

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

El Reconocimiento del Trabajo Social Sanitario en Zaragoza

Alumno/a: Alejandro Teresa Remacha
Director/a: Francisco Galán Calvo
Grupo: 1

Zaragoza, junio de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo

UniversidadZaragoza

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **METODOLOGIA**
 - Objetivos
 - Hipótesis
- **MARCO TEÓRICO:**
 - Historia
 - Rol del trabajador social
 - Salud y atención integral
 - Normativa
 - Intrusismo laboral?
- **TRABAJO DE CAMPO (entrevistas):**
 - Contexto experiencial (practicum de intervención en HUMS)
 - Trabajadores sociales sanitarios
 - Médicos y enfermeras
 - Pacientes
- **CONCLUSIONES**
 - Futuro (posibles vías de cambio y mejora para la consecución de un reconocimiento del trabajo social sanitario a todos los niveles)
- **BIBLIOGRAFÍA**
- **ANEXOS**

INTRODUCCIÓN

Todo proceso de enfermedad conlleva, en mayor o menor medida, una ruptura de la dinámica social, familiar, laboral,... del individuo y en el peor de los casos, supone un antes y un después en su vida.

Aquí es donde puede entrar en juego el papel del Trabajo Social Sanitario, cuando se ocupa de tratar los motivos sociales que la propia enfermedad pueda tener y los efectos que sobre la vida social del individuo y allegados. Todo ello dentro de un grupo interdisciplinar para proporcionar una atención integral.

Ésta podría ser una definición, más que menos adecuada, del Trabajo Social Sanitario así como un buen punto de partida para este trabajo de investigación.

Ahora que he expuesto una noción de lo que es este profesional y a que se dedica, me hago las siguientes preguntas:

¿Se trata de una unidad que trabaja sobre la salud del paciente pero no es profesional sanitario? ¿Acaso no es partícipe y pieza clave en la promoción, atención y recuperación de la salud en el paciente? ¿La enfermedad solo es física, qué tiene que ver lo social? ¿Pero es un profesional sanitario o no?... etc.

Si esta es la confusión que existe dentro del sistema sanitario y entre profesionales, ¿cómo no la va haber entre la población?

Este es el punto por donde quiero empezar a hurgar para dar a conocer y confirmar si es cierto o no que existe una resistencia por parte del Sistema Sanitario a integrar a los trabajadores sociales sanitarios como profesionales reconocidos, llegando a conocer causas o motivos por los cuáles se da esta situación, y concretamente en la actual ciudad de Zaragoza.

METODOLOGÍA

Para explicar la metodología utilizada en la realización de este trabajo, me serviré de la siguiente clasificación, atendiendo a diferentes aspectos característicos de todo trabajo de investigación: finalidad, alcance temporal, profundidad, amplitud, fuentes de información, carácter y ambiente.

Atendiendo al criterio de finalidad, se ha desarrollado una investigación básica, la cual incrementará el conocimiento del lector en cuanto al trabajo social sanitario y a la problemática de la cual trata este trabajo.

En cuanto al alcance temporal, se puede decir que es transversal¹. Se trata de una investigación definida en un periodo de tiempo concreto y en este caso concretamente desde enero a mayo del año 2013.

Respecto a la profundidad, esta es explicativa, ya que se indaga en el por qué de esta situación del trabajo social sanitario en Zaragoza.

La amplitud del trabajo queda definida dentro de un grupo pequeño de población, los trabajadores sociales sanitarios, profesionales sanitarios con los que se tenga contacto y los pacientes, por lo que se trata de un grupo microsociológico.

Las fuentes de información de las que se nutre este trabajo son tanto secundarias como primarias. Por un lado las fuentes de información secundarias, ya que, en primer lugar, tuve que recopilar información que contextualizara el tema objeto de estudio e información realizada por otros autores que trataran sobre el mismo. De esta manera adquiriría la base teórica que formaría el "grueso" de la investigación. Y por otro lado las fuentes de información primarias, que son los profesionales del trabajo social sanitario así como los pacientes y los médicos que colaboran con ellos. También se tiene en

¹ Alcance temporal transversal: Investigación que analiza un fenómeno determinado dentro de un periodo de tiempo concreto.

cuenta el contexto experiencial propio a lo largo del *practicum* de intervención realizado en este campo meses atrás.

Si tenemos que hablar del carácter de esta investigación, tendríamos que decir que es cualitativa, ya que las técnicas utilizadas en el mismo responden a ese carácter, a la búsqueda de las características que envuelven y forman parte del contexto en el que se encuentra el objeto de estudio, no hay análisis estadísticos ni cifras (por ejemplo, la utilización de entrevistas semi-estructuradas).

Finalmente, en cuanto al aspecto del ambiente, contamos con dos tipos: el de campo, el cual responde al contacto directo con la población objeto de estudio, y el de gabinete, el cual engloba la labor de clasificación, análisis y redacción de los datos obtenidos en el trabajo de campo.

MARCO TEÓRICO

- HISTORIA

Buscando información para este trabajo encontré un artículo en la "Revista de Trabajo Social y Salud" acerca de esta especialidad, "Historia e identidad del Trabajo Social en Salud" de Miguel Miranda Aranda donde destaco lo siguiente:

"Una profesión, una disciplina que desconoce sus orígenes, está obligada a inventarlos permanentemente".

Visto esto, relataré brevemente acerca de los comienzos del trabajo social sanitario y de su aparición en España.

Poco después de los primeros pasos del trabajo social por parte de Mary Richmond, Anna Dawes, Gordon Hamilton, Jane Addams,... allá ha finales del S. XIX comienzos del XX, se pudo empezar a oír hablar del trabajo social sanitario de la mano de Richard Cabot y Ida M. Cannon.

Se podría estar hablando de una especialidad procedente del trabajo social que vio claramente su función dentro del sistema sanitario, siendo éste incorporado al personal de salud en 1905 de la mano de Richard Cabot.

Por parte de Ida M. Cannon se puede decir que fue jefa del Departamento de Trabajo Social del Hospital General de Massachussets así como autora del libro *"Social Works in Hospitals. A contribution to progressive Medicine"* (1913) donde relata las primeras andaduras del trabajo social sanitario dentro de los hospitales.

Siendo tal el éxito, al poco tiempo más de 200 hospitales norteamericanos incorporaron trabajadoras sociales a las filas de su personal sanitario, consolidando la posición de estos profesionales.

En cuanto al trabajo social sanitario en España, a finales de los años setenta, se observa una generalización de los servicios del trabajo social sanitario donde las funciones que éstos asumían no quedaban del todo claras.

Por tanto, se crearon los servicios de trabajo social sanitario al uso y sin un encargo específico, todo ello debido a falta de una normativa básica acerca de los programas a desarrollar, formularios a aplicar, tareas a realizar,...

El año 1986 fue muy importante para el trabajo social sanitario como consecuencia de las reformas que traía consigo el régimen democrático y de la creación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, donde los trabajadores sociales sanitarios vieron su oportunidad de cambio y formar parte de ello.

Sin embargo, el trabajo social sanitario se quedó algo atrás debido al frenético crecimiento de este sistema, más preocupado por los resultados que por la propia enfermedad del paciente y donde las nuevas tecnologías obligaban a adaptarse y modificar lo que hasta el momento funcionaba.

A esto se le suma la falta de información estadística, indicadores cualitativos y cuantitativos,... llevando a confusiones sobre el papel del trabajo social sanitario así como una concepción "no científica" de la profesión.

Pero no todo es malo, del 19 al 21 de noviembre de 1986 se celebró en Zaragoza las primeras Jornadas de Trabajo Social y Salud, compartiendo información, experiencias e ilusiones, dando como resultado una red de comunicación entre profesionales del trabajo social sanitario a nivel estatal. Estos fueron los comienzos de la actual Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

A raíz de este momento se recuperó el interés científico de la profesión, aunque siempre estuvo ahí:

*"defender el Trabajo Social no es sólo un proceso educativo para la adaptación de la gente en la sociedad en que vive, sino, además, y simultáneamente, un proceso de investigación permanente para conseguir avances y reformas sociales para el progreso de la sociedad"*²

(Mary E. Richmond, 1920)

Durante los años 80 y 90, se produjo un proceso de transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, aspecto que en principio debería ser positivo para el trabajo social sanitario debido a la proximidad de la Administración al ciudadano, aligerando procedimientos burocráticos, permitiendo conocer mucho mejor el área de actuación (ahora más delimitada).

Esta aproximación a la realidad ciudadana permite de una acción mucho más eficaz por parte del trabajo social sanitario.

A pesar de ello, tampoco se percibió mucho cambio en la situación debido a la utilización de los recursos y prestaciones para beneficio político, dando lugar a un escenario donde el profesional se ve "presionado" por parte de la institución a cumplir con unos resultados y "mareado" por el poder político-legislativo mediante leyes que van y vienen, unas que se contradicen o simplemente dejan "huecos" legales.

- ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Quiero hacer una aproximación sobre el rol del trabajador social en genérico y luego sobre el rol del trabajador social en el ámbito sanitario para conocer si hay ciertas similitudes o por el contrario desempeñan roles distintos en relación al ámbito de actuación.

² Ver En:

(http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/aanton/publicacion/articulos/trabajosocial-richmond.htm)
(última visita 08/03/13)

Sin embargo, si puedo resaltar una característica común al rol del trabajador social en general como al trabajador social sanitario, y es que ambos roles son de servicio, es decir, que a diferencia de otras profesiones, no se producen bienes materiales.

