998.

17. Para conocer testimonios de primera mano de las migraciones femeninas de diferentes nacionalidades, el libro de GARCÍA-MINA, Ana y CARRASCO, Ma. José (eds.), *Cuestiones de género en el fenómeno de las migraciones*, Univ. Pont. de Comillas, Madrid, 2002.

que pueda aportarnos: a esos se le llama comunicación intercultural.

A nivel de patologías y problemáticas ligadas a la salud individual y comunitaria, el hecho migratorio es realmente un factor de riesgo para la salud de los individuos: desde los propios viajes con riesgo para la vida física, las múltiples pérdidas con el llamado *duelo migratorio*, las separaciones familiares, el "encargo" familiar y la obligación de triunfar en el proyecto migratorio, etc., a todo ello también se está constatando desde hace un tiempo unas especificidades a nivel de enfermedad en los colectivos migrantes: aparición de enfermedades nuevas (*enfermedades del retorno*,<sup>18</sup> importadas o tropicales), reaparición o aumento de algunas prácticamente eliminadas o reducidas a sectores muy marginales de la población autóctona (Tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual-M.T.S y VIH+, dermatológicas), prácticas de raíz cultural que suponen la mutilación genital femenina (en diferentes grados y formas), desarrollo de nuevas patologías psicosomáticas de difícil diagnóstico (síntomas de dolores neurológicos, del aparato digestivo, trastornos afectivo-sexuales).<sup>19</sup>

Parte de estas situaciones vienen derivadas por las condiciones de vida que sufren colectivos de la población migrada y sus familias y por el mismo proceso migratorio, que supone un nivel de pérdidas, estrés (al estilo del *estrés postraumático*), deficiencias de todo tipo, condiciones de riesgo en el trabajo y de graves deficiencias en la vivienda; el síndrome de la persecución constante policial por parte del indocumentado. A

resaltar la aparición de nuevos barrios de barracas en zonas periféricas de grandes urbes<sup>20</sup> o en zonas rurales<sup>21</sup> (alojamientos temporales, rechazos de población autóctona a ceder viviendas), o en otras zonas, un auténtico *barraquismo vertical* o simple *infravivienda*, con todo lo que esto supone de cara al bienestar y a otros problemas sociales ligados a rechazo de la población autóctona.

Tampoco debería olvidarse que todas las culturas tienen sus sistemas de curación, prevención, interpretación y cosmovisión, etc. Sin querer entrar en señalar características específicas o similitudes con los métodos occidentales, y la existencia de un conocimiento o uso parcial de una medicina científica en las naciones y pueblos no occidentales, sería necesario tener muy presente a nivel profesional el gran respeto que se merecen las creencias de cada respecto a la percepción de la salud y enfermedad, la muerte, el valor dado al cuerpo humano, a aquello que se otorga categoría de pureza, impureza, permitido, prohibido, o categorías similares. Estos elementos tienen siempre un peso importante en el proceso de acercamiento y relación con el otro, y muchas veces se puede romper una relación debido a actitudes despreciativas o de infravaloración de elementos considerados cruciales para la otra parte a este nivel.

Uno de los elementos relacionados con el tema que estamos tratando tiene su plasmación en la creencia en fuerzas ocultas o invisibles que influyen en los estados de ánimo, enfermedades, problemas familiares, o de cualquier otro tipo; desde ciertos centros de salud especializados utilizan estos

elementos de las creencias para favorecer el diagnóstico y un tratamiento adecuado; y a nivel de cualquier Trabajador Social le puede ser de gran utilidad llegar al nivel de confianza que le permita conocer como funciona este sistema de equilibrio tradicional para temas tan diversos como un problema psiquiátrico, una ludopatía, alcoholismo, conflictos y graves situaciones (nacimiento de un hijo con problemas de salud, paro laboral del marido) derivados de la creencia en un maleficio familiar y su abordaje profesional.

## b) Niveles de decisión, iniciativas y frenos

Desde las intervenciones más cotidianas del trabajo personal y de equipo, organismos privados y agentes sociales, hasta los niveles superiores dependientes de las administraciones competentes (organismos de decisión europeos, el estado, los gobiernos autonómicos, los propios ayuntamientos), nos encontramos con una gran variedad de filtros, niveles de planificación y decisión técnicos e ideológico que pueden o no favorecer una actuación adecuada, eficiente, eficaz, y que promueva una integración participativa y la igualdad de oportunidades entre todos los miembros de una sociedad.

Una parte significativa de las decisiones que se tomen en la planificación y la política social y sanitaria en materia de migraciones lleva consigo una fuerte carga ideológica que traspasa la simple y tradicional división derecha-izquierda.

En estos momentos, nos encontramos con la contradicción aparente de ver a nivel de máximas autoridades políticas y de cargos de

decisión de *staff*, unas similitudes significativas entre personas de distinto color ideológico, que como venimos repitiendo y continuaremos señalando más adelante a la hora de situar el papel del Trabajador Social, coincide en la muy extendida visión actual del hecho migratorio como un elemento perturbador de la paz social, de difícil encaje en una sociedad occidental, lleno de simplificaciones y prejuicios seculares, con grandes carencias de análisis y reflexión serena, con una peligrosa derivación hacia el electoralismo demagógico, y con unas confusiones importantes, como pueden ser:

- Modelos *puros* (al estilo francés, alemán, británico o norteamericano clásicos) y la búsqueda o -falta absoluta de ello- de interés por modelos propios adaptados a la realidad española.

- De conceptos, entre laicismo y aconfesionalidad, con todos los conflictos que esto puede suponer ante la revalorización comunitaria del hecho religioso y espiritual, concretándose con

### notas

18. Con *Enfermedades de retorno* se hace referencia a las problemáticas de salud que surgen en el momento que el migrante lleva años viviendo en Occidente y pierde protección y defensas frente a unas patologías de su país de origen de las que antes estaba protegido cuando vuelve a su país de visita, en vacaciones, etc.

19. Para constatar los aspectos universales de la condición de inmigrante, es de interés la visión de las migraciones españolas en Europa en la obra de DIAZ-PLAJA, Guillermo L., *La condición emigrante*, Edit. Cuadernos para el dialogo, Madrid, 1974.

20. Al estilo de las barriadas de barracas y autoconstrucción de las migraciones interiores en los años 50-60 hacia Catalunya o Madrid.

21. Zonas de Andalucía ligadas a cultivo intensivo, Murcia, Aragón, Lleida, etc.

acuerdos escritos con el Estado que no se hacen efectivos<sup>22</sup> o bien se desconocen.

- De orientación asimilacionista, de integración o de simple adaptación unilateral.

- Visiones que van desde el monomorfismo cultural, al multiculturalismo y la interculturalidad.

Así pues, nos podemos encontrar con elementos entorpecedores del trabajo como los siguientes:

- La centralización cerrada de decisiones en referencia a las líneas maestras de actuación, objetivos, prioridades, financiación y planificación operativa y de evaluación. Se da un alejamiento -pretendidamente autosuficiente- de la realidad cotidiana, y la falta de canales de retroalimentación con las bases y de esta con la cúspide.

Esta situación la podemos encontrar no sólo y en relación al nivel técnico y profesional, sino también con respeto al mundo cívico, asociativo y de participación de los ciudadanos (autóctonos y migrantes).

- La negativa a cualquier acomodación o cambio frente a las demandas y necesidades de los nuevos colectivos de ciudadanos migrantes y sus diversas situaciones personales y legales. Asumiendo unos planteamientos pretendidamente universalistas y globales que entiende la atención a los individuos como un derecho a unos servicios y atención igualitarios y sin distinción, se deriva a la negativa de promover el cambio y la adaptación interna,

manteniendo una estructura monolítica y aislada del entorno. En el fondo se trata de un planteamiento cargado de connotaciones jerárquicas, con toques paternalistas de superioridad científico-técnica y con una visión sociopolítica asimilacionista y monocultural.

- Servicios generalistas versus discriminación positiva o recursos puente de refuerzo. Este tema es otro de los grandes campos de batalla aquí y en todo el mundo occidental, si bien, la opción monoculturalista o multiculturalista de algunas sociedades favorece claramente una opción frente a la otra;<sup>23</sup> en nuestro caso, y en general, y a falta de reflexión profunda y modelos claros de intervención, podemos encontrarnos una mezcla de situaciones según el momento, la presión de las necesidades, o el acceso a vías de financiación temporales que permiten parar el golpe provisionalmente, al estilo de programas europeos.

La discriminación positiva malentendida atiza todos los rescoldos sociales, profesionales y políticos frente a la pérdida de oportunidades de la población autóctona hacia la recién llegada, y delata una vez más, como un espejo, no sólo el temor, las actitudes xenófobas o intolerantes, la gran ignorancia frente los movimientos migratorios o la exclusión social, el individualismo y la insolidaridad, sino, y sobretodo, la débil capa de recursos de bienestar social conseguida en nuestro país, y que se pone en evidencia a la hora de comparar la situación de cada cual con la pretendida obtención de cualquier recurso de bienestar por los últimos en llegar.

Los llamados recursos puente o servicios y actuaciones específicas, han de surgir de necesidades diferenciadas de grupos y colectivos que precisan de unas atenciones concretas para superar las dificultades y elementos negativos que los hacen especialmente vulnerable, y que los sitúan en inferioridad de condiciones frente a los colectivos ciudadanos.

Estos recursos han de existir mientras exista la dificultad, y deben situarse en el lugar adecuado de la estructura de servicios de bienestar social, salud, enseñanza, formación, etc., ya sean públicos, concertados, o dependientes de agentes sociales diversos. Se entiende que esta opción se toma una vez que el recurso universal o bien no permite su asunción normalizada, o bien no debe asumir funciones que no le son propias.

Una posible trampa de los recursos de soporte a la actuación de los profesionales y los servicios e instituciones puede venir derivado por la dejación de responsabilidad frente a ellos, es decir, un personal de refuerzo, un recurso integrado dentro de un servicio o acordado con alguna ONG, asociación cívica, entidad de migrantes, etc. debe plantearse en términos de globalidad y de integración dentro del servicio, sin que sea motivo para que los profesionales a quien corresponde por cargo, responsabilidad, nivel de competencia, titulación y gratificación económica y de estatus, delegue responsabilidades propias a personal, voluntarios, miembros de asociaciones de migrantes, o similares con quien se ha acordado un soporte para cuestiones tan necesarias como: un traductor

o intérprete de idioma, un agente de salud miembro de una comunidad, la función de mediación frente a grupos culturales o nacionales concretos, etc.

### c) Actitudes personales, respuestas laborales.

Si todos somos portadores de prejuicios y estereotipos frente a los demás, no podemos pretender que nuestras respuestas en la relación profesional -como en la personal- sean *neutras* y carentes de significado, muy al contrario, nos predisponen frente a este *otro* de muchas maneras, y es precisamente por este motivo que es imprescindible reflexionar sobre uno mismo, sobre el otro, y tener capacidad de discernir lo personal de lo grupal o cultural; por este motivo se puede constatar que la formación *per se* no tiene porque hacer cambiar actitudes fundamentales y arraigadas en nuestra forma de ser y actuar, es necesario un *plus*, el trabajo de sensibilización, análisis y autocrítica.

#### notas

22. Nos referimos al Acuerdo de cooperación entre el Estado Español y las Comunidades Islámicas de España, 26/ 1992, de 10 de noviembre, BOE de 12 de noviembre.

23. Es el caso del "*Affirmative action*" o Acción positiva estadounidense y "*Equal opportunities*" o Igualdad de oportunidades británica, que para sus detractores es definida como "*Reverse Discrimination*" o discriminación al revés. Como buen resumen del estado de la cuestión a nivel occidental, el pequeño documento-resumen de unas jornadas de trabajo realizadas en Bélgica (región valona), el 1998: *La discrimination positive, pour agir contre les inégalités*, Université de Liège et al., 1998.

No se puede pretender que los profesionales –y por supuesto, los Trabajadores Sociales– sean especialistas antropólogos en la diversidad humana, de la cultura *Han* China, la *Amazigh* marroquí o argelina, el Islam *sunni* o *shii*, Mapuche andina, etc. esto volvería a poner el acento en la diferencia: el conocer los elementos fundamentales del proceso migratorio; las características principales de los sistemas sociales y familiares tradicionales; el peso de la legislación; el valor del hecho religioso y espiritual; el rol que pueden asumir ciertos acompañantes y promotores de la salud; la mejora personal y comunitaria; la obertura a lo nuevo y a lo que podemos aprender-aprehender de los otros, y tantos otros elementos que son inherentes a la condición humana, y deberían fundirse con la profesión del Trabajo Social, son los factores realmente importantes, después vendrá la situación específica del medio donde se sitúe nuestra labor, la cual puede hacer muy necesario centrar un mayor esfuerzo en las características de colectivos mayoritarios con los que hemos de trabajar conjuntamente.<sup>24</sup>

El conocimiento y reconocimiento del otro pasa por el propio conocimiento: el “Conócete a ti mismo” tiene 2.500 años y sigue bien vigente.

Cohen-Emerique nos recuerda que entre uno y otro, profesional y usuario, existe una pantalla-filtro que dificulta la aproximación y el conocimiento entre las dos partes (prejuicios, estereotipos, marco institucional y de referencia profesional, valores, origen, historia personal, etc.), este contexto es dinámico y diferente en cada caso, de allí que sea necesario trabajar los elementos

propios (descentración) y a la vez encontrar el espacio de negociación y mediación para favorecer la buena relación profesional y el diálogo intercultural e intrapersonal. Mvilongo<sup>25</sup> –siguiendo el discurso de Cohen-Emerique– define al buen profesional como aquel que: Sabe; Sabe ser; Sabe hacer, pero para llegar a esta *sabiduría* ha de empezar a conocer como y porque anda, después entenderá el andar del otro.

## La Participación y el asociacionismo de los migrantes

Uno de los puntos fundamentales para conseguir que el proceso de integración/interacción sea posible, pasa por fomentar canales de participación de las nuevas poblaciones dentro de la sociedad, y esta deba contemplar al factor salud y sus diferentes niveles, sistemas, servicios y organismos competentes, siguiendo el mismo camino que debería ser prioritario a nivel general para toda la población, siguiendo las recomendaciones dadas por la OMS al respeto, y ofreciendo con su propia existencia grandes posibilidades para mejorar la salud, el bienestar de la población, y la adecuación a la realidad social.

La participación de los colectivos migrantes está limitada por unos factores, algunos específicos de su situación, pero otros generales con el resto de la población y estructurales de la sociedad:

- Estabilidad de la situación personal y familiar, a nivel del bienestar económico, físico y emocional. El momento en que se encuentre del proceso migratorio, el grado

de consecución de su proyecto y el haber conseguido unos niveles óptimos de estabilidad y situación legal, así como disponer del tiempo adecuado para ello, son elementos imprescindibles para planteamientos más comunitarios y sociales.

- Antecedentes personales y de la sociedad de origen que faciliten el trabajo grupal y asociativo: pertenecer a una cultura más comunitarista frente a la más individualista occidental, el poseer una tradición de trabajo con la red social de su entorno, una capacitación para promover liderazgos positivos, aceptación de un funcionamiento asambleario igualitario, conocer los planteamientos democráticos de decisión, etc.
- Características personales: un elemento siempre diferente y presente en toda la humanidad pasa por la mayor obertura o cerrazón de la personalidad y carácter de los individuos; capacidad de liderazgo, de iniciativa, de compromiso, o en su contra, pasividad, autosatisfacción, aislamiento del entorno.
- Tener elementos de unión e intereses comunes, incentivos para la defensa de valores y elementos de la espiritualidad, mejora de factores materiales (nivel de bienestar económico, vivienda digna, enseñanza, derechos laborales) de derechos como ciudadanos.
- Mayor o menor conocimiento de la sociedad de acogida, de su funcionamiento interno, legal, político. Mayores o menores vínculos y puentes de contacto con el mundo social, cívico, de

su entorno.

- Deben existir los canales, y hay que conocerlos; que sean abiertos y dinámicos, para facilitar la participación de los colectivos migrantes en la sociedad, en sus asociaciones ciudadanas de todo tipo, y en sus diversos organismos, servicios, recursos, etc. La voluntad específica de los poderes públicos, de los responsables de entidades, de los jefes de programas, etc. de incluir a la población en la toma de decisiones y orientaciones es clave para favorecer la motivación de la gente, el reconocer el papel y la importancia del otro es el inicio de una buena relación...

En referencia a la participación de los migrantes y sus entidades cívicas, hay unos puntos que quisiera resaltar:

- Las asociaciones y agrupaciones de migrantes, sean estas más o menos formales o no, pueden permitir conocer y acercarnos al territorio y a la población con la que estamos trabajando al formar parte del entramado social, ya sea desde una Área básica de Salud, un Centro de Planificación Familiar, un Servicio de Urgencias, un centro hospitalario, un Equipo de atención Social Primaria, un Entidad Cívica que trabaje elementos de

notas

24. Para esta línea de pensamiento me remito principalmente a RODRIGO ALSINA, Miguel, *Ibid*, y a COHEN EMERIQUE, Margalit, "L'approche interculturelle auprès des migrant" pp. 161-184, en LEGAULT, Gisèle (Dir.), *L'intervention interculturelle*, Gaëtan Morin éditeur, Montreal-Paris, 2000. Existe de este último material (Cohen-Emerique) una adaptación realizada des de la ONG Andalucía Acoge para sus cursos formativos.

25. MVILONGO, Anselme, *Ibid*.

salud y promoción personal con migrantes, etc. Conocer las formas de relacionarse de la comunidad, sus liderazgos, sus iniciativas y preocupaciones, sus costumbres y hábitos, los servicios que pueden ofrecer, sus vivencias frente la migración, sus opiniones sobre los recursos sociales, la existencia de sistemas de soporte natural, etc. se ha de tener presente que cierto nivel de asociacionismo va muy vinculado a la ayuda o soporte mutuo. La postura de obertura y de escucha, es la más significativa para un buen profesional y la que más frutos puede dar a las dos partes.

- Las asociaciones ofrecen el acceso directo en sus lugares de encuentro (entre estos incluyo por su significado lugares de culto como las mezquitas) a una población a quién, quizás, tendríamos dificultades de acceder de otra forma. Sea a través de participar como invitados en sus reuniones, hacer traspaso de información que puede ser de su interés oralmente o en documentación de diferente tipo, invitándolos al servicio, ofreciendo canales concretos de coordinación o trabajo en conjunto (grupos de discusión, mesas de trabajo, estableciendo programas de formación y información interactiva bidireccional, formando agentes de salud, participando en la elaboración de materiales formativos para profesionales y usuarios, inclusión en Consejos sectoriales de salud<sup>26</sup>), siempre el contacto directo y comunitario puede multiplicar los efectos positivos de cualquier actuación desde un enfoque ecológico y más democrático.

Tal y como nos recuerda A. Mvilongo<sup>27</sup> un servicio aislado de su comunidad no reflejará la diversidad de esta, y no dará respuesta a las necesidades reales de la misma, al contrario, será ineficaz y se equivocará fácilmente, creándose una mayor barrera en la percepción y significado de las migraciones, culpando a estas de los malos resultados de sus políticas e intervenciones y aumentará su ignorancia al quedar satisfecho con la justificación que su *profecía autocumplidora* ya había predicho: los migrantes son conflictivos, no se integran, no cumplen, no...

### **Conclusiones para el Trabajo Social con migrantes en el campo de la Salud**

Al principio del presente artículo relacionaba la interacción existente entre los múltiples cambios que sufren las sociedades humanas a las puertas de este milenio y la necesaria adecuación profesional y personal para ser capaces de dar una respuesta acertada a los retos que se nos plantean como individuos, como sociedad y como profesionales, que en el caso que nos ocupa, hace referencia al mundo del Trabajo Social en el medio sanitario en relación con la realidad de las migraciones presentes y que van llegando y se establecen entre nosotros.<sup>28</sup>

No existen culturas estancas, sociedades puras, respuestas únicas a los grandes y pequeños problemas a los que hemos de afrontarnos en este mundo global y absolutamente desigual, marginador y excluyente; tampoco hay, por tanto, recetas

mágicas con las que abordar el hecho magnífico de la diversidad cultural, religiosa, de origen, humana en definitiva -magnífica, por las posibilidades que abre a las sociedades si realmente quieren ser reflejo de este mundo plural, aprender y aprehender unos de otros y mejorar la democracia y la igualdad entre sus miembros; pero a la vez, indiscutiblemente conflictivo- entendiendo este concepto como el ineludible camino que lleva a la palabra -por ruptura de los silencios- a la discusión, a la necesidad de negociación y conocimiento mutuo con el objetivo último no de conseguir falsas unanimidades, sino la convivencia y mayores niveles de bienestar para los nuevos y viejos ciudadanos.

La toma de posición personal por la interculturalidad no deja de ser una opción ideológica y un compromiso personal, igual que lo podría ser el inmovilismo y la cerrazón, o la simple visión asimilacionista del hecho migratorio, frente a la visión y el trabajo que hay que realizar para construir, entre todos, una sociedad realmente interactiva, igualitaria (por igualdad de oportunidades, de derechos), defensora de los valores inherentes a las personas y colectivos, diversa y plural.

Una vez más, podemos constatar, como nuestra profesión está inmersa -para bien y para mal en la sociedad- y como los frenos, barreras, prejuicios, ignorancias, y hasta los racismos y xenofobias más sutiles o más descarnados, ocupan plaza en las instituciones, servicios, agentes cívicos, profesionales de todo tipo, el mundo político, justificándose y retroalimentándose continuamente para no tener que poner

sobre la mesa los orígenes profundos de las situaciones que nos provocan esta sinrazón. Al lado de esto, podemos encontrar iniciativas, actitudes, realmente valiosos y que conducen hacia estos objetivos de que vamos hablando: bienestar, igualdad, respeto, convivencia, eficiencia y eficacia de las intervenciones profesionales, mayores dosis de participación ciudadana, etc., pero no nos quepa duda, defender ciertos valores, ciertas igualdades de trato, ciertos esfuerzos suplementarios, etc. no es tarea fácil, ni lo ha sido nunca.

Hacer de nuestros servicios, instituciones u organizaciones cívicas vinculadas a la promoción personal y comunitaria, unos lugares donde el migrante adquiera categoría y dignificación de ciudadano, comporta ser realmente reivindicativos y promovedor del cambio teniendo en cuenta ciertas corrientes imperantes en nuestro mundo que pasan

notas

26. Por el que respeta a los Consejos de Salud y su resonancia y efectividad podemos resaltar la opinión crítica expresada en : AGUILAR IDÁÑEZ, Ma. José, Universidad de Castilla-La Mancha, " Participación ciudadana en salud. Evaluación de experiencias (1)", *Revista de Trabajadores Sociales*, no. 3, XII-2002.(www.uclm.es/bits) dónde hace hincapié en la falta de poder de decisión y escasa resonancia de las propuestas que se trabajan en los Consejos, así como la dificultad de los profesionales de atención primaria de salud (habla de todo el equipo profesional) para dedicar tiempo al trabajo comunitario de los mismos, quitando una mayor efectividad y potencialidad.

27. MVILONGO, Anselme; *Ibid.*

28. A este respeto se puede hablar de lo que es inherente y a la vez lo que es modificable, adaptable, enriquecedor por dinámico de la profesión; siguiendo esta línea de pensamiento es de interés el artículo de FOMBUENA VALERO, Josefa, "Pureza y mestizaje en Trabajo Social", *Revista de Treball Social*, no. 158, Barcelona, Juny, 2000.

por: el individualismo y la desvertebración social, la discriminación y segregación, la primacía de la eficiencia económica por encima de la calidad de vida, la desaparición o invisibilización de los migrantes indocumentados, el encasillamiento de la labor profesional en el trabajo de casos y la labor administrativa neutra y apolítica, el *hacer carrera* antes que *hacer pro-fesión*, etc.

A parte de las convicciones por el cambio mencionados hasta aquí, cuales serian los valores y las prácticas profesionales que se opondrían a estos frenos que acabo de comentar?, la respuesta se encuentra antes que nada, en que muchos de los elementos y opciones de trabajo se comparten con otros tantos profesionales y agentes sociales, y por lo tanto, es una opción por la cual vale la pena luchar:

- Tratar a todos por igual sea quién sea su origen nacional, situación legal y jurídica, nivel socioeconómico, considerando la irrepitibilidad de cada ser humano, desconfiando seriamente de aquellas corrientes de pensamiento que nos pretenden presentar a los migrantes como un todo compacto despersonalizado. Este punto de por sí supone reconocer la existencia de aquellos que son invisibles para la sociedad: los indocumentados, menores no acompañados, excluidos...para quienes no hay reconocimiento igualitario de los derechos sociales y de salud del resto de la sociedad.

- Promover la participación y responsabilidad de la comunidad, y dentro de esta de los colectivos migrantes, en la mejora de su propio bienestar; en la resolución de las

dificultades y problemáticas, en la toma de decisiones a la hora de planificar actuaciones, promover proyectos y recursos, establecer órganos de participación, evaluar los resultados de las intervenciones realizadas, etc. La participación ha de enmarcarse en una opción clara e inequívoca de los poderes públicos, ya que sin la validación y reconocimiento de los resultados de la misma se acaba ilegitimándola y promoviendo la desmovilización social, hecho que por otra parte se visualiza en el día a día de nuestras poblaciones.

- Acercarse a los colectivos migrantes, hacerse próximo, es decir, salir de los despachos: visitar y conocer las sedes de sus asociaciones, de sus lugares de culto, otros espacios de sociabilidad (locutorios, tiendas especializadas, etc.), tener y establecer contacto con personas significativas de la comunidad.

No se pide aprender árabe o quechua, ser antropólogo y hacer trabajo de campo, se trata de profundizar en otra sensibilidad, en otras formas de hacer y de ser, muy relacionadas con todos los elementos de que hemos ido hablando a lo largo del presente artículo: análisis de los propios prejuicios y estereotipos, reconocimiento de las propias ignorancias, opción personal y profesional por el diálogo intercultural, reconocer la diversidad y unicidad de cada uno, facilitar el encuentro con el *otro*, encontrar consensos, optar por el derecho universal al bienestar y la igualdad de promoción y posibilidades, etc.

Este trabajo permite transformarse en un interlocutor validado por la población; abre

mayores posibilidades de trabajo conjunto, de difusión de información, de encontrar y llegar a colectivos que de otra forma no sería posible; favorece y reconoce el propio entramado social; se conoce de primera mano las dificultades, los vacíos, las iniciativas surgidas de la base; facilita hacer de puente y conocer quien puede unirse al esfuerzo de acercarse al servicio, el recurso, la institución.

Encontrar aliados para este planteamiento de acción será imprescindible: en el equipo, entre otros profesionales, agentes de la comunidad, etc.

- Exigir condiciones laborales que dignifiquen nuestro trabajo y el de los profesionales y personal que atiende a la ciudadanía; poder frenar y reconducir la inundación de casos individuales; la falta de capacidad para organizar el propio trabajo; conseguir la imprescindible armonía y equilibrio entre: la atención personal individualizada, la gestión, la evaluación, planificación, el conocimiento del territorio, sus redes sociales y ciudadanas, la elaboración de diagnósticos sobre la realidad que se aborda, el necesario trabajo en equipo interno y de red con los otros servicios y profesionales del campo social (Servicios Sociales municipales, Educación, Promoción de la mujer, Escuela y formación de adultos, Protección de menores) y sanitario (servicios hospitalarios, urgencias, psiquiatría y otras especialidades); el soporte a iniciativas grupales y comunitarias de cualquier índole y origen que facilite la promoción de la salud y el bienestar de la población; disponer de tiempo reconocido oficialmente para la formación, el trabajo en equipo, y el trabajo en red.

Es imprescindible disponer de programas de acogida para los nuevos usuarios, con presentación de los recursos y las peculiaridades de los servicios (este tema es fundamental para las áreas básicas de salud) con lo que se rompe el desconocimiento y se hace evidente la voluntad de reconocimiento del otro; así como, promover la atención grupal de situaciones que precisan una educación sanitaria, y dónde se consigue dar respuesta a múltiples necesidades inabordables en el caso por caso, favoreciendo un auténtico diálogo intercultural profesional/usuario o paciente.

- Saber compartir experiencias negativas o positivas de trabajo, reconociendo errores para que sirva de ejemplo u orientación a otros profesionales, que por parecer evidente, no debe hacernos olvidar la facilidad con la que se habla de cara al exterior solamente de los aspectos positivos o de éxito, y se olvida la otra parte de la balanza; promover el intercambio a través de visitas a otros centros y municipios, rompiendo el aislamiento, facilitando la circulación de material formativo propio o ajeno, evitando esfuerzos innecesarios a la hora de elaborar ciertos materiales al presuponer la inexistencia de situaciones e iniciativas similares; abrirse a los cursos de formación, mesas redondas; utilizar las plataformas de encuentro y reflexión que son los Colegios profesionales; elaborar documentación de reflexión, promover las supervisiones desde una vertiente intercultural.

- Dentro de la ambivalencia profesional arraigada en sus propios orígenes, situada entre la ayuda y el control social, la igualdad y promoción o la superioridad y anulación,

no debe utilizarse el *status* profesional y los vínculos que se crean con el usuario o la comunidad para imponer o manipular modelos y valores personales y opciones ideológicas; se volvería a la visión paternalista y de superioridad, no a la promotora de igualdad y de las potencialidades de las personas y grupos humanos.

Ante los conflictos por diferentes niveles y escalas de valores, y por consiguiente con nuestros propios valores y creencias (sociedad tradicional-patriarcal versus sociedad igualitaria; visión de la mujer como agente activo en la sociedad versus un papel más centrado en el mundo doméstico, visión laica de la sociedad versus una cosmovisión trascendente), siempre será más útil para la labor profesional, utilizar una visión a medio y largo plazo, de respeto a los ritmos de cada uno, de fomento de la igualdad de oportunidades y la disposición de escoger cada uno hacia dónde quiere dirigir su vida, cuales son los elementos a variar de su bagaje cultural y personal, cuales mantener alejándonos de la imposición unidireccional etnocéntrica y pretendidamente posesora de la verdad a que tan acostumbrados estamos.

- Aceptar humildemente nuestra condición de profesionales que aprenden cada día de la realidad con la que trabajamos. No hay edificios construidos, metodologías rígidas y aplicable en molde a las situaciones humanas, y menos aún en un mundo que rueda tan deprisa.

Ante el hecho migratorio, se ha de reconocer una vez más, que si la sociedad es dinámica, los profesionales de la acción social no deben ir a la zaga: ir detrás de la realidad comporta

activismo ineficaz, falta de profesionalidad, olvido de la prevención y pérdida de capacidades de actuación y de análisis de la realidad.

La formación continua ha de estar garantizada dentro de la institución donde se ejerce la profesión, y a la vez, tenida en cuenta en la promoción personal y profesional; dicha formación debe incluir la vertiente de sensibilización frente al hecho migratorio e intercultural, que en unas primeras fases debería ofrecerse -y promocionar su participación- a los diferentes colectivos de trabajadores, profesionales, y cargos directivos, que ocupen lugares clave en el servicio o recurso: desde personal de atención al público (clave en la acogida), personal sanitario diverso de las Áreas básicas de salud, servicios de urgencias, programas de salud comunitaria diversa, etc.

Si la comunicación es interacción, lo dicho en el presente artículo sólo cumplirá este presupuesto si cada uno aplica a su realidad elementos quizás generalistas y globales descritos aquí, siendo precisamente la realidad de cada cual en su lugar de trabajo o entorno de intervención la que ha de permitir profundizar en nuestra identidad profesional, dando respuesta a los vacíos existentes.

El objetivo pasa por saber manejar y desbrozar aquellos factores que dificultan la labor profesional, la promoción personal y comunitaria de las personas, la convivencia entre las gentes y dentro de los servicios e instituciones, los puntos débiles que frenan la mejora del bienestar y la salud, etc. es un reto ineludible y quizás inmenso, pero

imposible lo sería si pretendiéramos tener capacidades para hacerlo solos.

Nuestra labor profesional pasa cada vez más por tener presente y buscar la unión de energías, la complementariedad de visiones y conocimientos sin olvidar lo insustituible del esfuerzo de cada cual. Quizás hoy más que nunca tenemos la suerte de saber que la riqueza y la diversidad que nos aporta el intercambio entre mujeres, hombres y culturas nos hace un poco menos cargados de autosuficiencia, orgullo y autocomplacencia.

#### Bibliografía

ACHOTEGUI, Joseba, "Migrar, duelo y dolor", *El Viejo Topo*.

AGUILAR IDÁÑEZ, Ma. José, "Participación ciudadana en salud. Evaluación de experiencias(1)", a *Revista de Trabajadores Sociales*, no. 3 (XII-2002).

BOUMAMA, Said, *Familles magrebines de France*, Edit. Desclée de Brouer, Paris, 1996.

CANDEL, Francisco, *Los otros catalanes*, Edic. Península, Barcelona. 1965.

Col.legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, *Els diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Situació, perfil i expectatives*; Edit. Hacer, Barcelona, 1997.

COHEN-EMERIQUE, Margalit, "Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux. Formation par la méthode des incidents critiques", a *Cahiers de Sociologie économique et culturelle (Etnopsycologie)*, Le Havre, no. 2.

COHEN –EMERIQUE, Margalit, "L'approche interculturelle auprès des migrants" en LEGAULT, Gisèle (dir.), *L'intervention interculturelle*, Gaëtan Morin éditeur, Montreal-Paris, 2000.