A continuación paso a citar algunos de los elementos que forman parte del rol de trabajador social en general:

- Asesor, consultor u orientador de grupos o individuos en la búsqueda de alternativas que permitan satisfacer sus necesidades sociales básicas como por ejemplo pueden ser la salud, la vivienda, la alimentación o el cuidado de los niños, entre otras. Ayuda a que se ejercite un uso más eficiente de los servicios existentes y así tener a estos individuos o grupos en contacto con ellos.
- Proveedor de servicios de ayuda y apoyo a personas que se encuentren en una situación de emergencia favoreciendo la generación de conductas orientadas a que la propia persona tenga la capacidad de resolver el problema por sí misma.
- Informador acerca de los recursos institucionales y servicios disponibles a los que el individuo puede optar para hacerlos más accesibles.
- Investigador, mediante la recopilación, análisis y clasificación de datos para identificar y detectar necesidades o problemáticas sociales de carácter individual o comunitario.
- Planificador de programas que ayuden a satisfacer necesidades, solucionar problemas o incentivar una mejora en la calidad de vida de grupos o individuos. Asimismo, éste elabora sus propias actividades, proyectos,... en su área de trabajo.

- Evaluador de las actividades y funcionamiento de la institución donde trabaja así como de las propias.
- Reformador de las instituciones en cuanto a su organización y su funcionamiento, especialmente la de Servicios Sociales, para incrementar su eficacia para con los usuarios. Esto viene estrechamente relacionado con la tarea de intermediario entre institución y usuarios.
- Identifica aquellas situaciones, individuales o colectivas, de riesgo y los consiguientes recursos que favorezcan a la resolución de dichas situaciones.
- Educador, enriqueciendo los conocimientos, habilidades y destrezas de la gente.
- Animador o movilizador social, estimulando y/o fomentando formas alternativas de participación social.³

Estos puntos que he citado vienen encuadrados dentro del rol del trabajador social en general, pero... ¿comparte estos mismos roles el trabajador social sanitario? o ¿existen diferencias con motivo de la especialidad?

- Estudio de los factores de riesgo y protección que estén relacionados con la salud de los individuos o de la comunidad.
- Realizar y planificar intervenciones centradas en el desarrollo de las capacidades individuales o colectivas a las que vayan dirigidas.
- Colaborar en los equipos de salud.

³ Ver en:

(<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/saludpublicats/1774998997.1.5%20El%20Trabajo%20Social%20en%20Salud%20Publica.doc>)
(última visita 25/05/13)

- Evaluar e implementar programas integrales de intervención en el ámbito de la salud.
- Aplicar conocimientos teóricos y prácticos sobre gestión de equipos de trabajo, mejora de la calidad, marketing social,... etc.
- Participar de forma efectiva con la comunidad, organizaciones, instituciones,... para la implementación de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Introducir principios éticos y valores de la intervención psicosocial dentro de los programas que se lleven a cabo dentro del centro de salud.⁴

Como se puede apreciar, el rol del trabajador social en general como del trabajador social sanitario no difieren mucho el uno del otro y a mi juicio, simplemente lo que cambia es el enfoque.

Por ejemplo, el trabajador social sanitario desempeñará su rol orientado a la relación entre la situación psicosocial del paciente con el estado de salud o enfermedad generadora de dicho estado. Todo ello sin dejar de lado dos aspectos muy importantes, el contexto que condiciona la situación del paciente y sus redes.

- SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL

Cómo se puede ver en el apartado de "conceptos clave", he incluido dos de las definiciones de salud que me han parecido más correctas dentro de todas las que he podido leer a lo largo de este trabajo.

Tomando como modelo la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) sí he podido observar que, al parecer existe un criterio común a

⁴ Ver en:

(<http://evoluntas.wordpress.com/2011/04/14/el-trabajo-social-y-la-atencion-en-salud-las-competencias/>)
(última visita 25/05/13)

la hora de definir la salud en donde se tienen en cuenta tres aspectos fundamentales: salud física, psíquica y social.

Tengo que recordar que en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986) ya se destacó la importancia del aspecto social para la consecución de la salud en el individuo y el grupo, que es la sociedad.

"La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario".^{5 6}

(Carta de Ottawa, 1986)

Desde este documento se intenta concienciar acerca de la promoción de la salud, indicando la relevancia del progreso personal, económico y social para la consecución de un estado saludable.

Asimismo, hace hincapié en que la modificación de las formas de vida, de trabajo e incluso las de ocio, tiene una influencia significativa sobre la salud.⁷

Se pone de manifiesto la interrelación que existe entre los factores que influyen en el individuo en todos sus niveles y el resultado de todo ello, un estado de bienestar saludable o no.

Continuando la lectura de esta carta encontré una serie de objetivos a los que se comprometerían los participantes de la misma.

De los seis puntos declarados citaré tres, justo la mitad, que hacen referencia a "lo social" de la salud:

⁵ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá, 21/11/86)

⁶ Ver en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
(última visita: 20/04/13)

⁷ *"La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana" (Carta de Ottawa, 1986)*

1. *"a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;"*
2. *- "a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;"*
3. *- "a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida."⁸*

(Carta de Ottawa, 1986)

Comenzando con el primero, se observa la intención de otorgar la importancia al individuo como fuente de salud, pero va más allá e introduce la influencia de familiares, amigos,... y la comunidad en general, teniéndolos en cuenta para el mantenimiento de un buen estado de salud. Se podría decir que el "protagonista" es el paciente pero sin dejar de lado a su red más próxima, la cual se ve afectada por la situación del paciente.

En el segundo punto hace referencia a la colaboración con otras disciplinas para una promoción completa de la salud. Todo esto sería lo que he venido indicando párrafos más atrás acerca de la atención integral.

Asimismo, también se podría interpretar como una "llamada de atención" a no "cerrarse puertas", sino todo lo contrario, ser capaces de cooperar, compartir información y opiniones con diferentes profesionales,... para llegar a dicha atención integral.

⁸ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá, 21/11/86)

Ver en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
(última visita: 20/04/13)

Ya en el tercer compromiso se invita al reconocimiento y mantenimiento de la salud acentuando que se trata de una inversión social. Éste punto destaca el impacto general que tiene la salud en el conjunto de la sociedad e invita a reflexionar acerca de nuestra forma de vida hoy día.

Todo lo visto anteriormente corresponde a una determinada visión de salud, el modelo biopsicosocial y es en este punto donde quiero destacar la definición que Teresa Zamanillo hizo para definir el Trabajo Social:

“El Trabajo Social es la disciplina científica que se ocupa, precisamente, de todos los fenómenos que tienen que ver con el **malestar psicosocial** de las personas, prestando especial atención tanto a los **factores que influyen en la génesis de los conflictos psicosociales** como a las diversas formas que adquiere la vivencia personal de esos conflictos”.⁹

En base a esta definición, la autora Amaya Ituarte resalta que la finalidad del trabajo social no es tan solo el conocimiento, sino la intervención psicosocial orientada a la prevención de esos conflictos psicosociales para así poder ofrecer los medios adecuados para poder superar, o al menos aliviar el padecimiento de esa persona.

Tras esta reflexión y tomando como modelo la definición de Teresa Zamanillo, ésta hace la siguiente definición sobre el Trabajo Social Sanitario:

“La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los **factores psicosociales** que inciden en el proceso de salud --- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las

⁹ “Sentido del Trabajo Social en Salud” (Ituarte Tellaeché, A., mayo 2009, Zaragoza)

Ver en:

(http://api.ning.com/files/TTQFNTiLm8Q*LtEyHJtTFdplbI3PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBbYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elentidodeltrabajosocialensalud09_Amaya_Ituarte_Tellaeché.pdf) (última visita: 23/05/13)

situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como se derivan de ellas".¹⁰

- NORMATIVA

Parto desde el punto de que nuestro Sistema Nacional de Salud se fundamenta en el modelo biopsicosocial, ya en el propio documento del Sistema Nacional de Salud 2012, de elaboración periódica y con propósito de "*acercar a lector los principales rasgos del SNS*", se puede encontrar que uno de los principios que permiten el derecho de la protección a la salud es el de la atención integral (recordemos definición del apartado "conceptos clave"):

"Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados".^{11 12}

Viendo esto, se puede llegar a la conclusión de que el reconocimiento del trabajo social sanitario como un profesional sanitario más dentro del sistema no es tan descabellado como algunas intuiciones puedan hacer parecer.

Es más, siguiendo la línea de la atención integral y todo lo que conlleva, me topé con contradicciones tales como las que aparecen en el Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.

¹⁰ "Sentido del Trabajo Social en Salud" (Ituarte Tellaeché, A., mayo 2009, Zaragoza)

Ver en:

(http://api.ning.com/files/TTQFNTiLm8Q*LtEyHJtTFdplbI3PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBbYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elentidodeltrabajosocialensalud09_Amaya_Ituarte_Tellaeché.pdf) (última visita: 23/05/13)

¹¹ (Sistema Nacional de Salud 2012, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España)

¹² Ver en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>
(Última visita: 17/03/13)

En este documento se muestra la preocupación existente por parte del Sistema Sanitario Aragonés para con la salud mental, exponiendo una “guía” de servicios, actuaciones, ámbitos y profesionales que actúan sobre este asunto, dando gran importancia a la prevención antes que a la actuación.

Bien, una vez visto esto, paso a un apartado con el título “recursos actuales” donde se indica que en los equipos de salud mental de atención primaria tiene que haber, entre otros, un trabajador social:

*“Los pacientes atendidos en estas unidades vendrán derivados fundamentalmente de la Atención Primaria de salud... **1. Equipo profesional:** ... el equipo básico contará con los siguientes profesionales por cada 100.000 habitantes:*

- *f Psiquiatras: 3*
- *f Psicólogos clínicos: 2*
- *f ATS/DUE: 2*
- *f **Trabajador social: 1***
- *f Auxiliar administrativo: 1 por centro con dedicación parcial o completa en función de las necesidades del centro*

La figura del auxiliar de enfermería sólo será necesaria en el caso de tutelar pisos o desarrollar una importante actividad domiciliaria”.¹³

Sin embargo, en conversaciones con profesionales del trabajo social sanitario y concretamente con algunos especializados en salud mental, me afirman que lo que se dice en este documento no se corresponde con la realidad, a día de hoy.

¹³ PLAN DE SALUD MENTAL EN ARAGÓN. Ver en: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf (Última visita: 26/04/13)

Algunos de los profesionales con los que he podido hablar me han confirmado que en muchos equipos de salud mental de los centros de atención primaria no hay trabajador social, tal y como se expresa en el documento.

Del resto de profesionales dispuestos dentro del equipo de salud mental no falta ninguno a excepción del trabajador social.

Sin restar importancia a los otros profesionales integrados dentro de esta unidad parece que hay una especial tendencia a considerar que las restricciones se hagan el Trabajo Social antes que en otras profesiones. Si la justificación es que hay que recortar en gastos, "bien" que haya que recortar personal, pero de ahí a que se elimine la aportación profesional del trabajador social... se está restando la eficacia del grupo interdisciplinar.

Yo creo que este problema es un ejemplo más de la opinión que tengo acerca de que la profesión de trabajo social sanitario no tiene todavía el suficiente reconocimiento, haciendo de ésta en tiempos de crisis una "unidad prescindible".

Cartera De Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.

Se entiende por Cartera de Servicios Sanitarios el listado que recoge de forma simple, agrupada y comprensible a los profesionales y usuarios, aquellas actividades y procedimientos que el sistema de salud establece para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de los ciudadanos.

Se trata, por tanto, de un listado que aclara y pone de acuerdo a gestores, profesionales sanitarios y usuarios acerca de lo que "hay que hacer" o "se puede pedir".

Por Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón se aprueba la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. La Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón además de estar constituida por los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

establecidos en el Real Decreto 1030/2006, incorpora otros servicios que son específicos del Sistema de Salud de Aragón.

Por "Orden de 12 de julio de 2007 del Departamento de Salud y Consumo se estructura y se aprueba el contenido de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón". En esta Orden se organiza la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón en las líneas asistenciales de:

1. Atención Primaria
2. Atención Especializada
3. Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (**Atención Sociosanitaria**)
4. Atención a la Salud Mental
5. Atención a la Urgencia y Emergencia
6. Salud Pública
7. Las prestaciones Farmacéuticas, Ortoprotésicas, de Productos Dietéticos y de Transporte Sanitario son las que forman parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud aprobado por Real Decreto 1030/2006¹⁴

¹⁴Ver en:

(<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/CARTERA+DE+SERVICIOS+SANITARIOS+DEL+SISTEMA+DE+SALUD+DE+.PDF>) (Última visita: 17/03/13)

Aquí se puede observar como en la cartera de servicios sanitarios del sistema de salud de Aragón viene recogido, aunque acotado dentro de la atención a enfermos crónicos y dependientes la atención sociosanitaria. Pero veamos más:

En el BOA Número 46 LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. TITULO V - CAPITULO II - DE LAS FUNCIONES Y ACTUACIONES DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN. SECCIÓN 2.ª - DE LAS ACTUACIONES

Artículo 30. - Asistencia sanitaria.

El Sistema de Salud de Aragón, mediante los recursos y medios de que dispone, llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención especializada.

b) La atención a las urgencias y emergencias sanitarias.

c) La atención temprana.

d) La atención sociosanitaria en coordinación con los servicios sociales.

e) El desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo

y de los programas específicos de protección ante factores de riesgo.

f) La atención, promoción, protección y mejora de la salud mental.

g) La promoción y protección de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, e incorporando progresivamente otras prestaciones asistenciales.

h) La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para la promoción de la salud y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.

i) La mejora continua de la calidad en todo el proceso asistencial.

j) Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, prevención, mantenimiento y mejora de la salud.¹⁵

Se vuelve a ver de nuevo la atención sociosanitaria, esta vez incluida dentro de las funciones y actuaciones que el propio sistema de salud de Aragón ofrece a los ciudadanos. Sin embargo, voy a la Ley estatal y me encuentro con lo siguiente:

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece el contenido de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

- Prestaciones de salud pública
- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Atención de urgencia.
- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y ortoprótesis especiales).

¹⁵ Ver en:

(http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/06_Trmites_y_gestiones/Documentos/Ley_de_Salud_de_Aragon.pdf)

(Última visita: 17/03/13)

- Prestación de productos dietéticos (dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria)
- Prestación de transporte sanitario.^{16 17}

Aquí se puede ver que en la legislación estatal no aparece, ni por mención, la atención sociosanitaria como un servicio común, y lo recalco, **común**. Asimismo, se tiene en cuenta la nota que puntualiza acerca de que este contenido puede variar previo acuerdo entre el Consejo Interterritorial del SNS y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cualquier caso, ¿cómo se puede ofrecer una atención integral de la salud sin tener en cuenta la atención sociosanitaria? Estoy convencido de que estamos ante una incongruencia manifiesta. ¿Qué se puede pensar? ¿Porqué no se reconoce la existencia de la prestación sociosanitaria como un servicio común? ¿Qué se les ha pasado por alto incluirlo? o que ¿quizás no tiene un reconocimiento o calado importante dentro del propio Sistema Sanitario Español? Esto se puede entender como que el Sistema Nacional de Salud no garantiza dicha atención sociosanitaria, al menos en el Sistema de Salud de Aragón si viene reflejado como tal, aunque del papel a práctica hay un trecho.

Estoy comprobando cómo ya en la propia Ley existen discrepancias o diferentes maneras de ver la salud, tendiendo quizás hacia la medicalización de ésta y obviando la importancia del aspecto social, cosa que contradice con cualquier definición actual reconocida del concepto de salud.

¹⁶ "El contenido de los diferentes apartados de la Cartera de servicios comunes podrá concretarse y detallarse por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud".

¹⁷ Ver en:

<http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>
(última visita: 26/04/13)

Si se omite el aspecto social de la salud, ¿qué queda del trabajador social sanitario?

Me da la impresión de que por parte de la Administración se “llean la boca” con términos como atención integral indicando que es la forma de actuar desde el sistema sanitario, sin embargo en la práctica probablemente no sea así.

En contraposición a esto, sí tengo que manifestar positivamente la exposición que se hace del trabajador social sanitario dentro del Plan Estratégico 2002 – 2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón donde este profesional viene reivindicado como pieza clave dentro del grupo interdisciplinar que conforma el equipo de salud mental.

*“En cada zona básica de salud se dispone de un centro de salud que es la estructura física y funcional en la que desarrolla sus actividades el equipo de Atención Primaria. Éste está constituido por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios (médico de familia, pediatra, trabajador social, ATS/DUE, auxiliar administrativo, etc.) que desarrollan actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación sobre la población territorialmente adscrita”.*¹⁸

Dentro de este documento aparecen las unidades necesarias para cada equipo de salud mental, el cual será multidisciplinar, y donde he podido comprobar que hay, al menos, 1 trabajador social.

También se hace una mención especial a este profesional, especialmente dentro de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, donde se dice lo siguiente:

¹⁸ (Plan Estratégico 2002 – 2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón)http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf (última visita: 28/04/13)

"La figura del trabajador social es especialmente importante en este dispositivo por su papel de enlace con diferentes instituciones educativas y sociales".¹⁹

- INTRUSISMO LABORAL?

Buscando información para la realización de este trabajo me topé con una temática algo delicada acerca de una "nueva" profesión dentro del sistema sanitario, la enfermera de enlace, idea originaria del Servicio Canario de Salud y que se está extendiendo a otras comunidades.

Otros nombres que recibe y que hacen referencia a la misma figura son: enfermera comunitaria de enlace, enfermeras centinelas enfermeros gestores de casos.

Al parecer, según he podido comprobar, pueden existir indicios de intrusismo laboral por parte de esta nueva figura para con el trabajo social sanitario, o al menos hay profesionales el trabajo social que así lo ven. Viendo esto, es lógico que haga mención de ello como un frente más al que el trabajo social sanitario tiene que hacer frente.

Fundamento esta temática en un artículo de Ana Isabel Pineda del Pino y Mariano Sánchez Robles, ambos trabajadores sociales del Servicio Andaluz de Salud, "Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace".

En este caso los autores comienzan por un punto de partida muy interesante, donde manifiestan que el trabajador social sanitario respeta escrupulosamente la función del resto de profesionales sin invadir su "parcela", es decir, si el

¹⁹ (Plan Estratégico 2002 - 2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón) Ver en:
http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf (última visita: 28/04/13)

trabajador social sanitario se encarga del aspecto psicosocial del paciente, éste nunca se meterá dentro de la intervención biológica, simplemente porque no es su función y porque no tiene la formación para ello.

"Curiosamente, los indicios de INTRUSISMO sólo se detectan en el ámbito de "lo social" en el que "aparentemente" cualquier profesional puede intervenir sin limitación alguna. No se ha detectado, de momento, ningún intento de trabajador social alguno, de intervenir en los cuidados de enfermería, colaborar en sus diagnósticos o realizar de forma conjunta sus valoraciones".²⁰

Continuando por esta línea, los autores refuerzan la delimitación clara de funciones entre profesionales donde indican lo siguiente.

"Una de las funciones atribuidas (Orden 2/9/85) como propia del trabajador social en un Centro de Salud es la de "COORDINAR las actividades de trabajo con la comunidad,... Para ello se adjudican (circular 1/87) al trabajador social, entre otras, las actividades siguientes: Conocer los programas o actividades que se implantan en la zona por instituciones ajenas al Centro de Salud, con el fin de establecer una COORDINACIÓN y no duplicar acciones".²¹

Se puede observar cómo quedan delimitadas las funciones del trabajo social sanitario en el Centro de Salud y aún dicen más.