DIAZ-PLAJA, Guillermo, L., *La condición emigrante*, Edit. Cuadernos para el diálogo, Madrid, 1974.

FOMBUENA VALERO, Josefa, "Pureza y mestizaje en Trabajo Social", *Revista de Treball Social*, no. 158, Barcelona, Juny, 2000.

GALVÍN, Isabel – FRANCO, Pepa (coord.), *Propuesta metodológica para el Trabajo Social con inmigrantes*, Edit. Siglo XXI, Madrid, 1996.

GARCIA-MINA, ANA y CARRASCO, Ma. José (eds.), *Cuestiones de género en el fenómeno de las migraciones*, Univ. Pontificia de Comillas, Madrid, 2002.

GIL VILLA, Fernando, *La exclusión social*, Edit. Ariel-Social, Barcelona, 2002.

GREGORIO GIL, Carmen, *Migración femenina, su impacto en las relaciones de género*, Edit. Narcea, Madrid, 1998.

MALGESINI, Graciela, JIMÉNEZ, Carlos, *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*, Edit. Catarata, Madrid, 2000.

MERNISSI, Fátima, *El Poder olvidado*, Edit. Icaria, Barcelona, 1995.

MVILONGO, Anselme, *Pour une intervention sociale efficace en milieu interculturel*; Edit. L'Harmattan, Québec- Canada, 2001.

NAVARRO, Vicenç, *Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país*, Edit. Anagrama, Barcelona, 2002.

Plà de Salut de Catalunya, 1999-2001, Depart. de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona.

## La gestión por procesos en el ámbito de la salud

RODRIGO ALSINA, Miguel, *Comunicación intercultural*; Edit Anthropos, Barcelona, 1999.

Université de Liège et al, *La discrimination positive, pour agir contre les inégalités*, 1998.

VERBUNDT, G., "Approche socio-communitaire: les associations ethniques comme lieux d'intégrations sociale", en CAMILLERI, C- COHEN-EMERIQUE, M (dir.), *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'Interculturel*, Edit. L'Harmattan, Paris, 1989.

# La gestión por procesos en el ámbito de la salud

**Julio Villalobos Hidalgo.** Doctor en Medicina y Cirugía. Ingeniero Industrial. Consultor.

## Una mirada al pasado

Tenemos posiblemente uno de los mejores Sistemas Sanitarios a nivel mundial, ya que con un coste razonable, algo menor que los países de nuestro entorno, alcanzamos una alta calidad, equidad y accesibilidad de la atención sanitaria. No obstante, no podemos olvidar que el mismo deriva de la conjunción de múltiples sistemas de aseguramiento público, cuya cultura y soporte administrativista no han podido obviar ni la ley General de Sanidad de 1986, ni las recomendaciones del Informe Abril Martorell de 1991, ni las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas culminados el 1 de Enero de 2002.

La creciente demanda sanitaria está poniendo en tela de juicio la propia esencia del Sistema por lo que es absolutamente necesario hacer un análisis en profundidad de los hechos que están llevando al sistema a esta falta de eficiencia, así como del desarrollo de herramientas que permita su solución.

Como en toda empresa, especialmente en las empresas de producción de servicios y la provisión de los Servicios Sanitarios, lo es, el factor fundamental somos las personas. Los políticos que deben tomar las decisiones estratégicas que conformarán el futuro, los directivos que deben gestionar las organizaciones que hagan posible dichas ideas y fundamentalmente los profesionales de la salud, profesionales altamente

cualificados, que son los que realmente hacen realidad la atención sanitaria.

No pretendemos en este artículo hacer un análisis sobre las posibles soluciones globales del Sistema, fuera de las pretensiones del mismo, sino enfocar el mismo hacia la necesidad de cambios en la organización de los producción de los servicios sanitarios a nivel de la microgestión de las Unidades Clínicas, y especialmente a la gestión de los procesos asistenciales en el entorno hospitalario, aunque sería imposible hacerlo sin referirnos a los cambios que es necesario llevar a cabo en las estructuras sanitarias que los soportan: Hospitales, Ambulatorios, Centros de Salud, etc.

Posiblemente condicionado por sus orígenes, hemos desarrollado un Sistema Sanitario desintegrado en casi todos sus aspectos:

- Un Sistema enfocado hacia la curación de la Enfermedad.
- Un Sistema Hospitalocéntrico.
- Unos hospitales organizados por especialidades médicas.
- Unos hospitales orientados hacia los objetivos de los profesionales.

## Una mirada al presente

Si queremos introducir racionalidad y eficiencia debemos de cambiar a:

- **Un Sistema orientado hacia la prevención y el mantenimiento de la Salud.**

Hasta ahora hemos desarrollado un sistema sanitario orientado a la curación de la enfermedad y no orientado al

**Para una sanidad intercultural y democrática  
Retos del Trabajo Social para el nuevo milenio**

mantenimiento de la Salud, tal como indica la Ley General de Sanidad. Esa orientación se ha apoyado en la distribución de los presupuestos, cuya mayor cuantía se dedicaba a la Atención especializada (Hospitales) y al gasto farmacéutico.

- Un Sistema donde el usuario tenga una participación activa.

Hasta hace poco tiempo el usuario, hasta ahora mero paciente, tenía una actitud totalmente pasiva delegando en los profesionales sanitarios toda su capacidad de elección y desdeñando el papel activo que los usuarios tienen no solo como usuarios del sistema sino como ciudadanos con capacidad de participar en su gestión.

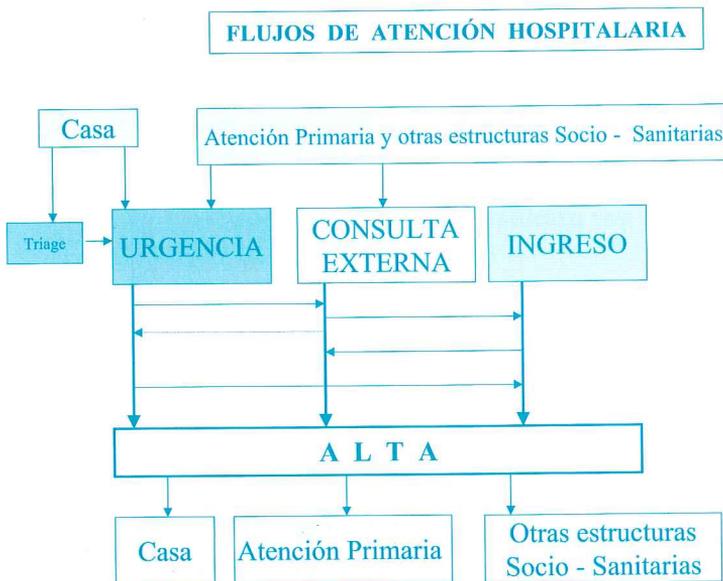
El sistema debe fomentar la responsabilidad personal de los usuarios en el

mantenimiento de su estado de salud y la participación de los mismos en organizaciones que participen en la definición y gestión de las organizaciones sanitarias.

- Un Sistema que pueda integrar nuevas estructuras de atención que permitan una mayor eficiencia.

Dado que el sistema de atención a la salud debe atender al usuario en cualquier momento y no solo cuando este realmente enfermo, se deberían crear estructuras que puedan llevar a cabo este objetivo. Desde dispositivos de atención domiciliaria, donde el usuario pasa la mayor parte de su tiempo, hasta otras estructuras intermedias: Residencias de día, centros de rehabilitación, hospitales-residencias media estancia,... hasta los hospitales terciarios.

Figura nº 1



Esta diversidad de estructuras permitiría atender al usuario con la máxima eficiencia: La mejor calidad posible al menor coste. Cuando nos referimos al coste no nos referimos solo al coste económico, sino también al coste social (cercanía al entorno del paciente, comodidad, visita de sus familiares,...).

Para que la atención de los usuarios en estas diferentes estructuras sea óptima deberíamos lograr una coordinación adecuada entre las mismas, que obligaría a unos protocolos y a un sistema de información integrado.

- **Un Sistema donde el usuario sea el eje central del mismo y por lo tanto todos los objetivos estén condicionados por su mejor atención.**

Si realmente estamos de acuerdo en que la atención al usuario es el objetivo fundamental del sistema sanitario, debemos hacerlo realidad en los objetivos de las instituciones que los atienden y en el de los profesionales que llevan a cabo dicha atención.

Bajo este prisma, el organigrama, la distribución por especialidades, los horarios quirúrgicos, los horarios de comidas de los hospitales, la disociación entre La primaria y La Especializada,... han de ser modificados.

- **Un Sistema donde las estructuras de atención fomenten la integración de la atención de los usuarios.**

Los derechos de los ciudadanos para la protección de su salud están garantizados por el estado, por lo tanto es el estado quien debe preservarlos y responsabilizarse ante el

ciudadano. El hecho de que esta protección se lleve a cabo a través de las Consejerías de Salud de los Gobiernos Autónomos y que estos los organicen en diversas estructuras no debe invalidar el objetivo fundamental que es la atención integral de los usuarios.

El usuario es una persona con un problema de salud que debemos atender y él mismo no entiende de estructuras, especialidades, ni jerarquías y no podemos hacer incidir sobre él nuestras ineficiencias por temas de competencias ó burocracia.

Por todo ello debería existir una integración en la atención de los usuarios, esta integración debería producirse a través de la integración de la información de su salud, disponible para todos aquellos que estuviesen autorizados a su acceso, como la integración en su atención dentro de cada estructura de atención: Hospital, Centro de Salud, etc.

Es sobre este último aspecto, la integración de la atención de los usuarios a través de la gestión de sus procesos a la que a continuación nos referiremos.

## El enfoque hacia los procesos

La atención a cada usuario es de hecho un proyecto distinto, ya que cada persona es diferente aunque en la casilla del diagnóstico figure la misma patología, Las personas pueden percibir de formas muy distintas sus problemas de salud. De hecho cuando un paciente viene al sistema de salud con un problema debemos tratarlo aportando soluciones que al final optimicen sus resultados.

En la actualidad cuando un paciente llega a un hospital, lo hace sin una coordinación plena con la atención primaria de la que proviene, pasa por una serie de servicios administrativos, clínicos-administrativos, de soporte, sociales, de apoyo clínico y clínicos sin una integración real y donde se realizan muchos procedimientos sin valor añadido aparente para el usuario y se da de alta del hospital con la misma falta de coordinación con que llegó al mismo.

Este proceso de una gran ineficiencia, es fruto de la organización jerárquica del hospital, de su distribución por especialidades médicas y su orientación a la consecución de los objetivos de los profesionales.

La gestión por procesos no es nada nuevo ya que la industria de bienes de consumo lo lleva realizando hace ya mucho tiempo, al responsabilizar a una persona de cada proyecto. En los mayoría de hospitales hace años que las enfermeras de las plantas no trabajan por tareas, sino que se responsabilizan de un paciente (un proceso) en todos sus aspectos en relación a los cuidados de enfermería.

Si queremos implementar la gestión por procesos en un hospital, el asunto es más complejo porque afecta a varias unidades, varias especialidades y diferentes profesionales, por lo que para que esta implantación sea eficiente debemos tener una organización hospitalaria que pueda favorecerla.

### La nueva estructura de las organizaciones hospitalarias

La mayoría de los hospitales en nuestro país, están organizados por estamentos: División médica, de enfermería y administrativa; por especialidades médicas y por normativas (estatutos) en los hospitales públicos.

El control es vertical, muy centralizado, con muchos escalones intermedios y las responsabilidades están muy normatizadas.

Si queremos responsabilizar a los profesionales de los resultados finales y no solo de los productos intermedios, como ocurre actualmente, debemos transferir a ellos los medios para poder llevarlo a cabo. Tendremos que establecer estructuras organizativas mucho más planas donde la capacidad de gestión se ceda a la línea operativa, creando Unidades multidisciplinarias que agrupen a profesionales que compartan grupos de pacientes homogéneos, que tengan no solo responsabilidades clínicas sino también de gestión.

Este modelo no es una entelequia de laboratorio sino que ya se están implantando en algunos hospitales con diversas nominaciones: Unidades Clínicas, Institutos,.... Aunque de momento no tenemos evidencias empíricas de su potencialidad real.

Siguiendo a Ostroff y Smith, las características de una organización de este tipo serían:

- El Hospital se organizará en base a los Procesos y no a las Tareas.
- Se aplanará el organigrama, acercando las decisiones a los profesionales que realizan los productos (servicios).
- Existirá un responsable de cada proceso y de sus resultados.
- Se eliminarán todas aquellas tareas que no añadan valor real al proceso.
- La evaluación de los objetivos y los resultados se realizarán en función de la satisfacción de los usuarios.
- Las Unidades Clínicas asumen e integran las actividades operativas y de gestión.
- La organización se construye sobre "el equipo", al que valora sus resultados y no sobre el individuo, pero al que recompensa por la adquisición de habilidades.
- Prima la comprensión del proceso Global sobre las tareas específicas.
- Maximiza el contacto de toda la organización con los usuarios.
- Busca la gestión de la Calidad Total.

## ¿Qué es un proceso?

Un proceso es un conjunto de acciones, decisiones, actividades y tareas que se realizan de forma ordenada para conseguir el resultado que satisfaga los requerimientos del usuario (cliente), con la máxima eficiencia.

El proceso básicamente transforma "Unas entradas" en "Unas Salidas" al añadir a las primeras "Valores añadidos". En nuestro caso la entrada del proceso es un usuario con un problema de salud, la salida es el mismo usuario con su problema de salud resuelto y

los valores añadidos son todas las actividades realizadas sobre el mismo durante su estancia en el hospital. La complejidad de estas actividades y su multidisciplinaridad es lo que justifica la implantación de la gestión por procesos.

Figura nº 2



Como vemos, los elementos que intervienen en el proceso son:

- Los usuarios, con sus necesidades y expectativas.
- Los profesionales que intervienen en el proceso.
- Los recursos materiales, tanto físicos como de conocimiento que se utilizan en el proceso.

La gestión de procesos es una herramienta útil en nuestro entorno hospitalario (sanitario) dada la complejidad de los procesos que en este entorno llevamos a cabo:

- Los Flujos de trabajo son multidisciplinarios y multidepartamentales, lo que requiere una gran coordinación y responsabilidad sobre el resultado final, mas que de los productos intermedios.
- La frecuente generación de ineficiencias, propia de la gestión de los procesos complejos.

- La gran variabilidad que existe en procesos repetitivos, por la falta de protocolización de las actividades.
- La falta de indicadores que midan la eficiencia de los procesos.
- La necesidad de adecuar los objetivos a las necesidades reales de los usuarios.
- La necesidad de una mejora continua de la calidad de los procedimientos clínicos, sociales y de confort del usuario.
- La adecuación de los procesos hospitalarios a la evidencia científica y a la eliminación de actividades que no aportan valor añadido a los resultados finales.

Los Procesos se pueden definir a cualquier nivel, desde el estudio de los Macroprocesos, que son aquellos que afectan a la empresa en su conjunto, los Mesoprocesos que afectan al Centro de Producción: Hospital, centro de Salud,... y los Microprocesos, que se refieren a procesos que se aplican a los usuarios. Cualquiera de ellos y en particular estos últimos, a los que nos referiremos en adelante, pueden subdividirse en subprocesos.

Dentro de esta última categoría podemos, por motivos didácticos, en:

- **Procesos Operativos.** Son los que tienen relación directa con los usuarios y son habitualmente los procesos asistenciales: Atención en Urgencia, atención en hospitalización,... estos procesos son los que constituyen la razón de ser de nuestra organización.
- **Procesos de soporte Clínico:** Son aquellos procesos que apoyan desde un punto de vista clínico, la óptima realización de los procesos Operativos: Laboratorios, Radiología, Farmacia,...

- **Procesos de soporte logístico:** Son aquellos procesos que apoyan desde el punto de vista organizativo, no clínico, la realización óptima de los procesos operativos: Admisión, gestión de las Hta.Clínicas, codificación, hostelería, almacén,...
- **Procesos de gestión.** Son aquellos procesos que enmarcan la organización y sirven de marco para la realización de los procesos anteriores y especialmente los procesos operativos: Planificación estratégica, docencia, innovación tecnológica,...

Se presenta a continuación la representación del proceso de atención quirúrgica de un centro hospitalario (Fuente: Hospital de Zumárraga), donde se visualizan las tipologías de procesos que hemos comentado.

Figura nº 3



### Cómo se describe un proceso

Para que la gestión por procesos sea eficiente y satisfaga los objetivos que ya mencionamos, debemos estudiarlo adecuadamente. Dado que este estudio

requiere un considerable esfuerzo, como veremos a continuación, deberíamos seleccionar previamente aquellos procesos críticos para nuestra organización y enfocar hacia ellos nuestros esfuerzos.

Para hacer una descripción adecuada de un proceso deberemos:

- Definir funcionalmente el proceso, fijando unos límites y un responsable del mismo.
- Definir los objetivos del proceso. Quienes son sus destinatarios, cuales sus expectativas, que productos recibirán y cuales son los parámetros que definirán la calidad de dichos productos.
- Definir cuales son las actividades involucradas en el proceso. Elementos que intervienen, diagrama de flujo y su secuencia, recursos humanos y materiales a usar y características de calidad de las actividades a realizar.
- Evaluación del proceso. Indicadores que permitan controlar y mejorar en el futuro el proceso.

En el caso de una fractura de cadera con necesidad de intervención quirúrgica, que utilizaremos de ejemplo, la designación del proceso sería.

*"Proceso de atención a un paciente con fractura de cadera que es intervenido quirúrgicamente."*

## Definición del proceso

### *La definición funcional*

Deberá explicitar de una forma clara y entendible el proceso:

*"Proceso por el que tras el ingreso por el servicio de urgencia, se diagnostica, se ingresa, se interviene quirúrgicamente, tras el examen preoperatorio, se realizan los cuidados postoperatorios en planta y rehabilitador, se valoran sus condiciones sociales y se da de alta. Se atiende domiciliariamente y se controla en consultas externas del hospital hasta el alta definitiva para ser seguido por la atención primaria del área."*

### *Límites del proceso.*

Marcan las actividades que engloba el proceso, tanto desde el punto de vista temporal, como espacial.

En el ejemplo que nos ocupa:

*Límite inicial del proceso: La llegada del paciente a urgencia.*

*Límite final del proceso: Alta de la consulta externa de Traumatología.*

### *Responsable del proceso.*

Es la persona designada por la organización para responsabilizarse de la gestión, control y mejora del proceso. Cuando los procesos son multidepartamentales aquel suele ser el responsable del departamento clínico que más actividades realice en el proceso (Product Manager). Es fundamental la elección del responsable del proceso, el cual no solo tiene que tener conocimientos clínicos del proceso, sino de gestión y tener un papel de liderazgo en el hospital, ya que debe coordinar actividades de otros servicios para protocolizar la actuación de los mismos en aras a conseguir un objetivo global de la organización a veces no convergentes con algunos de los profesionales que intervienen en el mismo.

En nuestro ejemplo sería:

*"El responsable del Servicio de Traumatología"*

## Objetivos del proceso

*Quiénes son los destinatarios del proceso.*

Son aquellas personas sobre las que actúa directa ó indirectamente las actividades realizadas durante el proceso y cuyas necesidades deben ser la razón final de la realización del proceso.

Aunque habitualmente en los procesos clínicos son los pacientes los destinatarios principales de los procesos, existen otros destinatarios a los que también debemos tener en cuenta tales como los acompañantes, los familiares, los médicos de primaria que nos remiten al paciente,.....por ello deben ser todos adecuadamente identificados.

Así en el ejemplo que utilizamos debemos identificar:

*" Al paciente, sus familiares, sus acompañantes, el médico rehabilitador externo y el médico de familia emisor y receptor del paciente tras su ingreso hospitalario".*

*Las expectativas de los diferentes destinatarios del proceso.*

Debemos ser muy críticos al evaluar la expectativas reales de los usuarios y no reflejar nuestras expectativas como profesionales, que generalmente difieren bastante de la de los usuarios.

Estas expectativas, son más de carácter informativo y de confort, que técnicas, que deben estar aseguradas a través de los protocolos de atención.

A modo de ejemplo el paciente desearía:

*" Que se le escuche, que se respete su intimidad, que lo atienda siempre el mismo médico, que no tenga dolor, que no haya excesivo ruido en la habitación, que se le informe adecuadamente,....."*

En cuanto a sus familiares desearían:

*" Que le informe con frecuencia y claridad, que le den de alta cuando el usuario pueda valerse por si mismo, horario libre de visita, un teléfono de contacto tras el alta del hospital,....."*

El médico rehabilitador externo desearía:

*" Un informe de alta claro y actualizado, un interlocutor único en el hospital,..... "*

*Acciones, productos o servicios que están implicados en el proceso, así como el orden en que deben ser llevados a cabo.*

El principal componente será la asistencia sanitaria, pero casi siempre habrá también otros productos como: La información al paciente y sus familiares, la atención social, la educación sanitaria,.....Estas acciones deben realizarse de una forma reglada de acuerdo a unos protocolos, con unos patrones de calidad previamente definidos y a un orden determinado para lograr la máxima eficiencia del proceso.

Así para el ejemplo que estamos utilizando, con relación al paciente:

*"Asistencia Sanitaria:*

*Estudio preoperatorio reglado.  
Profilaxis antibiótica según protocolo  
Profilaxis antitrombótica, según protocolo.  
.....  
.....  
Recuperación de la movilidad lo antes posible.  
Ausencia de dolor postoperatorio  
Estancia adecuada, según protocolo.*

*Información:*

*Información médica desde el ingreso  
hasta el alta de forma continuada.  
Información compartida sobre las  
posibilidades terapéuticas y  
prospectivas de recuperación.  
.....  
.....  
Remisión de informe de alta al médico  
de primaria.*

*Apoyo social:*

*Detección de la problemática social  
desde el ingreso.  
.....  
Facilitación de recursos sociales si los  
necesita."*

## Actividades del proceso

*Elementos que intervienen en el proceso.*

Son aquellos profesionales o unidades hospitalarias que intervienen en el proceso. Dependiendo del tipo de proceso los encargados de llevarlo a cabo pueden ser diferentes.

*Secuencia de actividades del proceso.*

Debemos representar el diagrama de flujo del proceso, tanto en su vertiente temporal

como en la interrelación entre las diferentes actividades. Este diagrama es muy útil para establecer relación, prelación o incompatibilidades entre acciones, que nos permiten encontrar nuevas formas más eficientes de realizar un mismo proceso.

*Características de calidad de las actividades de los procesos.*

Se debe definir como y con que nivel de calidad se van a ejecutar cada una de las actividades del proceso.

Con relación a los procesos operativos, la mayoría de las veces de tipo clínico y con objeto de normalizar cada una de las actividades, estas deben estar realizadas de acuerdo a protocolos, vías clínicas o cuidados estandarizados, que deben basarse en la información cada vez más disponible de la Medicina Basada en la Evidencia (M.B.E. ).

En procesos no clínicos, dada la experiencia de la industria en estos temas existen sistemas de certificación sobre los que apoyar la calidad de estos procesos.

*Recursos físicos del proceso.*

En este apartado se evalúan los recursos no humanos, ya evaluados en el apartado referido a elementos que intervienen en el proceso, básicamente materiales fungibles e inventariables que son necesarios para llevar a cabo las actividades del proceso. Deberemos definir asimismo las características de calidad que exigiremos a los materiales y proveedores.

## Evaluación del proceso

Una vez puesto en marcha el proceso de acuerdo con las condiciones indicadas, debemos controlarlo y evaluar su funcionamiento para detectar errores, actividades redundante, actividades improductivas, así como posibles mejoras. Para ello debemos definir una serie de indicadores que permitan el seguimiento del mismo.

Los indicadores deben ser simples de obtención y significación, fiables y representativos de la característica que queramos medir y debemos definirlo con precisión para poder compararlo en series temporales propias y con otras instituciones. Deberán constar de: Nombre, algoritmo de cálculo, valor estándar, origen del dato, periodicidad y responsables de su adquisición y explotación.

Algunos indicadores típicos de los procesos clínicos son: Estancia media, estancia

prequirúrgica, % de reintervenciones, % de complicaciones, % de mortalidad, % autopsias realizadas / éxitus hospitalario.

Así en el ejemplo que hemos seguido en este artículo definimos:

*"Indicador: % Reintervenciones.*

*Algoritmo: (Nº de pacientes con reintervención en un período igual ó menor de 2 meses / Nº de paciente intervenidos ) \* 100*

*Valor Estándar: 0 %*

*Fuente de información: Fichero Grupo relacionado por Diagnósticos(G.R.D. )*

*Periodicidad: Trimestral*

*Responsable: Unidad de Calidad Asistencial "*

La implementación en una organización sanitaria de la gestión de procesos no es una tarea sencilla y como todo cambio genera resistencia, ya que pone en tela de juicio la histórica jerarquía de los hospitales, obliga al consenso, aumenta el control sobre nuestra forma de trabajar y exige más flexibilidad a los profesionales.

Figura nº 4

MODULO EUROPEO DE EXCELENCIA (E.F.Q.M.)



Es un cambio que exige voluntad y esfuerzo continuado en la mejora, grandes dosis de autocrítica y una gran implicación del equipo directivo y de las personas claves que intervienen en el mismo.

## Una mirada al futuro

La gestión por proceso, no es un fin en sí mismo, sino que es un camino para avanzar hacia la gestión de la Calidad Total, de forma que sus resultados no solo afectan a los usuarios, sino a los profesionales que realizan los procesos y a la sociedad en su globalidad.

La gestión por procesos es parte fundamental del Modelo de Excelencia propugnado por la Fundación Europea para la gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management. E.F.Q.M.), representado en el siguiente esquema.

Como se expresa en el mismo, la innovación y el aprendizaje, son características inherentes al modelo, como corresponde a organizaciones del conocimiento, como son las organizaciones sanitarias.

El poder llevar a cabo estos cambios en las organizaciones sanitarias dependerá fundamentalmente de las personas: Políticos, gestores y profesionales sanitarios, en la seguridad de que si no orientamos nuestras organizaciones hacia la expectativas de los usuarios y hacemos más eficientes las mismas, alguien, quizás fuera del sistema, nos impondrán cambios que puedan atentar con la universalidad, equidad y accesibilidad de nuestro Sistema Sanitario.

## Bibliografía

BELENES R. *Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud*. Gaceta Sanitaria 2003; 17(2): 150-6

VILLALOBOS J. *La Atención Integral del Usuario de la Sanidad*. Revista Asistencia Socio Sanitaria y Bienestar (A.S.S.B.), 2000; 2: 24 -5

MIRA J.J., ARANAZ J. y colaboradores. *¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales*. Gaceta sanitaria 2000;14:291-3

VILLALOBOS J. *La Integración de la Información en Sanidad*. Eje de la Equidad y la Eficiencia. Gestión Hospitalaria.2003; 14 (1 ): 5-9.

ALTAMORE G., ALVAREZ F.R., LORENZO S. *Implantación de la gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón*. Revista de Calidad Asistencial. 1999; 14 ( 4 ): 265 -272

Servicio Vasco de Salud. *Guía para la Gestión de Procesos*. Noviembre 2000.

DEVANT M., PICAS JM. Y ABIZANDA M. *Gestión de Patologías en un programa integrado de gestión de Salud*. Revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 2002;3 (3): 13-21.

European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM. de excelencia 1999. Bruselas 1999.

OTERO LA., SILVA MD., y colaboradores. *Desarrollo de los criterios del Modelo Europeo de Gestión de Calidad en hospitales públicos*. Gestión Hospitalaria. 2000; 11(3): 139 -55

MCKEE MARTIN, HEALY JUDITH EDIT. *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. 2002.



# El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

**Dolors Colom Masfret**, D.T.S. Gerente  
Institut de Serveis Sanitaris i Socials.  
Directora Revista Agathos. Atención  
Sociosanitaria y Bienestar.

*"No hay inversión más rentable que la del conocimiento"*  
**Benjamín Franklin** (1706-1790)

El 22 de marzo de 1999, la Presidenta del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social Sra. Julia García y la autora que suscribe este artículo como Presidenta de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud se reunieron con el entonces Ministro de Sanidad y Consumo Sr. Romay Becaría para tratar sobre el Trabajo Social Hospitalario en España. De los temas tratados el que establece relación directa con este texto fue la propuesta de investigar la realidad de los trabajadores sociales hospitalarios del país, panorama que decir sobra, variaba y, sigue variando, considerablemente de unos centros a otros. La petición formal planteaba que el Ministerio de Sanidad apoyara económicamente la iniciativa del Consejo General en dicha investigación, la cual, sería:

- Primero una base para establecer los mínimos homogéneos y exigibles de funcionamiento de los servicios de trabajo social hospitalarios.
- Segundo un punto de partida para definir los procesos básicos de estos servicios.
- Tercero permitiría establecer la cartera o catálogo de servicios mínimos de dichas áreas o unidades integradas a la actividad propiamente hospitalaria.

Al hablar de Trabajo Social Hospitalario, tema del presente artículo, igual que ocurría entonces, se puede decir que el territorio español está configurado por reinos de Taifas donde cada profesional o equipo, unilateralmente, ha establecido sus propios modelos de intervención, organización de programas y documentación.

Esta diversificación, a veces, apoyada por el escaso interés y desconocimiento sobre el tema de quienes ostentan cargos de responsabilidad institucional se ve reforzada por la gran rotación en las gerencias hospitalarias, impidiendo todo ello consolidar proyectos ya iniciados, pudiendo, en algunos casos, suponer, incluso, un retroceso organizativo en el tiempo.

Pero como la responsabilidad se reparte, los trabajadores sociales también son copartícipes de esta situación, puesto que a pesar del desarrollo de los sistemas de gestión y la incorporación de nuevas tecnologías que, especialmente, han experimentado los hospitales, mayoritariamente siguen funcionando con modelos organizativos y sistemas de información obsoletos que poco a poco los van alejando del liderazgo deseado en las cuestiones sociales de la salud. Aquel 22 de marzo, las observaciones del Ministro fueron claras y precisas. A su entender, si bien los trabajadores sociales del hospital eran unos profesionales imprescindibles dentro del funcionamiento del centro, sus intervenciones no constituían una actividad finalista del sistema sanitario, cosa que sí lo eran las intervenciones del personal médico y de enfermería. A pesar de

ello, el Ministro adquirió el compromiso de interesarse por el tema, asegurando que en la medida de lo posible trataría de atender ampliamente la inquietud que se le transmitió.

### **Consecuencias positivas de la reunión: Guía del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada**

Ciertamente el Ministro se interesó y esta reunión fue, probablemente, la primera piedra de lo que luego, al cabo de unos meses, sería la creación de un grupo de trabajo al que se le encargó la elaboración de la Guía del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada.<sup>1</sup> Guía a la que en este artículo se dedica un espacio y que a día de hoy, puede calificarse como un documento imprescindible en cada servicio de trabajo social hospitalario puesto que siendo generalista, introduce elementos que, siempre en opinión de la autora, son tan innovadores como facilitadores de la labor diaria.

La primera innovación de la Guía está en que nunca antes un documento oficial había recogido la diferencia, por otra parte obvia, que existe entre:

- las prestaciones de un servicio de trabajo social hospitalario con unos recursos humanos mínimos y,
- las prestaciones de los mismos servicios que cuentan con mayor dotación humana y presupuestaria.

La segunda innovación de la Guía es que contempla como figura a parte la Jefatura del Servicio, circunstancia que hasta ahora, ésta tampoco se consideraba con funciones específicas para ejercer la gestión y planificación de la unidad.

Así la Guía describe:

- las funciones del jefe de servicio, siempre diplomado en trabajo social y,
- las funciones de los profesionales, también diplomados en trabajo social, que realizan la asistencia directa.

Si bien es cierto que en muchos casos se dice que, ambas funciones vienen asumidas por la misma persona, cuando uno observa la realidad se da cuenta de que no es exacto. La asistencia absorbe la mayor parte del tiempo contratado y ello impide gestar acciones de investigación aplicada para mejorar la organización, es decir, gestionar el servicio. Que de vez en cuando se realice algún que otro análisis de la información disponible no es gestionar el servicio. La gestión no es una actividad intermitente sino continuada. Por ello cuando el servicio tiene ciertas dimensiones cabe reivindicar que ambas responsabilidades, la gestora y la asistencial se mantengan separadas, aunque integradas, por una simple cuestión de garantía de eficiencia en cada una de ellas.

La gestión y dirección de un servicio, además, son suficientemente importantes como para requerir que el responsable, además de ser Diplomado en Trabajo Social, esté debidamente formado en técnicas de dirección y gestión.

## Objetivo del artículo

El objetivo de este artículo es el de presentar una panorámica actual del Trabajo Social Hospitalario, asignatura teórica que la autora impartió durante muchos años en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona, de la Generalitat de Catalunya<sup>2</sup> y partiendo del hoy, recapacitar acerca de su realidad futura.

Todo ello, siendo fruto de la reflexión y observación personal, viene avalado por el contacto mantenido directamente con trabajadores sociales hospitalarios de todo el ámbito nacional a lo largo de los últimos años, ya sea a través de seminarios, asesorías y consultorías, dirección técnica de proyectos, conferencias y otros muchos eventos de carácter científico y formativo que han resultado altamente gratificantes y enriquecedores, precisamente por los muchos debates que se han abierto. Hay muchos profesionales a quienes agradecer su presencia y que, indirectamente, forman parte de este artículo, la lista sería demasiado larga para citarlos a todos en este espacio, por lo que como en otras ocasiones opto por el agradecimiento silencioso que no callado, con la seguridad de que ellos se sienten nombrados.