"ARGUMENTARIO: Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Y que recoge literalmente (incluida la negrita y subrayado) en su página 8, lo siguiente: "La enfermera comunitaria de enlace no es el referente para realizar la coordinación socio-comunitaria". Y que continúa con el

²⁰ Pineda del Pino, A. Isabel / Sánchez Robles, M. "Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace", Diciembre 2006, Revista de Trabajo Social y Salud – Nº 55

²¹ Pineda del Pino, A. Isabel / Sánchez Robles, M. "Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace", Diciembre 2006, Revista de Trabajo Social y Salud – Nº 55

*siguiente mensaje literal: Mensaje a reforzar: La Coordinación con los servicios socio-comunitarios desde la Atención Primaria es una de las funciones de los trabajadores sociales de Salud (TS)*²²

Delimitación clarísima y reiterada de las funciones del trabajador social sanitario. A continuación indican las funciones de la enfermera de enlace.

*"Las Enfermeras Comunitarias de Enlace, al igual que el resto de los profesionales de referencia del paciente, detectará casos de riesgo social, transfiriendo la responsabilidad de la gestión de estos casos a la trabajadora social de referencia para el paciente".*²³

Visto esto, los autores se centran en el presunto intrusismo profesional por parte de la enfermera comunitaria de enlace y exponiendo ejemplos tales como que la enfermera comunitaria de enlace realiza valoraciones que estima más oportunas sin tener en cuenta la valoración del trabajador social sanitario, eso si, le reenvía el caso para que gestione el recurso que ya la propia enfermera comunitaria de enlace ha estimado oportuno.

También comentan acerca de supuestos donde la enfermera comunitaria de enlace es la que se coordina con los Servicios Sociales Comunitarios, en vez del trabajador social sanitario.

Estos son algunos ejemplos que los autores manifiestan sobre este presunto intrusismo laboral, pero además critican que esta nueva figura profesional aprovecha cualquier foro, jornadas,... para "convencer" o hacer "campaña" a favor de la imagen de la enfermera comunitaria de enlace en relación a su idoneidad como referente de la coordinación socio-sanitaria.

²² Pineda del Pino, A. Isabel / Sánchez Robles, M. "Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace", Diciembre 2006, Revista de Trabajo Social y Salud – Nº 55

²³ Pineda del Pino, A. Isabel / Sánchez Robles, M. "Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace", Diciembre 2006, Revista de Trabajo Social y Salud – Nº 55

Pero... ¿Y el trabajador social sanitario?

Finalmente los autores argumentan que se está creando una nueva figura profesional para unas funciones que ya son competencia de otro profesional, el trabajador social sanitario y que la Administración, por su parte, no ha movido ni un dedo por crear diálogo o si quiera llegar a un acuerdo.

Justifican también una ruptura del trabajo en equipo, una creación de confusión y desconcierto tanto al resto de profesionales como a la población, una duplicación de actuaciones y finalmente una gestión deficitaria que desemboca en una imagen exterior negativa.

Esta problemática también podría extrapolarse a aquí, al Servicio Aragonés de Salud, es por ello que introduzco este asunto tan delicado.

En este aspecto creo que desde la Administración, y no me refiero a niveles de empleados sino a los niveles altos, no hay un conocimiento claro de las funciones del trabajo social sanitario y en el peor de los casos, me temo, que no hay conocimiento de la existencia de este profesional en los propios centros sanitarios. Digo esto porque se está creando una situación innecesaria, una duplicidad de servicios, creando mal ambiente de trabajo en equipo y confusión al resto de profesionales, así como al resto de la población.

Si este asunto llegara a extenderse y por parte del trabajo social sanitario no hubiere una respuesta firme, se estaría yendo un paso hacia atrás y muy grande, en cuanto al reconocimiento y posición del trabajo social sanitario.

TRABAJO DE CAMPO (contexto experiencial + entrevistas)

• CONTEXTO EXPERIENCIAL

En este apartado quería aportar algunas experiencias vividas a lo largo de las prácticas de intervención de trabajo social sanitario en el H.U.M.S. de Zaragoza (2012/2013).

El motivo es aportar información real que ayude a entender si existe o no esta falta de reconocimiento de la profesión como tal.

- Un día se informó a planta de que iba a subir el chico de prácticas de trabajo social para traer algo de ropa a un paciente.
La sorpresa vino cuando llegué a planta y antes de ir con el paciente informo a la sala de control de mi llegada y de que traigo la ropa para el/la paciente X, a lo que me responde la enfermera: "Si, tú eras el voluntario que le iba a traer la ropa, ¿no?
A lo que respondí: "no no, de voluntario nada, trabajador social"
Enfermera: "Pues no sabía que teníamos de eso en el hospital"
- A lo largo de las prácticas continuamente se me llamaba a mí y a la profesional "asistente social" en vez de trabajador social.
- Varios pacientes solicitaban la presencia del trabajador social para obtener prestaciones económicas en vez de su intervención en la situación psicosocial. Sabían lo que querían y quien se encargaba de estos asuntos (son casos excepcionales aislados, pero hay que contar con ellos).
- El despacho de la profesional era un antiguo almacén del personal de limpieza acondicionado con material viejo, más de la mitad del mismo lo tuvo que traer la propia trabajadora social.

- Las historias sociales y las entrevistas se hacían en papel, nada de informatización. Lo único informatizado era la base de datos.
- El exceso de trabajo por parte de la institución para con la trabajadora social, la cual llevaba la planta de psiquiatría, dos de medicina interna, digestivo, cirugía maxilo-facial,... y alguna más que me estaré olvidando.
- El H.U.M.S. cuenta con unas 1400 camas y cuenta con 7 trabajadores sociales (actualmente 6 por reducción de plantilla) mientras que en el Hospital Cínico hay unas 800 camas y cuentan con 8 trabajadores sociales y hospital de día. Es obvio que aquí hay algo que no funciona bien.
- A veces las derivaciones de pacientes nos llegaban justo al alta de los mismos, de tal manera que era difícil o imposible ya realizar una intervención mínimamente aceptable.

• **TRABAJADORES SOCIALES SANITARIOS:**

1. *¿Puede resumirme brevemente cuál es el objeto del trabajo social sanitario en este centro de salud?*

TSS1 – Procurar el bienestar biopsicosocial de las personas afectadas por motivos de salud que les impide normalizar su vida, contando con sus recursos y los de la familia.

TSS2 - Dar respuesta a una problemática social a consecuencia de un problema de salud y viceversa.

2. *Cree que el trabajador/a social sanitario debería tener consideración de personal sanitario? SI/NO y ¿Por qué?*

TSS1 - Si, por supuesto. Igual que otras disciplinas como psicología, influido por y para la salud.

TSS2 - Si.

3. *¿El resto de profesionales sanitarios suelen pedirle consulta cuando tienen algún paciente que pueda tener alguna problemática social?*

TSS1 - Si.

TSS2 - Si, todos.

4. ¿Cómo le suelen llegar los casos?

TSS1 - Detección, derivación, solicitud por parte de la familia o directamente por el paciente.

TSS2 - Nos llaman o derivan directamente.

5. ¿los detecta usted o son los propios médicos los que se lo derivan?

TSS1 - Ambos.

TSS2 - Ambos.

6. ¿Qué se podría mejorar?

TSS1 - La existencia de la figura del coordinador para trabajo social sanitario.

Directivos: que representen al trabajo social sanitario.

Reciclaje profesional y del colectivo del trabajo social.

Reconocimiento del trabajo social sanitario.

TSS2 - La existencia de la figura de coordinador y/o responsable de trabajo social sanitario, igual que lo tiene enfermería o medicina.

Que los estudiantes que entren a la carrera universitaria sea por vocación.
Eleva la nota de corte.

Introducir las especializaciones vía MIR, que para trabajo social sanitario sería algo así como TIR.

7. ¿Siente que su labor es poco reconocida o que se tiene poco en cuenta?

TSS1 - No siento que esté poco reconocida por parte de los compañeros/as o pacientes, pero sí por parte de los directivos.

TSS2 - Si.

8. ¿por parte de quién?

TSS1 - Por los directivos.

TSS2 - Por los usuarios, desconocimiento y estigma social asociado a la profesión, y por los directivos.

9. *Respecto a los pacientes, ¿Cuál cree usted que es la imagen general que tiene un paciente de cuál es su labor?*

TSS1 - La falsa leyenda de que el trabajador social solo se solicita para solucionar problemas o casos de crisis cuando realmente están para más cosas. Es duro luchar contra la idea de caridad.

TSS2 - La visión errónea de que se les deriva a este profesional como último recurso, excepto en equipos que trabajan coordinados.

10. *¿Dónde cree usted que se encuentran los problemas que favorecen esta situación de desconocimiento social?*

TSS1 - En gran parte de los mismos profesionales (Colegio Profesional) y el que no esté representada la figura del trabajador social sanitario en los cargos directivos. También el exceso de trabajo no genera tiempo material para hacer otras cosas (investigación).

TSS2 - Monopolio por parte del colectivo perteneciente a los Servicios Sociales Municipales, los cuales desde su punto de vista, el trabajo social no tiene sentido en el ámbito sanitario.

11. *¿Ha sufrido alguna vez intrusismo profesional? ¿Por parte de quién?*

TSS1 - Si, por parte de enfermeras, psicólogos, médicos,...

TSS2 - No, intrusismo no diría. Digamos que compartimos "parcelas" entre profesionales, entonces aprovecho estas situaciones para hacer mejor intervención. "Si no puedes con tu enemigo, únete a él". En el caso de las enfermeras, ellas están más con los pacientes que nosotros, de tal manera que ellas tienen más información. Es normal que a veces ellas se den ciertas licencias de analizar una la situación de un paciente, pero son solo opiniones, ya que saben que me encargo yo.

• **PACIENTES:**

1. ¿Sabe usted quien es el trabajador social?

P1 - Sí, conozco el nombre y que existen pero no sabría decirte que hacen.

P2 - Sí, es la persona que se dedica a colaborar con la sociedad y especialmente con aquellos que más lo necesitan.

2. ¿Sabía usted que en su centro de salud hay una trabajador social sanitario?

P1 - No lo sabía.

P2 - Sí, me enteré por terceras personas.

3. ¿Cómo suele nombrarlos?

P1 - Trabajador social

P2 - Trabajador social, pero antes se les llamaba asistentes sociales.

4. ¿Podría decirme algunas cosas de las que se encargan estos profesionales?

P1 - Asistir a médicos y ayudar a los pacientes.

P2 - Colaborar con el ingreso de enfermos, está de apoyo al grupo médico. Intervención sobre la situación del enfermo, estar pendiente de él, su diagnóstico. También hace de intermediario enfermo-médico.

5. ¿Qué opinión tiene de ellos?

P1 - Buena.

P2 - Buena, creo que su labor es vocacional muy positiva y a la vez muy dura. No todo el mundo vale.

• MÉDICOS/ENFERMERAS

1. Desde su punto de vista ¿podría decirme cuál es el papel del trabajador social sanitario en el ámbito de la salud?

ENF - Informar a los pacientes sobre situaciones, ayuda a domicilio, solicitud de prestaciones, visitas a domicilio,... cuando existe problemática social.

MED - Trabaja sobre el área social de los pacientes como consecuencia de una enfermedad desde un grupo interdisciplinar consiguiendo una intervención completa de su situación.

2. ¿Cree que puede existir una duplicidad de servicios o tienen su papel bien definido?

ENF - Creo que las funciones están bien definidas, no hay duplicidad.

MED - Yo creo que si están bien definidas.

3. Cuando detecta una problemática social ¿piensa en el trabajador social sanitario o considera que al alta se ocuparán de ello?

ENF - Si, se piensa en el trabajador social sanitario.

MED - Si, son ellos los que trabajan estos temas.

4. ¿Cómo suele proceder cuando deriva un caso al trabajador social?

ENF - Se habla directamente con el trabajador social o se le aconseja al paciente concertar una cita.

MED - Hago una hoja de consulta o les llamo directamente. También, cuando procede, recomiendo que acudan a él, según la situación.

5. ¿Cuál cree que son los puntos débiles del trabajo social sanitario y cómo los podría solventar?

ENF - Funciona bien, hay buena comunicación.

MED - Ninguno, realizan una muy buena labor.

6. ¿Cómo podría mejorarse la imagen del trabajo social sanitario?

ENF - No hay problema.

MED - Creo que tienen buena imagen.

CONCLUSIONES

En este apartado se trata de confirmar o desmentir las hipótesis planteadas al comienzo de este trabajo, tomando como referencia el marco teórico y la información obtenida del trabajo de campo.

Comenzaré paso a paso repasando las hipótesis iniciales para que este apartado vaya cogiendo forma:

- El trabajo social sanitario como una profesión de "segunda clase" dentro del ámbito sanitario: PARCIALMENTE CONFIRMADA

Su no reconocimiento como profesión sanitaria, su no representación en los puestos directivos y por consiguiente, en la toma de decisiones, favorecen a que se de esta situación, la cual se agrava como consecuencia del "estigma social" que se arrastra sobre esta profesión.

- La Administración no reconoce lo suficiente la importancia del trabajo social sanitario otorgándole una categoría inferior a la que le corresponde respecto a otros profesionales: PARCIALMENTE CONFIRMADA

En este punto volvemos a los puestos directivos dónde el trabajo social sanitario no tiene representación y por tanto no se les tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones.

Esto se refleja a la hora de legislar por parte de la Administración, la cual no reconoce al trabajo social sanitario como profesión sanitaria.

Otras profesiones sanitarias cuentan con especializaciones tipo MIR (en el caso de medicina), cosa con la que el trabajo social no cuenta, no está al mismo nivel, por decirlo de alguna manera.

Si bien es cierto que desde la Administración central no hay un reconocimiento manifiesto, sin embargo en la Administración Autonómica si le da importancia, especialmente dentro del Plan de Salud Mental de Aragón, donde la figura del trabajador social sanitario adquiere gran notoriedad.

Sin embargo solo se da en la salud mental, encasillando la profesión tan sólo a esa especialidad.

- No existe un encuentro real entre lo social y lo sanitario: PARCIALMENTE CONFIRMADA

Desde las leyes se llenan la boca con la palabra atención integral y con el aspecto social de la salud, pero en la realidad no siempre se realiza una atención integral, tal y como se predica.

- Clientes y profesionales siguen llamando al trabajador social, "asistente social", el cual arrastra el "estigma social" de ir asociado a determinados colectivos relacionados con la conflictividad y la pobreza: PARCIALMENTE CONFIRMADA

La gente sigue llamando al trabajador social "asistente social", relegando la designación "trabajador social" a los profesionales del gremio.

Asimismo, muchas veces la población asocia que acudir al trabajador social ("asistente social" ellos) los relaciona con colectivos conflictivos o pobres, haciendo que su consulta quede siempre como último recurso.

Además, otro concepto erróneo que se concibe de este profesional es que su misión es dar prestaciones sociales, sin más.

Considero las hipótesis como "parcialmente confirmadas" debido a que la muestra representativa es pequeña y por tanto no confiere un elevado porcentaje de fiabilidad.

FUTURO:

Considero que con los medios y la información que he podido tener a mi alcance he podido acercarme, al menos, a aquellos puntos que favorecen o propician que el trabajo social sanitario se encuentre en "segundo plano".

Por tanto, creo que actualmente el trabajo social sanitario tiene un cierto reconocimiento, al menos al nivel de profesionales con los que se trabaja o de los propios pacientes que acuden al mismo, sin embargo, la no representación de esta figura profesional en los equipos directivos hace que no se cuente con ellos a la hora de tomar decisiones y desde mi punto de vista, si no estás representado, si nadie da cuenta de ti, si no tienes voz, no existes.

Este aspecto puede favorecer que se vaya olvidando aquello de la atención integral y por tanto el aspecto psicosocial de la salud, al menos en la práctica, porque desde las leyes sí que se insiste en la atención integral, aunque no utilicen las palabras psicosocial o sociosanitario (contadas las veces que aparecen).

Sería muy importante conseguir a alguien que represente al trabajador social sanitario en los equipos directivos, al igual que lo hay para los médicos, enfermeras,... dándoles voz y presencia en la toma de decisiones para no quedar al margen, para que el trabajador social sanitario no quede olvidado y así adquiera prestigio.

En consecuencia, también haría que se le proporcione al trabajador social el ambiente y el material adecuado para favorecer el trabajo de éste profesional, así como la contratación de mayor personal que aliviaría la carga de trabajo ofreciendo el tiempo, del que actualmente muchos no disponen, para reflexionar e investigar.

También tengo que decir que a nivel de formación todavía no estamos a la altura de otras profesiones sanitarias (medicina, enfermería, psicología,...) en el sentido de que tienen especialidades.

Muchas de estas profesiones sanitarias, por no decir todas, cuentan con un MIR, PIR,...

Desde mi punto de vista, la creación de un TSIR (por ejemplo), aparte de formar profesionales especializados, creo que tendría como respuesta una buena acogida por parte del resto de profesionales sanitarios, viendo al trabajador social con "otros ojos", quizás con más confianza o profesionalidad, como un "igual".

Considero que todos estos cambios y/o propuestas conseguirían, y estoy seguro de ello, que el trabajador social sanitario fuese introducido de una vez dentro de las profesiones sanitarias, adquiriendo mayor prestigio y por tanto un mayor reconocimiento a diferentes niveles del que pueda tener hoy.

Actualmente la crisis económica y el estado de recesión en el que nos encontramos ha generado, mirando desde la perspectiva del vaso "medio lleno", un momento muy importante de reivindicar y exigir cambios, donde el trabajo social, en general, y el trabajo social sanitario, más concretamente, debería manifestar un mayor protagonismo como agente de cambio social y como agente generador de bienestar, derecho que cada día van recortando.

"El Trabajo Social nace para intervenir, para modificar la realidad desde el conocimiento científico"
(Miranda Aranda, 2008)²⁴

²⁴ Miranda Aranda, M. "Historia e identidad del Trabajo Social en Salud", Junio 2008, Revista de Trabajo Social y Salud - Nº 60

BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA

REVISTAS

- Pineda del Pino, A. Isabel y Sánchez Robles, M. (2006). Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace. Revista de Trabajo Social y Salud, Nº 55, 149-161.
- García Vicent, V. (2009). El trabajo social desde la perspectiva de los médicos. Revista de Servicios Sociales y Política Social, Nº 86, 149-152.
- Díaz Palacios, E.; Suárez Alvarez, D. y Casero Alvarez M. (2004). Aportación del trabajo social en salud a la calidad del producto sanitario. Revista de Trabajo Social y Salud, Nº 47, 53-63.
- Gutiérrez Nieto, Antonio M. (2012). Competencias y roles profesionales desde el trabajo social sanitario en la continuidad asistencial. Revista de Trabajo Social y Salud, Nº 72, 93-98.
- Miranda Aranda, M. (2008). Historia e identidad del trabajo social en salud. Revista de Trabajo Social y Salud, Nº 60, 7-24

LIBROS

- Díaz Palacios, María E. (2008). La enfermería comunitaria y el trabajo social sanitario ¿cooperación o conflicto? AGATHOS, Nº 4, 54-55.
- García González, I. (2011). ¿Hacia dónde va el trabajo social sanitario? Revista de Trabajo Social y Salud, Nº 70, 143-154.

- Barbero, J. Manuel (2002). El trabajo social en España. Zaragoza: MIRA EDITORES, S.A.
- Díaz Palacios, E.; Díaz-Faes Alonso, C.; Suárez Álvarez, D.; Villazón González, J.y Casero Álvarez, M. (2002). Trabajo social en el Sistema Sanitario Público. Oviedo: KRK ediciones.
- Colom Masfret, D. (2008). El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.
- Colom Masfret, D. (1997).La atención sociosanitaria del futuro. Zaragoza: MIRA editores.