## Breve referencia histórica internacional del trabajo social hospitalario

Existen antecedentes de Trabajo Social Hospitalario (considerando las actividades

que le son propias) ya en el siglo IV, en el Hospital de San Basilio, fuera de los muros de Cesárea, y que San Gregorio Naciancero reconoció como una de las maravillas del mundo. Éste se convirtió en un centro de beneficencia conocido con el nombre de Basiliada.

A continuación se presentan unos breves apuntes al respecto de los inicios de la profesión que son cruciales para buscar los orígenes del trabajo social, no como función de ayuda pero sí como disciplina.<sup>3</sup>

Es a primeros del siglo XX, en 1905, Richard Cabot, médico del Massachusetts General Hospital de Boston crea la primera plaza de Trabajo Social Hospitalario, indicando cuales deben ser las funciones y las tareas de este nuevo profesional. La propuesta del Dr. Cabot surge cuando observa que por razones desconocidas y que no puede controlar como médico, una gran parte de sus recomendaciones terapéuticas no están al alcance de los enfermos que trata. Richard Cabot manifiesta repetidamente su frustración en el trabajo diario, al comprobar que *"sus diagnósticos clínicos son una pérdida de tiempo, puesto que los enfermos no pueden seguir aquellas indicaciones de tratamiento"*.

### notas

1. Moral, L., Iglesias, T. (coordinadoras) (2000): Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

2. Colom, D. (1998) *Trabajo Social Hospitalario*. En *Organizaciones de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza. Mira Editores.

3. Más información: [www.corazones.org/santos/basilio.htm](http://www.corazones.org/santos/basilio.htm)

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

Las funciones que el Dr. Cabot asigna a la trabajadora social del hospital son:

- **La Educativa:** partiendo de la propia persona, enseñando a los pacientes a controlar la automedicación, las supersticiones respecto a la salud, etc.
- **La Investigadora:** cabe investigar todas aquellas situaciones relacionadas con la enfermedad y los enfermos, así como con sus familias. Con ello extiende el trabajo social hospitalario a aquellos grupos de la comunidad que no asisten al hospital, pero que están en contacto con la enfermedad, apareciendo la función preventiva.
- **La Preventiva.** Para atender a los parientes de las personas enfermas y atendidas en el hospital, que padecen enfermedades contagiosas y que se deben tratar.

Funciones que a día de hoy siguen vigentes y que forman parte de los manuales de funciones básicas los trabajadores sociales en el hospital. Una de las más interesantes aportaciones de Cabot, pensando en la organización del servicio, es que ya considera a la trabajadora social como un miembro de la institución, como un integrante del equipo de salud y como uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento. Dice él: «*Los organismos médicos y organismos sociales, no debemos trabajar separados, porque los seres humanos de quienes somos responsables no pueden ser fraccionados en dos*».

Hablar de Trabajo Social Hospitalario también es hablar de Mary Ellen Richmon, la cual introduce la prevención y educación en

los campos de la ceguera, el alcoholismo, la demencia y la debilidad mental. E indudablemente, sienta la base de la metodología de la atención individual, casework, cuando publica *Social Diagnosis*.

Paralelamente y por la misma época, en Latinoamérica, bajo la filantropía católica, y no protestante como el caso de USA, otro médico, Alejandro del Río creaba en Chile, por 1925 la primera Escuela de Servicio Social. En el plan de estudios se contemplaba:

- Higiene y Profilaxis.
- Alimentación y Dietética.
- Atención de enfermos y heridos.

En Latinoamérica el Trabajo Social aparece como una carrera paramédica y parajurídica, criterios que influyeron en sus contenidos hasta la década de los 60. Progresivamente, expertos y eruditos del campo de lo social aportaban nuevas tendencias y designaban modernas funciones a estos profesionales que en su mayoría, igual que ocurría con su vecino del norte, también eran mujeres.

La Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Oruchaga en Chile, editaba textos de trabajo social. Uno de ellos publicado en 1940 y firmado por el Dr. R. Yzquierdo se tituló: «el Médico y la Visitadora Social».<sup>4</sup> El trabajo fue presentado durante la Semana Médica de la ANEC de Santiago de Chile, en Octubre de 1936. El Dr. R. Yzquierdo escribe: «*El avance de las ideas sociales que caracteriza nuestro siglo, no sólo ha impulsado la aparición de las carreras específicamente sociales sino que ha hecho evolucionar todas las ramas de la cultura humana hacia un sentido social. Ya sea el médico, el ingeniero, el maestro, el arquitecto, el juez, el abogado, etcétera cada uno en el ejercicio de su*

profesión dejan el aspecto puramente técnico de sus actividades, viéndose obligados a extender su radio de acción, para considerar los graves problemas sociales que surgen en relación con las actividades propias de su especialización». [...]» El problema de la salud del individuo o de una colectividad, se encuentra más que otros en relación y dependencia íntima con factores sociales y psicológicos y con las condiciones de vida en sus diferentes aspectos». [...] «Al médico de nuestra época le interesan los problemas sociales y su acción no se reduce sólo a la consideración de problemas patológicos [...] se dirige a investigar otros factores que muchas veces son determinantes para emitir un diagnóstico. La necesidad que luego surgirá al médico de conocer datos precisos sobre el hogar del paciente, su alimentación, sus medios de vida, sus costumbres y hábitos, etcétera, datos que muchas veces son imposibles de obtener del propio paciente, quien por su enfermedad juzga las cosas de forma subjetiva». También en otro punto del texto se hace referencia a la relación existente entre alma y cuerpo, debiéndose conocer por ello las relaciones sociales y familiares del paciente, sus creencias religiosas<sup>5</sup>, sus preocupaciones psíquicas y morales, etcétera. Escribe: «Una consideración puramente médica no sería el mejor camino para obtener el éxito en la curación». Las grandes áreas sobre las que el Trabajo Social Hospitalario actuaba en Latinoamérica eran:

- Servicio social en la Protección de la madre y del niño.
  - Servicio social en la lucha contra la TBC.
  - Lucha antivenérea.
  - Servicio de Psiquiatría. Higiene mental médico escolar.
  - Servicio médico social de industria.
- Otra profesional clave en la profesión es Ana B. Brandenburg<sup>6</sup> quien en su publicación

sobre Servicio Social Hospitalario, habla de la organización, las funciones y los casos. Escribe: «Se trata de un servicio técnico y profesional, que al encuadrarse dentro del ámbito hospitalario, colabora en la recuperación de los pacientes con dificultades personales y/o ambientales, relacionadas con la preservación de su salud, la enfermedad, la convalecencia y la readaptación. Su acción sirve de vínculo entre el servicio médico y el medio hogareño. Analiza los factores predisponentes y las causas personales, económicas, familiares, etcétera, que confluyen hacia el paciente y dificultan su total recuperación, promoviendo soluciones en las que el paciente y sus familiares son elementos activos...».

Las funciones asignadas a los servicios de trabajo social hospitalario los resume de la siguiente manera:

- Integrar los equipos de trabajo, estableciendo interacción con los demás profesionales.
- Aplicar los métodos de Servicio Social de caso individual y de grupos.
- Participar en la programación, puesta en marcha y desarrollo de todas las actividades del servicio.

notas

4. R. Yzquierdo. *El Médico y La Visitadora Social*. Trabajo presentado en la semana médica de la ANEC. Santiago, Octubre de 1936. Publicaciones de la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Oruchaga. Folleto N°3. Santiago de Chile 1940.

5. Freidenberg, J. (2001): *Si no hay fe no hay nada: Reflexiones sobre la espiritualidad*. Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar, núm 4.

6. de Brandenburg, A. (1968): *Servicio Social Hospitalario*. Cuadernos de asistencia social. Editorial. Núm. 17. Humanitas. Buenos Aires 1968.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

- Proyectar hacia la comunidad los programas sanitarios y sociales.
- Participar en programas educativos.
- Colaborar en trabajos de investigación médico-social.

Estos son algunos de los referentes históricos sobre los que se fundamenta el marco actual poniéndose en evidencia que ya no es posible inventar el gótico.

### Antecedentes y evolución del concepto "Hospital"

Probablemente la concepción del "Hospital" sea una de las que en los últimos años ha experimentado mayor transformación, tanto en su contenido filosófico y funcional, como en el imaginario de la sociedad. Así el "Hospital" ha pasado de ser una: *"Casa que sirve para recoger pobres y peregrinos por tiempo limitado"*, función propia del Hospital de San Basilio en el siglo IV, ya mencionado, a un: *"Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza"*. Ambas definiciones son las que aparecen en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.<sup>7</sup>

La OMS por su parte define el hospital como: *"Una parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva y los servicios de la cual llegan hasta el ámbito familiar; el Hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación"*.

En el marco comunitario y popularmente hablando, el hospital es *"Un centro sanitario donde un ciudadano acude cuando presenta problemas importantes de salud y que, además,*

*no puede resolver en los otros ámbitos asistenciales"*.

Muchos gestores y directivos coinciden en calificar el hospital como: *"La organización de mayor complejidad, una de las más difíciles de dirigir en la sociedad actual, y también la más cara"*.

Pero con independencia a todos los conceptos teóricos que se puedan formular, en la práctica cuando uno penetra en las entrañas de cualquier hospital, se encuentra con una organización compleja sometida a un confuso entramado de dimensiones, disciplinas y organigramas. Un hospital se construye bajo dimensiones sociales, técnicas, financieras, políticas, profesionales, científicas, éticas, legales, tecnológicas, burocráticas, personales, vocacionales o no, etcétera. Cada una de ellas, potenciada o neutralizada según las calidades humanas primero, científicas después, de cada uno de los protagonistas que permiten su funcionamiento, los profesionales. En definitiva, cada Hospital es una organización viva, un universo humano con sus inercias y sus aceleraciones, virtudes y defectos que se sustenta sobre todo encima de la base de lo humano.

La evolución del sistema sanitario en general y del hospitalario en particular no se puede desligar de la evolución o involución del Estado del Bienestar, de la sociedad misma, ni de la evolución científica y tecnológica. En 1993<sup>8</sup> el Banco Mundial y la OMS elaboraron un informe en el que se recomendaba desregular y liberalizar los sistemas sanitarios.

Diez años después, con diferentes ritmos según las Comunidades Autónomas, tanto la desregulación como la liberación, constituyen la base del desarrollo natural del

modelo hospitalario actual. No se va a analizar lo positivo o negativo del modelo pues sería un tema para otro artículo, pero sí cabe resaltar e insistir en que, independientemente de éste, siempre es la calidad humana o la desaprensión de los profesionales asistenciales y de quienes toman el mando del barco lo que da cuerpo al todo, e influye en los mismos resultados. Los sistemas, en sí mismos, no son ni buenos ni malos, se puede estar más de acuerdo con unos que con otros, pero lo invariable a lo largo de la historia, es que son los individuos que integran dichos sistemas los que actúan éticamente o, se aprovechan de ellos pervirtiendo sus estructuras.

### El hospital de agudos como organización humana

En estos momentos, dentro del sistema sanitario cabe diferenciar al "Hospital que atiende a personas con procesos agudos" del "Hospital que atiende a personas con procesos crónicos". Este artículo se refiere al primer tipo de hospital, aunque haya aspectos que sean trasladables al segundo, ello resultaría otro artículo y para ser más precisos sería más exactos incluir los hospitales que atienden a personas con procesos agudos dentro de una red de servicios sociosanitarios.

Hablar de un "Hospital" en general es hablar de lo humano por excelencia, de la salud, de la vida pero también de la muerte, de la desolación y de la pérdida. La principal diferencia entre uno y otro tipo de hospital está en la tipología de la dolencia que como bien indica el término, en el Hospital de agudos se tratan procesos urgentes y en fase crítica, y en el Hospital de crónicos, se tratan dolencias que no son curables.

Por ello, por encima de todo, dentro de la organización hospitalaria cabe mantener y preservar el sentido de lo humano pues, ello es la base con la cual trabajamos los profesionales de la salud.

Sin embargo, es igualmente cierto que a día de hoy, cualquier "Hospital" es un enorme concentrado de alta tecnología, investigación, formación y ciencia que a veces contribuye a que se pierda de vista a la misma persona centrandolo únicamente en la patología. Así se puede afirmar que en el "Hospital" conviven los dos extremos de una secuencia cualitativa y cuantitativa que va de lo más humano a lo más tecnológico.

En todo este magma, el trabajo social hospitalario es uno de los instrumentos disponibles para que ambos extremos se complementen secuencialmente. Pero ello debe planificarse y estructurarse para que así sea, pues difícilmente esta coyuntura se dará como un resultado azaroso.

Sin excluir a las otras disciplinas que componen el arco de profesiones que conviven en cualquier hospital, se puede afirmar que por su naturaleza el Trabajo Social Hospitalario es un instrumento de alta eficiencia<sup>9,10</sup> para preservar la dimensión humana dentro del caos, individual y

#### notas

7. Diccionario de la Real Academia Española. Edición Digital. [www.rae.es](http://www.rae.es)

8. Fernández Miranda, E. (1996): *Un nuevo modelo para los servicios sanitarios en España. La Sanidad española: realidad y perspectivas*. Edita Arthur Andersen. Negocios Ediciones.

9. Pruger, R.; Miller, L. (1991): *Efficiency and the social services*. The Haworth Press. New York.

10. Faure, G. (1993): *Estructura, Organización y Eficacia de la Empresa*. Ediciones Deusto. Bilbao.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

familiar que origina la enfermedad. Ésta es una razón suficiente como para que el Trabajo Social Hospitalario se considere una profesión, además de social, sanitaria, reforzando este argumento la simbiosis que se produce entre la enfermedad de la persona y sus circunstancias familiares y comunitarias.

El Trabajo Social Hospitalario no únicamente preserva lo humano es un gran valor añadido a la asistencia estrictamente sanitaria que por sí misma no garantiza la continuidad asistencial ni la reinserción social.

### La vida en el hospital

El filósofo Juan Escámez<sup>11</sup> en un artículo publicado sobre Ortega y Gasset presenta la visión de éste sobre la biografía de la persona. La biografía de cada uno es el punto de partida de la intervención de los trabajadores sociales hospitalarios, los cuales, atraviesan horizontalmente multitud de circunstancias sociales dolorosas que cohabitan con las circunstancias igualmente dolorosas de la enfermedad. Parafraseando a Ortega, Escámez escribe: *"Intentamos reconstruir intelectualmente la realidad de un "Bios", de una vida humana; y vivir es para el hombre tener que habérselas con el mundo; y este mundo es el mundo geográfico y el mundo social. A los efectos prácticos de una rigurosa biografía, lo decisivo es el mundo social en el que nacemos y vivimos. Ese mundo social está formado por personas, pero lo constituyen, además, los usos, gustos, costumbres y todo ese sistema de creencias, ideas, preferencias y normas que integran lo que se llama, un poco confusamente, la vida colectiva, las corrientes de la época, el espíritu del tiempo. Desde la infancia*

*todo eso le es inculcado a la persona en la familia, en la escuela, en el trato social, en los libros y en las leyes. Una gran porción de ese mundo social entra a formar parte del Yo auténtico que somos; pero también surgen en nosotros creencias, opiniones, proyectos y gustos que, más o menos, discrepan de lo vigente, de lo que se hace o se dice".* Un pensamiento de incalculable belleza que resume casi a la perfección la dimensión en la que, por excelencia, se desarrolla el trabajo social hospitalario, añadiéndole, obviamente, las crisis en la que, la enfermedad sumerge a la persona y a su núcleo de convivencia. Y no se debería pensar únicamente en que, en este caso, este pensamiento describe a las personas enfermas que acuden al hospital, también describe a las personas familiares y a las que son los profesionales responsables de los enfermos.

### El trabajo social hospitalario

Para un trabajador social hospitalario un hospital de agudos es, además de todo lo dicho, un centro donde las unidades familiares se encuentran en situaciones de máxima crisis<sup>12</sup> a raíz de una enfermedad o accidente sobrevenido a alguno de sus miembros. Los trabajadores sociales del hospital saben que a diferencia de otras organizaciones del Estado de Bienestar es en el hospital donde toda la maquinaria de soporte sanitario por supuesto, pero también social y sociosanitaria (donde existan redes), se pone a prueba. Se sabe que cualquier situación que sobrepasa los límites de los otros ámbitos asistenciales, sistemáticamente, se deriva al hospital, circunstancia que permite calificarlo como un centro de alta y permanente presión.

En la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada, se define el trabajo social en el campo de la salud como: "La actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina".

Desde la participación en la elaboración de la mencionada Guía, a la hora de definir el trabajo social hospitalario podemos introducir ciertos matices a la definición anteriormente citada.

Partiendo de que una disciplina es la instrucción de una persona, el trabajo social hospitalario es "La disciplina a través de la cual se realiza el estudio, el diagnóstico y el tratamiento social de las personas atendidas en cualquiera de las áreas del centro, las cuales sufren dificultades sobrevenidas, o amplificadas, a raíz de la enfermedad y que no pueden resolver total o parcialmente, con medios propios. El trabajo social hospitalario también considera las redes sociales más próximas a las personas atendidas para que la enfermedad no sea motivo de pérdida de la calidad de vida, de discriminación o marginación social. El trabajo social hospitalario en su función investigadora y promotora de recursos, a través de los órganos directivos del hospital, aporta a los responsables locales de planificación, indicadores útiles para la toma de decisiones en la promoción de servicios comunitarios.

## ¿Por qué el calificativo de hospitalario?

Aunque parezca una perogrullada porque es el trabajo social que se desarrolla dentro de un hospital de agudos, circunstancia que lo diferencia del trabajo social que se puede desarrollar en cualquier otra organización o establecimiento sanitario, especialmente la atención primaria,<sup>13</sup> la salud mental,<sup>14</sup> la atención sociosanitaria,<sup>15,16</sup> planificación familiar,<sup>17</sup> etcétera, organizaciones con carácter propio que obligan a la especialización profesional. Igual que otras actividades hospitalarias, el trabajo social del hospital también se enmarca y desarrolla en un contexto físico específico que atiende a una población definida y no a otra, siendo los límites naturales del hospital, los suyos propios.

### notas

11. Escámez, J. (1993): *José Ortega y Gasset*. En: *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* (París, UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXIII, nos 3-4, Págs. 808-821. ©UNESCO: Oficina Internacional de Educación, 1999

12. Arricivita, A. L. (2003): *Situaciones Sociales Traumáticas (emergencias-urgencias): Espacios de acción del trabajador social*. En: *Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*.

13. Torres, T. (1998): *Trabajo Social en Atención Primaria de Salud*. En: *Organizaciones de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza, Mira Editores.

14. Miranda, M., Garcés, E. (1998): *Trabajo Social en Salud Mental*. En: *Organizaciones de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza, Mira Editores.

15. Suárez, R. (1998): *Trabajo Social en la Atención Sociosanitaria*. En: *Organizaciones de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza, Mira Editores.

16. Colom, D. (1997): *La Atención Sociosanitaria del Futuro. Nuevas realidades nuevas soluciones*. Zaragoza, Mira Editores.

17. Ituarte, A. (1998): *Trabajo Social en Centros de Planificación Familiar*. En: *Organizaciones de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza, Mira Editores.

Aunque el trabajo social tiene establecidos los pasos detallados en su Método Básico,<sup>18</sup> funcionalmente, las especialidades, la tipología y complejidad natural del hospital, marcarán las funciones específicas. Éstas responden a una organización matricial, combinando la jerarquía que le viene dada por el servicio de trabajo social con la función que le viene dada por el servicio médico en el que actúa. El trabajo social no puede actuar por libre y siempre estará condicionado por los diagnósticos y pronósticos clínicos, lo cual no significa que su proceso de atención deba estructurarlo u orientarlo un clínico. De igual forma que el clínico necesita, o debería necesitar, del diagnóstico social para proceder a un tratamiento integral, sin que ello supongo que el trabajador social le organice o determine su intervención.

### **Los nuevos retos del trabajo social hospitalario**

Que el sistema sanitario está en permanente desarrollo es un hecho patentizable como lo son los cambios drásticos que tienen lugar en todo el sistema de gestión hospitalaria, adoptando instrumentos que simplifican notablemente la función directiva y planificadora. Esta base dinámica establece nuevos retos para el Trabajo Social Hospitalario. La medicalización mal interpretada<sup>19</sup> y progresiva institucionalización de la asistencia y resolución de problemas en las más variadas versiones, genera una visión reduccionista sobre “el cómo” resolver los problemas de salud de la población que acude al hospital, minimizando las variables sociales que, aunque en el hospital y frente a la

enfermedad aguda ocupan un segundo plano, en el domicilio se amplifican resultando tanto o más importantes que las propiamente sanitarias.

Los pilares clásicos sobre los que se sostiene toda intervención son esencialmente y en términos generales los:

- Conocimientos.
- Procedimientos.
- Actitudes.

### **Nuevos retos en la dimensión conocimientos**

- Desarrollar habilidades de cálculo combinando cualidades y cantidades.
- Habrá que ahondar en los conocimientos de las nuevas tecnologías, de métodos y técnicas de estadística aplicada a las ciencias de la salud.
- Asumir la investigación social dentro del hospital como una actividad habitual y no excepcional. En esta misma línea, combinar información sanitaria con la información social propia.
- Evitar diagnósticos institucionales y/o comunitarios que no hayan sido obtenidos siguiendo el método científico ya que cada vez es más fácil comprobar lo empírico de las afirmaciones.
- Realizar propuestas concretas propias y no importadas. Cabe resaltar que cada comunidad tiene su propia idiosincrasia y por ello un programa que funcione muy bien en Sevilla, puede no funcionar en Bilbao. Culturas diferentes, personas diferentes, requieren intervenciones diferentes. Circunstancia contemplada y

de obligada atención en los principios básicos del trabajo social, análisis de la información propia, eficiencia, en definitiva resultados y beneficios sociales demostrables dentro de una realidad empírica. Y todo esto, no puede considerarse en un sentido micro del servicio de trabajo social sino dentro de la macroestructura que es el hospital.<sup>20</sup>

- No admitir información obtenida por no profesionales en técnicas de entrevista. Cuando las decisiones dependen de la información obtenida, el punto débil del proyecto es el proceso de obtención de la información. Cada vez más, se observa que es a lo que menos atención se presta. Así, numerosos trabajos de campo son asumidos por personas en prácticas, objetores de conciencia en su momento, compañías de telemarketing cuyos operadores se limitan a lanzar preguntas. Es preciso asegurarse de que la información sobre la que se va a basar el proyecto es veraz.

### Nuevos retos en la dimensión procedimientos<sup>21</sup>

- Consolidar su espacio real dentro de las instituciones hospitalarias, contribuyendo con sus conocimientos a la evolución natural de éstas.
- Diferenciar la función asistencial de la función gestora.
- Actualizar la definición de procesos asistenciales básicos y especializados.
- En la confección de las memorias anuales, introducir la variable grados de complejidad de los casos atendidos.

- Desarrollar protocolos sociales en paralelo a los protocolos sanitarios y complementarios a ellos.
- Centralizar el servicio manteniendo lo específico de cada área de actuación.
- Incorporar sistemas de información que permitan medir los resultados de la intervención social en términos de efectividad/eficiencia social, no solo en función del propio servicio.
- Actualizar las estrategias de promoción del servicio mediante la creación de literatura científica que igualmente esté apoyada por el Método Científico y participar activamente en medios de comunicación, etc.
- Lograr que los sanitarios consideren el diagnóstico social dentro de su propio diagnóstico clínico, entendiendo, que, parafraseando al Dr. Cabot: *"la persona es una y no puede dividirse en dos"*.

#### notas

18. Colomer, M. (1974): *Método de Trabajo Social*. En: Revista de Trabajo Social. Asociación de Asistentes Sociales para el estudio y especialización del Trabajo Social. Barcelona.

19. Entrevista A. Salvá Director del Programa Vida als Anys de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Agathos, Atención sociosanitaria y Bienestar. (2003) Año 3, número 3.

20. Colom, D. (1995): *Contradicciones y coincidencias del quehacer del trabajo social hospitalario*. Revista de Trabajo Social, R.T.S. Nº 137. Edita el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya. Barcelona.

21. Véase en este mismo número de la revista el artículo de Julio Villalobos. "La gestión por procesos en el ámbito de la salud".

- Evitar lastrarse de actividades inútiles que si bien en otro tiempo estaban justificadas, hoy ya no.<sup>22</sup> En este sentido cada servicio debería ser capaz de definir lo superfluo de lo sustancial.

### Nuevos retos en la dimensión actitudes

- Incorporar la Prudencia como un valor del servicio. Cabe evitar precipitarse en la toma de determinadas decisiones sin antes haber valorado las consecuencias directas. Es frecuente que los servicios se manejen con información carente de relevancia y representatividad del todo, hecho que aboca a errores que facilitan la pérdida de credibilidad.
- Olvidarse de los elocuentes discursos sin, previamente, haber validado su certeza, en definitiva huir de la especulación intelectual.
- Dotar de credibilidad al servicio y un pilar importante de la credibilidad es la capacidad de mantener un discurso teórico coherente y compatible con la actividad diaria.
- Garantizar la claridad de las intervenciones.
- Conquistar el entusiasmo por el trabajo que se realiza y no rendirse ante las adversidades que sin duda son muchas.
- Evitar caer en el tópico de que como todo funciona mal nada vale la pena.
- Tomar conciencia de que en todo el proceso de atención, cada decisión profesional tiene infinidad de consecuencias socioeconómicas tanto sobre el individuo, el núcleo familiar como sobre las arcas de la administración.

### ¿Qué cambia para la organización hospitalaria que dispone de servicio de trabajo social?

Esta es la pregunta del millón y que desde el anonimato se hacen muchos de los directivos del hospital. ¿Cambia en algo el resultado final el hecho de que el hospital tenga servicio de trabajo social o no lo tenga? La actividad que realmente ejecutan los trabajadores sociales, no la que vendría avalada por el discurso teórico si no la del día a día, ¿Puede ser desarrollada por otro profesional de rango inferior? Valga el ejemplo de un gerente que sustituyó a una trabajadora social por su secretaria pues, según explicó él mismo: *“después de observar el trabajo real de la trabajadora social que se limitaba a dar una fotocopia con la lista de servicios de atención a domicilio, de residencias, etcétera, vi que mi secretaria tenía más don de gentes para hacer esta tarea, incluso de secretria a secretaria las gestiones eran más eficaces”*.

Los actuales modelos de gestión, probablemente pensando en la desregulación y liberación mencionados al principio de este artículo, introducen dos elementos, por una parte, el liderazgo convirtiendo cada servicio en referente y por otra, la fidelización de las personas a quienes se atiende.

Éste es el nuevo contexto donde el trabajo social hospitalario se desarrolla. Y condición indispensable para participar de este futuro inmediato despejando las dudas sobre su utilidad dentro de este nuevo orden depende de cada individuo y/o equipo. La progresiva autonomía de los centros favorecerá el desarrollo particular de cada servicio, aunque los mínimos estén presentes.

¿Qué ocurre en las organizaciones que cuentan con este servicio frente a las que no? En el país existen hospitales (pocos pero los hay) que no disponen de servicio de trabajo social y el comentario de algunos de sus gerentes es que no tienen ningún problema social que resolver y nadie demanda la figura del trabajador social por lo que en este caso la oferta del servicio no es necesaria.

El valor añadido que, potencialmente, el servicio de trabajo social aporta al hospital tiene que manifestarse en forma de resultados apreciables también para las personas que atiende y no únicamente en el cuadro de mandos del centro, pero no vale engañarse, si no se reflejan en el cuadro de mandos todo será más complicado de justificar. Si los hospitales que tienen servicio de trabajo social obtienen los mismos resultados cualitativos y cuantitativos que los que no lo tienen es que lo esencial de dicho servicio está fallando y lamentablemente, desde la objetividad de cualquier Dirección su presencia no es necesaria. Los primeros tienen que marcar su diferencia respecto a los segundos.

Obviamente, las tareas seguirán siendo las mismas (visitar, registrar, documentar, coordinar, definir indicadores, evaluar, planificar, etcétera), pero se deberán incorporar técnicas propias de la gestión social y sociosanitaria para facilitar el análisis y si cabe, reorganización de procesos.

Los instrumentos de medición (cuestionarios, escalas, protocolos, etcétera) que no sean de uso exclusivo de los trabajadores sociales y que se incorporen a la documentación básica del servicio médico que corresponda, probablemente, habrán de compartirse con el resto de profesionales con los que se trabaje en equipo puesto que en este caso la exclusividad no tiene sentido.

Quizás se esté en un momento en que las palabras del Poeta Machado adquieren máximo sentido: *"Caminante no hay camino, se hace camino al andar"*.

## Seguir existiendo como servicio

Para garantizar la continuidad de los servicios de trabajo social hospitalarios dentro de las calidades deseables y exigibles, cada uno de ellos deberá de ser capaz de responder a la pregunta ¿Para qué sirve lo que estamos haciendo? Más que a la clásica ¿Qué estamos haciendo?

Una realidad de muchos servicios es que, sin poner en duda las muchas actividades que realizan, muchas de ellas no sirven para nada, ni para la población que atienden ni para el propio hospital. La excesiva burocratización conduce a los servicios a una retroalimentación perversa que paraliza al servicio que entra en un sistema cerrado. Un servicio burocratizado necesita más recursos humanos para atender la burocracia que él mismo genera. Las nuevas tecnologías permiten reducir este problema.

Pero si bien es cierto que en demasiadas ocasiones el servicio de trabajo social del hospital ha sido un gran cajón de sastre y a pesar de ello, ha mantenido su casilla presente en el organigrama de la institución, ser cajón de sastre ya no justifica su existencia. Contrariamente, intuyendo una época de vacas flacas, incluso puede justificar su desaparición. En algunos centros, si se

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

lograra que el resto de servicios asumieran sus propias realidades y competencias dejarían al servicio de trabajo social vacío de contenidos. Por ello cabe además, establecer un catálogo o cartera de servicios que definan los programas y actividades sociales dentro del hospital.

### Consideraciones previas

Un primer bloque de consideraciones, que hay que tener en cuenta y que se ha venido repitiendo en numerosos artículos anteriores sobre el trabajo social hospitalario, son:

- La persona viene al hospital porque tiene un problema de salud.
- Su estancia en el hospital debe ser estrictamente la necesaria y ello depende del facultativo responsable.
- Hay otras personas con problemas de salud esperando ser atendidas en el hospital y que legítimamente tienen derecho a sus instalaciones y servicios.
- El hospital está limitado por macro aspectos del sistema que le impiden crecer en recursos pero no le impiden mejorar su gestión.
- El denominador común de las personas ingresadas o atendidas ambulatoriamente en los hospitales de agudos es que todas ellas sufren una o varias enfermedades.

### Dos puntos a considerar

Por su importancia se resaltan aparte dos puntos:

- Que la persona que va al hospital buscando una respuesta a sus problemas

de salud y una vez resuelto u orientado, regresa a su lugar de residencia habitual.

Un segundo punto, ciertamente incómodo de abordar pero no por ello menos cierto, es que hasta hace bien poco el trabajador social hospitalario en sí mismo podía considerarse un recurso para muchos de los casos que atendía. En un sentido abstracto ello sigue siendo cierto, pero, cada vez más, y a raíz de los cambios experimentados por el sistema sanitario y social, el servicio de trabajo social necesita de recursos comunitarios alternativos, sin los cuales su intervención unilateral, informativa y orientativa, carece de resultados. En muchos casos la única presencia trabajadores sociales sirve de bien poco. Cuando las necesidades son tangibles y los recursos necesarios también, las opciones son igualmente claras: Solo vale disponer del recurso necesario. Cualquier otra opción no es resolutive, muchas veces ni paliativa. Ello obliga a introducir cambios en los modelos de diagnóstico y asignación que garanticen los derechos de los ciudadanos y los mismos trabajadores sociales tienen un importante papel a desarrollar. Así a colación con uno de los principios básicos del trabajo, el trabajador social hospitalario también es agente de cambio y promotor de recursos, promoción que debe estar avalada por el método científico.

### Evolución de la intervención

Si bien en los países anglosajones la intervención por programas viene de antiguo, en el caso de España, quizás por su carácter latino más abierto, menos

estructurado y enemigo de lo concreto, no se puede decir lo mismo y lamentablemente, aún se está muy lejos de lo que sería deseable. Aún hoy, la literalidad y concreción asusta y es muy difícil evitar la ambigüedad de los discursos de los profesionales.

En la evolución de la intervención, toman un protagonismo especial:

- La recogida de información.
- La adecuación de las respuestas.
- La satisfacción de las necesidades.
- La garantía de calidad del proceso diagnóstico y del proceso resolución.
- La eficiencia.

Ello influye en que se modifique el esquema clásico respecto del "cómo", "cuándo", "dónde", "para qué" y "con qué" se desarrolla la intervención social.

En la mayoría de los hospitales el centro de gravedad de la intervención social aún está en la exclusiva resolución de problemas (intervención reactiva: el trabajador social interviene a demanda y, casi siempre, cuando el cliente ya no precisa estar ingresado). La tendencia de los últimos años es centrarse en los clientes (intervención proactiva: el trabajador social empieza a intervenir por programas de actuación que tienen definidos unos criterios de riesgo y no únicamente a demanda).

En la evolución de la intervención hay que considerar cuatro pilares.<sup>23</sup>

- *La Complementariedad:* Las instituciones son complementarias a las necesidades de la familia, en ningún caso deben de ser substitutivas.