INTERNET

- Carta de Ottawa para la promoción de la Salud (Ottawa, Canadá, 21/11/86). Recuperado de:http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Sistema Nacional de Salud, España 2012 (2012). Recuperado de:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>
- Plan Estratégico 2002 – 2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón (2002). Recuperado de:
http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf

- Cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón (s.f.). Recuperado de:

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSaitaria/InformacionSanitaria/CARTERA+DE+SERVICIOS+SANITARIOS+DEL+SISTEMA+DE+SALUD+DE+.PDF>

- LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (2002). Recuperado de:

http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/06_Tramites_y_gestiones/Documentos/Ley_de_Salud_de_Aragon.pdf

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Contenido de la Cartera de servicios (s.f.). Recuperado de:

<http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>

- Plan Estratégico 2002 – 2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón (2002). Recuperado de:

http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informacion%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf

- Antón, A. (1996). Mary E. Richmond y el trabajo social en Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Sociología. Recuperado de:

http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/aanton/publicacion/articulos/trabajosocial-richmond.htm

- Los trabajadores sociales reivindican su importancia en la sanidad (10/05/2012). En aragónsocial. Recuperado de:

<http://aragonsocial.es/los-trabajadores-sociales-revindican-su-importancia-en-la-sanidad/>

- Más de 200 trabajadores sociales se dan cita en Zaragoza (09/05/2012). En El Periódico de Aragón. Recuperado de:

http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/mas-de-200-trabajadores-sociales-sanitarios-se-dan-cita-en-zaragoza_755573.html

- Aguilera Ortiz, A.; Guerrero Sánchez, S.; Suarez Moreno, D. y Guevara, M. (13/03/2008). En Enfermeras Gestoras de Casos. Recuperado de:

<http://enfermeradeenlace.blogspot.com.es/2008/03/que-es-la-enfermeria-de-enlace.html>

- Ituarte Tellaache, A. (mayo 2009). Sentido del Trabajo Social en Salud. Recuperado de:

http://api.ning.com/files/TTQFNTiLm8Q*LtEyHJtTFdplbI3PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBbYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elsentidodeltrabajosocialensalud09_Amaya_Ituarte_Tellaache.pdf

- A. Agüero, María (2008). El Trabajo Social en Salud Pública. Recuperado de:

<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/saludpublicats/1774998997.1.5%20El%20Trabajo%20Social%20en%20Salud%20Publica.doc>

- Roles del Trabajador(a) Social (s.f.). Recuperado el 25 de mayo de 2013, de:

<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/saludpublicats/1774998997.1.5%20El%20Trabajo%20Social%20en%20Salud%20Publica.doc>

ANEXOS

Los trabajadores sociales reivindican su importancia en la sanidad

200 trabajadores sociales del ámbito sanitario se reúnen en Zaragoza para abordar mejores prácticas profesionales y reivindicar su papel como profesionales sanitarios.

10/05/2012 Aragón Social

La Asociación Española de Trabajo Social y Salud celebra en Zaragoza, desde hoy jueves y hasta el sábado, su XI Congreso Estatal. El evento tiene lugar en la Facultad de Medicina de la capital aragonesa y, durante el mismo, se celebrará la Asamblea de la Asociación que reúne a trabajadores sociales del ámbito sanitario de toda España.

Los aproximadamente 200 trabajadores sociales que participan en el Congreso podrán contribuir al debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario como consecuencia del aumento de pacientes crónicos, envejecimiento de la población e incremento de la esperanza de vida ya que, a consecuencia de la crisis, está amenazado "el mantenimiento en nuestro país de un sistema sanitario público, universal y gratuito".

El lema del Congreso es "25 años de la Asociación: Mirando hacia el futuro", y sirve tanto para analizar la trayectoria ininterrumpida de la Asociación durante estos años, como para "continuar con las aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema de Salud" y continuar "afianzando la propia identidad profesional".

Entre los temas que se desarrollarán durante los 3 días están las "buenas prácticas y guías de práctica clínica", el uso de nuevas tecnologías, el garantizar "la continuidad asistencial de los ciudadanos de forma individualizada" o la especial atención a los problemas de salud más prioritarios "como la cronicidad, falta de autonomía y complejidad".

Así mismo, la mejora de las condiciones de trabajo profesional de los trabajadores sociales sanitarios será otro de los objetivos del Congreso. La Asociación reclama el "mismo reconocimiento que tienen los profesionales con los que comparten equipo" mediante la reforma de la Ley 44/2003 sobre ordenación de las profesiones sanitarias, donde no se encuentran los trabajadores sociales y que dicen "deben formar parte del catálogo de profesiones sanitarias y avanzar en la formación especializada". De esta manera, **Eva M^a Garcés**, Secretaria de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, presentará un propuesta de formación especializada a semejanza del MIR: Trabajador Social Interno Residente.

La Asociación Española de Trabajo Social y Salud tiene su origen en Zaragoza, cuando el actual Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, **Miguel Miranda**, organizó unas primeras jornadas, que sirvieron para la creación de la Asociación cuya asamblea constituyente se celebró en las segundas jornadas, también en Zaragoza. Con esta edición son 11 los congresos celebrados y 71 números de la revista especializada que edita.

En la presentación de las Jornadas, el propio Miguel Miranda reivindicó la importancia del trabajador social: "Si el sistema sanitario, como dice la OMS, tiene que hacer una atención integral, significa que no se puede tratar a las personas como meros organismos", por lo que como el trabajador social se ocupa de la dimensión psicosocial del paciente "está plenamente justificada su presencia en el corazón del equipo sanitario".

Ejes temáticos del Congreso

Identidad del trabajo social clínico: El trabajador social clínico por formación y experiencia, está profesionalmente cualificado, para proveer servicios directos de diagnóstico, preventivo y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por estrés social o psicológico o por deterioro de su salud. Nos interesa visualizar la identidad del trabajo social clínico en nuestro entorno como trabajadores

sociales en el ámbito sanitario, requiriéndose una formación específica para ello, que nos permite intervenir en el padecimiento psicosocial de las personas en relación a los problemas de salud.

Gestión de la información del trabajo social en la historia clínica digital: Actualmente debe existir formalización escrita del trabajo de los profesionales que intervienen en el proceso asistencial en una historia clínica, que deberá ser común y única para cada usuario/paciente atendido. Actualmente se tiende a la historia clínica electrónica y que pueda ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Como trabajadores sociales sanitarios, debemos asegurar el acceso a la información de la Historia Clínica, pero también definir y consensuar la información social que debemos registrar, para garantizar nuestro sistema de información propio dentro de las organizaciones sanitarias.

Buenas prácticas. Guías de práctica clínica. Evidencia científica: La necesidad de unificar los criterios de actuación profesional, basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial, es un reto para los trabajadores sociales en el ámbito sanitario. Estos procedimientos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y los trabajadores sociales participamos en su elaboración, en su aplicación y en su revisión.

La especialización en el trabajo social sanitario: El proceso de desarrollo de la profesión de Trabajo Social en el ámbito de la salud ha llevado a que ésta se haya consolidado en un Trabajo Social especializado, que cada profesional ha realizado de forma diferente, en función de sus posibilidades de formación e intereses. En estos momentos y ante un nuevo marco normativo en la Universidad, se hace necesaria la propuesta de una especialidad en Trabajo Social Sanitario, como la que disponen otros profesionales (Medicina, Psicología, Enfermería) aprobadas por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

La continuidad asistencial en los pacientes crónicos: La continuidad asistencial es una visión continua y compartida de la actividad asistencial en la que participan múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, distintos niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Sociosanitaria,..), que actúan en tiempos distintos, con un objetivo común: mejorar la salud de los ciudadanos de forma personalizada. Se requieren procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad de una manera eficiente.

Los trabajadores sociales sanitarios históricamente hemos asumido el papel de enlace en la coordinación entre los diferentes niveles y sistemas, siendo necesaria

la sistematización de las experiencias para identificar nuestro rol en la continuidad asistencial para que no sea ocupado por otros profesionales sanitarios

Trabajo social sanitario como profesión sanitaria: Los Trabajadores Sociales en el ámbito sanitario estamos integrados en los equipos de salud, con funciones propias en las áreas asistencial, investigadora, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitaria, que definen una especificidad propia que nos diferencia del resto de trabajadores sociales. Este trabajo se apoya en la interdisciplinariedad del equipo, para proporcionar una atención integral a los ciudadanos y conseguir el objetivo de mejorar la salud individual y comunitaria. Necesitamos identificar y consensuar la especificidad del Trabajo Social Sanitario, para consolidar la identidad profesional y el reconocimiento como profesión sanitaria²⁵

²⁵ Visto en:

<http://aragonsocial.es/los-trabajadores-sociales-revindican-su-importancia-en-la-sanidad/>
(Última visita: 10/05/13)

Más de 200 trabajadores sociales sanitarios se dan cita en Zaragoza

EUROPA PRESS 09/05/2012

Más de 200 trabajadores sociales sanitarios se dan cita en Zaragoza desde este jueves, 10 de mayo, y hasta el sábado 12, en el XI Congreso Estatal de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, ciudad donde hace 25 años inició su andadura esta asociación, así como la revista 'Trabajo Social y Salud'.

En esta reunión científica, se abordarán asuntos como la atención que estos profesionales prestan a individuos, grupos o familias en la promoción o en la recuperación de su salud en el afrontamiento de su padecimiento psicosocial, dentro de una asistencia integral a los mismos, ha informado la Universidad de Zaragoza en un comunicado.