- *Subsidiariedad:* Transmitiendo al individuo que el primer responsable de su salud es el mismo; después su familia y/o su entorno inmediato.
- *Reingeniería de procesos:* El rápido avance tecnológico y científico de los procesos clínicos contrastan con el lento desarrollo de la organización de los procesos sociales.
- *Satisfacción:* Entendiendo que la persona debe sentirse bien atendida y con la confianza de que los diferentes actos que se generan para subsanar sus problemas son los precisos y necesarios.

Cabe responder globalmente a las necesidades de la persona atendida teniendo en cuenta que ésta, antes de ser persona enferma y hospitalizada, ha sido persona sana o enferma en su casa, lugar donde preferentemente regresará después del alta, la urgencia o la consulta ambulatoria. Cuando la persona ingresa en el hospital (momento socialmente muy complejo), además de la enfermedad, trae consigo un equipaje de circunstancias particulares que pueden repercutir en su salud social. No tratar dichas circunstancias simultáneamente a los problemas físicos retrasa o impide la reinserción en el domicilio. Así cabe iniciar la intervención social cuanto antes y en paralelo a la intervención sanitaria, estableciendo un plan de trabajo que finalice como máximo en el momento del alta hospitalaria o con la derivación a los

notas

23. Colom, D. (2003) *De Mary Richmond a la globalización. Aportaciones del trabajo social*. Ponencia presentada en el Congreso Nacional de la Asociación Trabajo Social y Salud. Revista de la Asociación Española Trabajo Social y Salud. Num 46. Sevilla, Octubre.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

servicios de atención primaria o de la red sociosanitaria donde la haya. Los enfermos hospitalizados, deben recibir los servicios sanitarios más adecuados a sus necesidades a fin de evitarles los inconvenientes inherentes a una hospitalización sofisticada (problemas directamente atribuidos al hospital) sin hablar del coste social que este uso inadecuado supone tanto para el propio Estado como los costes sociales para la propia familia. Pero también, como recoge la Ley de Sanidad deben recibir asistencia social, hecho que obliga a articular el servicio de trabajo social dentro de la organización del hospital. Para evitar la ineficiencia que los problemas no médicos producen a las personas hospitalizadas, los hospitales promueven innovaciones organizativas poniendo en marcha y/o potenciando los programas de hospitalización a domicilio, ayuda especializada a domicilio, hospitales y centros de día, etcétera, y estando el servicio de trabajo social del hospital, técnicamente preparado para afrontar la planificación y programación de estas nuevas acciones sociosanitarias, debería ser éste el que liderara los sistemas de organización e información de la red social de atención a las personas con problemas de salud cuando éstas abandonan la tutela del hospital.

### Organización de la Unidad de Trabajo Social

Organizar significa establecer unos objetivos, diseñar un orden y asignar unas responsabilidades individuales para la consecución de los fines globales del servicio. Una organización está formada por

un conjunto de profesionales, con conocimientos y técnicas, con compromisos y responsabilidades, que comparten unos recursos para alcanzar unos objetivos.

Una organización es un sistema abierto y como tal, cuenta con un conjunto de subsistemas que coordinados correctamente constituyen su tejido básico de funcionamiento, evolución y desarrollo. Para el servicio de trabajo social del hospital es importante conocer los cambios en las características de la población que atiende, insistiendo en que ésta siempre estará determinada por la actividad sanitaria que se desarrolle en el centro.

### La Guía "Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención especializada"

En la Guía "Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención especializada"<sup>1</sup> se establecieron dos grupos de organizaciones:

**Nivel básico**, considerando que la característica principal es la intervención del servicio a demanda. El nivel básico se justifica a partir de los recursos humanos del servicio de trabajo social, considerando que su dotación mínima no permite más que atender a las personas que solicitan ayuda. Dentro de este nivel básico, se establecen cinco servicios o prestaciones que todas las organizaciones hospitalarias, sin excepción, deberán garantizar.

- Valoración, información y orientación.
- Diagnóstico y tratamiento social.
- Soporte psicosocial.
- Tramitación acceso a recursos.

- Coordinación con servicios y programas sociosanitarios.

**Nivel superior de programas complementarios.** En este caso, se trata de servicios con mayor dotación de recursos humanos, de tal manera que es posible establecer una intervención sistemática sobre la base de criterios definidos por el propio servicio. En la Guía se establecieron tres grupos de programas basados en:

- Patologías. La presencia de una determinada patología, activa la intervención del trabajador social. Por ejemplo Diabetes, Insuficiencia renal crónica, Toxicomanía, etc. A modo de autocrítica, dicha intervención sigue estando marcada por el modelo sanitarista ya que es la patología médica la que motiva la intervención y no la patología social. Aún siendo cierto que determinadas patologías en si mismas generan muchos problemas sociales.
- Factores de riesgo social, intervención a partir de determinadas características definidas como de riesgo. A criterio de la autora esta organización es más completa puesto que el riesgo puede basarse en información sanitaria o en información social. Un ejemplo de este grupo sería el programa de la planificación del alta hospitalaria, o programa temporal hospitalario de atención a domicilio. (Véase más adelante en este mismo artículo una breve referencia a ambos programas)
- Otros, programas como serían los de trasplantes, hospitalización a domicilio, adolescentes, etc.

En todos los casos se considerará:

**El trabajo social individual (casework).** Se desarrolla a partir del análisis particular del máximo número de variables sociales y sanitarias (de la mano del equipo sanitario) de la persona que se atiende. Se recomienda sistematizar procesos de recogida de información y de diagnóstico para facilitar los análisis posteriores.

**El trabajo social de grupos.** La enfermedad es una experiencia individual pero que acerca a las personas que la sufren, ya sea como enfermos o como familiares. En un primer plano, cada uno cree que su experiencia emocional y motivacional es distinta, pero los profesionales saben que existen muchas variables y personas que se asemejan entre unos individuos y otros, por lo que conectarlos para compartir su experiencia supone un apoyo que surge de la propia experiencia, cosa que no tiene a veces el conductor del grupo<sup>24</sup>. Por ello, una buena fórmula de promoción de la salud es la organización de grupos.<sup>25</sup>

**El trabajo social comunitario.** Desde el hospital el trabajo comunitario tiene que ver especialmente con la participación y asesoramiento a entidades comunitarias y con la devolución de información epidemiológica a las instituciones locales,

notas  
24. Ruiz, F. ((2003): *Coordinando vivencias. Integrando sentires. El proceso de muda a través de la musa grupal. Cinco sesiones a las cinco*. En: Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar, Año 3 – Núm 3, setiembre.

25. Canals, J. (2003): *Grupos de Ayuda Mutua, Asociaciones de Salud y Estado de Bienestar en Transformación*. Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar, Año 3 – Núm 2, junio.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

para participar en la organización de nuevos programas y servicios. Pero no se debe pensar únicamente en promover servicios, también cabe desarrollar estrategias para mejorar la gestión, y por supuesto programas informativos y preventivos.

### Análisis de las variables actuantes

Enlazando con el punto anterior referido al trabajo social comunitario, cualquier servicio en general y los que están integrados en una organización superior en particular, deberían analizar periódicamente las variables que intervienen en su entorno, precisamente para prever los cambios que la propia dinámica social marca. Con ello es posible establecer un diagnóstico de posición. Para éste análisis, que puede coincidir en el momento que se realice la planificación estratégica<sup>26</sup> por lo general cada cuatro años, se tomará información:

*Normativa:* Referida a las disposiciones que regulen o limiten la actividad del servicio dentro del centro y que puedan limitar el alcance de las estrategias que se diseñen.

*Demográfica:* Informa de la distribución de la población por grupos de edad, renta, instrucción y las tendencias de futuro previsibles de la zona de influencia del Hospital donde está el servicio de Trabajo Social.

*Servicios:* Indica la evolución de los servicios públicos, privados y mixtos, de la zona de influencia del hospital. Esta variable está muy vinculada a la anterior.

*Sociológica:* Indica los comportamientos sociales respecto al hospital y concretamente al servicio de trabajo social. Se trata de

profundizar sobre las características de utilización del servicio, así como las expectativas respecto a la oferta de nuevos servicios sanitarios y/o sociales.

*Cultural:* Considera y profundiza sobre las diferentes culturas o minorías que acuden al Hospital y que como consecuencia son potenciales clientes del Servicio de Trabajo Social.

*Epidemiológica:* Caracteriza el patrón de enfermedades y dificultades de la población de referencia para mantener la autonomía generando problemas sociales diversos que pueden agruparse igual que lo hacen los diagnósticos médicos.

### Modelos de intervención y modelos de respuesta

Por definición, un modelo es un arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo. Conscientes de que existen otras variables que completan el arco de posibles modelos (sistema de documentación, proceso diagnóstico, etcétera), el artículo se centra en los modelos que se refieren a la "Intervención" y los que se refieren a la "Respuesta".

### Modelos de intervención

La intervención es la puerta por la que se detecta el caso sobre el que hay que actuar. Existen dos modelos básicos de intervención mencionados en un punto anterior:

**Modelo Reactivo:** basado en la atención de problemas. Si no se detecta un problema no

hay intervención. Las principales características del Modelo Reactivo son:

- Intervención a demanda del cliente u otros.
- Son las personas las que deciden según su "resilience", [(persona) resistencia / (materia) elasticidad], cuando piden ayuda.
- Está basado en la improvisación no permite la programación de la actividad.
- Los resultados siempre son sesgados y no pueden ser considerados para tomar determinadas decisiones.
- No hay prevención.

**Modelo Proactivo:** basado en la atención a las personas que presentan determinadas variables que previamente han sido definidas como de riesgo. Las principales características del Modelo Proactivo son:

- Interviene por programas que definen indicadores de riesgo probados. No es necesaria la demanda, solo la presencia de los indicadores definidos (Generalmente recogidos mientras se ha intervenido bajo el modelo reactivo y después de haber realizado un primer análisis orientativo).
- Es un modelo equitativo basado en la planificación de la intervención sin que ésta implique el uso de recursos.
- Permite analizar los datos en un sentido amplio y representativo relativizando los problemas reales de los potenciales.
- Facilita el diseño de programas preventivos.

## Modelos de respuesta

Siguiendo con la misma metáfora de la intervención como puerta de entrada, la respuesta es la puerta de salida, es la solución que se da al caso que ha motivado la intervención.

**Modelo Administrativo:** da soluciones previstas, más que resuelve los casos de acuerdo a la necesidad. No atiende excepciones. Aplica normativas, escalas, puntuaciones, etcétera. Y salvo grandes emergencias, no se mueve de lo que ha establecido un comité o grupo de trabajo. Las características del modelo administrativo:

- Es un modelo rígido.
- Sus profesionales son ejecutores de ordenes pero no participan en el diseño de la normativa ni pueden hacer más de lo que hacen, aún queriendo.
- Los resultados se miden en función de lo hecho, no de lo que se debería haber hecho.

**Modelo Gestionado:** Resuelve problemas adaptando y ajustando las mejores soluciones posibles a las necesidades estudiadas. Se retroalimenta mediante sistemas de información que son la base de futuras tomas de decisiones. Modificando, investigando, etcétera.

- Es flexible en cuanto a la respuesta.
- El horizonte es mucho mayor.

## **El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias**

- Reduce la distancia entre la necesidad planteada y los recursos utilizados para la resolución.
- Es democrático y permite ajustar la intervención considerando la participación de los protagonistas, las personas que sufren los problemas.

### **Círculo vicioso de algunos ingresos**

El círculo vicioso clásico de algunos ingresos se resume en los siguientes puntos:

- El enfermo ingresa en el hospital por un cuadro agudo de enfermedad que no puede ser tratado por otros establecimientos sanitarios menos sofisticados que el hospital.
- El enfermo recibe la correspondiente atención sanitaria, pasa ingresado el tiempo necesario para diagnóstico y finalizado éste periodo se le comunica el alta.
- En este momento, el mismo enfermo o su familia expresa dificultades que les impiden regresar a su casa. Aquí cabe resaltar la existencia de otro grupo no menos numeroso de personas que nunca llegan a expresar sus dificultades pero que también las tienen.
- Se anula el alta y se retrasa, a la espera de que el Servicio de Trabajo Social resuelva u oriente los problemas detectados.
- Los grados de dependencia que presentan los enfermos son diversos pero en primera instancia los servicios a

los que hay que recorrer son casi siempre de carácter privado pues los públicos tienen sistemas de acceso de difícil recorrido cuando el alta se convierte en un problema.

- Los enfermos son dados de alta del hospital, pero en el domicilio u otros servicios alternativos que no son los adecuados, permanecen insuficientemente atendidos, por lo que se reagudizan nuevamente reingresando por urgencias, algunas veces en estados lamentables.
- El enfermo ingreso en planta, se atiende el problema sanitario, se le estabiliza y nuevamente se le comunica el alta.
- El círculo vicioso está servido.

### **Programas del servicio de trabajo social hospitalario para aligerar la presión sobre el núcleo de convivencia y sobre la misma organización**

La dinámica de la actividad del hospital implica entre otros hechos el incremento de la rotación hospitalaria,<sup>27</sup> ello conlleva una presión añadida sobre aquellos núcleos de convivencia que necesitan apoyos externos para cubrir parte de las necesidades de ayuda de la persona enferma cuando regrese a su casa y que mientras no se logra el acceso, obligan a la persona a permanecer ingresada. Siguiendo el mismo hilo conductor la mayor rotación conlleva una reducción del tiempo de hospitalización y ello obliga a reestructurar los modelos de intervención,

sustituyendo los modelos reactivos por los proactivos.

Existen dos programas que por excelencia dan una respuesta real y medible mediante los clásicos instrumentos de gestión, a estas realidades que si ya no se pueden calificar de nuevas, si que sus consecuencias sobre la red social siguen sin resolverse.

### El Programa de PRIVADO ¿Error! Marcador no definido. la Planificación del Alta Hospitalaria (PPAH)

El Programa de Planificación del Alta Hospitalaria<sup>28, 29</sup> (PPAH) facilita todo el tratamiento de estas nuevas situaciones. El PPAH:

- Permite la pronta identificación de las dificultades psico-socio-sanitarias del enfermo y de su entorno inmediato.
- Cuenta con un sistema de información que sistematiza, universaliza y rentabiliza la intervención profesional convirtiéndola a la vez en la base de futuras propuestas y líneas de actuación del hospital.
- Permite proyectar las tendencias en las demandas de la población y participar así en la planificación de recursos alternativos al hospital.

### Definición

*"Proceso centralizado, coordinado e interdisciplinar en el que los profesionales colaboran con los clientes y sus familias, adelantándose a las necesidades de estos después del alta, desarrollan un plan para ayudarles a ganar independencia y para mantener los*

*beneficios ganados durante la estancia en el hospital"* (American Hospital Association -1973)

### ¿El PPAH qué ¿Error! Marcador no definido.es?

- *Es un proceso*, entendiéndolo que se trata de una manera de desarrollar una acción.
- *Es un método* de trabajo, entendiéndolo que se trata de una manera ordenada y sistemática de proceder.
- *Es una actitud*, entendiéndolo que se trata de una posición que corresponde a una cierta disposición del ánimo.
- *Es un conjunto de resultados*, que surgen a partir del análisis de la información obtenida en la actividad diaria.
- *Es una propuesta*, al pasar por el tamiz de los resultados, lo obvio es realizar propuestas justificadas en los resultados y orientadas a mejorar los procesos asistenciales.

**¿Error! Marcador no definido.** ¿Por qué hay que planificar el alta siguiendo un procedimiento y no la improvisación?

27. Utilización de una misma cama por más enfermos.

28. Colom, D. (2000): La planificación del Alta Hospitalaria. La gestión de lo pequeño para mejorar lo grande. Colección Sociedad y Salud Hoy. Zaragoza. Mira Editores.

29. Colom, D., Andaluz, L., Aneiros, J.R. (2003): Validación y eficiencia en la aplicación del Programa de Planificación del Alta en un Hospital de Agudos. En: Revista de Trabajo Social y Salud, Marzo, Núm. 44.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

- Para facilitar la continuidad de la asistencia sanitaria y social cuando el enfermo vuelve a casa.
- Para evitar estancias innecesarias a los hospitales y permitir el ingreso de nuevos enfermos.
- Para rentabilizar socialmente los servicios y reducir costes en aquellos procesos que no tienen que ver con problemas médicos agudos.
- Para evitar que el trabajador social intervenga en el momento del alta bajo las presiones que ello significa.
- Consensuar con la Atención Primaria un protocolo de coordinación y derivación de los enfermos, evitando la duplicidad de estudios.
- Visitar dentro del período establecido (24-72 horas) a las personas ingresadas que presentan alguno de los criterios definidos como de riesgo.
- Mantener contacto diario con los otros miembros, tanto de las áreas médicas como de enfermería, para garantizar la planificación integral.
- Promover la implicación de la familia del cliente en el proceso de planificación.

### Pilares básicos del circuito

Cabe tener en cuenta tres pilares:

- El asistencial (diagnóstico y terapéutica).
- El soporte documental (sistema de información).
- La investigación (epidemiología).

*Sobre su base se definirá el sistema de intervención e información de puntos clave para rentabilizar el Programa de Planificación de Alta en la planificación posterior de recursos sociosanitarios de la comunidad orientados a cubrir las necesidades de la población dada de alta del hospital.*

**¡Error! Marcador no definido.** Pasos elementales de la aplicación

- Definir los criterios de riesgo sociosanitario que debe cumplir el enfermo para incluirlo en el Programa de Planificación del Alta.

- Diseñar un sistema de información que recoja todos y cada uno de los pasos.
- Analizar periódicamente la información de la base de datos para determinar tendencias.

**¡Error! Marcador no definido.** Criterios de riesgo utilizados mayoritariamente

Si bien hay unos criterios que se pueden considerar universales, después de haber aplicado el Programa de Alta por un tiempo, cada hospital tiene que ser capaz de ajustar dichos indicadores a su situación particular, adelantando ya, basados en la experiencia que variarán muy poco.

A continuación se describen los que con toda probabilidad ayudarán a identificar a la mayoría de los clientes de riesgo.

- Tener más de 75 años
- Tener más de 70 años y vivir solo o con pareja de edad similar.

- Tener más de 70 años y padecer una enfermedad crónica.
- Tener 65 años y haber ingresado anteriormente.
- Tener más de 70 años e ingresar por caída o fractura.
- Ingresar a consecuencia de un accidente vascular cerebral (AVC).
- Padecer una enfermedad terminal.
- Padecer una enfermedad mental.
- Padecer alguna toxicomanía.
- Politraumatismo.

### Programa temporal de Atención a Domicilio Post Hospitalario

La Atención a Domicilio Social y Temporal Post Alta se define como aquella actividad asistencial de educación, de promoción y de mantenimiento de la salud que siempre se realiza en el domicilio de la persona, después de haber sido dada de alta del hospital de agudos o centro sociosanitario. Las principales características de dicho programa son básicamente dos:

- Que se gestiona y dirige desde el hospital y no a través de la atención primaria de servicios sociales o de salud
- Que siempre tiene un carácter temporal y para casos que requieran una intervención más larga se derivan a la atención primaria.

*Cualquier estructura organizativa diferente es otro tipo de programa y los resultados deben ser medidos en otros términos.*

*La experiencia que se presenta se desarrolló en la Hospital General de Manresa en el periodo 1990 - 1994. El Programa sociosanitario temporal de atención a domicilio dependiente funcional y jerárquicamente del servicio de trabajo social, atendía a las personas dadas de alta y que en su regreso a casa requerían soporte adicional al que podía prestar la familia y que no era posible garantizar con la intervención de los Servicios Sociales de Atención Primaria.*

Después de analizar la información obtenida en los primeros meses de aplicar el PPAH un hecho evidente era que el Servicio a Domicilio de la Atención Primaria de Servicios Sociales tenía poca o nula capacidad de respuesta para cubrir las necesidades de la población atendida en el hospital y dada de alta. Este hecho provocaba un alargamiento de la estancia en unos días, alargamiento innecesario desde el punto de vista médico, pero imprescindible desde el punto de vista social. A la larga, ello también contribuía a incrementar las listas de espera.

La experiencia de este Programa de Atención a Domicilio Temporal se desarrolló en 1990 en el Hospital General de Manresa con el soporte filosófico y económico del Ayuntamiento de la misma ciudad y de la gerencia del centro.

### Ficha técnica en el momento del estudio 1994

**Camas hospitalarias:** 250

**Servicios hospitalarios y del estudio:** Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Salud Mental, Pediatría, Obstetricia y Ginecología.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

**Área de influencia:** El hospital cubría una población aproximada de 150.000 personas.

**Características geográficas:** Se trataba de una zona que combinaba el medio rural y el medio urbano.

**Dependencia del servicio de atención a domicilio:** Servicio de Trabajo Social del hospital.

**Población atendida por el Servicio de Temporal de Atención a Domicilio:** Personas ingresadas en el Hospital residentes en la ciudad.

**Otros hospitales de la comarca:** La zona tenía otro hospital de las mismas características y grado técnico, que atendía la población con las mismas características. Dicho hospital no disponía del Servicio de Atención a Domicilio.

**Período analizado:** Se estudió la información disponible en el Servicio de Trabajo Social obtenida entre el período de enero de 1985 y diciembre de 1994.

## Resultados

Algunos de los resultados más interesantes son los que siguen:

La Tabla 1 muestra los primeros resultados, obtenidos con el Programa de Planificación del Alta y que fundamentaron la propuesta por parte del Hospital al Ayuntamiento de la ciudad para realizar una primera prueba piloto de creación de un Programa Temporal de Atención a Domicilio dependiente jerárquica y funcionalmente del Servicio de Trabajo Social del Hospital, asumiendo éste último la misma gestión.

Puede observarse que el 27,9% de las personas atendidas dentro del Programa de Alta eran tributarias de Atención a Domicilio en las más variadas posibilidades. De estas recibían dicho apoyo por parte de la Atención Primaria Social el 16,9%. Frente a la imposibilidad de dar respuestas con servicios menos sofisticados, como sería la

Personas N con criterios de riesgo	Necesidad de Atención a Domicilio	Utilización de Ayuda a Domicilio
1.142	319	54
100%	27,9%	16,9%

Tabla 1 Necesidad de Atención a Domicilio y Utilización del servicio

propia Atención a Domicilio, el cliente del hospital se orientaba hacia programas más complejos, como eran las residencias sociales, asistidas y/o centros sociosanitarios. La Tabla 2 muestra la distribución final de los

recursos utilizados por las personas con necesidad de Atención a Domicilio post alta y que no tuvieron acceso al programa comunitario de Servicios Sociales del Ayuntamiento.

Recurso Utilizado	N	%
Información	248	77,74
Atención Domicilio	54	16,92
Residencia validos	11	3,44
Ingreso Sociosanitario	4	1,25
Residencia asistida	2	0,62
TOTAL	319	100,00

Tabla 2 Distribución de los recursos utilizados por las personas que necesitaban Atención a Domicilio.

## Propuesta

Así se planteó: Facilitar a los clientes un servicio temporal y complementario después del alta hospitalaria, para asegurar la continuidad de la asistencia, ayudarlos a recuperar la seguridad y autonomía personal y garantizar las supervisiones domiciliarias.

En agosto de 1990 después de casi 12 meses de conversaciones, se inició la experiencia. Ello fue posible gracias al soporte del Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de la ciudad (Manresa), un Plan Ocupacional del Instituto Nacional de Empleo (INEM) y a la dirección del Hospital General de Manresa que apoyaron la propuesta del Servicio de Trabajo Social del Hospital.

## Principales resultados del programa

El análisis de la información obtenida ofrece muchas posibilidades de interpretación tanto

desde el punto de vista epidemiológico como de la gestión del programa y supervisión de los recursos humanos. Son muchos los resultados que el estudio de la información puede ofrecer, pero se presentan aquellos más representativos.

### Influencia del programa de atención a domicilio en la demanda de ingreso en centro sociosanitario

La Tabla 3 muestra las demandas realizadas por dos trabajadores sociales distintos, en los mismos servicios y dentro del mismo período. La única, pero gran diferencia entre ambos era que el trabajador social A tenía capacidad para gestionar directamente la Atención a Domicilio post alta, mientras que el trabajador social B aunque seguía el protocolo del Programa de Alta, para gestionar la Atención a Domicilio de la población que lo necesitaba tenía que seguir los pasos habituales a través de la Atención Primaria.

Trabajador social	Demandas de Ingreso en Centro Sociosanitario
Trabajador social A Programa Atención a Domicilio	32
Trabajador social B Programa de Planificación Alta	69

Fuente: Hospital General de Manresa.

Tabla 3 Comparación de las Demandas de ingreso en Centro Sociosanitario según gestión de la atención a domicilio.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

### Derivación de clientes y demanda de atención a domicilio de la atención primaria

Otro de los puntos de análisis fue la demanda de Atención a Domicilio de las otras organizaciones de la zona. La Tabla 4 muestra éstas como punto de inicio en los Servicios Sociales de Base, el Hospital General objeto de estudio y el otro Hospital de la ciudad.

Según informaron los mismos Servicios Sociales destacaba que el Hospital que disponía del Programa Temporal de Atención a Domicilio realizó una quinta parte menos de demandas a la Atención Primaria Social que el hospital que no disponía de dicho servicio (Hospital B en la tabla).

ORGANIZACIÓN	Demandas de Atención a Domicilio a los Servicios Sociales de Base
Hospital General de Manresa	6
Hospital B de la misma ciudad	28
Servicios Sociales de Base	27

Fuente: Memoria 1994 Ayuntamiento de Manresa.

Tabla 4 Número de demandas de Atención a Domicilio a la Atención Primaria.

### Evolución de las demandas de ingreso en centro sociosanitario

La Tabla 5 muestra el descenso de demandas de ingreso en centro sociosanitario en el conjunto global del Servicio de Trabajo Social del Hospital General, después de

evaluar los procesos y marcarse como objetivo la promoción de la persona y su familia.

Año	Demandas de ingreso en Centro Sociosanitario
1992	70
1993	63
1994	35

Fuente: Servicio Trabajo Social Hospital General de Manresa 1994

Tabla 5 Evolución de las demandas de ingreso en centro sociosanitario

### Funciones del Programa de Atención a Domicilio Hospitalario temporal

Atender a los clientes que a partir del Programa de Planificación del Alta se ha determinado que tienen necesidad de ayuda para:

- Seguir las indicaciones terapéuticas.
- Realizar las actividades de la vida diaria como consecuencia del ingreso y con posibilidades de reintegrarse.
- Mantener su higiene.
- Organizar el hogar para satisfacer las nuevas necesidades de la persona enferma.

El Programa en su concepción inicial tenía una finalidad preventiva y de gran ayuda en aquellas situaciones intermedias en las que la necesidad no se expresaba pero que quedaba claro que existían dificultades para atender al familiar.

## Organización

El Programa se organizó bajo la tutela de una única trabajadora social que era la que coordinaba a las dos trabajadoras familiares y gestionaba la entrada de casos a partir del Programa de Alta.

Se optó por esta organización porque facilitaba una visión integrada de las actividades y casos bajo un único punto de vista. Cualquier otro sistema descentralizado, por ejemplo que cada trabajador social gestionara el contacto con cada trabajadora familiar, hubiera facilitado la pérdida de control y visión global, quedando en manos de las trabajadoras sociales la admisión de nuevos casos, hecho que por definición de competencias no puede ser.

## Discusión

En una época de cambios como la actual, cabe dotarse de instrumentos fiables y a la vez evitar perderse en lo inútil, en lo especulativo, cada vez más presente en las organizaciones que no tienen un responsable directo sino consejos de administración, equipos directivos, patronatos, en definitiva, estructuras sin alma.

A ello ayudan los políticos que abducidos por el poder cada vez se muestran menos interesados en el territorio de lo concreto.

Las decisiones deben venir avaladas por cuestiones empíricas y matizadas por las cualitativas. La fe ya no forma parte de las propuestas serias y en este sentido cabe favorecer modelos que eviten, en al medida

de lo posible, la improvisación, sabiendo que siempre habría una parte que necesariamente deberá improvisarse.

Quizás lo más esperanzador es que en aquellos hospitales donde el Servicio de Trabajo Social se organiza dentro de los parámetros esperables, se observa un mantenimiento y crecimiento de los recursos. Ello hace pensar que quizás el futuro está en manos particulares de cada servicio y las dotaciones de uno no servirán para justificar las dotaciones de otros. Y de la misma manera, la ineficiencia de unos no condenará a la extinción de los otros.

## Bibliografía

- ARRICIVITA, A. L. (2003): *Situaciones Sociales Traumáticas (emergencias-urgencias): Espacios de acción del trabajador social*. En: Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- CANALS, J. (2003) *Grupos de Ayuda Mutua, Asociaciones de Salud y Estado de Bienestar en Transformación*. En Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar, Año 3 – Núm 2, Junio.
- COLOM, D. (1995): *Contradicciones y coincidencias del quehacer del trabajo social hospitalario*. En: Revista de Trabajo Social, R.T.S. Nº 137. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya. Barcelona.
- COLOM, D. (1997): *La Atención Sociosanitaria del Futuro, Nuevas realidades nuevas soluciones*. Zaragoza. Mira Editores.
- COLOM, D. (1998): *Trabajo Social Hospitalario*. En: *Organizaciones de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza, Mira Editores.
- COLOM, D. (2000): *La planificación del Alta Hospitalaria. La gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*. Colección Sociedad y Salud Hoy. Zaragoza. Mira Editores.

## El Trabajo Social Hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y la mejora de competencias

- COLOM, D. (2003): *De Mary Richmond a la globalización. Aportaciones del trabajo social*. Ponencia Congreso Nacional de la Asociación Trabajo Social y Salud. Revista de la Asociación. Sevilla, Octubre.
- COLOM, D., ANDALUZ, L., ANEIROS, J.R. (2003): *Validación y eficiencia en la aplicación del Programa de Planificación del Alta en un Hospital de Agudos*. Revista de Trabajo Social y Salud, Marzo, Núm. 44.
- COLOM, D. (1991): *La planificación del alta hospitalaria*. Monográfico. Revista Trabajo Social y Salud, Núm. 10, Zaragoza, Diciembre de 1991.
- COLOMER, M. (1974): *Método de Trabajo Social*. En: Revista de trabajo Social. Asociación de Asistentes Sociales para el estudio y especialización del Trabajo Social. Barcelona.
- DE BRANDENBURG, A. (1968): *Servicio Social Hospitalario*. Cuadernos de asistencia social. Nº 17 Editorial Humanitas. Buenos Aires 1968.
- Diccionario de la Real Academia Española. Edición Digital. [www.rae.es](http://www.rae.es)
- Entrevista A. Salvá Director del Programa Vida als Anys de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Agathos, Atención sociosanitaria y Bienestar. (2003) Año 3, Nº 3.
- ESCÁMEZ, J. (1993): *José Ortega y Gasset*. En perspectivas: revista trimestral de educación comparada. Vol. XXIII, Nº 3-4, Págs. 808-821. (París, UNESCO: Oficina Internacional de Educación), © UNESCO: Oficina Internacional de Educación, 1999.
- FAURE, G. (1993): *Estructura, Organización y Eficacia de la Empresa*. Ediciones Deusto.
- FERNÁNDEZ MIRANDA, E. (1996): *Un nuevo modelo para los servicios sanitarios en España. La Sanidad española: realidad y perspectivas*. Edita Arthur Andersen. Negocios Ediciones.
- Insalud. (1999): *Plan Estratégico*. Ministerio de Sanidad y Consumo
- ITUARTE, A. (1998): *Trabajo Social en Centros de Planificación Familiar*. En: *Organizaciones y de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza. Mira Editores.
- MIRANDA, M., GARCÉS, E. (1998): *Trabajo Social en Salud Mental*. *Organizaciones y de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza. Mira Editores.
- MORAL, L., IGLESIAS, T. (coord.) (2000): *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- PRUGER, R.; MILLER, L. (1991): *Efficiency and the social services*. The Haworth Press. New York.
- R. YZQUIERDO. *El Médico y La Visitadora Social* Trabajo presentado en la semana médica de la ANEC. Santiago, Octubre de 1936. Publicaciones de la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Oruchaga. Folleto Nº3. Santiago de Chile.
- REHR, H. (1979): *Professional Accountability for Social Work Practice*. Prodist. New York.
- RUIZ, F. (2003): *Coordinando vivencias. Integrando sentires. El proceso de muda a través de la musa grupal. Cinco sesiones a las cinco*. Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar, Año 3 – Núm 3, setiembre.
- SUÁREZ, R. (1998): *Trabajo Social en la Atención Sociosanitaria*. En: *Organizaciones y de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza, Mira Editores.
- TORRES, T. (1998): *Trabajo Social en Atención Primaria de Salud*. En: *Organizaciones y de Bienestar*. Colección Trabajo Social Hoy. Zaragoza. Mira Editores.

## La cara oculta del síntoma

**Jesús Mansilla Navarro.** Licenciado en Psicología.

¿Qué es el síntoma? Generalmente entendemos por él un trastorno que hace sufrir. Pero es también un malestar que se nos impone, que expresamos con palabras singulares, detalles inesperados, metáforas. Al que intentamos dar una explicación y que tiene un destinatario al cual se explica el malestar y a quién, por ello mismo, por ser sede del destino, se le supone un saber sobre lo que nos pasa y quién, desde el momento que escucha, queda comprometido con el síntoma involuntario, desprovisto de sentido, significante articulado con otros significantes dispuesto a repetirse en quien lo padece.

En tanto que significante, el síntoma no se padece pasivamente, no, sino que interroga, pregunta, descubre hechos ignorados de nuestra historia, revela algo de lo desconocido en la historia de cada uno; es como una pieza extraviada que, una vez colocada en el rompecabezas, revela la vida personal bajo una nueva luz. Como significante, el síntoma es la pregunta adecuada que abre el acceso a un saber que el sujeto lleva, pero que ignora. Un saber no sabido constantemente en activo y que se exterioriza en actos y palabras esperando un sentido.

Ello nos lleva a distinguir en el síntoma dos aspectos fundamentales: el dicho y el decir; el enunciado y la enunciación; si bien el dicho, el enunciado, son las palabras que usa quien habla, la enunciación, el decir dependerá de lo que el oyente escucha más allá del dicho sobre la condición del

hablante mismo. Por tanto, lo que el hablante quiere decir es decidido no por el sujeto que habla sino por quien escucha. Un buen ejemplo de esto podemos apreciarlo en lo que sucede en el chiste.

Entender el síntoma desde esta perspectiva implica reconocer una opacidad en el discurso consciente, una opacidad en la historización del sujeto.

Hay algo que caracteriza también específicamente al síntoma que va más allá del mensaje, que incluso podríamos decir que le precede: su fijeza, su inercia. Algo que, sin dejar de ser el síntoma un sufrimiento, aloja una satisfacción que, lejos de producir placer, se ubica del lado del displacer. Freud nos lo cuenta así:

“La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño...es irreconocible para la persona que siente la presunta satisfacción, más bien es como un sufrimiento y como tal se queja.”

Observa Freud que los pacientes tienen apego a lo que les hace daño, y ello le permite advertir un *quantum* de satisfacción en el sufrimiento del paciente. Al mismo tiempo que dolor es alivio, sufrimiento para el yo y alivio para el inconsciente, y es este efecto apaciguador del síntoma el que cabe considerar como satisfacción.

En su caminar la “libido” puede encontrar en el síntoma una vía de salida y de ahí la satisfacción displacentera. Fenomenológicamente es sufrimiento, pero inconscientemente trae una verdad que apunta a esa satisfacción libidinal displacentera.

## La cara oculta del síntoma

Desde los tiempos remotos el ser humano aspira a alcanzar una felicidad absoluta que se ha vestido de diferentes formas. Desde los tiempos de Hígia hasta nuestros días los hombres se han caracterizado por este impulso hacia la felicidad total, impulso que genera un estado de tensión ante la imposibilidad de conseguirlo. Ante este muro infranqueable, el empuje del deseo toma diferentes vías: la de la retención y la de la descarga exterior, una de cuyas manifestaciones es el síntoma; y es esta descarga precisamente la que procura el alivio al que antes me refería. Por tanto, hay

satisfacción en el síntoma porque hay alivio de tensión.

La cuestión es cómo conseguir satisfacciones que no lleven consigo sufrimiento, dolor al yo. Será necesaria la agudeza e ingenio puesta en una adecuada relación terapéutica para que este "goce" autístico, autoerótico que el síntoma encierra, se abra a los intercambios de la palabra, intercambios que le lleven al sujeto a preguntarse por un modo de "gozar" en el síntoma, por las satisfacciones pulsionales que en él obtiene.

# Cartera de Servicios de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud

## VV.AA.\*

El concepto de cartera de servicios aparece por primera vez en la sanidad pública española en el año 1990. En las primeras versiones, es un listado de las funciones y actividades que deben realizar los miembros del Equipo de Atención Primaria (EAP), quedando excluidos de esta primera cartera las actividades referentes a la investigación y docencia.

Más adelante, se intentó confeccionar una clasificación más completa e integradora de lo que se puede ofrecer desde la Atención Primaria de Salud (APS), recopilando todos los servicios, funciones y actividades que puede llevar a término este primer nivel de atención a la población desde una perspectiva pluridisciplinaria.

Las carteras de servicios son un medio para informar de lo que se hace y de lo que se puede hacer: pueden recoger y sistematizar las funciones y actividades y permiten evaluar la calidad y la rentabilidad de un EAP. En definitiva, es el producto que puede generar un EAP.

La cartera de servicios de trabajo social de la APS que se presenta en este documento, nace de la necesidad manifiesta de un grupo de trabajadoras sociales del Barcelonés Norte, de contar con una herramienta metodológica que exprese, clarifique y sistematice la tarea diaria que llevan a cabo los trabajadores sociales dentro de los equipos de atención primaria.

Para poder unificar criterios que permitan identificar los problemas sociosanitarios que se tratan, las actividades que se realizan y los recursos que se aplican, se han elaborado

diferentes listados de problemas y recursos que ponen de manifiesto el contenido de la actuación que conlleva el trabajo social individual, familiar, grupal y comunitario en la APS.

Así, en el año 1993, impulsado por el Instituto Catalán de la Salud (ICS) se elaboró un primer documento de trabajo donde se definían de forma más específica las funciones, objetivos y actividades del trabajador social en la APS. Posteriormente, en el año 1995, los trabajadores sociales del ICS de toda Cataluña consensuaron un listado de problemas sociales y recursos aplicados para su posterior informatización.

Sin embargo, no había una descripción detallada del producto generado por el trabajador social que aportara elementos diferenciadores respecto a otros profesionales del propio equipo y también de otros ámbitos de intervención (servicios sociales municipales, hospitales, ...) y que además, fuese un instrumento dinámico y operativo que permitiese una adaptación a las necesidades actuales de los equipos, así como un elemento de reflexión y evaluación de las tareas realizadas.

Aunque el Reglamento Marco de Funcionamiento de los EAP enmarca las funciones y actividades a desarrollar por los trabajadores sociales de APS, carece de una clasificación integradora y exhaustiva de las actividades del trabajador social.

## notas

\* Cristina Batlle Enrich, Pilar Laporta Izquierdo, Montserrat Monsó Codó, M. Dolors Olmos Pagès, M. Antònia Rocabayera Andreu, Pepita Rodríguez Molinet. D.T.S. Trabajadoras Sociales de los Equipos de Atención Primaria del Servicio de Atención Primaria de Badalona-San Adrián y Santa Coloma de Gramenet

Más adelante y siguiendo la línea de trabajo de otros colectivos profesionales de la APS que ya empezaban a utilizar una terminología nueva para definir su tarea según términos de mercado (producto, cartera de servicios), se planteó la necesidad de incorporarse a este nuevo marco conceptual.

La cartera de servicios de trabajo social está aún muy poco desarrollada en lo referente a las actividades que pueden llevar a cabo los trabajadores sociales en la APS. De hecho, la diversidad de tareas inherentes a la profesión favorece la dificultad de una conceptualización rigurosa.

En este sentido, la aplicación informática de la cartera de servicios servirá para poder registrar tanto la tarea diaria como todas las actividades a nivel grupal, comunitario, de docencia e investigación que no siempre quedan reflejadas en los cálculos de rentabilidad de un colectivo de profesionales dentro del equipo. También se convertirá en un instrumento válido de medición y de investigación.

En definitiva, la cartera de servicios de trabajo social en APS permite:

Identificar las tareas genéricas y diferenciadoras del trabajo social en la APS.  
Crear unas bases metodológicas de los profesionales del trabajo social en la APS.  
Facilitar al resto del equipo la comprensión de la tarea del trabajador social.  
Contar con un soporte técnico del trabajo diario.  
Poseer un documento con valor formativo para los alumnos de trabajo social y de otros colectivos de profesionales.

Disponer de una herramienta evaluadora de la calidad del trabajo llevado a cabo.

## **Estructura de la cartera de servicios**

La cartera de servicios se ha estructurado en cuatro grandes bloques, que corresponden a los diferentes ámbitos de trabajo en que interviene el trabajador social en la APS y que además son los definidos en el anteriormente citado Reglamento Marco de Funcionamiento de los EAP:

- Atención individual y familiar
- Participación grupal y comunitaria
- Docencia
- Investigación

### **Atención individual y familiar**

Es el bloque más desarrollado en la presente propuesta de cartera de servicios. Se han definido y consensado los problemas psicosociales y sociosanitarios en que interviene el trabajador social, así como las actividades y recursos aplicados para su resolución.

La codificación de estos problemas y actividades ha sido homologada con los códigos de clasificación de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners Family Physicians), lo que ha permitido la creación de un programa informático de trabajo social dentro de los programas de salud del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Tabla 1

LISTADO DE LOS PROBLEMAS Y  
ACTIVIDADES DESCRITOS EN LA CARTERA  
DE SERVICIOS

Problemas

- Problema económico, pobreza
- Problema de vivienda
- Alteraciones de la dinámica familiar por problemas de salud
- Problemáticas específicas del cuidador
- Alteraciones de la dinámica familiar por problemas de adicción
- Alteraciones de la dinámica familiar por problemas de salud mental
- Alteraciones de la dinámica familiar por problemas de demencias o enfermedad de Alzheimer
- Problemas conyugales
- Problemas en la relación padres-hijos (<18 años)
- Negligencia o maltrato a menores
- Problemas de relación con padres u otros parientes (>18 años)
- Separaciones familiares que afectan a la pareja o a otras personas
- Problemáticas derivadas de la soledad
- Otros problemas de relación familiar
- Problemas educacionales
- Problemas educacionales relacionados con la atención especial a disminuidos
- Alteraciones específicas del aprendizaje y retraso en el desarrollo de ciertas habilidades necesarias para la escolarización
- Inadaptación social
- Minorías étnicas, extranjeros e indocumentados
- Problemas laborales
- Problemas relacionados con acontecimientos vitales

- Dificultades de aceptación y manejo de la enfermedad
- Problemas con la justicia
- Situaciones de incapacidad legal
- Problemas relacionados con las discapacidades
- Problemas relacionados con la sexualidad
- Falta de cobertura sanitaria
- Necesidad específica de atención a la salud mental
- Otros problemas sociales

Actividades

- Soporte individual y familiar
- Informe social
- Educación sanitaria
- Apoyo grupal
- Orientación y asesoramiento
- Utilización, solicitud o derivación a recursos de atención sanitaria
- Utilización, solicitud o derivación a recursos de salud mental
- Utilización, solicitud o derivación a recursos de drogodependencias
- Utilización, solicitud o derivación a recursos sociosanitarios
- Utilización, solicitud o derivación a recursos para discapacitados
- Utilización, solicitud o derivación a recursos sociales
- Utilización, solicitud o derivación a otros recursos

Posteriormente y siguiendo la estructura de la cartera de servicios del Servicio de Atención Primaria Anioia, se han elaborado unos cuadros de doble entrada para cada programa, dónde se indica las diferentes actividades a realizar según la fase del proceso metodológico (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) y su nivel de resolución en la APS o la derivación a servicios externos.

Tabla 2

**EJEMPLO DE UN CUADRO DE DOBLE  
ENTRADA DE LA CARTERA DE SERVICIOS.**

**PROBLEMA: DIFICULTADES EN LA  
ACEPTACIÓN Y MANEJO DE LA  
ENFERMEDAD**

Descripción: Problema referido a la adaptación a una enfermedad por parte del enfermo.

Incluye: la no aceptación de la enfermedad, las situaciones de hospitalizaciones reincidentes, incumplimiento del tratamiento,...

Código del problema: S V627M

Código de homologación WONCA : C V627

**ATENCIÓN PRIMARIA  
SALIDA**

**DIAGNÓSTICO**

- Exploración general
- Exploración específica:
  - Estudio sociofamiliar
  - Estudio sociosanitario
  - Estudio psicosocial
- Información complementaria

**TRATAMIENTO**

- Orientación/ Información
- Entrevista de soporte
- Entrevista de motivación
- Soporte grupal

Si es necesario:

- CAPSM (Centro de salud mental)
- RMENT (Recursos de salud mental)
- S SOSAN (Sociosanitarios)
- CIASA (Coord. Sanitaria)
- S ALREC (Otros recursos)
- ONGS (Org no gubernam.)
- VOLUN (Voluntariado)

**SEGUIMIENTO**

- Seguimiento de observación periódica
- Seguimiento de tratamiento
- Soporte grupal
- Coordinación centros especializados

**Participación grupal y comunitaria**

Una de las áreas funcionales que el Reglamento Marco asigna a todo el EAP es la salud comunitaria que podríamos definir como un conjunto de acciones dirigidas a la atención al usuario de forma directa, mediante programas específicos y trabajo de grupos y de forma indirecta, a través de la coordinación institucional y en la participación en actividades comunitarias dentro del ámbito de influencia del Área Básica de Salud (ABS).

Éste ámbito de intervención se ha configurado en los apartados siguientes:

- Coordinación institucional
- Participación en programas del centro
- Participación en actividades grupales y comunitarias.

## Creación de nuevos programas y recursos

Uno de los aspectos fundamentales de este bloque es la prevención y el diagnóstico de las necesidades sociosanitarias de la población. Se enumeran aquellos programas y actividades que se realizan y son viables en la APS.

Aún así, con el tiempo, éste ha de ser un ámbito de intervención a desarrollar más ampliamente por todo el equipo.

## Docencia

Según la definición de docencia recogida en el libro "El trabajo social en las áreas básicas de salud", entendemos por docencia tanto el conjunto de conocimientos y técnicas que se imparten desde el EAP como todas aquellas materias formativas que se integran en el conocimiento científico de cada uno de los miembros del equipo.

La formación continuada de los profesionales del EAP y la formación de pre y postgrado a los alumnos, es materia específica de docencia.

También se podría considerar la docencia como aquellas tareas formativas que se imparten a grupos concretos o a la comunidad.

## Investigación

Es otra de las funciones que tiene asignado el EAP. Según el Reglamento Marco: La actividad de investigación deberá dirigirse prioritariamente a los problemas de salud

esenciales de la población asignada y a la organización más eficiente de los servicios (artículo 60.1).

El trabajo social puede aportar su conocimiento técnico y científico a través del cuál se pueden detectar diferentes aspectos sociales de fuerte incidencia en el estado de salud de una persona o de un grupo de la misma comunidad.

En éste sentido, la propuesta de investigación incorpora tanto la posibilidad de participar en estudios en el mismo centro, como en los realizados por entidades ajenas, con escuelas universitarias de trabajo social, etc.

## Consideraciones finales

La elaboración de la presente cartera de servicios ha permitido reflexionar ampliamente sobre las actuaciones que realizan o podrían realizar los trabajadores sociales en los centros de salud, sabiendo que el trabajador social en la APS está inmerso en un sistema, el producto del cual, es básicamente sanitario.

La aplicación técnica de la cartera de servicios de trabajo social en la APS requiere que los profesionales que la utilicen sean necesariamente trabajadores sociales, ya que son los que tienen la capacidad técnica para llevarla a cabo y así aportar un elemento de calidad en la actividad desarrollada por el EAP.

La presente propuesta de cartera de servicios deberá ser un instrumento dinámico y punto de partida para nuevos análisis que sin duda deberían enriquecer su contenido.

Debemos destacar que en el bloque de atención individual y familiar se ha hecho un esfuerzo para consensuar las problemáticas sociales atendidas y sus niveles de resolución ya que son comunes dentro de la práctica profesional del trabajador social en el ámbito de la APS.

La cartera de servicios también permite objetivar la rentabilidad de las intervenciones profesionales del trabajador social sin necesidad de justificar de manera reiterativa su utilidad.

El tratamiento informático de la cartera de servicios puede dar información sobre los problemas más relevantes que se tratan y de su nivel de resolución. Esto la configura como una buena herramienta para la creación de nuevos programas y recursos.

La información que aporta la cartera de servicios de trabajo social puede facilitar la creación de un sistema de evaluación tanto a nivel de cobertura como de calidad de la tarea realizada por el trabajador social en la APS.

La cartera de servicios de trabajo social permitirá a la Administración conocer las posibilidades de actuación del trabajador social en la APS.

En posteriores trabajos sería interesante desarrollar más ampliamente los bloques de la cartera de servicios referentes a participación comunitaria, investigación y docencia.

## **Bibliografía**

ALONSO R, GARCIA R, LÓPEZ E. *Comentarios a la situación actual de la Cartera de Servicios del Insalud*. Centro de Salud. Junio 1998:351

Cartera de Serveis de la DAP Anoia. Document per a la resolució de problemes de salut. Anoia: DAP Anoia, 1997.

Institut Català de la Salut. Document de protocolització bàsica de les unitats de treball social. Barcelona. 1993

Reglament Marc de funcionament dels equips d'atenció primària. Ordre 6 de Maig 1990.

VILLAZÓN J. *Posición del trabajo social en la evaluación y calidad del producto sanitario en Atención Primaria*. Revista Trabajo Social y Salud. Nº 32:221

NAPAL LECUMBERRI C, OCHANDO ORTIZ G, PELAEZ MIGUEL M<sup>ª</sup>A, i altres. *Programa Informàtic de Casos. Trabajo Social Hospitalario*. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Pamplona 1977.

Clasificación de la WONCA para Atención Primaria de Salud. Barcelona:Masson, 1998.

RODRÍGUEZ P, ROCABAYERA M<sup>ª</sup>A, BATLLE C, LAPORTA P, MONSÓ M, OLMOS D, FERNÁNDEZ D I SALAZAR T. *Programa informàtic de trabajo social en atención primaria de salud*. Cuadernos de Gestión. Vol.5, nº4:170. 1999.

Servei Català de la Salut. Col·lecció Monografies d'Atenció Primària de Salut. El Treball Social a les Àrees Bàsiques de Salut. Nº 3, 1993

FERNÁNDEZ E. *Desarrollo del producto enfermero en la línea asistencial*. Gestión Hospitalaria 1996; 1: 48

GARCIA L, MINUÉ S. *La medida del producto de atención primaria*. Cuadernos de Gestión. Vol 4, n<sup>º</sup> 4: 191

HERNÁNDEZ RM<sup>ª</sup>. *La medición del producto enfermero*. Enfermería Clínica, Vol. 5, n<sup>º</sup> 3: 111.

Igual D. *Los consultorios locales y la Cartera de Servicios*. Centro de Salud. Marzo 1996: 149

Institut Català de la Salut . Divisió d'Atenció Primària. *Marketing aplicat als serveis infermers de l'Atenció Primària*. Setembre 1997.

Institut Català de la Salut . Divisió d'Atenció Primària. Direcció d'Atenció Primària de l'Anoia. *L'atenció Primària de l'ICS. El Producte de l'Atenció Primària. "De Mica en mica s'omple la pica"*. Comunicacions. Igualada, 2 d'octubre 1997.

Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD. Secretaría General. Madrid 1995.

PERIS A. *El producto de atención primaria: experiència de la DAP Anoia*. Cuadernos de Gestión. Vol 4, nº 2: 74

PRADOS A, PRADOS D, MARCH JC. *Medida del producto en Atención Primaria*. *Atención Primaria*. Vol 22, nº 6 : 329

SAURA J, SATURNO PJ. *Clasificación de actividades en Atención Primaria de Salud. Revisión de las existentes y una nueva propuesta (CLASIFAC)*. Una taxonomía para la atención primaria/ "Una gran cartera de servicios". Centro de Salud. Septiembre 1995: 569.

SEGOVIA C. *La Cartera de Servicios: comparaciones del producto de cobertura*. Cuadernos de Gestión. Vol.4 , nº 3: 132



# La atención grupal en el ámbito de la atención primaria de Salud

**M. Antonia Rocabayera Andreu y Pepita Rodríguez Molinet.** D.T.S.

Trabajadoras Sociales del Equipo de Atención Primaria de Badalona-San Adrián y Santa Coloma de Gramenet.

Cada vez es más frecuente en los servicios de salud la utilización de la metodología grupal para conseguir cambios de actitudes y comportamientos en usuarios y pacientes con diversas patologías o situaciones especiales. Así, un centro de atención primaria de salud puede albergar grupos de diversa índole; grupos de educación materno-infantil, de soporte a la lactancia materna, de educación sanitaria a diabéticos, hipertensos, cardiópatas,... y de incorporación más reciente grupos de atención a cuidadores, de relajación, higiene postural, frecuentadores, voluntarios y grupos de duelo entre otros.

Esta diversidad que supone un alto nivel de creatividad, requiere al mismo tiempo un esfuerzo por aplicar la metodología grupal de forma rigurosa y atendiendo al tipo de grupo y objetivos que se pretenden alcanzar.

Cabe tener en cuenta que en general, los profesionales de la salud, no han sido formados en técnicas grupales y que observando necesidades en la población que atienden han considerado útil el poder unir a un grupo de personas con similares patologías y ofrecer lo que podríamos llamar grupos socioeducativos con el fin de conseguir cambios en el comportamiento y en relación a la adquisición de hábitos. Este tipo de grupos se ha llevado a cabo, generalmente por profesionales de enfermería.

En el presente artículo se pretende dar a conocer cómo a partir de la elaboración de un proyecto de atención a cuidadores familiares se ha replanteado la atención grupal que se presta desde los centros de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de Sta Coloma de Gramenet (ciudad del área metropolitana de Barcelona) y se han elaborado estrategias para formar al personal y dotar de coherencia a todos los grupos que esta institución genera.

Valga esta experiencia para contribuir a la reflexión de la importancia de la atención grupal en salud y a considerar el trabajo social como un elemento clave para cuestionar e introducir cambios en dinámicas institucionales.

## El inicio

Desde hace unos años, es ya una realidad en nuestra institución, la creación de comisiones ínter disciplinares para elaborar programas y protocolos diversos que se puedan aplicar en todo el territorio, ofreciendo así una coherencia y homogeneidad para toda la ciudad. Cabe precisar que en Sta. Coloma de Gramenet la reforma de la atención primaria ya ha sido realizada completamente (5 áreas básicas de salud pertenecientes al ICS).

Una de las comisiones dedicada al seguimiento del Programa de Atención Domiciliaría (PATDOM) se planteaba la necesidad de ofrecer una atención específica a los cuidadores familiares de las personas incluidas en el programa, aunque más tarde

se decidió abarcar también a los cuidadores de enfermos semidependientes que sin estar incluidos en el PATDOM pudieran beneficiarse de una atención que sin duda nos parecía necesaria.

El trabajo consistió básicamente en identificar los diferentes tipos de cuidadores, las necesidades que específicamente cada uno de ellos tenían y elaborar estrategias para poderlas satisfacer. Ello nos llevó a considerar la existencia de cinco situaciones en las que los cuidadores podrían necesitar actuaciones diferenciadas y concretas:

- Cuidadores emergentes: se consideraron en este apartado aquel grupo de cuidadores noveles en la actividad de cuidar, que ante el debut de la enfermedad de uno de los miembros de su grupo familiar debían superar la fase de shock , poder entender y aceptar la enfermedad y desarrollar habilidades y adoptar medidas de reorganización familiar.
- Cuidadores de enfermos semidependientes: entendiéndolos como enfermos semidependientes a aquellas personas con una puntuación de 45-55 en el test de Barthel para las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- Cuidadores de larga evolución se consideraron en este grupo a aquellos cuidadores que llevaban más de un año atendiendo a un familiar con una alta dependencia para las AVD , entendiéndolos que sus necesidades como cuidador ya no están centradas en las habilidades de la atención, sino en la necesidad de poder

expresar sentimientos y emociones y en conseguir cuidar de si mismos.

- Cuidadores de enfermos paliativos: como un momento de especial fragilidad en la que se prevé una muerte próxima del familiar y en el que cuidador debe afrontar la angustia por la muerte, la pérdida de su familiar y de su rol como cuidador.
- Atención al duelo del cuidador como cierre del proceso y centrado en la elaboración del duelo

De esta forma, se establecieron objetivos y actuaciones diferenciadas para cada situación concreta y ello nos llevó a considerar que:

- Los objetivos a plantearse en relación a los *cuidadores emergentes* se basaron en promover que tanto ellos como su grupo familiar tuvieran un acceso personalizado y preciso a la información y atención de la enfermedad, se valoraran sus necesidades específicas y se ofreciera una vía fácil de comunicación entre el cuidador y los servicios sanitarios. En cuanto a las intervenciones éstas se situaron en el marco de la visita domiciliaría y la entrevista individualizada y familiar, ofreciendo las explicaciones básicas y la contención ante la nueva situación generada.
- Se establecieron como objetivos hacia los *cuidadores de enfermos semidependientes* el facilitarles una información detallada entorno a la adecuación del domicilio y los cuidados del enfermo, así como ofrecer un espacio de formación para los

cuidadores que permitiera reforzar los aprendizajes en torno al cuidado del enfermo. La intervención para este grupo se basaría en la elaboración del documento *"Cuidar y cuidarse: guía práctica de atención al enfermo semidependiente*, en la facilitación de la guía en visita individualizada y en la constitución de un Grupo socioeducativo para reforzar el contenido de la Guía conducido por personal de enfermería.

- En cuanto los *cuidadores de larga evolución* se pensó en ofrecer un espacio de contención al cuidador principal en el que poder expresar sentimientos y dificultades generadas por la intensidad de la dedicación al enfermo. En este caso se planteó como intervención la creación de un Grupo socio terapéutico.
- Ante los *cuidadores de enfermos paliativos* se consideró la necesidad de ofrecerles un espacio personalizado donde poder expresar sus sentimientos en torno a la muerte inminente y los problemas prácticos y organizativos de esta nueva situación.
- Por último, *la atención al duelo del cuidador*, creó la necesidad de ofrecerles un espacio en el que pudieran elaborar la pérdida de su familiar y su rol, para ello se planteó una doble intervención, desde la atención individualizada a la participación en un Grupo de Duelo.

De este modo quedó configurado el Programa Cuidar y Cuidarse y se pasó a su ejecución en todos los centros de la ciudad.

## Los profesionales de la salud

Aunque ilusionados por el reto que significaba la ejecución del programa, aparecieron en los profesionales de la salud temores en relación a la creación y conducción de los diversos grupos socioeducativos y socio terapéuticos que se planteaban.

Los profesionales habían contactado ya con la evidencia de que aún cuando los grupos a formar fueran socioeducativos, había que huir del formato típico de charla informativa para pasar a introducir aspectos de dinámica grupal en los que los aspectos relacionales tendrían especial relevancia. En este sentido, sentían que estaban infradotados de elementos de comprensión grupal y carecían de técnicas grupales. Igualmente, este hecho cobraba relevancia en el caso de los grupos socio terapéuticos.

Ello nos llevó a contemplar medidas de formación de los futuros conductores de los grupos y a hacer una mirada al funcionamiento de otros grupos llevados a cabo en la propia institución en relación a otros programas.

Si bien, los nuevos conductores expresaban temor, este aspecto no era ajeno para los conductores de los grupos que ya estaban en funcionamiento, ya que a veces se daban ciertas dinámicas que no alcanzaban a comprender y se sentían muy solos y carentes de teorías y técnicas, o bien consideraban que el formato charla informativa les era inoperante o al menos insuficiente.

## La atención grupal en el ámbito de la atención primaria de Salud

Éste aspecto y la consideración de que el profesional sanitario es también un cuidador (profesional) que siente el impacto del contacto y la relación con la persona que sufre, y la incertidumbre sobre la eficacia de su ayuda, nos llevó a pensar también en la necesidad de dotar espacios para nuestro auto-cuidado.

Se diseñaron en este sentido cuatro medidas:

- Propiciar la formación continuada de los profesionales, poniendo énfasis en este caso en la formación de técnicas de grupo, favoreciendo el acceso de los profesionales a la oferta formativa existente en otros centros y creando cursos específicos dentro de nuestra propia institución.
- Crear una comisión institucional que reuniera a todos los profesionales interesados en Grupos para dar coherencia, homogeneidad y soporte a todas las intervenciones.
- Crear espacios de supervisión de grupos como paso posterior a la formación y para establecer un acompañamiento ante las dificultades que puedan surgir de la aplicación de los grupos.
- Seguir e implantar en todos los centros Grupos Balint como instrumento que permita analizar grupalmente y en función de casos clínicos el tipo de relación que establecemos con los pacientes con la finalidad de mejorarla.

## Las intervenciones

Cada una de las medidas diseñadas plantearon nuevamente el reto de superar

diversas dificultades y afrontar nuevas necesidades.

La aplicación del proyecto Cuidar y Cuidarse, se puede considerar exitosa tanto en las intervenciones individuales como en las grupales (socioeducativas y socio terapéuticas) y plantean el reto de la continuidad.

Si bien, el grupo socioeducativo tiene continuidad en el socio terapéutico, las personas que han participado en este último tienen la necesidad de perpetuar los encuentros grupales, así se generó la aparición de un tercer grupo de Relajación que ofreció cierta continuidad y se observa ahora la necesidad de crear un Grupo de Ayuda Mutua y quizás más adelante un Grupo de Acción Social (con la constitución de una asociación de cuidadores).

Con respecto a los cuidadores profesionales, a lo largo del primer semestre del año 2003, 25 personas han tenido acceso a la formación en técnicas grupales, 3 de ellas en cursos diseñados por el Instituto de Estudios de la Salud, y los 23 restantes mediante la creación de un curso en uno de los centros propios diseñados e impartidos por trabajadores sociales de la institución.

Uno de los grupos Balint sigue su segundo año de aplicación en dos de las áreas básicas de la ciudad, y en el 2003 se ha implantado un nuevo grupo en otra de las áreas básicas.

Próximamente se constituirá la comisión institucional que reflexione sobre las diversas intervenciones grupales y colabore en la revisión metodológica de cuantos grupos se realicen. Finalmente, se han realizado

gestiones y coordinaciones con el Ayuntamiento de la Ciudad para conseguir la financiación de un supervisor de grupos para el seguimiento de aquellos grupos que ya estén en funcionamiento. Asimismo se ha establecido un plan mediante el cual los futuros conductores de grupos puedan participar como observadores en otros grupos que se están realizando por otras instituciones en la ciudad, aspecto que sin duda contribuirá a incrementar su formación y revertirá en una estrecha coordinación interinstitucional.

Ciertamente, cada vez que los profesionales miramos en profundidad un modo de cubrir necesidades, debemos enfrentarnos a una vorágine de situaciones en las que cada reto nos conduce a otro, y cabe ser consciente de que muchas veces no tiene fin. En nuestro caso, un replanteamiento de la atención al cuidador nos llevó a observar las intervenciones grupales de la institución y a reivindicar espacios para nuestro propio autocuidado. En el futuro, quien sabe que nuevos retos deberemos afrontar,...



# Dependencia y vejez. Consecuencias Socio-Familiares

**Teresa Codinach i Moncunill.** DTS.  
Trabajadora Social. Fundación Altaya.

## Introducción

Este artículo no pretende ser un trabajo sociológico ni un resumen estadístico, tampoco un informe demográfico ni un estudio psicológico o filosófico, *simplemente pretende ser una reflexión en voz alta desde el trabajo social y concretamente desde la experiencia obtenida durante 25 años en la Unidad de Trabajo Social del Centre Hospitalari-Unitat Coronària de Manresa, que comprende un Hospital General de agudos, un Centro Sociosanitario y una Residencia Geriátrica. Geográficamente está situado en la ciudad de Manresa, provincia de Barcelona.*

Para ordenar mis reflexiones he intentado contestar a las siguientes preguntas de forma breve y realista:

- ¿Que le pasa a una persona anciana cuando enferma?
- ¿Que le pasa a la familia cuando uno de sus miembros ancianos enferma?
- ¿Que les pasa a unos y otros cuando tras la hospitalización el anciano queda en estado dependiente?
- ¿Los recursos sociales y sociosanitarios que existen dan respuesta a las necesidades derivadas de la hospitalización?
- ¿Que ha cambiado en 25 años?
- ¿Hacia donde vamos?

El material utilizado para la reflexión, han sido las 25 memorias anuales, los trabajos y informes elaborados sobre estos temas y las actas de las reuniones de grupos de

trabajadores sociales de distintos ámbitos y sobre todo las muchas horas pasadas contrastando opiniones con mi compañera de trabajo.

## Qué le pasa a una persona mayor cuando enferma

Habitualmente, al enfermar, la persona mayor *pierde total o parcialmente alguna de las capacidades que tenía hasta el momento, sean de orden físico (agilidad, movilidad,...) o psicológico (miedo, desorientación...)* o sea que disminuye su grado de independencia tanto para la realización de actividades básicas como instrumentales de la vida cotidiana.

Dependerá del diagnóstico y pronóstico médico que el grado de dependencia sea temporal o definitivo. La dependencia temporal o transitoria se da en los casos de crisis hipertensivas, neumonías, caídas de pronóstico leve, intervenciones quirúrgicas de bajo riesgo... Normalmente, salvo complicaciones, después de un período más o menos largo de convalecencia, el problema queda resuelto pero es un aviso de que empieza una etapa en la que habrá que intensificar la prevención de riesgos de las dependencias y planificar la atención que se deseará recibir.

Las cosas van a ser distintas cuando hablamos de estados de dependencia definitivos o irreversibles y aún en estos casos habrá que distinguir las enfermedades evolutivas (demencias, insuficiencias renales, enfermedades musculares degenerativas, ...) o las que aparecen de forma brusca o accidental (accidente vascular cerebral,

amputaciones de miembros inferiores, accidente de tráfico....).

En el primero de los supuestos da tiempo al enfermo y a su entorno para hablar de posibles soluciones y hacer hipótesis según sea la evolución pero en el segundo caso se pasa, en muy poco tiempo, de una situación que podía ser de autonomía total a otra de total dependencia, lo que conlleva que todo el mundo tenga que actuar pensando y hablando poco o nada, cosa que va a generar serios conflictos personales y familiares.

Estas situaciones casi siempre han tenido y tienen su origen o se ponen en manifiesto dentro de un Hospital de agudos y por lo tanto habrá que añadir a la disminución o pérdida de autonomía personal del anciano, el miedo a lo desconocido, la angustia por la falta de intimidad y privacidad, la información insuficiente o inadecuada y la capacidad de decisión muy mediatizada.