El reto de conseguir la especialidad como trabajadores sociales sanitarios o el desarrollo de la historia clínica electrónica serán otros temas de interés para este colectivo de profesionales que forman parte de los equipos asistenciales de todos los dispositivos del sistema sanitario público.

Desde la institución académica han precisado que, ante el nuevo marco normativo en la Universidad, el Congreso propondrá la relevancia de una especialidad en Trabajo Social Sanitario, como la que disponen otros profesionales (medicina, enfermería o psicología) aprobadas por el Consejo Nacional de Especialidades de la salud.²⁶

²⁶ Visto en:

http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/mas-de-200-trabajadores-sociales-sanitarios-se-dan-cita-en-zaragoza_755573.html
(Última visita: 10/05/13)

ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

Jueves, 13 de Marzo de 2008

¿Que es la enfermería de enlace?.

La red de enfermería de enlace ejerce de eslabón entre los pacientes que requieren cuidados constantes y necesitan asistencia domiciliaria y los servicios sanitarios.

Asimismo, gestionan las necesidades de los cuidadores de estos pacientes dependientes. Entre sus funciones destaca la de tutelar la asistencia sanitaria prestada a estos usuarios, detectar sus necesidades y articular los servicios que presta la Administración sanitaria y adecuarlos a las demandas de estos pacientes.

Estas enfermeras se encargan de visitar a los usuarios que requieran de atención domiciliaria y se encuentran adscritos a su centro de salud para realizar una valoración detallada de sus necesidades, tanto de carácter funcional como social.

Atención individualizada

A partir de este programa-guía, la enfermera de enlace se encarga de coordinarse con los enfermeros y médicos del centro de salud para proporcionar al usuario todas las asistencias sanitarias necesarias, gestionando además sus citas para atención especializada o, si resultara preciso, su hospitalización. Uno de los objetivos en caso de tener que desplazarse de su domicilio es reducir el número de visitas, de forma que en pocas jornadas

puedan coordinarse las pruebas de tal manera que se reduzcan las molestias para estos enfermos.

Para los usuarios resulta también muy práctico que estas enfermeras puedan proporcionarles los medios materiales necesarios para su cuidado, tales como colchones antiescaras, andadores, camas articuladas, es decir, una serie de elementos que contribuyen a mejorar su calidad de vida reduciendo significativamente los trámites necesarios.

Entre las competencias de este nuevo tipo de enfermeras, se encuentra la atención a los cuidadores. Una novedad que ha sido muy bien acogida entre los familiares de este tipo de usuarios, que suelen desarrollar un tipo de patologías relacionado con el esfuerzo que supone los cuidados necesarios y constantes a los pacientes.²⁷

Amelia Aguilera Ortiz; Senorina Guerrero Sánchez; *M^aDolores Suarez Moreno.*
Mariana Guevara

X dijo...

Hola, soy trabajadora social y me parece muy bien que os ocupéis de las necesidades sanitarias de los pacientes impedidos y atendáis sus requerimientos a este nivel. Pero las valoraciones de las necesidades sociales son competencia de los profesionales del trabajo social que somos las personas formadas y capacitadas para ello desde hace muchos años. Por favor, hagan su trabajo y eviten la intromisión en el trabajo de los demás

14 de julio de 2009 13:01

²⁷ Visto en:

<http://enfermeradeenlace.blogspot.com.es/2008/03/que-es-la-enfermeria-de-enlace.html>
(Última visita: 10/05/13)

Y dijo...

Hola, soy enfermera y quisiera reconducir la observación hecha por Maripa.

Las enfermeras, no nos ocupamos de la necesidades sanitarias de los pacientes, sino de las necesidades de las PERSONAS. Dentro de nuestros planes de actuación está en primer lugar VALORAR las NECESIDADES de las PERSONAS, a través de un Modelo Conceptual. De esa valoración inicial, podría derivarse SIN DUDA, actuaciones de otros profesionales que sepan mejor cómo resolver problemas concretos.

En todo caso, las profesiones son complementarias, nunca excluyentes.

Un saludo

3 de noviembre de 2010 12:42

Z dijo...

Hola: Yo soy trabajador social y quiero decirle a Antull que llame a las cosas por su nombre y se deje de circunloquios y palabrería. La enfermería se dedica a los cuidados enfermeros y los trabajadores sociales a los problemas sociales. Ni modelos conceptuales ni puñetas al viento. Yo no hago curas y tu no haces valoraciones sociales. Otra cosa es que abordemos de forma conjunta y coordinada un caso, que trabajemos juntos y que cada cual aporte sus conocimientos y su cualificación profesional. Exactamente lo que dices al final: complementarios no excluyentes. Ahora se lo explicas a la Dirección del H de Valme (Sevilla) que eliminan un TS del Área de Atención al Ciudadano, porque la Enfermera de Enlace desde enero de 2006 "asume en gran medida tareas del ámbito social respecto de los

enfermos ingresados y al Alta....Eso si me parece EXCLUYENTE e INTRUSISMO.²⁸

28 de febrero de 2011 17:44

- LEYES

REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Artículo 2. Especialidades en ciencias de la salud.

Son especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia las que figuran relacionadas en el anexo I, clasificadas, según la titulación requerida para acceder a ellas, en especialidades médicas, farmacéuticas, de psicología, de enfermería y multidisciplinarias. De conformidad con lo previsto en el artículo 16 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, corresponde al Gobierno la creación de nuevos títulos de especialista o la modificación y supresión de los que se relacionan en el anexo I, según lo requieran las necesidades del sistema sanitario, la evolución de los conocimientos científicos en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud y su adaptación a las directrices derivadas de la normativa comunitaria sobre la materia.

ANEXO I

Relación de especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia

1. Especialidades médicas para cuyo acceso se exige estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de médico:

Alergología.
Anatomía Patológica.
Anestesiología y Reanimación.
Angiología y Cirugía Vasculuar.
Aparato Digestivo.
Cardiología.
Cirugía Cardiovascular.
Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Cirugía Oral y Maxilofacial.
Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Cirugía Pediátrica.

²⁸ Visto en:

<http://enfermeradeenlace.blogspot.com.es/2008/03/que-es-la-enfermeria-de-enlace.html>
(Última visita: 10/03/13)

Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
Cirugía Torácica.
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
Endocrinología y Nutrición.
Farmacología Clínica.
Geriatría.
Hematología y Hemoterapia.
Medicina del Trabajo.
Medicina Familiar y Comunitaria.
Medicina Física y Rehabilitación.
Medicina Intensiva.
Medicina Interna.
Medicina Nuclear.
Medicina Preventiva y Salud Pública.
Nefrología.
Neumología.
Neurocirugía.
Neurofisiología Clínica.
Neurología.
Obstetricia y Ginecología.
Oftalmología.
Oncología Médica.
Oncología Radioterápica.
Otorrinolaringología.
Pediatría y sus Áreas Específicas.
Psiquiatría.
Radiodiagnóstico.
Reumatología.
Urología.

2. Especializaciones farmacéuticas para cuyo acceso se exige estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de farmacéutico:

Farmacia Hospitalaria.

3. Especialidades de Psicología para cuyo acceso se exige estar en posesión del título universitario oficial de Grado en el ámbito de la Psicología o de Licenciado en Psicología:

Psicología Clínica.

4. Especialidades de Enfermería para cuyo acceso se exige estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de enfermera:

Enfermería de Salud Mental.

Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
Enfermería del Trabajo.
Enfermería Familiar y Comunitaria.
Enfermería Geriátrica.
Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
Enfermería Pediátrica.

5. Especialidades multidisciplinares para cuyo acceso se exige estar en posesión de los títulos universitarios oficiales de Grado, o en su caso de Licenciado, en cada uno de los ámbitos que a continuación se especifican:

Análisis Clínicos: Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.
Bioquímica Clínica: Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.
Inmunología: Biología, Bioquímica, Farmacia o Medicina.
Microbiología y Parasitología: Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.
Radiofarmacia: Biología, Bioquímica, Farmacia o Química.
Radiofísica Hospitalaria: Física y otras disciplinas científicas y tecnológicas.

29

LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD (<<BOE>>, mim.102, de 29 de abril de 1986).

CAPITULO II

**De las actuaciones sanitarias del sistema de salud Artículo 18
Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada case, desarrollaron las siguientes actuaciones:**

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria come elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
2. La **atención primaria integral de la salud**, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
4. La prestación de los productos terapéuticos precisos.

²⁹ Visto en:

http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/realDecreto183_2008.pdf
(Última visita: 11/03/13)

5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.
7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
8. La promoción y mejora de la salud mental.
9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral.
10. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.
11. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.
12. Promoción y mejora de las actividades de Veterinaria de Salud Pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis.
13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.
14. La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.
- 15 . El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud.
16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

CAPITULO III

De la salud mental

Artículo 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que tengan recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización:

- 1 . La atención a los problemas de salud mental de la población se realizara en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se consideraran de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias Ley 44/2003, de 21 de Noviembre

TÍTULO

I

Del ejercicio de las profesiones sanitarias

Artículo 4. Principios generales.

1. De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta Ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.
2. El ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello o, en su caso, de la certificación prevista en el artículo 2.4, y se atenderá, en su caso, a lo previsto en ésta, en las demás leyes aplicables y en las normas reguladoras de los colegios profesionales.

3. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.

4. Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

5. Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

6. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.

7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta Ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

- a. Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.
- b. Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.
- c. La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- d. La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

- e. La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

Artículo 5. Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos.

1. La relación entre los profesionales sanitarios y de las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales:

- a. Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta Ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

(¿dónde se habla del ámbito social? ¿se tiene en cuenta? o ¿se sobreentiende que está incluido dentro de la propia definición de salud?)

- b. Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.
- c. Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.
- d. Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercerá de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención. En el ejercicio en el sistema público o privado, dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal.
- e. Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución.

- f. Los pacientes tienen derecho a recibir información de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2. Para garantizar de forma efectiva y facilitar el ejercicio de los derechos a que se refiere el apartado anterior, los colegios profesionales, consejos autonómicos y consejos generales, en sus respectivos ámbitos territoriales, establecerán los registros públicos de profesionales que, de acuerdo con los requerimientos de esta Ley, serán accesibles a la población y estarán a disposición de las Administraciones sanitarias. Los indicados registros, respetando los principios de confidencialidad de los datos personales contenidos en la normativa de aplicación, deberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio y los otros datos que en esta Ley se determinan como públicos.

Asimismo, podrán existir en los centros sanitarios y en las entidades de seguros que operan en el ramo de la enfermedad, otros registros de profesionales de carácter complementario a los anteriores, que sirvan a los fines indicados en el apartado anterior, conforme a lo previsto en los artículos 8.4 y 43 de esta Ley.

Los criterios generales y requisitos mínimos de estos registros serán establecidos por las Administraciones sanitarias dentro de los principios generales que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá acordar la integración de los mismos al del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 6. Licenciados sanitarios.

1. Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes:

- a. Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.
- b. Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los

medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.

- c. Dentistas: corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Médicos Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.
- d. Veterinarios: corresponde a los Licenciados en Veterinaria el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.

3. Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta Ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior.

Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta Ley.

4. Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Licenciado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el apartado 1 de este artículo.

Artículo 7. Diplomados sanitarios.

1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:

- a. **Enfermeros:** corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

- b. **Fisioterapeutas:** corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.
- c. **Terapeutas ocupacionales:** corresponde a los Diplomados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.
- d. **Podólogos:** los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina.
- e. **Ópticos-optometristas:** los Diplomados universitarios en Óptica y Optometría desarrollan las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual, y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.
- f. **Logopedas:** los Diplomados universitarios en Logopedia desarrollan las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.
- g. **Dietistas-nutricionistas:** los Diplomados universitarios en Nutrición Humana y Dietética desarrollan actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.

(Y el trabajo social sanitario?)

3. Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Diplomado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el apartado 1 de este artículo.

Artículo 8. Ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias.

- 1. El ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias se registrará por las normas reguladoras del vínculo entre los profesionales y tales organizaciones, así como por los preceptos de ésta y de las demás normas legales que resulten de aplicación.
- 2. Los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más centros, aun cuando mantengan su vinculación a uno solo de ellos, cuando se mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida entre distintos establecimientos sanitarios. En este supuesto, los nombramientos o

contratos de nueva creación podrán vincularse al proyecto en su conjunto, sin perjuicio de lo que establezca, en su caso, la normativa sobre incompatibilidades.

3. Los centros sanitarios revisarán, cada tres años como mínimo, que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta Ley y en las demás normas aplicables, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente. Los centros dispondrán de un expediente personal de cada profesional, en el que se conservará su documentación y al que el interesado tendrá derecho de acceso.

4. Para hacer posible la elección de médico que prevé el artículo 13 de 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, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 5.2 de esta Ley, los centros sanitarios dispondrán de un registro de su personal médico, del cual se pondrá en conocimiento de los usuarios el nombre, titulación, especialidad, categoría y función de los profesionales.

5. En el supuesto de que, como consecuencia de la naturaleza jurídica de la relación en virtud de la cual se ejerza una profesión, el profesional hubiere de actuar en un asunto, forzosamente, conforme a criterios profesionales diferentes de los suyos, podrá hacerlo constar así por escrito, con la salvaguarda en todo caso del secreto profesional y sin menoscabo de la eficacia de su actuación y de los principios contenidos en los artículos 4 y 5 de esta Ley.

Artículo 9. Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo.

1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.

3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

4. Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse.

Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

5. Los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo.

Artículo 10. Gestión clínica en las organizaciones sanitarias.

1. Las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales.

Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación.

2. A los efectos de esta Ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

3. El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado.

4. El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro, del servicio de salud y del conjunto del sistema sanitario, en la forma en que en cada comunidad autónoma se determine.

Artículo 11. Investigación y docencia.

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales.

2. Las Administraciones sanitarias, en coordinación con las Administraciones educativas, promoverán las actividades de investigación y docencia en todos los centros Sanitarios, como elemento esencial para el progreso del sistema sanitario y de sus profesionales.

Los titulares de los centros sanitarios y los servicios de salud podrán formalizar convenios y conciertos con el Instituto de Salud Carlos III, con otros centros de investigación, públicos o privados, y con otras instituciones que tengan interés en la investigación sanitaria, para el desarrollo de programas de investigación, para la dotación de plazas vinculadas, o específicas de investigador, en los establecimientos sanitarios, para la designación de tutores de la investigación y para el establecimiento de sistemas específicos de formación de investigadores durante el período inmediatamente posterior a la obtención del título de especialista.

3. Los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios y las universidades podrán formalizar los conciertos previstos en la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en el artículo 14 de esta Ley, para asegurar la docencia práctica de las enseñanzas sanitarias que así lo requieran, de acuerdo con las bases generales que establezca el Gobierno para dicho régimen de conciertos, al amparo de lo establecido en la disposición adicional séptima de dicha Ley Orgánica.

Los centros sanitarios acreditados para la formación especializada deberán contar con una comisión de docencia y los jefes de estudios, coordinadores docentes y tutores de la formación que resulten adecuados en función de su capacidad docente, en la forma que se prevé en el título II de esta Ley.

Los centros sanitarios acreditados para desarrollar programas de formación continuada deberán contar con los jefes de estudios, coordinadores docentes y tutores de la formación que resulten adecuados en función de las actividades a desarrollar.³⁰

³⁰Visto en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
(Última visita: 05/04/13)

BOA Número 46, LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

TITULO II
DE LOS CIUDADANOS

Artículo 4.—Derechos

c) A una atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, de conformidad con lo previsto sobre prestaciones en esta ley, orientada a conseguir la recuperación, dentro de la mayor confortabilidad, del modo más rápido y con la menor lesividad posibles, de las funciones **biológicas, psicológicas y sociales**.³¹

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece el contenido de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

- Prestaciones de salud pública
- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Atención de urgencia.
- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y ortoprótesis especiales).
- Prestación de productos dietéticos (dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria)
- Prestación de transporte sanitario.³²

NOTA: *"El contenido de los diferentes apartados de la Cartera de servicios comunes podrá concretarse y detallarse por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud".*

³¹ Visto en:

http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/06_Tramites_y_gestiones/Documentos/Ley_de_Salud_de_Aragon.pdf
(Última visita: 10/03/13)

³² Visto en:

<http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>
(Última visita: 10/05/13)

BOA Número 46 LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

TITULO V - DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

CAPITULO II - DE LAS FUNCIONES Y ACTUACIONES DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

SECCIÓN 2.ª - DE LAS ACTUACIONES

Artículo 30.—Asistencia sanitaria.

El Sistema de Salud de Aragón, mediante los recursos y medios de que dispone, llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención especializada.

b) La atención a las urgencias y emergencias sanitarias.

c) La atención temprana.

d) La atención sociosanitaria en coordinación con los servicios sociales.

e) El desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo y de los programas específicos de protección ante factores de riesgo.

f) La atención, promoción, protección y mejora de la salud mental.

g) La promoción y protección de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, e incorporando progresivamente otras prestaciones asistenciales.

h) La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para la promoción de la salud y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.

i) La mejora continua de la calidad en todo el proceso asistencial.

j) Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, prevención, mantenimiento y mejora de la salud.³³

CARTERA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

Se entiende por Cartera de Servicios Sanitarios el listado que recoge de forma simple, agrupada y comprensible a los profesionales y usuarios, aquellas actividades y procedimientos que el sistema de salud establece para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de los ciudadanos.

Se trata, por tanto, de un listado que aclara y pone de acuerdo a gestores, profesionales sanitarios y usuarios acerca de lo que "hay que hacer" o "se puede pedir".

Por Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón se aprueba la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. La Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón además de estar constituida por los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud establecidos en el Real Decreto 1030/2006, incorpora otros servicios que son específicos del Sistema de Salud de Aragón.

Por "Orden de 12 de julio de 2007 del Departamento de Salud y Consumo se estructura y se aprueba el contenido de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón". En esta Orden se organiza la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón en las líneas asistenciales de:

8. Atención Primaria

9. Atención Especializada

10. Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (**Atención Sociosanitaria**)

11. Atención a la Salud Mental

12. Atención a la Urgencia y Emergencia

13. Salud Pública

14. Las prestaciones Farmacéuticas, Ortoprotésicas, de Productos Dietéticos y de Transporte Sanitario son las que forman parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud aprobado por Real Decreto 1030/2006³⁴

³³ Visto en:

http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/06_Tramites_y_gestiones/Documentos/Ley_de_Salud_de_Aragon.pdf (Última visita: 10/04/13)

³⁴ Visto en:

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/CARTERA+DE+SERVICIOS+SANITARIOS+DEL+SISTEMA+DE+SALUD+DE+.PDF> (Última visita: 9/03/13)

CONCEPTOS CLAVE

- Salud (O.M.S. 1948): *"La salud es un estado de completo bienestar **físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"*.
 - Salud (Sanmartí, Salleras): *"Logro del más alto nivel de bienestar **físico, mental y social**, y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo, lo que resulta en su plena adaptación biopsicosocial"*
 - Enfermedad (Diccionario de la Lengua Española): *"Alteración más o menos grave de la salud"*.
 - Enfermedad (O.M.S.): *"Alteración del bienestar y equilibrio **físico, mental, social** y del ambiente del individuo"*.
 - Coordinación sociosanitaria (Sancho Castiello, M. 2000): *"Conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia"*.
 - Atención integral (American Cancer Society, 2012): *"Enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no sólo las necesidades médicas y físicas"*.
 - Salud (Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el S. XXI, Indonesia, 1997): *"La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico"*.
-