### **¿Qué le pasa a la familia cuando el anciano enferma y es hospitalizado?**

Toda hospitalización de una persona, y sobre todo si es inesperada, *provoca un cambio y una desorganización en su entorno inmediato* que a veces da como resultado que la familia haga unos "montajes irracionales" (guardias nocturnas, relevos entre hermanos, cuidadores privados...) que precisan de la intervención de los profesionales para reflexionar sobre la nueva situación y descubrir soluciones que permitan al núcleo familiar encontrar recursos adecuados a las necesidades presentes pero coherentes con lo

que piensan hacer en el futuro. Por ejemplo, es frecuente ver en el hospital como no se deja solo un pariente ni de día ni de noche y después se le manda a un centro residencial a 50 Km. totalmente solo, o como la familia gasta los ahorros con cuidadores que luego harán falta para adecuar el domicilio. No hay que olvidar que en cualquier sistema, y la familia lo es, el cambio de uno de sus miembros influye en todos los demás y obliga a una reestructuración para reencontrar el equilibrio.

El proceso que va desde la hospitalización hasta a la reorganización familiar, está condicionado por los sentimientos de tristeza, rabia, impotencia...y sobre todo por la angustia de no saber el estado final del enfermo, no saber que va a pasar ni como afrontarlo o de si saber que va a pasar pero no tener medios humanos, materiales ni económicos para afrontarlo. Mientras dura el proceso, sean días ,semanas o meses, lo mas importante es la *información sanitaria y social. Es necesario que ambas caminen al mismo ritmo y que se transmita de forma comprensible y a medida de las capacidades del interlocutor.*

Un caso a parte es el de la persona mayor sola, que cuenta con parientes o vecinos con ciertos lazos afectivos, pero sin nadie que legalmente pueda decidir con ella o por ella. Normalmente son situaciones de las que debería hacerse cargo la administración pública, previo acuerdo con el juzgado por lo que la resolución adecuada acostumbra a ser muy lenta sobretodo si precisa de un recurso estrictamente social. *Esta lentitud está muy mal tolerada por el hospital de agudos y los profesionales sanitarios y es una de las situaciones que obliga al trabajador social a hacer auténticos malabarismos para actuar*

de forma por lo menos correcta, respetando la autonomía de la persona enferma, siguiendo las normativas para el acceso a los recursos comunitarios y para no lesionar los intereses de la Institución Sanitaria y de otros enfermos que esperan acceder a una cama hospitalaria.

### Recursos sociosanitarios y Sociales para la post-hospitalización de ancianos dependientes

Desde el Hospital de agudos continua siendo dificultoso que enfermos y familiares entiendan que según el estado general y el pronóstico médico, puedan acceder o no a determinados recursos. Para la población, es difícil distinguir entre servicios estrictamente sanitarios, de los sociosanitarios y de los residenciales asistidos ya que muchas veces el perfil de los usuarios que están ingresados en unos y otros es difícil de diferenciar. Esto provoca también *malos entendidos sobre la cobertura pública que tienen los recursos para ancianos dependientes.*

Existe una falta de información correcta y veraz de la oferta de recursos que obliga a los profesionales a hacer una doble labor, la de informar y la de *desmitificar ayudas, programas y servicios que aparecen en los medios de comunicación con fines propagandísticos y que son meros proyectos o tienen un abasto muy restringido de aplicación.*

A menudo las necesidades sociales que estaban latentes surgen con fuerza durante una hospitalización y necesitan una respuesta urgente que difícilmente puede

darse desde los estamentos públicos y es en este momento cuando es importante poseer desde trabajo social una historia socio familiar completa y una buena relación con el enfermo y su entorno para plantear soluciones privadas alternativas, por lo menos temporalmente, hasta que la administración correspondiente asuma el coste del servicio que se precise en cada caso.

#### Las necesidades mas recurrentes planteadas en el hospital son:

- Servicios de atención a domicilio con horarios amplios y multifuncionales y utillaje de tipo ortopédico (cama eléctrica, grúa, silla de baño,.....) para facilitar el cuidado de la persona dependiente en el domicilio.
- Centros residenciales próximos al domicilio habitual y económicamente accesibles.
- Centros sociosanitarios con ingreso para tiempo indefinido.
- Acceso a unidades de convalecencia para periodos largos.

*Normalmente el reto para el trabajador social del hospital es hacer coincidir estas necesidades con los recursos de los que se dispone en cada momento ya que estos no se diseñan casi nunca teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que trabajan con los enfermos dependientes y sobre todo con sus familias. Es por ello que nos encontramos que no hay demanda, porque no se ve necesario, de centros de día, estancias temporales, pisos protegidos... pero que las familias terminan aceptando de forma provisional, en espera de una solución mejor.*

En nuestro entorno podemos atender, sin demasiada demora, a los ancianos con

dependencias transitorias con buen pronostico rehabilitador a través de las unidades de convalecencia y a los enfermos crónicos o terminales de alta dependencia en unidades de larga estancia o curas paliativas pero no a la población dependiente que debe volver a su domicilio o acceder a un centro residencial. En definitiva de forma esquemática y salvando las excepciones, *los recursos sanitarios son para todos, los sociosanitarios para bastantes y los sociales para muy pocos.*

## **Un cuarto de siglo ¿qué ha cambiado?**

En el panorama político solo citar que el 1978 es el año en que se aprueba la Constitución española y un año mas tarde l'Estatut d'Autonomia de Catalunya. Es a partir de este marco constitucional que se desarrolla toda la legislación y que se establecen las bases para acceder al Estado del Bienestar, acceso que parece difícil y largo ya que por el camino se han cruzado otras prioridades.

Entre tanto, y a nivel mas práctico, ha cambiado *el sistema sanitario, los servicios sociales, las estructuras familiares, las pirámides poblacionales y los asistentes sociales somos diplomados en trabajo social.*

Hemos pasado de tener muchos hospitales generales, algunos manicomios, ambulatorios del S.O.E, dispensarios municipales, sanatorios de tuberculosos o poliomiélticos... pertenecientes a patronatos, ordenes religiosas, mutuas de accidentes o grandes ciudades sanitarias de la seguridad social, a tener un servicio nacional

de salud organizado según las competencias autonómicas, con unos niveles de asistencia claramente diferenciados, primaria, hospitalaria, sociosanitaria...

Referente al ámbito social también partimos de unos servicios de beneficencia pública a través de Diputaciones o Ayuntamientos o privada normalmente al amparo de organizaciones religiosas o de asociaciones de benefactores hasta llegar a una ley de Servicios Sociales en la que se reconocen unos derechos de acceso para toda la población, se constituyen las unidades básicas de atención, se estructuran los servicios a domicilio, centros de día... y los asilos y salas generales de hospitales derivan a Residencias geriátricas, pisos tutelados...

Sería materia de un solo articulo intentar explicar desde el punto de vista de nuestro trabajo, los cambios que ha sufrido la estructura familiar tradicional y solo apuntaré algunos rasgos que condicionan nuestra actuación profesional.

Siempre han existido ancianos dependientes que han precisado de los demás para realizar las actividades de la vida diaria, lo que ha variado son el tipo de respuestas que se han dado y se dan a estas necesidades. En principio era la familia quien se ocupaba de ellos en casi la totalidad de los casos y dentro de la familia la parte femenina, esposa, hija, nuera, hermana, nieta... Los cuidados se proporcionaban por motivos afectivos, morales y económicos. Estos últimos eran un estímulo añadido ya que las personas mayores eran los propietarios de la vivienda, los campos... Si se debía dejar el trabajo se dejaba, si no se podía dormir no se dormía y si se había de curar úlceras se curaban pero

estas atenciones duraban desde meses hasta un año como promedio.

La situación ha cambiado paulatinamente hasta el momento presente que la familia ya no convive en el mismo domicilio, a veces ni en la misma ciudad o el mismo país, los lazos emocionales son mas débiles y la presión moral del entorno ha disminuido, en cuanto al estímulo económico ...todos conocemos sistemas de expoliación mas o menos refinados y el abandono del mercado de trabajo por parte de las mujeres de la familia hace bastante tiempo que ha dejado de existir. Además el promedio de vida de una persona dependiente puede alargarse hasta 8 o 10 años, periodo durante el cual los cuidadores se agotan física y psíquicamente.

*Poco a poco van apareciendo nuevos colectivos de personas dependientes* fruto de estos cambios como pueden ser los hombres solos que abandonaron o fueron abandonados por sus esposas e hijos por problemas de comportamiento (Alcoholismo, malos tratos...), que han sobrevivido en fondas, pensiones, barracas... Las personas con hijos separados una o mas veces y que ninguna nuera va a colaborar en su cuidado,...

Por último mencionar el "sobreenvejecimiento" de la población en general y la dependiente en particular que hace que nos encontremos en una misma familia con dos generaciones de ancianos y una tercera generación de adultos con hijos muy pequeños que no pueden asumir solos toda la problemática ni la carga psicológica que esto supone y que el único recurso que solicitan y quieren es un centro residencial.

Todo ello ha obligado y seguirá obligando a la creación de servicios públicos y privados

de calidad que ayuden, complementen o sustituyan las atenciones familiares de forma efectiva.

## ¿Hacia dónde nos encaminamos?

Quando tratamos, principalmente, con personas dependientes entre 80 y 90 años el futuro es hoy o mañana como mucho.

*Parece evidente que tenemos y vamos a tener una gran contingente de personas mayores con unos problemas que van a afectar toda la sociedad y que ésta pide que la administración pública se comprometa a nivel de protección y de financiación ya que los cuidadores, entre 45 y 55 años, son personas que hace años contribuyen anualmente al estado.*

En los últimos años se han realizado muchas encuestas, de diferente abasto, preguntando a la gente mayor donde, como y con quien desearía vivir durante el periodo de vejez y la respuesta estándar siempre es la misma, *desean vivir solos, de forma autónoma, en su domicilio y cuidados, cuando ellos crean que lo precisen, por sus familiares.* Con estos resultados, la administración planifica servicios a domicilio, pisos tutelados y centros de día. Pero cuando en el hospital estos ancianos quedan dependientes nada de esto nos va a servir porque ellos ya no pueden elegir y nadie preguntó a *sus familias* que harían con sus familiares ancianos y enfermos y como hemos apuntado anteriormente *la demanda es clara, recursos institucionales y permanentes y públicos, no gratuitos sino abonando cantidades razonables y prescindiendo de si se financian desde sanidad o servicios sociales.*

## Dependencia y vejez. Consecuencias Socio-Familiares

Este divorcio entre oferta y demanda de recursos está provocando el aumento de la presencia del mercado privado en todo el ámbito de los servicios sociosanitarios lo que provoca que familias de clase media tengan grandes dificultades económicas para acceder a servicios privados y a la vez no reúnan las condiciones para beneficiarse de una plaza pública. En un futuro inmediato no parece que corran aires de cambio para este sector ya que últimamente está de actualidad el tema de la vejez, la dependencia y las atenciones a largo plazo pero se hace hincapié básicamente en los modelos de financiación, el estudio de costes, el seguro privado de la dependencia,...

El envejecimiento y la dependencia plantea nuevos retos a la política social del país delante de unas necesidades emergentes que las diferentes administraciones, según el nivel de competencias, deberán responder.

A finales del año 2002, el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya, hizo público *El llibre blanc de la gent gran amb dependència*, (El libro blanco de la gente mayor con dependencia) que termina con un decálogo de recomendaciones de los que transcribo los títulos:

- Diversificar la atención a las "dependencias".
- Prevenir la dependencia desde las edades jóvenes.
- Orientar los servicios a las preferencias del usuario.
- Reconocer el derecho a la atención a la dependencia.
- Financiar la atención a las dependencias en un modelo mixto.
- Un modelo asistencial basado en el usuario.
- Integrar la atención a la dependencia en un único programa.
- Valorizar el recurso humano.
- Prestar apoyo a la adaptación de los prestadores de servicios.
- Invertir en la "gestión del conocimiento"

Después de todo lo dicho, solo nos queda esperar y continuar trabajando como nosotros sabemos hacerlo, con el usuario, su familia y su entorno, codo a codo con nuestros compañeros de la red asistencial y participando en los grupos de profesionales y en las asociaciones y organizaciones de la comunidad cuando nos sea posible para transmitir nuestra experiencia y nuestras inquietudes.

### Bibliografía

- *"Llibre blanc de la gent gran amb dependència"*. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2002.
- CASADO, David i LÓPEZ, Guillem. *"Vellesa, dependència i atencions de llarga durada"*. Col·lecció Estudis Socials nº6 – Fundació La Caixa.
- *"Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària"*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 2002.

**Sección**  
**libre**





# Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

## VV.AA.\*

El envejecimiento de la población en las sociedades occidentales, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida, conlleva uno de los grandes retos de las sociedades avanzadas actuales: como conseguir vivir estos años libres de discapacidad. El incremento de las tasas de dependencia de la población geriátrica y especialmente el hecho que afecte a una población tan numerosa proyecta un escenario de futuro en el que será imprescindible la revisión de los sistemas de protección sanitaria y social.

Mientras en la mayoría de los países de la Comunidad Europea ya han abordado sistemas de protección de la dependencia debida al envejecimiento, en España ésta no tiene un encuadre adecuado en la legislación actual. El derecho a las prestaciones sociales se regula por las diferentes comunidades autónomas según sus facultades legislativas propias, existiendo entre ellas diferencias en la cobertura de servicios.

El debate social al respecto es importante y todas las fuerzas políticas plantean en sus programas la necesidad de la regulación legislativa de la atención a la dependencia como un paso imprescindible para hacer frente a una población con necesidades crecientes.

Actualmente la realidad en nuestro país respecto a los servicios de atención a la dependencia de los ancianos, y a pesar del esfuerzo evidente en la mejora de su provisión por la mayoría de las administraciones, es que son los familiares próximos los responsables principales de la provisión de la atención directa de los ancianos dependientes.

La situación descrita anteriormente conforma el marco de trabajo actual de un colectivo importante de trabajadores sociales, especialmente de aquellos que trabajamos en el ámbito de la geriatría.

La atención geriátrica especializada es de implementación relativamente joven en nuestro país y su principal objetivo es dar respuesta al reto de vivir muchos años sin perder la capacidad funcional, o sea la capacidad de manejarse de forma autónoma. Para aproximarse a este concepto de vivir autónomamente es muy clarificador el conocido análisis que la O.M.S. plantea de las tres etapas del proceso de la dependencia y sus consecuencias en el texto "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías". Se define la Deficiencia como "la pérdida de una estructura o función fisiológica o psicológica". Si esta limitación afecta a la capacidad de realizar una actividad de forma normal estamos en situación de Discapacidad. La Minusvalía o Handicap existe cuando la discapacidad conlleva dificultades para el desempeño del rol social normal del individuo.

Esta clasificación hace evidente la diversidad de necesidades que acaban configurando el concepto de handicap y se desprende de ella que solo una aproximación de trabajo global que recoja las variables biológicas, psicológicas y sociales puede dar respuestas adecuadas.

## ■ notas

\* Carme Guinovart Garriga, Assumpta Guiteras Soley, Imma Serra Crosas. D.T.S. Trabajadoras Sociales. Hospital de la Santa Creu. Vic.  
Montserrat Haro Beltran. D.T.S. Trabajadora Social.

## Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

El principal instrumento de trabajo con que cuenta la geriatría es la Valoración Geriátrica Integral que es multidimensional tanto en su concepción como en su aplicación. Esta incluye la valoración clínica (la enfermedad, su tratamiento), la funcional (repercusión sobre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), la cognitiva-emocional (capacidades cognitivas y repercusiones sobre el estado de ánimo) y la valoración de la función social (repercusión del cambio del nivel de necesidades del anciano sobre la red familiar y social). Como se desprende de esta concepción de trabajo, la geriatría cuenta con el trabajo social como una disciplina imprescindible para una resolución eficaz de la diversidad de necesidades que genera la fragilidad del anciano.

En numerosas ocasiones el declive de la funcionalidad de los ancianos se va dando de forma progresiva configurando una situación de frágil equilibrio que se puede romper por numerosas circunstancias siendo una de las más frecuentes la aparición de un problema de salud agudo, que supone en muchos casos la hospitalización y la pérdida brusca de las capacidades que éste podía aún ejercer y la aparición de los síndromes geriátricos (inmovilidad, úlceras de presión, confusión...). En estas ocasiones y una vez se ha tratado el problema médico agudo lo que queda por resolver, y es lo que más preocupa a enfermo y familia, es cómo volver a ejercer su capacidad de manejo autónomo previo, y en el caso de no ser posible, cómo hacer frente a la nueva situación de cuidados que se ha generado. Es cada vez más frecuente en el contexto de la atención geriátrica especializada que a estos enfermos, a los que se les supone un potencial de rehabilitación en la funcionalidad, se les trate en las unidades geriátricas de media estancia,

llamadas también de rehabilitación o convalecencia. Este es el contexto de trabajo donde se ha realizado el estudio que presentamos en el presente artículo.

Las inquietudes que nos condujeron al diseño y posterior realización del mismo fueron varias:

- Desde el punto de vista metodológico cualquier investigación de aspectos psicosociales de la atención suele tener validados y sistematizados sistemas de detección (valoración) de los problemas, siendo sus grandes temas pendientes el demostrar cómo las intervenciones profesionales producen los cambios en las situaciones tratadas y su relación con los resultados obtenidos. El primer paso en este sentido es una conceptualización de las intervenciones que permita diferenciar claramente cuándo se aplica una u otra y luego una sistemática en su aplicación y registro. Esto permite una descripción de las mismas y relacionarlas con los resultados obtenidos en los casos tratados.
- Desde el punto de vista clínico, y en la intervención en la función social que hacíamos las trabajadoras sociales en la unidad de media estancia, nos preocupaba la observación de que estábamos trabajando con casos de complejidad diversa y que no conocíamos con exactitud que es lo que hacía que unos casos fueran más complejos que otros. Al trabajar en un contexto multidisciplinar teníamos la oportunidad de relacionar las características clínicas generales de la muestra con las variables de la función social y las intervenciones realizadas en este ámbito, lo cual podría darnos un

perfil de paciente de intervención social compleja.

El diseño del estudio que seguidamente pasamos a comentar consistió básicamente en una monitorización de todo el proceso de atención que se hace desde trabajo social y que incluye los tres eslabones del *continuum asistencial*: valoración de necesidades, proceso de intervención y resultados. Este planteamiento podía permitirnos profundizar en las dos vertientes de nuestra inquietud tanto la metodológica como la clínica.

El trabajo que presentamos se realizó en la unidad geriátrica de media estancia (convalecencia) del Hospital de la Santa Creu en Vic (Barcelona). El Hospital es un centro Socio-sanitario que realiza atención geriátrica y de cuidados paliativos. Cuenta las unidades geriátricas de media estancia (43 camas), larga estancia (41 camas), psicogeriatría (16 camas) y la unidad de cuidados paliativos (20 camas). Asimismo y conjuntamente con el Hospital General de referencia existe la Unidad Geriátrica de agudos. Se completa la oferta de servicios con los Hospitales de Día (geriátrico, psicogeriatrico), y los equipos de soporte especializados PADES (atención primaria) y UFISS (hospital agudos). La zona de influencia es una comarca rural con una población total de 150.000 habitantes. En el Centro trabajamos tres trabajadoras sociales y para la realización del presente trabajo contamos con la colaboración de otra trabajadora social. La recogida de datos se hizo entre Enero y Julio del año 2000 y los resultados fueron presentados en forma de comunicación oral en la XX Reunión de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología celebrada en junio del 2001 en Donosti.

## Consideraciones metodológicas previas

Nos parece adecuado, antes de entrar de lleno en la descripción del trabajo y sus resultados, comentar más ampliamente algunos aspectos conceptuales con relación a la metodología utilizada, ya que nos parece que hacerlo previamente facilita la comprensión del trabajo.

En Geriátrica está bien establecida la valoración de la función social de los pacientes que se ha basado tradicionalmente en las variables que constituyen el soporte informal (estructura familiar, apoyos de la red social, relaciones y contactos sociales) y en las variables que conforman los recursos (vivienda y economía). En las aproximaciones más recientes se incluyen en esta valoración la sobrecarga del cuidador, y la satisfacción y calidad de vida de los pacientes y sus valores personales. Esta valoración se ha realizado tradicionalmente y de forma mayoritaria a través de una entrevista semiestructurada con el paciente y/o con el cuidador principal. El interés en la medición ha sido crucial para desarrollar instrumentos validados en todas las áreas de la Valoración Geriátrica Integral y que, en el caso de la Función Social, está menos desarrollada, debido a que las variables que la componen tienen a menudo características subjetivas, culturales, que hacen más difícil definir que es un buen funcionamiento social y establecer parámetros que permitan la comparación. En los países anglosajones especialmente U.S.A., donde se ha desarrollado más la Geriátrica en las últimas décadas, ha sido habitual desarrollar instrumentos de medición tanto de la *Función Social Global*,

## Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

como de las diferentes dimensiones que la componen. Las escalas que miden la funcionalidad del anciano (actividades de vida diaria) son las de uso más generalizado. Mencionamos al respecto la Escala de Barthel ya que fue la utilizada por nuestro equipo. Esta escala, sobre una puntuación máxima de 100, valora la capacidad para la realización de las actividades siguientes: comer, aseo, vestido, continencia urinaria y fecal, traslados, desplazamientos y escaleras. A menor puntuación en la escala más dependiente es el anciano, considerándose significativa, en más o menos nivel de ayuda por parte de terceras personas, una diferencia de 20 puntos.

Por lo que respecta al Estado Español la Escala de Valoración de la *Función Social* más conocida y utilizada por los equipos geriátricos es la Escala Socio Familiar Gijón en sus diferentes versiones. En nuestro caso utilizamos la Escala de Gijón modificada por existir experiencias anteriores de su uso en ámbito hospitalario (Figura 1).

Así pues la valoración social en Geriátrica está bien establecida y está basada en la valoración de los aspectos de soporte informal y recursos materiales del paciente, dando menos protagonismo al propio potencial personal del enfermo o del núcleo familiar para hacer frente a las nuevas necesidades.

Por otra parte los tipos de intervención que hacen los trabajadores sociales en este tipo de servicios están muy dirigidos a la coordinación y conexión de recursos comunitarios y son menos conocidas las actuaciones dirigidas a incrementar la adaptación al cambio del cuidador, que parecen cruciales para lograr un adecuado

Figura 1

Escala de valoración socio-familiar de Gijón modificada	
Situación	Apoyos de la red social
0 Vive con hijos	0 No necesita ningún apoyo
1 Vive con la pareja de similar edad	1 Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
2 Vive con otros familiares o amigos	2 Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria
3 Vive solo pero tiene hijos próximos	3 Pendiente de ingreso en residencia de ancianos
4 Vive solo, carece de hijos o viven alejados	4 Necesita cuidados permanentes que no son dados
Vivienda	Situación
0 Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor)	0 Más de 715 € (119.000 Ptas)
1 Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)	1 Entre 480 € y 715 € (80.000 y 119.000 Ptas)
2 Barreras arquitectónicas	2 Entre 240 € y 480 € (40.000 y 80.000 Ptas)
3 Vivienda inadecuada (carece de ≥2)	3 Menos de 240 € (Menos de 40.000 Ptas)
4 No tiene casa (ausencia de vivienda)	4 No recibe ninguna pensión ni otros ingresos
Relaciones y contactos sociales	
0 Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	
1 Solo se relaciona con familia y vecinos, sale de casa	
2 Solo se relaciona con familia, sale de casa	
3 No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 / semana)	
4 No sale de su domicilio, ni recibe visitas (0<1 / semana)	
Puntuación total:	
≤8 = Bueno / Aceptable	
9 - 16 = Riesgo	
≥17 = Problema social	

nivel de cuidados a largo plazo, de la discapacidad del paciente. En la práctica cotidiana nos parecía intuir que una parte importante de nuestro trabajo estaba basado en la relación de ayuda con los cuidadores principales y que era imprescindible avanzar en definir y categorizar las intervenciones de este tipo que hacíamos como un primer paso para conocer mejor áreas de actuación susceptibles de mejora. En este sentido desde el equipo de trabajo social desarrollamos un modelo de categorización de intervenciones sobre los cuidadores a partir de la experiencia del trabajo de casos.

Los criterios sobre los que articulamos la categorización fueron dos: **Tipología e intensidad.**

Con respecto a la **tipología** consideramos tres tipos:

- a) *Tipo estándar o básica:* Es una intervención directa sobre el cuidador y que consiste en

una intervención de acogida inicial donde se realiza la valoración social básica con creación de un clima relacional facilitador de la intervención y la entrevista de concreción de alta. Se realiza en casos de evolución favorable, tanto funcional como socialmente, y responde a la aplicación de un modelo global de atención que no actúa a demanda sino que va dirigido a detectar necesidades.

- b) *Tipo proceso adaptativo*: Son intervenciones de tipo directo basadas en la técnica de *relación de ayuda* y están dirigidas a facilitar la adaptación al cambio del cuidador. Es un tipo de intervención clásica, desde la perspectiva del trabajo social, que siempre actúa en la dimensión del incremento de la propia capacidad de la persona y de su potencial. En este sentido son ampliamente conocidas las posibilidades terapéuticas de técnicas como las psicoterapias breves o del counselling. Se realizan generalmente en casos en los que el cuidador manifiesta inquietudes o dificultades cuando se enfrenta a las circunstancias del cuidado del anciano o cuando éstas son detectadas por el equipo. Nos fue muy útil la clasificación de intervenciones de trabajo social propuesta por Cristina de Róbertis para la dimensión microsocia (individuos, familias, pequeños grupos). Siguiendo su propuesta, y conjuntamente con una reflexión sobre la práctica cotidiana, acordamos la tipología siguiente que nos parecía que recogía bien las actividades que hacíamos las trabajadoras sociales en la unidad de convalecencia:

*Información*: Informaciones prácticas sobre todas las posibilidades de ayuda

comunitaria, aspectos legales, laborales. (recursos formales, ayudas técnicas, trámites, prestaciones, incapacitación...)

*Educación*: Informaciones que se ofrecen con el objetivo final de que el cuidador adquiera algún nuevo aprendizaje en torno al cuidado del paciente, tanto desde el punto de vista de manejo práctico de la situación, como también relacional y comunicacional.

*Clarificación*: Consiste en recoger el discurso del cuidador y ayudarlo a articularlo con el objetivo de una mayor comprensión de sí mismo y de sus reacciones ante la situación. Incluye atender situaciones de contención emocional así como intervenciones de apoyo y refuerzo de acciones terapéuticas del equipo

*Consejo dirigido*: Utilización de técnicas como el consejo, la confrontación, persuasión, influencia, con el objetivo final de que el cuidador tome decisiones e incremente su responsabilidad personal e implicación en la situación.

*Control-Autocontrol*: Consiste en establecer límites, con el objetivo final de que el cuidador incremente su autocontrol o que éste sea ejercido exteriormente por el trabajador social, para facilitar el conseguir los objetivos propuestos conjuntamente en el proceso de seguimiento del enfermo. Incluye poner retos, exigencias, límites. Un ejemplo de su aplicación sería en casos de sobreprotección-evitación o en intervenciones de "profilaxis", o sea el adelantar situaciones inquietantes para el cuidador en los nuevos retos que se le

## Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

plantean, para pensarlas en el contexto de seguridad que ofrece la relación con el trabajador social.

*Poner en relación:* Consiste en crear y descubrir nuevos soportes u oportunidades de soporte interfamiliar, social o personal y que el cuidador los utilice. Incluye intervenciones conjuntas dentro del grupo familiar o relacional del cuidador.

*Resistencia:* Consiste en trabajar las resistencias que se generan a la intervención del equipo sobre la situación. Incluye la canalización, contención, mediación y resolución de situaciones de conflicto (dilación en el cumplimiento de acuerdos, evitación, proyección, agresividad...)

- c) *Tipo Articulación de recursos formales:* Es una intervención de tipo indirecto, ya que se dan en ausencia del cuidador pero en su beneficio. Están dirigidas a garantizar que el anciano acceda a los recursos formales que dispone en su ámbito comunitario para la atención de su nivel de dependencia, así como hacer que exista una continuidad asistencial en su tránsito desde un recurso sanitario a los recursos sociales. Es un aspecto crucial para garantizar la atención de larga duración. Definimos tres tipos:

*Trámites y gestiones:* Realización de gestiones y trámites con relación al acceso a recursos formales: (Expedientes para acceso a prestaciones, prestaciones ortopédicas, reconocimiento grado de disminución, revisión invalidez, bajas, pensiones, informes sociales etc...)

*Coordinación telefónica con Servicios Sociales:* Concreción de recursos comunitarios a través de contacto telefónico, siendo la familia quien acaba de concretarlos con su presencia en los servicios a donde son derivados.

*Trabajo conjunto con Servicios Sociales:* Concreción de recursos comunitarios o de líneas de trabajo complejas que requieren encuentro conjunto con los profesionales del servicio al cual es derivado el usuario y de éste para formalizar acuerdos y asegurar la continuidad asistencial del caso.

Con respecto a **la intensidad de intervención** consideramos cuatro posibilidades combinando tipos y número de intervenciones que requerían los casos

- Intervención básica (la descrita anteriormente). Intensidad muy baja
- Intervención básica y recursos (la básica con una única intervención de articulación de recursos al alta). Intensidad baja
- Intervención básica y hasta máximo de tres intervenciones de tipo adaptativo o de articulación de recursos. Intensidad moderada
- Intervención básica e intervenciones de tipo adaptativo o de articulación de recursos en número superior a tres. Intensidad alta.

Como puede inducirse de lo comentado hasta ahora el núcleo de la intervención fue el cuidador del anciano ingresado. Su identificación se hacía sobre la base de los criterios que fueran identificados por el propio anciano y por observación del equipo en el sentido de presencia, implicación

práctica, interacción con el equipo, asistencial y responsabilidad en la toma de decisiones.

## Objetivos

El trabajo descrito anteriormente, al acordar unos criterios homogéneos que guiarían nuestra intervención en el área social, y la forma de trabajo habitual del equipo, que ya incluye la recogida sistemática de los datos clínicos de los pacientes, hizo plantearnos los objetivos siguientes:

- Describir las características generales de la intervención social sobre los cuidadores.
- Observar las características de la intervención social en casos de distinta complejidad.
- Observar la relación entre los resultados de una escala de Riesgo Social validada (Escala de Gijón modificada) con el grado de complejidad del proceso de intervención social.
- Observar la relación entre la complejidad de la intervención social y las características clínicas de los pacientes.

## Material y método

La muestra la constituyeron todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en la Unidad de Media Estancia durante el periodo entre Enero y Julio del año 2000.

Al ingreso se registran los datos de los pacientes así como las características clínicas de los mismos según el protocolo habitual

(Edad, diagnóstico, fecha de ingreso...). La dependencia funcional se evalúa con la Escala de Barthel, registrándose el Barthel basal (previo al problema que originó el ingreso en el hospital) y el Barthel al ingreso. Así es posible conocer el grado de dependencia producido por la situación aguda.

También al ingreso se realiza la entrevista clínica habitual de valoración social por parte del trabajador social. Asimismo se evalúa el riesgo social mediante la Escala de Gijón modificada. Se considera riesgo bajo, moderado y alto según los puntos de corte de la escala con las puntuaciones inferior/igual a 8, entre 9 y 16, y superior a 17 respectivamente (*Figura 1*).

Durante el proceso de atención se monitorizan todas las intervenciones sociales que se hacen sobre el cuidador y se registran según los criterios expuestos anteriormente tanto en función de la tipología como de la intensidad.

Al alta de los pacientes se registran la fecha en que ésta se produce, el destino del paciente (domicilio, residencia, traslado a otro hospital, muerte...), y Barthel final lo que permite saber la dependencia final del paciente y consecuentemente su evolución durante el periodo de ingreso. Es al alta cuando la trabajadora social, y según su criterio clínico, determina la complejidad social del caso clasificándola de leve-inexistente, moderada o alta.

## Resultados

El total de enfermos que entraron en el estudio fue 197. Para facilitar la comprensión de los resultados los presentamos en cinco figuras

## Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

que iremos comentando.

Con respecto a **la muestra** (Figura 2) puede observarse que el perfil de los pacientes atendidos es de **ancianos muy mayores** (más de 80 años de media) y **muy discapacitados**, con un Barthel previo aceptable (68.7 puntos) pero que al ingreso han perdido mucha capacidad que, aunque recuperen parcialmente, hace que, en el **momento de retorno a la comunidad, su dependencia funcional sea significativamente peor** que antes del ingreso (47.9 puntos). La mortalidad de los pacientes (12.8%) también corrobora su alta fragilidad ya que está en la franja alta para este tipo de servicios, en los que suele estar alrededor del 9%.

Figura 2

RESULTADOS I:	
N=197	
Edad:	80.5 años
Sexo:	43% Hombres 57% Mujeres
Estancia $\bar{X}$ :	45.3 días
Barthel Basal $\bar{X}$ :	68.7
Barthel ingreso $\bar{X}$ :	35.7
Barthel alta $\bar{X}$ :	47.9
Alta domicilio:	55.6 %
Alta Residencia Habitual:	6%
Alta Residencia Nueva:	13.8%
Otros	11.8%
Mortalidad:	12.8%

Destacamos también, porque en geriatría suele utilizarse como indicador de resultado, el 13.8% de pacientes de nueva institucionalización. Esta cifra, añadida al 6% de pacientes que regresaron a su residencia de origen, muestra la importancia de este tipo de servicios en la atención a los ancianos dependientes.

Con respecto a **características de la intervención social** sobre los cuidadores y su

grado de complejidad (Figura 3) destacamos que los casos de complejidad alta fueron un porcentaje pequeño (13.2%) con un predominio claro de casos clasificados de complejidad leve. Con respecto a la

Figura 3

RESULTADOS II:		
Complejidad:	Leve	65%
	Moderada	21.8%
	Alta	13.2%
Intensidad:	Básica (Muy baja)	24.8%
	Básica + Recursos (Baja)	5.5%
	≤ 3 Intervenciones (Moderada)	40.2%
	> 3 Intervenciones (Alta)	29.5%
Tipologías predominantes:	Informativa	45.7%
	Clarificación	46.7%
	Consejo dirigido	22.3%
	Coordinación telefónica	31%

intensidad de intervención casi un 70% de los casos (40.2% + 29.5%) conforman un grupo de intensidad moderada - alta. Por otro lado en un 24.8% no se ha detectado necesidades que requirieran intervención social. Los tipos de intervención adaptativas predominantes fueron la **informativa, de clarificación y de consejo dirigido** con un porcentaje muy importante en el caso de las dos primeras. Por otro lado se confirma la importancia del teléfono como instrumento de trabajo. La **coordinación telefónica con los recursos comunitarios** fue necesaria en una tercera parte de los casos.

Por ser el objeto principal de nuestro estudio dedicaremos un apartado más extenso a desarrollar los resultados entorno a **la complejidad de la intervención**. Como se ha visto en la figura anterior los casos de alta complejidad son pocos cuantitativamente.

La figura 4 expone la relación entre complejidad e intensidad. Como puede observarse **la relación entre complejidad alta-intensidad alta es muy clara**. Ningún caso de complejidad alta pudo resolverse con pocas intervenciones y en un 73% precisaron

Figura 4

**RESULTADOS III: Relación complejidad - intensidad**

		Complejidad		
		Leve	Moderada	Alta
Intensidad	Básica (Muy baja)	37.5%	2.3%	0%
	Básica + Recursos (Baja)	7.8%	2.3%	0%
	≤ 3 Intervenciones (Moderada)	46%	30.2%	27%
	> 3 Intervenciones (Alta)	8.5%	65.1%	73%
p=0.000000		n=128	n=43	n=26
Complejidad máxima - alta intensidad				
Complejidad mínima - baja intensidad				

la intensidad más alta de intervención. Un porcentaje pequeño (8.5%) de casos de complejidad leve también precisaron intensidad alta, pero un 91.5% se resolvieron con una máximo de tres intervenciones. La relación entre complejidad máxima - alta intensidad y entre complejidad mínima - baja intensidad fue estadísticamente significativa en ambos sentidos.

La figura 5 expone la relación entre **complejidad y tipos de intervenciones**. Hemos expuesto en la tabla las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas una vez realizado el análisis estadístico. Podemos observar que hay unas intervenciones claramente diferenciadas para casos de complejidad alta que son el trabajo sobre la resistencia, el consejo dirigido, y el trabajo conjunto con otros servicios sociales. Así pues los casos complejos se caracterizan porque, en el transcurso de su resolución, se

Figura 5

**RESULTADOS IV: Relación complejidad - tipología**

		Complejidad			p. valor
		Leve	Moderada	Alta	
Tipología	Informativa	31%	65%	84%	p<0.001
	Clarificación	38%	65%	58%	p<0.001
	Consejo	4%	51%	65%	p<0.001
	Control	3%	23%	42%	p<0.001
	Resistencia	0%	9%	57.6%	p<0.001
	Trabajo conjunto S.S.	0.7%	9%	37%	p<0.001

Complejidad máxima: → Consejo  
→ Resistencia  
→ Trabajo conjunto S.S.

tiene que entrar en el manejo del conflicto con los cuidadores, en la toma de decisiones en el ámbito socio-familiar y requieren la implicación directa de otros profesionales de servicios sociales para trabajarlos y resolverlos.

Figura 6

**RESULTADOS V:  
Relación complejidad - Características clínicas pacientes**

		Complejidad			p. valor
		Leve	Moderada	Alta	
Car. clínicas	Estancia media	39.6%	48.3%	70.8%	p<0.001
	Institucionalización	7%	23.2%	30.7%	p<0.001
	Pérdida funcional > 20 puntos	42%	34%	34.6%	No signif.

Complejidad alta: → Estancias largas  
→ Institucionalización

La figura 6 expone por último la relación entre **complejidad y algunas características clínicas** de los pacientes que nos parece importante reseñar. Así observamos una relación estadísticamente significativa entre complejidad alta con estancias medias muy largas y mayor institucionalización. En cambio no se confirma la relación entre pérdida funcional superior a 20 puntos de Barthel y alta complejidad.

## Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

La última tabla que exponemos (figura 7) revisa la relación entre **riesgo social** medido por la Escala de Gijón y **complejidad de intervención social**. Como puede observarse el riesgo social medido fue bajo en un número alto de casos (83.2%) y moderado - alto en un porcentaje pequeño (16.8%). Con respecto a la relación del riesgo social con complejidad en nuestro caso **la escala no diferenció los casos de distinta complejidad**. Puede verse como la puntuación media de riesgo es muy parecida para los tres grupos.

### Comentarios y discusión

Al exponer los resultados ya hemos ido comentando algunos aspectos para facilitar su comprensión. Quisiéramos comentar la reflexión del equipo sobre los mismos así como relacionarlos con los objetivos propuestos.

Figura 7

RESULTADOS VI:			
Relación Gijón-complejidad			
Escala Gijón $\bar{X}$ = 8.6			
E. Gijón	83,2% Baja		
	16,8% (Moderada- Alta)		
Relación Gijón- complejidad			
$\bar{X}$	6,18	Leve	
$\bar{X}$	6,9	Moderada	
$\bar{X}$	6,8	Alta	P=0,22

La **intervención social general** en nuestra unidad de convalecencia se **caracteriza** por las **intervenciones informativas, de clarificación, de consejo y por la necesidad de coordinación telefónica con los recursos comunitarios**, que se realizan con intensidad entre moderada y alta en un porcentaje elevado de casos. Esta intensidad y los tipos

de intervenciones realizadas creemos que se corresponde claramente con la muestra que presenta también, en un porcentaje elevado, cambios substanciales en su capacidad de manejo con la consecuente repercusión en la esfera socio-familiar.

Los **tipos de intervenciones** adaptativas predominantes están claramente enfocadas tanto al incremento de conocimientos sobre la situación por parte del cuidador como a la comprensión de su propia reacción ante el cambio, así como ayuda en la toma de decisiones. Todas ellas **persiguen el objetivo del aumento de control del cuidador sobre la situación** y que parece que en nuestro caso este fue la mayor parte del trabajo social realizado en los casos atendidos. Entendemos que el trabajo de coordinación telefónica va en el mismo sentido, ya que está en la línea de **aumentar la seguridad del cuidador en el tránsito hacia unos recursos sociales** a los que accede (en la mayoría de los casos) por primera vez y sin conocerlos previamente.

Seguramente también es el tipo de intervención que permite y demanda realizar tanto el contexto de intervención temporal relativamente corto que ofrece la estancia media (45 días) como el impacto del cuidador debido a la toma de conciencia de las repercusiones del cambio de las necesidades del anciano.

El tipo de intervención descrito fue clasificado por los trabajadores sociales como de complejidad baja en la mayoría de los casos. Nuestra reflexión en este sentido fue que, aunque trabajamos con intensidad de moderada a alta en un alto porcentaje de los casos, teníamos habilidades clínicas en los tipos de intervención utilizados. Asimismo

en la zona en que trabajamos existe una alta cobertura de recursos comunitarios, con lo cual la conexión y acceso a los recursos no nos representaba grandes dificultades.

El bajo porcentaje de casos de alta complejidad no nos sorprendió ya que la percepción previa que teníamos al respecto es que, si bien cuantitativamente podían no ser muchos, la carga laboral que representaban tanto en consumo de tiempo como en desgaste profesional era muy alta. La **relación complejidad-intensidad quedó ampliamente demostrada** con una relación estadística altamente significativa. Lo confirmó la percepción del equipo del alto consumo de tiempo que se dedica a estos casos. El análisis de la relación entre complejidad y tipos de intervenciones nos descubrió que, con diferencia, **el trabajo sobre las resistencias del cuidador era la intervención claramente diferente respecto a la intervención social general**. Cuando se realiza esta intervención se hace casi siempre en un contexto de conflicto ya que, por la razón que sea (expectativas no ajustadas del cuidador, dificultades adaptativas que generan sentimientos de frustración, rabia, negación, etc.), el cuidador proyecta hacia el equipo su malestar. En nuestro contexto de trabajo y aunque todos los profesionales del equipo multidisciplinar pueden verse afectados por este estado del cuidador, es habitual que seamos los trabajadores sociales los encargados de encauzar y buscar la conciliación entre lo que espera el cuidador y lo que la situación de dependencia del anciano y el contexto de recursos permite trabajar. Cuando utilizamos el **consejo dirigido entramos claramente en el ámbito de la toma de decisiones**. Muchas veces el tiempo que necesita una persona para

hacerse cargo de las implicaciones del cambio, que le permitiría hacer el proceso de tomar decisiones con aplomo y tranquilidad, es mucho más largo del que puede ofrecer una estancia en la unidad. También la situación de la mayoría de los cuidadores (cónyuges mayores o hijos con obligaciones familiares y laborales) apremia en el sentido de que las nuevas situaciones de cuidado quieren verse claramente resueltas antes del alta. Existe pues una presión en el sentido de decidir cosas muy importantes y de repercusión de futuro sobre la familia en condiciones anímicamente frágiles y donde el **papel del conductor, de trabajador social, hacia la decisión** que asegure el cuidado de las necesidades del anciano, es clave y se basa en la capacidad de generar confianza en los familiares.

El trabajo **conjunto y directo con los cuidadores, y con otros profesionales de servicios sociales**, es una consecuencia de lo que nos expresan los tipos de intervención anteriores. Parece claro que en estos casos se requiere una continuidad de intervención que va más allá de la mera coordinación. Se plantea la necesidad de asegurar el **seguimiento y ayuda especializada en el proceso adaptativo de estos cuidadores**. La necesidad de la implicación de otros profesionales nos pareció que se derivaba de la situación descrita y, aunque a veces demoraba un poco la resolución del caso, no nos ocasionaba dificultades importantes. Como ya hemos comentado, en nuestra comarca la accesibilidad profesional y la predisposición al trabajo conjunto entre servicios sociales es buena.

Cuando reflexionamos por qué esta situación caracterizaba lo que clasificábamos como

## Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

complejo, pensamos que **nuestras habilidades en el manejo del conflicto eran menores**. Éstas eran un tipo de situaciones que clásicamente habían sido poco frecuentes en nuestro equipo y que seguramente su incremento más reciente podía atribuirse tanto a un fenómeno general en el ámbito sanitario, como son los cambios en las expectativas de los usuarios de servicios, como a la realidad de la discontinuidad entre los servicios sociales y sanitarios en la atención a la dependencia de los pacientes geriátricos y que es descubierta por los usuarios cuando se encuentran en una situación de tener que utilizarlos. Por otro lado eran intervenciones que a los trabajadores sociales nos generaban más ansiedades, por la carga emocional que conllevaban, y en los que a veces nos sentíamos faltos de formación específica.

**La complejidad se relaciona con estancias mucho más largas y mayor institucionalización.** Nos parece que estos datos se relacionan con lo expuesto anteriormente. El hecho de que estén más tiempo ingresados no se debe a que estén trabajando objetivos de mejora funcional que precisen más tiempo de estancia sino que es **un tiempo dedicado a trabajar la aceptación de los cuidadores de la situación del anciano, el reajuste de expectativas, y a buscar la opción de cuidado que permita un acuerdo entre equipo y familia que facilite el alta**. Ésta acaba concretándose, en un porcentaje importante de casos, cuando se encuentra una residencia geriátrica. Este es un dato importante ya que la tasa de institucionalización se considera en Geriátrica un indicador de resultado del que se ha analizado especialmente su relación con la pérdida funcional y cognitiva. Nuestro

trabajo parece que apunta a que puede existir relación entre los tipos de intervención social y la insitucionalización al alta.

Por otro lado el hecho de una **mayor pérdida funcional no parece que haga más complejo el caso desde el punto de vista de la intervención social**. Nuestra percepción en el trabajo cotidiano ya era en este sentido, ya que veíamos que las dificultades emanaban de los procesos adaptativos de los cuidadores y no tanto del nivel de necesidades que debe atenderse. Por otro lado cabe reseñar que la muestra es muy uniforme con una población en que, en un porcentaje muy elevado, presenta la misma situación de pérdida funcional al alta, con lo que puede influir en que las cifras correspondientes a los tres niveles de complejidad no puedan diferir sustancialmente.

La puntuación en la **escala de riesgo social no diferenció los casos que terminaron siendo de complejidad alta**. La reflexión que nos suscitó esta constatación fue que estos resultados pueden deberse al contexto social en el que trabajamos. Es una zona rural donde aún los vínculos familiares suelen ser amplios y fuertes, el nivel socio-económico de las familias es medio (con situaciones económicas estables) y el nivel de cobertura de los recursos familiares y sociales es alto. Así las variables que miden la escala (estructura familiar, soporte, vivienda, economía, relaciones sociales) no suelen puntuar alta dificultad. En nuestro caso el **valor añadido de trabajar con una escala de valoración de la Función Social fue ser más preciso en la definición de las variables sociales básicas, aportar un lenguaje unificado útil a todo el equipo que evitara**

opiniones subjetivas sobre las situaciones socio-familiares y la de **observar que existen algunas áreas de la escala con un peso específico distinto en relación con los resultados de la atención geriátrica**. En este sentido el equipo de la unidad de convalecencia del Centro Geriátrico Municipal de Barcelona ya ha trabajado en versiones modificadas de la escala que omiten los datos referidos a la vivienda y al estatus socioeconómico y hacen hincapié en las variables relacionales (nº de personas que viven con el paciente, frecuencia de contactos con familiares y amigos, otros contactos comunitarios y utilización de la red local de servicios sociales). Los resultados obtenidos tanto en su proceso de validación versus la escala completa, como en su utilización como parte de un instrumento de predicción del alta a domicilio, parecen positivos y reforzarían la idea central de la importancia del contexto relacional socio-familiar en los resultados de la atención geriátrica.

En nuestro caso nos parece que la realización de la escala debe plantearse como una oportunidad relacional entre el trabajador social y el cuidador. Su realización debería ser la base para estructurar la entrevista clínica que permita una mejor comprensión de las causas de las dificultades de los cuidadores, especialmente las que se relacionan con su propia capacidad personal o del grupo familiar para hacer frente a los cambios que se generan en su situación particular.

### Consideraciones finales

A modo de resumen y conclusión nos parece importante resaltar los siguientes aspectos:

- La intervención social general se caracteriza por la gran importancia de las intervenciones derivadas de la técnica de relación de ayuda y por el trabajo dirigido a la continuidad asistencial en la reinserción comunitaria.
- La intervención social de alta complejidad se caracteriza tanto por la intensidad de dedicación a la resolución del caso, como por determinados tipos de la misma, siendo la intervención en las resistencias, el consejo dirigido y el trabajo conjunto con los servicios sociales las principales.
- Entendemos que la intervención social en geriatría puede y debe ser más amplia que la de provisión de recursos formales. Creemos que el trabajo aporta una descripción objetiva de la importancia que en la práctica cotidiana tienen las intervenciones para incrementar la capacidad adaptativa del cuidador. El ingreso en una unidad geriátrica de media estancia supone una oportunidad evidente en este sentido.
- El incremento de habilidades en el manejo del conflicto se evidencia como una clara área de mejora dentro del equipo que puede ayudarnos a un trabajo más eficaz en necesidades emergentes así como repercutir en un menor desgaste profesional.
- A nivel metodológico la categorización que hicimos de las intervenciones fue operativa y permitió recoger sin dificultades la diversidad de actuaciones profesionales.

Como casi siempre que se intenta avanzar en el conocimiento se plantearon nuevos interrogantes:

## Intervención Social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia

- Se debería avanzar en conocer mejor el proceso adaptativo de los cuidadores enfrentados a las repercusiones personales y sociofamiliares que produce la dependencia del anciano. La valoración social en geriatría debería considerar la detección de casos de riesgo de dificultades adaptativas del cuidador, conocer sus características y trabajar en una intervención psicosocial precoz durante su permanencia en la unidad de media estancia.
- La intervención social debe avanzar en medir su eficacia.

Es preciso conocer mejor la relación entre tipos de problemas detectados en la valoración y los tipos de intervención más eficaces y más eficientes para resolverlos.

Es imprescindible determinar variables de resultados de la intervención sobre los cuidadores, o sea llegar a establecer cuál puede ser un resultado óptimo, que seguramente debería estar en relación a cómo revierte la capacidad del cuidador sobre la atención al paciente y sobre su propio bienestar.

Esperemos que estos interrogantes supongan un aliciente a todos los profesionales sociales y sanitarios para intentar conocer y trabajar cada vez mejor la situación de los ancianos con dependencia. Seguramente en este marco de relación y continuidad entre sanidad y servicios sociales está la clave para optimizar y alcanzar la máxima resolución de las necesidades de este colectivo.

### Bibliografía

MORAGAS MORAGAS R. *Dependencia social y sanitaria en la unión europea*. REGG Mayo-Junio 2002;37(3):176-180.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, PILAR. Cap. 2 *Indicadores sociales*. En: "Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España". Coordinador: Guillén de Llera, Francisco; Ribera Casado, José Manuel. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. EDIMSA, Madrid 2000.

IMSERO. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Manual de clasificación de las consecuencias de la Enfermedad. Madrid. IMSERSO, 1983.

GONZÁLEZ MONTALVO JI. *Principios básicos de la valoración geriátrica integral*. En: Valoración geriátrica integral. Coordinadores: González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Glosa Ediciones, Barcelona 2001.

GUINOVART C, GUITERAS A. *Evaluación de resultados de un modelo de atención psicosocial en cuidados paliativos*. Revista de treball social, Nº 153. Marzo 1999. Páginas 75-137.

KANE R, KANE L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Fundación Caja Madrid, Barcelona 1993.

RUBENSTEIN LZ, WIELAND D, BERNABE R. *Geriatric Assessment Technology: The state of the Art*. Editrice Kurtis, Milano, 1995.

DÍAZ- PALACIOS ME, DOMÍNGUEZ PUENTE O, TOYOS GARCÍA G. *Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en atención primaria*. Trabajo social y salud 1993;16:137-156.

ALARCÓN ALARCÓN T, GONZÁLEZ MONTALVO JUAN I. *La escala socio-familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 1998;33(3):178-179.

ESCARTÍN CAPARRÓS M<sup>a</sup> JOSÉ. *Manual de trabajo social (Modelos de práctica profesional)*. Tema III. La interacción con individuos, pág. 40-68. Editorial Aguaclara, Alicante 1992.

MALUGANI MARILLA. *Las psicoterapias breves*. Biblioteca de psicología. Editorial Herder 1990, Barcelona.

GEORGE DIETRICH. *Psicología general del Counselling: teoría y práctica*. Biblioteca de psicología. Editorial Herder, 1986. Barcelona.

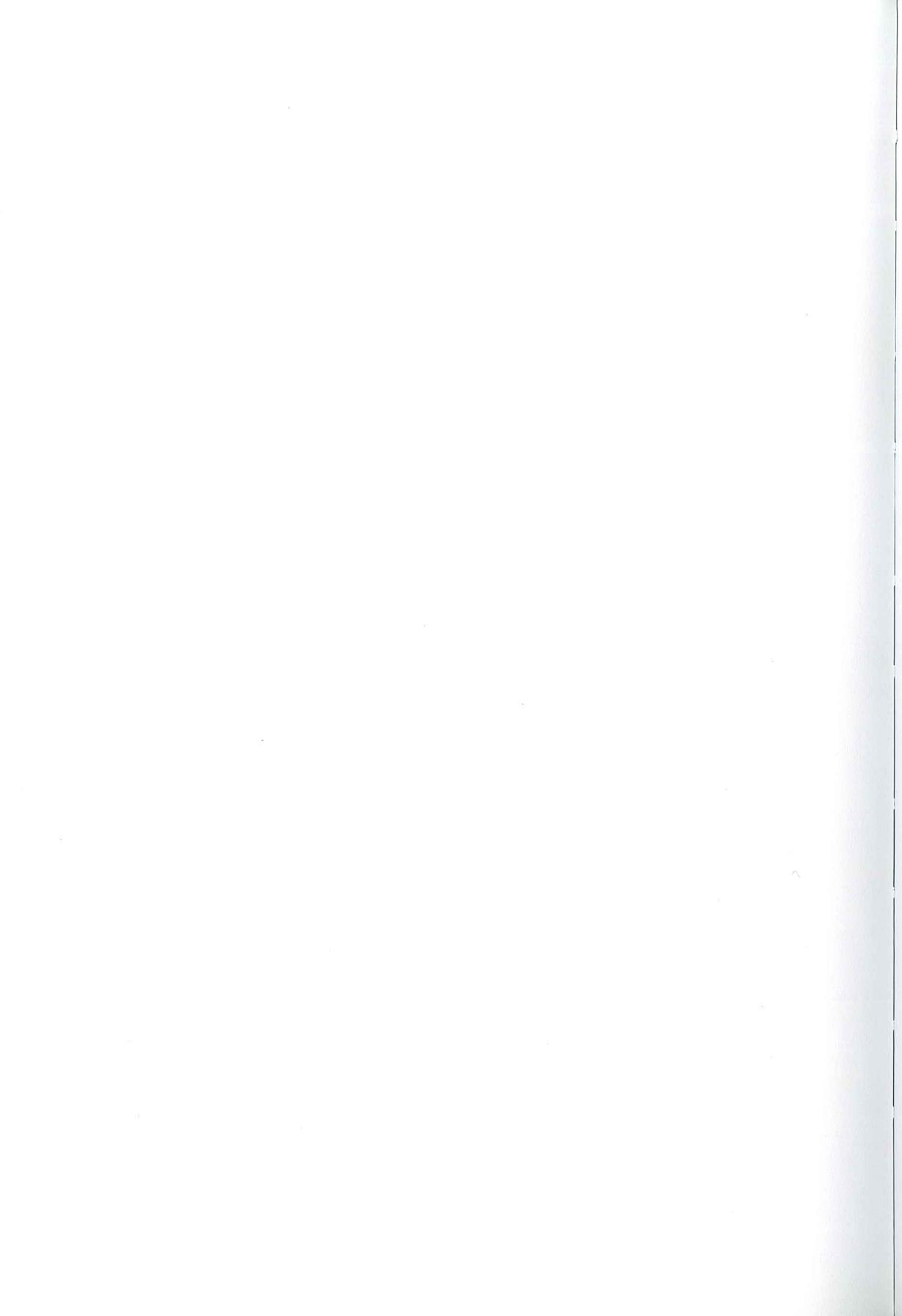
RICHARD NELSON. JONES. *Practical counselling and helping skills*. Casell. London 1997.

DE ROBERTIS, CRISTINA. *Metodología de la intervención en trabajo social*. Editorial Ateneo. 2ª Edición. Barcelona 1992.

SALVÀ A, MARTÍNEZ F, LLOBET S ET AL. *Las unidades de media estancia-convalecencia en Cataluña*. Revista Española de Geriátría y Gerontología en Cataluña. Revista Española de geriatría y Gerontología, 2000;35:31-37.

RIBERA CASADO JM. *Insuficiencia social ¿un problema médico?* Anales de Medicina Interna 1999;16:439-441.

MIRALLES R, SABARTÉS O, FERRER M ET AL. *Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from geriatric convalescence unit in Spain*. Journal of American Geriatrics Society 2003;51:252-257.



De interes  
**profesional**





# La Asociación "Trabajo Social y Salud": Historia de un esfuerzo colectivo

**Miguel Miranda Aranda.** D.T.S. y Antropólogo. Director de "Trabajo Social y Salud". Profesor de la Universidad de Zaragoza.

La presencia del Trabajo Social en el sistema sanitario no es algo nuevo ni circunstancial. Si prescindimos del precedente que supone las Lady Almoners inglesas<sup>1</sup> e incluso de la experiencia francesa en la lucha contra la tuberculosis de la mano de Grancher y Calmette (Cabot, 1920:47), la fecha de 1905 es sin duda una fecha clave en nuestra pequeña historia. Justo cuando aparece el hospital moderno el Trabajo Social se incorpora a la institución. Fue Richard Cabot, Jefe de Medicina del *Massachusset General Hospital* de Boston, el primero en introducir un trabajador social en su clínica, en el corazón del equipo de salud y con unas funciones muy claras que nada tenían que ver con cuestiones administrativas sino con la necesidad de estudiar más profundamente la enfermedad y completar el diagnóstico, según sus propias palabras. En pocos años más de 200 hospitales norteamericanos habían seguido su ejemplo y de esta manera el *medical social work* contribuyó de manera sustancial a la legitimación del Trabajo Social como profesión y como disciplina (Miranda, 2000:364).

En España, el proceso tuvo sus propias características, como no podía ser de otra manera y tuvieron que pasar varias décadas para que la presencia del Trabajo Social en el sistema sanitario se generalizase tanto a nivel hospitalario como en atención primaria; un proceso que por lo demás continúa inacabado.

El año 1986 fue un año importante en la sanidad española. Como consecuencia de las reformas que traía consigo el régimen democrático vio la luz la Ley General de Sanidad (Ley 14/86). Se adivinaban profundos cambios y los trabajadores sociales no podíamos permanecer como meros espectadores. En este contexto se convocaron las I Jornadas de Trabajo Social y Salud que se celebraron en Zaragoza, del 19 al 21 de noviembre de ese mismo año. La respuesta a la llamada fue espectacular: 500 asistentes procedentes de todo el Estado. Las ponencias y comunicaciones fueron publicadas en lo que constituyó el nº 1 de la Revista y de la Asociación que poco después nacieron con los mismos objetivos: crear cauces de diálogo entre los profesionales del sector, facilitar lugares de encuentro, posibilitar la publicación de nuestros trabajos de investigación... En definitiva, aunar esfuerzos para que la profesión y la disciplina se hiciera cada vez más presente y con más rigor y fuerza en los recursos sanitarios.

## notas

1. Fue Loch, secretario de la COS el autor de la idea de situar algunos de sus *caseworkers* en el interior de los hospitales a fin de discriminar a aquellos enfermos que podían pagar su tratamiento de aquellos otros a los que les era imposible. Tenían además otra tarea más importante: asegurarse que a la salida del hospital siguieran los tratamientos prescritos de manera que obtuvieran el máximo beneficio de su paso por la institución. Estamos hablando de 1892. La experiencia del *Royal Free Hospital* que tenía un *almoner* desde 1895 se generalizó y en 1903 ya existía una asociación: la *Hospital Almoners Association*. En 1907 se creó el *Hospital Almoners Council*, un Comité formado por miembros de la COS, tres médicos y dos *almoners*. Estas eran siempre mujeres, como por ejemplo Miss Cummins. Con todo merecimiento son consideradas como pioneras del *medical social work*. (Parry, Rustin y Satyamurti, 1979: 27).

## La Asociación "Trabajo Social y Salud": Historia de un esfuerzo colectivo

En aquella primera ocasión los temas de las ponencias fueron los siguientes: Factores Sociales, Salud y Enfermedad, El Trabajo Social en gestión y planificación en salud, Documentación en Trabajo Social, El Trabajo Social Familiar, Trabajo Social en Drogodependencias, Formación del trabajador social en el área de salud, El Trabajo Social en el Hospital, y por último -y no menos importante- Situación del Servicio de Atención al paciente en los hospitales de España. En cada ponencia participaron varios ponentes y se presentaron un número importante de comunicaciones.

Tres años después la Asociación estaba ya legalmente constituida y, otra vez desde Zaragoza, convocamos las II Jornadas que fueron igualmente un éxito. La Revista, que ya había editado otro número, recogió en sus números tres y cuatro los trabajos presentados en aquella ocasión. La humanización en la asistencia sanitaria, los servicios de atención al paciente, las quejas de los usuarios, la relación de los servicios sociales y sanitarios en la atención primaria, la atención primaria, repercusiones del anciano sobre el sistema sanitario, la salud mental, los sistemas de registro... fueron los temas que centraron la atención de los congresistas.

Las III Jornadas se celebraron en Barcelona en enero de 1993. A las II habían acudido también colegas procedentes de Inglaterra y de Italia y en esta ocasión participó Judith Freidenberg del Mont Sinay de Nueva York. Aparecen ya entre las preocupaciones de la Asociación, a las que se dedican sendas ponencias, temas como la calidad y la investigación en Trabajo Social en Salud.

En estas fechas al grupo promotor inicial de Zaragoza se habían añadido colegas tan valiosas como Dolors Colom, de Barcelona, Emma Sobremonte, de Bilbao, Carmen Illá, de Valencia, entre otras cuya lista sería muy larga para reproducir aquí. Un grupo no muy numeroso pero persistente, íbamos coincidiendo en las distintas Jornadas, incluidos los colegas de Canarias, que nunca faltaron a la cita con la Asociación. Entre tanto, con dificultades, la Revista de la Asociación se fue afianzando. El volumen nº 20 vio la luz en marzo de 1995, correspondía a las Actas de las Jornadas celebradas en Bilbao. En aquella ocasión se trabajaron también ponencias sobre la calidad, el Trabajo Social comunitario, los modelos de intervención, los grupos de ayuda mutua, el concepto de red de apoyo social, la atención primaria, la documentación...

Como se ve, y es lógico por otra parte, hay temas a los que siempre se les ha dedicado alguna atención. Siempre hay elementos que aportar para seguir profundizando en una realidad social que cambia tan rápido. Esto explica el programa de las V Jornadas que se celebraron en Valencia. Fue un eurodiputado, D. Pedro Maset Campos quien las inauguró con una conferencia sobre las políticas de salud en la comunidad Europea y Marciano Sánchez Bayle, de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, desarrolló el mismo tema centrándose en el Estado español. En estas Jornadas se realizaron varias mesas simultáneas en las que se presentaron ponencias sobre Bioética, la confidencialidad de la información, ética e información, confidencialidad y rigor científico, documentación, coordinación con los

servicios sociales, investigación en un equipo interdisciplinar... Las Jornadas de Valencia fueron también un éxito que no se hubiera conseguido sin el trabajo de un grupo de colegas que lo organizaron todo perfectamente.

El año 1999 la Revista cumplía sus primeros diez años (aunque el nº 1 saliera en el 86) y 32 volúmenes publicados y esto era un motivo para que las VI Jornadas se volvieran a celebrar en Zaragoza. «Política sanitaria y Estado de Bienestar ante el tercer milenio fue el título de la Conferencia con la que el Consejero de Sanidad y Bienestar Social de Aragón inauguró el programa. Además de unos simposium previos al Congreso que fueron muy concurridos, los grandes temas tratados fueron los siguientes: Trabajo Social y Salud Mental, Drogodependencias, nuevos enfoques, Sistemas de evaluación y calidad en los servicios asistenciales, Aportaciones al Trabajo Social sanitario desde las ciencias sociales, nuevas organizaciones y asociaciones que complementan los servicios sanitarios, cuidados paliativos, enfermos terminales y duelo, Nuevos y viejos problemas de salud, ¿Existen nuevas necesidades y nuevas formas de Trabajo Social? A estos títulos se añadieron numerosas comunicaciones y Posters.

Galicia es un lugar maravilloso para acudir con cualquier excusa y si nos reciben también como lo hicieron las compañeras del Hospital Juan Canalejo, pues mejor. Allí, en La Coruña, en octubre del 2001, tuvo lugar el VII Congreso Nacional de la Asociación. Damián Salcedo comenzó hablando de ética, nos acompañó presentando una emotiva ponencia Marián Ferreiro, trabajadora social y exconcejala de

Servicios Sociales de La Coruña, muy querida en la profesión. Los inmigrantes, la problemática de las personas dependientes y la atención sociosanitaria, el voluntariado, la crítica al modelo ético, la inteligencia emocional, la intervención sociosanitaria con los excluidos sociales, la gestión integral de los servicios sociales, indicadores del malestar de la cultura urbana, la Anorexia, los factores socioculturales en la atención en salud, la identidad de la profesión y de la disciplina, la educación y promoción de la salud... son los temas que sobresalen en el programa que se trabajó en Galicia. Charo Suarez presidió el Comité organizador y durante la magnífica recepción que nos ofrecieron en el Ayuntamiento –realmente un marco incomparable, con un Teniente de Alcalde empeñado en atendernos lo mejor posible– prometimos que algún día volveríamos a La Coruña.

Teníamos pendiente bajar hacia el Sur. Habíamos intentado una vez ir a Sevilla. También se propuso Canarias en alguna otra ocasión. Pues bien, cuando esto escribo el VIII Congreso ya está organizado. Se celebrará en el mes de Octubre en Sevilla. Las compañeras de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, con Agustina Hervás a la cabeza, han hecho un magnífico trabajo de organización, y con el apoyo de la Consejería y del Servicio Andaluz de Salud, el éxito está asegurado: más de 270 inscritos, más de 130 comunicaciones presentadas y un programa que anuncia temas esenciales en nuestro trabajo desarrollados por ponentes de gran altura y no quiero citar a ninguno porque todos ellos lo son. Es la primera vez que el Comité Organizador y la Junta de la Asociación han decidido publicar para la ocasión un número de la revista que incluirá

## La Asociación "Trabajo Social y Salud": Historia de un esfuerzo colectivo

las ponencias y otro distinto, para las Comunicaciones, con lo que cumpliremos en toda su extensión nuestro propósito de entregar las Actas del congreso en el momento en el que los inscritos recogen la documentación. Algo muy poco habitual en este tipo de reuniones, incluidas las médicas, que suelen ser las que más medios poseen.

Así pues desde el año 86, ocho congresos y una revista que ha publicado tres volúmenes ininterrumpidamente desde el 89 y que anda ya por el número 47. Esas son las principales realizaciones de la Asociación. Cuando empezamos había colegas que no entendían muy bien cual era nuestro propósito. Tenían sus recelos sobre las relaciones con los Colegios profesionales e incluso otros querían desarrollar funciones que no son de una Asociación científica como es ésta, sino que corresponden a los sindicatos. Había problemas para distinguir una Ponencia de una Comunicación y casi nadie sabía lo que queríamos decir cuando sugeríamos que un determinado trabajo se presentara en forma de poster. Con los años todos hemos ido aprendiendo y nos hemos hecho un poco más mayores y mucho más expertos. En diversas ocasiones la Asociación ha organizado también actividades de formación: seminarios, cursos... o bien ha respondido a demandas que hemos recibido de diferentes lugares. También hemos proporcionado expertos para participar en actividades organizadas por otros. Por último se ha intentado mantener relaciones con los responsables políticos del Ministerio, en alguna ocasión y de las Comunidades Autónomas, cuando se ha podido con resultados diversos.

Cuando miramos hacia atrás no estamos descontentos de la trayectoria. Que no es fácil presentar un balance así lo demuestra el hecho de que no son muy abundantes este tipo de asociaciones entre los trabajadores sociales, y nosotros aun siendo poco más de 150 asociados y unos 600 suscriptores de la Revista, aquí estamos, creciendo poco a poco, intentando mejorar nuestra publicación número a número, sumando esfuerzos congreso tras congreso. Pecaríamos de injustos si no agradeceríamos a otros profesionales (médicos, sociólogos, antropólogos, enfermeros, filósofos, historiadores ...) sus aportaciones en estos años y también sería imperdonable por mi parte no citar a los compañeros que han formado parte de las Juntas de la Asociación: a Dolors Colom, a Emma Sobremonte, a M<sup>a</sup> Jesús Ballestín, a Eva Garcés, a María Angeles Pinilla, entre otros compañeros y compañeras. Quedan escritos sus nombres para nuestra pequeña historia y reconocido sus múltiples esfuerzos.

Desde fuera de la profesión se nos ha dicho que estamos construyendo la mejor revista científica española en el ámbito de la salud y lo socio-cultural, en el terreno no sólo del Trabajo Social sino de las Ciencias Sociales en general. Algunos de los monográficos han merecido una segunda edición y otros están agotados desde unos pocos meses después de salir. De esta manera, lo que empezó siendo un recurso para poder editar los tres volúmenes prometidos, puesto que no llegaban suficientes originales, ha acabado siendo una manera de prestigiar nuestra publicación. En cualquier caso, y después de tantos años, pensamos que el número de suscriptores es pequeño si tenemos en

cuenta el número de trabajadores sociales que ejercen en el ámbito de la salud. Queremos transmitirles que ésta revista es un medio imprescindible de comunicación científica, una manera de estar al día, de conocer lo que hacen otros compañeros en otros lugares, de compartir experiencias, inquietudes, problemas. Es en definitiva una manera de hacer avanzar nuestra profesión y nuestra disciplina. Por ello es importante perder el miedo a escribir y decidirse a comunicar qué es lo que hacemos, en qué programas estamos trabajando, cuales son nuestras investigaciones, si las hacemos. Para todo ello está la Revista.

En los últimos años se han organizado algunas delegaciones territoriales, que tienen como misión hacer funcionar la Asociación en el ámbito de cada comunidad autónoma elaborando documentos, analizando los problemas específicos de cada lugar, relacionándose con las respectivas autoridades, organizando reuniones y actividades de formación sin entrar en competencia con los Colegios profesionales, sino todo lo contrario, apoyándose mutuamente como hacen, y muy bien, en otras profesiones cercanas. Tenemos pendientes varias Delegaciones que sin duda se formalizarán en los próximos años. Será un medio de que la Asociación cumpla sus fines de una forma más pegada al terreno y dando posibilidades de participación a un mayor número de profesionales.

Sabemos muy bien que, contracorriente de lo que es habitual en otros países en los que el Trabajo Social tiene más historia y más reconocimiento social y donde la presencia de los trabajadores sociales es algo incontestable, en determinado momento

desde dentro de la profesión, alguien defendió que sobrábamos en Sanidad y que nuestro lugar no era otro que los Servicios Sociales. Tampoco es habitual que una profesión se tire piedras a su tejado despreciando una enorme fuente de empleo. Lo usual es lo contrario, que se intenten «colonizar» otros territorios afines y de esto también sabemos los trabajadores sociales porque en demasiadas ocasiones somos las víctimas de los afanes expansionistas de profesiones más o menos afines. Pero se ve que nosotros somos así de quijotes, de tontos, o .. así de poco rigurosos, porque hay que tener un gran desconocimiento de lo que significan los procesos de salud-enfermedad, o los factores culturales para mantener semejante cuestión. Sin preguntarnos a los que estábamos en el sector, con toda alegría, se aconsejaba e incluso se ponía por escrito que lo importante eran los servicios sociales y que en sanidad sobrábamos. ¡Qué más querían oír algunos políticos y otros tantos planificadores! Todavía, en algunos lugares, soportamos las consecuencias de semejante posición.

Pero la realidad acaba por imponerse y las plantillas de trabajadores sociales no sólo no han desaparecido sino que tienden a afianzarse y a ampliarse. En el futuro dependerá de ellos mismos, de su capacidad de trabajo, de innovación, de saber leer las necesidades del sistema sanitario y responder a ellas en el día a día, de su capacidad de formación..., el que el Trabajo Social sea más valorado o más imprescindible en las instituciones sanitarias. Tenemos también, como en otros sectores, peso muerto que tirar por la borda: viejos hábitos adquiridos que poco tienen que ver con el Trabajo

## La Asociación "Trabajo Social y Salud": Historia de un esfuerzo colectivo

Social, unas veces impuestos y otras aceptados de buena gana, gente instalada en la rutina más esterilizante y en la pasividad más cómoda. Dado el dinamismo del sector salud no les auguramos a estos pocos un futuro muy prometedor. Pero en general, lo que cualquier observador externo podría observar es que en los últimos años el Trabajo Social en Salud en España ha dado pasos muy importantes que nos ha acercado un poquito al nivel que nuestros colegas ingleses o americanos tienen desde hace muchos años. Humildemente creemos que nuestra Asociación ha contribuido eficazmente en este objetivo.

### Bibliografía

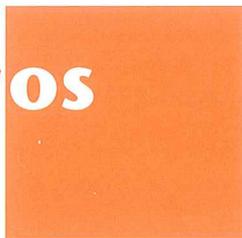
CABOT, R. 1920. *Ensayos de Medicina Social. La función de la Inspectoría a domicilio*. Calpe. Madrid.

CANON, I. 1913. *Social Work in Hospitals. A contribution to progressive Medicine*. Russell Sage foundation. Survey Associates, Inc. New York.

MIRANDA, M. 2000. *Fundamentar el desde dónde, el qué y el para qué del Trabajo Social en Salud. Una tarea pendiente*. En VV.AA. *Relaciones humanas, nuevas tecnologías*. Mira. Barcelona.

PARRY, N., RUSTIN M., SATYAMURTY, C. (Edit). 1979. *Social Work, Welfare and the State*. Edward Arnold. Londres.

# Comentario de libros



11/11/11



**VV.AA.**

## **Reflexiones sobre Bioética en adicciones**

**Ed. Fundación Marbella Solidaria**

**Málaga, 2002. Pp 50**

Este texto recoge las reflexiones de un selecto grupo de expertos, entre los que hay psiquiatras, trabajadores sociales, filósofos, catedráticos y especialistas relacionados con la intervención en materia de adicciones, sobre las cuestiones éticas más acuciantes que afectan a esta intervención.

Reunidos en diciembre del pasado año en Marbella en un Seminario de Expertos, con motivo de la constitución del Centro de Estudios de Bioética en Adicciones, señalaron lo que, a su juicio, constituyen los espacios más sensibles a la ética en esta materia. En la base de todos ellos apreciaron que están los conceptos etiológicos sobre las adicciones, que oscilan entre las posiciones más deterministas y las que ponen el acento en la responsabilidad de los individuos: *“la consideración de las adicciones como un trastorno de base orgánica o como un modo de vida elegido por el sujeto, repercute en las respuestas terapéuticas que se ofrecen, en la manera en que el ordenamiento jurídico contempla el fenómeno, en las políticas de asignación de recursos para la prevención, tratamiento y rehabilitación, y en los aspectos relativos al conocimiento y a la investigación”*, señalan literalmente la síntesis de estos debates.

A partir de estas referencias etiológicas, se plantean tres bloques de cuestiones afectadas por la forma como se enfoque esta dicotomía etiológica (determinismo vs responsabilidad individual):

- a) *Las estrategias de intervención*
- b) *Los aspectos jurídicos e institucionales*
- c) *El conocimiento y la investigación*

En el primero de estos aspectos, las *estrategias de intervención*, las cuestiones éticas se ubican

en la dicotomía entre *“competencia profesional vs responsabilidad”*, es decir, enfoques y posicionamientos éticos que destacan las exigencias de un tratamiento eficaz basadas en la competencia científica, y quienes destacan la motivación y la responsabilidad de las personas afectadas.

En la segunda cuestión, *aspectos jurídicos e institucionales*, los polos que definen la dicotomía son los conceptos clásicos de *“intervencionismo vs libertad individual”*, característicos no sólo de los enfoques jurídicos e institucionales en materia de adicciones, sino en el concepto mismo de Estado y de Sociedad, especialmente relacionados con los conceptos y posicionamientos ante el Estado del Bienestar.

En la tercera cuestión, *conocimiento e investigación*, la dicotomía que se plantea está relacionada con los conceptos de *“especulación vs prueba”*.

En torno a todas estas dicotomías, la reflexión de este grupo de expertos fue analizando diversas cuestiones tales como la vulnerabilidad ante las adicciones, las cuestiones éticas que plantean la existencia de fenotipos vulnerables, el fatalismo biológico, goce, destrucción y limitación de la voluntad, las patologías duales, el conflicto entre derechos individuales y derechos sociales, la dimensión imperativa de la ética, las consecuencias jurídicas, la legalización, los informes periciales, etc.

Constituye así este texto, a pesar de su brevedad (50 páginas), no sólo un enfoque global del tema, sino también un completo repaso por la cuestiones éticas más candentes

**VV.AA.**

***Reflexiones sobre Bioética en adicciones***

Ed. Fundación Marbella Solidaria

Málaga, 2002. Pp 50

y actuales en materia de intervención en adicciones, que puede resultar de especial utilidad para todas las personas interesadas en esta materia.

Pero a pesar de que no se proponen profundizar en cada una de estas cuestiones, no por ello elude pronunciarse en las más sensibles. Prueba de ello son afirmaciones, contenidas el texto, como las siguientes: “la consideración de la adicción a las drogas como una enfermedad médica susceptible de tratamiento parece la más beneficiosa tanto para el individuo como para la sociedad, eliminando las concepciones moralizantes y evitando el riesgo de la estigmatización”; y añade: “el grado de responsabilidad atribuible al adicto no modifica el derecho a recibir el tratamiento de su enfermedad. En

otras palabras, el médico o cualquier otro profesional que participe en la intervención en adicciones, no debe erigirse en jurista, ni en teólogo, ni en moralista”.

En definitiva, un texto breve, de fácil lectura, pero especialmente útil para todas las personas interesadas en conocer el panorama de las cuestiones y los enfoques éticos más actuales en un fenómeno, como las adicciones, tan cambiante y complejo, en cuya génesis se encuentran implicados factores etiológicos muy diversos (personales, sociales, familiares) y donde los modelos de causalidad lineal no son aplicables.

**José Manuel Rodríguez Navarro.**

## Título de la Revista publicados

- Nº 0 a 4: ARTICULOS SUELTOS (agotado)  
Nº 5 a 8: ARTICULOS SUELTOS (agotado)  
Nº 9: DOSSIER MENORES  
Nº 10: MUNICIPIO Y S. SOCIALES  
Nº 11-12: DOSSIER MINUSVALIAS  
Nº 13: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (agotado)  
Nº 14: TERCERA EDAD (agotado)  
Nº 15: SALARIO SOCIAL  
Nº 16: TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA  
Nº 17: TRABAJO SOCIAL Y EMPRESA  
Nº 18: TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA  
Nº 19: SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL  
Nº 20: TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA, SITUACION Y PERSPECTIVAS  
Nº 21: LAS NECESIDADES SOCIALES  
Nº 22: AREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS (agotado)  
Nº 23: ARTICULOS SUELTOS  
Nº 24: ARTICULOS SUELTOS  
Nº 25: LA SUPERVISION  
Nº 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL  
Nº 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL VII CONGRESO ESTATAL  
Nº 28: LA INMIGRACION  
Nº 29: ARTICULOS SUELTOS  
Nº 30: EVALUACION  
Nº 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR  
Nº 33: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (I)  
Nº 34: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (II)  
Nº 35: NUEVAAS NECESIDADES/NUEVASA RESPUESTAS  
Nº 36: LA ARTICULACION DEL TEJIDO SOCIAL  
Nº 37: JUVENTUD  
Nº 38: EXCLUSION SOCIAL  
Nº 39: LA FORMACION PARA EL TRABAJO SOCIAL. NUEVOS RETOS  
Nº 40: COMUNIDAD Y TRABAJO SOCIAL  
Nº 41: ETICA EN LA INTERVENCION SOCIAL  
Nº 42: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (I)  
Nº 43: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (II)  
Nº 44: INTERCULTURALIDAD  
Nº 45: NUEVA PERSPECTIVA DE GENERO  
Nº 46: TRABAJO EN EQUIPO  
Nº 47: AMBITO LOCAL Y VIDA COTIDIANA  
Nº 48: IMAGEN, COMUNICACION E INTERVENCION SOCIAL  
Nº 49: CALIDAD (I)  
Nº 50: CALIDAD (II)  
Nº 51: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (I)  
Nº 52: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (II)  
Nº 53: TRABAJO SOCIAL Y MEDIACION  
Nº 54: ENFOQUES Y ORIENTACIONES DE LA POLITICA SOCIAL  
Nº 55: LA INTERVENCION SOCIAL ANTE LOS PROCESOS DE EXCLUSION  
Nº 56: HABITAT Y CONVIVENCIA  
Nº 57: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (I)  
Nº 58: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (II)  
Nº 59: NUEVAS TECNOLOGIAS  
Nº 60: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (I)  
Nº 61: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (II)  
Nº 62: DISCAPACIDAD  
Nº 63: DESARROLLO Y TRABAJO SOCIAL  
**Nº 64: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (I)**  
Próximas publicaciones:  
Nº 65: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (II)  
Nº 66: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (I)  
Nº 67: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (II)

# Publicaciones del Consejo General

## Colección "Trabajo Social"

### Serie "Libros"

- 1. Introducción al Bienestar Social**  
P. Las Heras y E. Cortajarena  
AGOTADO
- 2. Política Social y Crisis Económica**  
I. Cruz Roche, A. Desdentado y  
G. Rodríguez  
AGOTADO
- 3. Los Servicios Sociales en una  
Perspectiva Internacional. El sexto  
sistema de Protección Social**  
A.J. Kahn y S.B. Kameron  
Precio: 9,65 €
- 4. Los Servicios Sociales I**  
Gloria Rubiol  
Precio: 5,92 €
- 5. Los Servicios Sociales II**  
Gloria Rubiol  
Precio: 7,60 €
- 6. Nuevos Paradigmas en Trabajo Social.  
Lo social natural**  
Ricardo Hill  
Precio: 5,77 €

### Serie "Textos Universitarios"

- 1. Los Centros de Servicios Sociales.  
Conceptualización y desarrollo  
operativo**  
Gustavo García Herrero  
AGOTADO
- 2. Procedimiento y proceso en Trabajo  
Social Clínico**  
Amaya Ituarte Tellaache  
Precio: 5,77 €

- 3. Aproximaciones el Trabajo Social**  
Natividad de la Red Vega  
Precio: 13,82 €
- 4. Trabajando con familias. Teoría y  
práctica**  
Elisa Pérez de Ayala Moreno St<sup>a</sup> María  
Precio: 17,43 €
- 5. Imagen y comunicación en temas  
sociales**  
Gustavo García Herrero y  
José Manuel Ramírez Navarro  
Precio: 27 €
- 6. La historia de las ideas en el trabajo  
social**  
Haluk Soydan  
Traducción: Cándida Acero  
Precio: 19,50 €

### Serie "Documentos"

- 1. Dos documentos básicos en Trabajo  
Social. Estudio de la aplicación del  
informe y ficha social**  
AGOTADO
- 2. Cuatro siglos de acción social. De la  
beneficencia al Bienestar Social.  
Seminario de historia de la acción  
social**  
AGOTADO
- 3. Primeras Jornadas Europeas de  
Servicios Sociales. Países del Área  
Mediterránea**  
Precio: 1,95 €
- 4. Un modelo de ficha social.  
Manual de utilización**  
Precio: 4,54 €

5. Servicio Social de ayuda a domicilio. I Jornadas Internacionales  
AGOTADO

6. Los Servicios Sociales Comunitarios  
AGOTADO

7. Los Servicios Sociales en el Medio Rural  
Precio: 3,67 €

8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios  
Precio: 5,17 €

9. Seguimiento de la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios. Propuesta de un sistema de indicadores  
AGOTADO

**Serie "Cuadernos"**

1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios  
AGOTADO

2. La formación en la gerencia de Servicios Sociales  
Precio: 3,97 €

3. Voluntariado y Centros de Servicios Sociales  
Francisco Bernardo Corral  
Precio: 4,21 €

4. La animación sociocultural: una alternativa para la tercera edad  
M<sup>a</sup> Victoria Cubero  
Precio: 4,27 €

5. Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios  
Angel Acebo Urrechu  
Precio: 5,77 €

6. El trabajador Social en los servicios de apoyo a la educación  
Eugenio González González  
M<sup>a</sup> Jesús González Alonso y  
M<sup>a</sup> Jesús González González  
Precio: 6,07 €

**Serie "Papeles"**

1. II Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural. Carmona 1987  
Precio: 9,02 €

2. La Ética del Trabajo Social. Principios y Criterios  
Precio: 2,40 €

3. Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social  
Precio: 1,20 €

**Forma de pago. Enviar:**

- Cheque bancario (a nombre del Consejero General de Diplomados en Trabajo Social).
- Giro Postal al Consejo General.
- Transferencia a Banco Popular:  
C/ Gran Vía, 67. 28013 Madrid  
C.C.C.: 0075-0126-93-0601284373



# Presentación de artículos

## indicaciones generales

1. La Revista de Servicios Sociales y Política Social, como instrumento de difusión y comunicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, está abierta a la publicación de trabajos y aportaciones de todos los Diplomados en Trabajo Social así como de profesionales de otras disciplinas, que con su complementariedad y especificidad, enriquezcan el quehacer profesional.

2. Trabajos publicables:

- Investigaciones: empíricas o aplicadas.
- Trabajos de reflexión y recopilación teórica.
- Trabajos de descripción y análisis metodológico.
- Relatos de intervenciones sociales: modelos y resultados.
- Experiencias prácticas (análisis y conclusiones), etc.

Referidos a Trabajo Social, Política Social y Servicios Sociales.

3. Presentación de artículos:

- Los artículos deberán ser remitidos a la Sede del Consejo General  
Avda. Reina Victoria, 37  
28003 Madrid.
- Mecanografiados en papel tamaño DIN-A4, a doble espacio, por una sola cara y copia en soporte magnético

bajo programas para MS-DOS Word Perfect versiones 4.2, 5.0, 5.1 ó 6.0 y Word versión 5.5; para Windows: Word Perfect versiones 5.1, 5.2 ó 6.0 y Word versiones 1.0, 2.0 y 6.0

- La extensión deberá atenerse a:
  - \* Mínimo de 12 folios.
  - \* Máximo de 40.
- El autor o los autores adjuntarán al artículo un “Abstract” o resumen no superior a 10 líneas en español y si es posible en inglés, así como cinco o seis “palabras clave” del artículo (igualmente en castellano y en inglés).
- Los cuadros y gráficos en número limitado se detallarán en hoja aparte, con indicación de página y espacio donde deberán insertarse y grabados en archivo aparte en formato TIF o JPG.
- Las anotaciones, referencias bibliográficas, etc., deberán ir colocados al final del artículo, todas seguidas, y se numerarán por orden de aparición en el texto y deberán ajustarse a algún criterio o normativa, aceptado internacionalmente. En todo caso deberán incluir APELLIDOS y nombre del autor/es, el “Título del artículo al que se hace referencia”. NOMBRE DE LA REVISTA DONDE SE PUBLICA. Mes y año. Número de la revista y páginas que contienen dicho artículo. Las ponencias de Congresos y otros tipos de documentos, deberán estar

## Presentación de artículos indicaciones generales

debidamente referenciados para su posible localización por los lectores interesados. En los documentos no publicados deberá hacerse especial mención a esa característica.

- Junto al artículo, el autor deberá remitir, en folio separado, sus datos personales:
  - \* Nombre y apellidos.
  - \* Domicilio y teléfono de contacto.
  - \* Profesión, lugar de trabajo.
  - \* Experiencia de campo.
  - \* Otras publicaciones.
  - \* Título del artículo, con indicación de si ha sido presentado y/o expuesto en algún otro medio.

### 4. Contenido de los artículos.

Se exigirán unos mínimos de calidad técnica y científica para la publicación de los artículos. El Comité Editorial, ajustándose a los criterios que este órgano tiene establecidos, velará y valorará los mismos.

El contenido desarrollado en los artículos deberá incidir fundamentalmente en el trabajo social tanto como disciplina, como práctica; en las modificaciones de la Política Social y sus repercusiones; consolidación y/o retroceso en reconocimiento de derechos sociales; Trabajo Social en los diferentes sistemas; análisis y sistematización de metodología, técnicas, etc.

El desarrollo o descripción del artículo deberá ajustarse a un esquema lógico-científico que garantice, de un lado, la facilidad de comprensión y, de otro, el cumplimiento de un mínimo rigor científico (introducción y/o explicación), desarrollo, exposición de datos, análisis, metodología, utilidad y conclusiones y bibliografía.

La inclusión de macros, tablas y gráficos deberá limitarse a la estrictamente indispensable, evitando en todo caso el abuso de su utilización.

Los artículos que no sean inéditos se publicarán en función de dos criterios:

- 1º Que su difusión haya sido en algún medio de difícil acceso a los Diplomados en Trabajo Social.
  - 2º Que haya sido publicado en otro idioma.
5. Los artículos serán propiedad del Consejo, salvo cuando estos hubieran sido publicados con anterioridad.
  6. El Comité Editorial valorará todos los artículos recibidos. La decisión será comunicada al articulista, y en caso de no aceptación, le serán devueltos los artículos correspondientes; en caso de aceptación, el articulista recibirá una notificación y 3 ejemplares de la revista en que sean publicados sus trabajos.



# X Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales

"Un mundo, mil culturas. Globalicemos la Solidaridad"

Las Palmas de Gran Canaria. 18, 19 y 20 de octubre de 2004

Iniciamos el siglo XXI reconociendo tanto la diversidad de culturas como la pluralidad de elecciones profesionales que queremos realizar para mantener nuestros referentes éticos y de intervención en un entorno cada vez más cambiante e incierto. Valores aislados como la justicia, eficacia y solidaridad que, cuando se colonizan unos a otros, pueden pervertir la esencia de los principios que nos fundamentan como disciplina. En este sentido, deseamos que el fenómeno de la globalización adquiera también un carácter humano y social, implicándonos en un proceso de reelaboración necesario para integrar esa vertiente, puramente económica, con la justicia y la solidaridad, analizando experiencias y aportando alternativas que sean garantía de los derechos sociales básicos y universales.

## Objetivos:

- Avanzar con un nuevo diálogo y con una nueva mirada, en la definición y desarrollo de los derechos sociales básicos universales, para dar respuestas de calidad y calidez, a las nuevas realidades y necesidades humanas.
- Profundizar en el hecho transcultural y en el papel del Trabajo Social en las diferentes Políticas Sociales que respondan, desde el desarrollo social y comunitario, a importantes situaciones tales como las migraciones, la igualdad de oportunidades, la igualdad entre géneros y otras.
- Reforzar la dimensión ética del Trabajo Social en la complejidad de las nuevas condiciones personales, profesionales y sociales.

- Repensar el Trabajo Social y recrear la intervención profesional desde propuestas de pensamiento y acción alternativas.
- Compartir un espacio abierto para el encuentro, como la comunicación interpersonal y el intercambio de experiencias y buenas prácticas.
- Avanzar en la "construcción" de nuevos modelos y nuevas estrategias para el bienestar individual y colectivo, desde las interdependencias personales, profesionales y sociales.
- Reafirmar y consolidar el compromiso de la profesión y de las y los profesionales con la Globalización de la Justicia y la Solidaridad.
- Orientar la intervención profesional hacia la generación y consolidación de movimientos y redes sociales transformadoras.
- Avanzar en las aportaciones científicas del Trabajo Social, sus teorías, fundamentos y modelos.
- Favorecer una orientación ecológica en la Teoría y la Práctica del Trabajo Social, que comprometa a la profesión en el Desarrollo Humano y su hábitat.

El Congreso pretende dar especial importancia a la comunicación interpersonal y a la construcción participativa. Por ello, los grupos de trabajo van a tener especial importancia. En ellos se pueden adscribir y presentar las diferentes comunicaciones de los/as participantes.

Serán así mismo otro espacio participativo donde se podrán "experienciar" diferentes

**X Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales**  
"Un mundo, mil culturas. Globalicemos la Solidaridad"  
Las Palmas de Gran Canaria. 18, 19 y 20 de octubre de 2004

propuestas de trabajo personal y social. Las ponencias servirán de referente para la reflexión, el diálogo y la búsqueda compartida. El resto de las actividades, mesa redonda, comunicaciones libres, videoconferencia, espacios lúdicos interculturales y sociales, estarán en clave de encuentro y de interconexión para favorecer la apertura, el descubrimiento de nuevas claves y el avance hacia un compromiso con el Desarrollo Humano Integrador, ecológico, justo y solidario. Este aspecto participativo y dinamizador del Congreso se intenta potenciar desde la propia organización del mismo, a través de la figura de los Delegados por Colegio. Estos/as compañeros/as designados/as a propuesta de sus Juntas de Gobiernos, colaborarán en la difusión de la información y en la movilización de sus compañeros/as, contando para ello con el apoyo y supervisión del Comité Organizador.

## Sede

Palacio de Congresos de Canarias  
Auditorio Alfredo Kraus

## Secretaría Técnica

Viajes El Corte Inglés Las Palmas  
(División Congresos)  
Avda. Juan XXIII, 9 · 35004-Las Palmas de G.C.  
Teléfonos: 928291353 / 928293167  
Fax: 928291876  
E-mail: [comercial\\_lpa@viajeseci.es](mailto:comercial_lpa@viajeseci.es)

## Cuotas de Inscripción

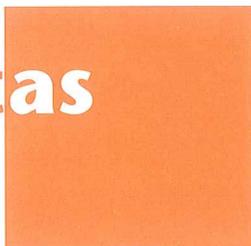
- Inscripciones anteriores al 01 de julio del 2004
  - Colegiados ..... 200 €
  - Otros Profesionales ..... 260 €
- Inscripciones posteriores al 01 de julio del 2004
  - Colegiados ..... 225 €
  - Otros Profesionales ..... 290 €
- Se concederán un total de 130 becas del 50 % del coste de inscripción dirigidas a:
  - Estudiantes de 3º Curso de Trabajo Social ..... 30 €
  - Diplomados en Trabajo Social desempleados ..... 100 €

## Más información:

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.  
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Las Palmas

C/ Luis Doreste Silva, 107 1ªA  
35004 - Las Palmas de G.C.  
[www.trabajosocialaspalmas.org](http://www.trabajosocialaspalmas.org)

# Indices de revistas



### Comité de redacción internacional

M.A. BEAUDUIN, presidente, Bélgica  
J.P. HIERNAX, UCL, Bélgica  
J. ESTIVILL, GES, España  
C. MARQUES Balsa, UNL, Portugal

### Comité de honor

D. CASADO, España  
J. DEGIMBE, Bélgica  
M. J. RUAS MADEIRA, Portugal  
D. SZABO, Canadá

### Administración

"LES POLITIQUES SOCIALES"  
Service Social dans le Monde  
Rue M. Bervoets, 10  
B-7000 Mons, Bélgica  
Te. (32) 65 40 16 16  
Fax (32) 66 35 11 77

### Comité de redacción de la edición española

Demetrio Casado Pérez  
(Madrid)  
Jordi Estivill Pasqual  
(Barcelona)  
Montserrat Font Sanmiguel  
(Barcelona)

### Recensiones

Centro de Documentación  
y Estudios SIIS  
(San Sebastián)

### Edición y administración

Amics i autors de  
les divulgacions culturals  
d'EDITORIAL HACER, S.L.  
Dtr: Josep Ricou Barceló  
Carmen, 16, 2º 1ª  
08001 Barcelona (España)  
Tel. y Fax.: 93 317 58 01  
hacer@eresmas.com  
www.hacer-editorial.com

### Montaje y Servicios

MEDUSA

## Políticas Sociales

### En Europa

- Revista científica, internacional y multidisciplinaria.
- Desde una perspectiva transnacional, cada número trata de algún tema relacionado con las "Políticas sociales y estrategias de intervención" abordado desde un ángulo teórico, práctico o empírico. En particular, se incluyen estudios sobre la acción y el cambio social, análisis prácticos, resultados de investigaciones en el ámbito del bienestar, reflexiones metodológicas, crónicas sobre la evaluación de políticas europeas, evocaciones a los grandes momentos de la historia social, reseñas y recensiones de libros y revistas.

- La revista está dirigida a intelectuales, trabajadores sociales y sanitarios, animadores socioculturales, agentes de desarrollo, educadores y formadores de jóvenes y adultos, investigadores y profesores de ciencias sociales, a directivos, gestores de instituciones, representantes políticos locales o nacionales... a todos los que intervienen en materia social, a todo lector preocupado por los temas sociales, por los debates que suscitan, las respuestas pragmáticas y políticas que generan.

- Los dos comités de redacción –español e internacional– quieren extender el debate del pensamiento propio de las políticas sociales a toda Europa apoyando de este modo el crecimiento y el bienestar social, también quieren incluir en este debate la riqueza de las distintas opiniones que pueden revertir desde todos los continentes.

- Fundada en 1935, la revista se elabora actualmente desde la Fundación Internacional para el estudio del Cambio en las Políticas Sociales. En España, mediante un convenio de colaboración entre Service Social dans le Monde y Editorial Hacer, S.L. se asegura la orientación de la publicación y su edición en castellano.

**Tarifas 2003:** Abono bianual (4 números): 46 €  
Números sueltos: 13 €  
(No incluye gastos de envío)

**Pago:** Contrareembolso o cheque a Editorial Hacer, S.L.

© Artículos editados por la revista "Politiques Sociales": Service Social dans le Monde, Mons, (Bélgica)  
© Artículos y recensiones incorporados por el comité de la revista en España: Autores y Editorial Hacer, S.L.  
© De las traducciones al castellano: Editorial Hacer, S.L.  
© Edición Revista: Editorial Hacer, S.L.

# Índice

Nº 13-14 – OCTUBRE 2003

## MEDIACIÓN SOCIAL

### Presentación

M. Bortolini .....	5
--------------------	---

### NECESIDADES DE MEDIACIÓN

#### Violencia y mediación en las familias inmigrantes

A. Manço .....	9
----------------	---

#### La negociación intercultural y la integración de los inmigrantes

M. Cohen – Emerique .....	27
---------------------------	----

#### La mediación escolar: aprendizaje de un ritual para la gestión de conflictos

J.-P. Bonafé-Schmitt .....	37
----------------------------	----

#### La búsqueda de un tercer espacio o la mediación posible

M. Bortolini .....	49
--------------------	----

#### La mediación familiar: de la mediación tradicional al modelo Transformativo

A. Ripol – Millet .....	57
-------------------------	----

#### Mediación social. Un espacio para la resolución de conflictos

C. Ramos Feijoo .....	71
-----------------------	----

### OFERTAS DE MEDIACIÓN

#### Una mirada al contexto europeo

A. Belpiede .....	89
-------------------	----

#### Mediación intercultural en Italia

A. Belpiede .....	93
-------------------	----

#### Experiencias de CEPAIM en mediación intercultural

J. A. Segura Lucas .....	99
--------------------------	----

#### Mediación en las escuelas y hospitales de la comunidad Francófona belga

M. Bortolini .....	117
--------------------	-----

#### Mediación comunitaria en Holanda

B. Peper y F. Spierings .....	125
-------------------------------	-----

#### Traducción y mediación en el centro del vínculo

A. Le Balle .....	139
-------------------	-----

### Recensiones

SiiS .....	145
------------	-----