

# Método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario

María Antonia Rocabayera Andreu  
Ana M.<sup>a</sup> Rodríguez Reyes

PID\_00206361



# Índice

<b>1. La intervención comunitaria.....</b>	<b>5</b>
1.1. Trabajo social sanitario comunitario: breve recorrido histórico .....	5
1.2. Modelos teóricos del trabajo social (sanitario) comunitario .....	7
1.3. Intervención metodológica en el trabajo social (sanitario) comunitario .....	8
1.4. Trabajo social sanitario comunitario .....	9
1.4.1. Competencias del trabajo social sanitario comunitario .....	10
1.4.2. Concreción de acciones .....	13
<b>2. Las fuentes del método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario.....</b>	<b>16</b>
2.1. Trabajo social comunitario .....	16
2.2. Trabajo social sanitario .....	17
2.3. Atención primaria de salud y la medicina familiar y comunitaria .....	18
<b>3. En la práctica del método de intervención comunitaria en el trabajo social sanitario.....</b>	<b>22</b>
<b>4. Algunas ideas para reflexionar.....</b>	<b>23</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>25</b>



# 1. La intervención comunitaria

## 1.1. Trabajo social sanitario comunitario: breve recorrido histórico

Los conceptos de comunidad y trabajo comunitario son previos al trabajo social como disciplina. En el transcurso del siglo XIX, a raíz de la expansión de la industrialización y del proceso acelerado de urbanización, se crean centros sociales que apuntan hacia la integración social para mejorar las condiciones sociales. Nacen con el movimiento *settlement* (asentamiento), fundado por el sacerdote Barnett junto a su esposa en Inglaterra: alumnos de Oxford convivían con los "desheredados" y contribuían a mejorar su vida, a la vez que tomaban conciencia de sus condiciones de vida y de la necesidad de promover reformas sociales. Su intervención, de inicio, fue individual para posteriormente pasar a un trabajo grupal y cooperativo.

En EE. UU., Jane Addams fundó el Hull House en Chicago en 1889; los trabajadores sociales convivían con la gente pobre y ofrecían atención personal, trabajo en grupos y también con la vecindad. Addams lideró la Escuela de Chicago, principal escuela de pensamiento social de la época y en la que se defendía la idea de que los problemas sociales se generaban por las condiciones de la sociedad (Revolución Industrial) y no por la personalidad de los individuos. Así, era necesario un cambio social que había de basarse en conocimientos científicos y planteaba que, para trabajar por el cambio, primero se han de conocer las condiciones sociales de la comunidad.

La sistematización teórica de la organización comunitaria surgió, también en EE. UU., en los años treinta. Fue Jesse F. Steiner quien definió el método de organización de la comunidad:

"Una manera organizada de trabajar que tiende a resolver conflictos y a crear las posibilidades de un progreso consistente."

Jesse F. Steiner (1930). "Community Organizations: Myth or Reality". *Social Forces* (vol. 8, n.º 3).

En el año 1956, un grupo de expertos de la ONU elaboró un documento, *Desarrollo de la comunidad y servicios conexos*, en el que aparece la primera definición oficial de desarrollo de la comunidad:

"Son aquellos procesos en los que el esfuerzo de una población se suma a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrando éstas en la vida del país y permitiéndoles contribuir plenamente al progreso nacional".

### Nota

El crédito consta de diversos apartados. El primer apartado "La intervención comunitaria" cuya autora es María Antonia Rocabayera Andreu. Para el máster se ha ampliado con los siguientes: "Las fuentes del método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario", "Método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario", "Algunas ideas para reflexionar", cuya autora es Ana María Rodríguez Reyes.

En el año 1962 la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EE. UU. definió la organización de la comunidad, o trabajo comunitario, como método y campo de actuación de los trabajadores sociales.

En España, la situación era bien distinta (la realidad política –dictadura–, con una idea paternalista y de beneficencia hacia la ciudadanía); no fue hasta bien entrada la década de los sesenta que empezó a notarse un impulso en el campo de la asistencia social. En el ámbito del trabajo social comunitario, algunos sectores se interesaron por las ideas de la ONU sobre el desarrollo de la comunidad y de la mano de expertos formadores, como Marco Marchioni, se impulsaron algunos proyectos comunitarios que se expandieron en el territorio español. Esto sucedía en un momento de esperanza en el cambio sociopolítico y con el deseo de crear las condiciones para el desarrollo económico y social a través de la participación activa de la comunidad, buscando y fomentando líderes locales e intentando encontrar ayudas económicas para desarrollar los proyectos.

En la década de los ochenta, con el restablecimiento de los derechos de la ciudadanía impulsados por el nuevo sistema democrático y consolidado con la Constitución de 1978, se creó el Sistema Público de Servicios Sociales. Fue ésta una etapa de afianzamiento de la profesión en la que se impulsaron a la vez el trabajo social y los servicios sociales. Después de un primer momento de "euforia" por la restauración de los derechos sociales y civiles de la ciudadanía y con un importante trabajo comunitario de los profesionales –vinculados a los movimientos vecinales y políticos–, surgió la llamada nueva "cuestión social" que evidenció los efectos de la quiebra del estado de bienestar –ya constatada en los países democráticos europeos– y que comportó la remodelación del recién creado Sistema Público de Servicios Sociales<sup>1</sup>, en la que los profesionales se dedicaron, básicamente, al trabajo individual y familiar con una gestión de los problemas sociales burocratizada.

"El Estado asistencial se limita a hacer frente, como puede, al incremento de demandas sociales, atendiendo sólo las demandas inmediatas e individuales, gestionando de forma cada vez más burocrática prestaciones reducidas y vacías de contenido científico y donde no se pueden atender las demandas colectivas, ni intervenir en las causas por una falta de tiempo, espacios y órganos de coordinación y de intervención compartida, con dificultad para implicar a la población en procesos educativos y participativos necesarios para invertir tendencias negativas y conseguir resultados permanentes".

M. Marchioni (2003). *La acción social en y con la comunidad*. Zaragoza: Editorial Certeza.

En estos últimos años se han procurado nuevas alternativas, con el objetivo de "recontextualizar", "resituar", "reconceptualizar" la profesión y transformar un malestar patente y que E. Alonso ya definió en el año 1989 como victimismo paralizante o lamentación improductiva.

A finales de los noventa y principios del siglo XXI ha habido diferentes iniciativas, por ejemplo, en Cataluña en el año 1997 el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya impulsó el Pla General de Desenvolupament Social, Econòmic i Comunitari y se basó en el modelo francés, las ex-

<sup>(1)</sup>Carmen Verde (2008). "La exigencia de renovación del Trabajo Social en contextos postbienestaristas". *RTS* (pág. 184).

perencias de Québec y las orientaciones de M. Marchioni. En la actualidad hay 61 planes comunitarios en los que intervienen diferentes instituciones, organizaciones del tercer sector... (escuela, salud, vivienda... asociaciones de vecinos, plataformas...); en ellos encontramos al trabajador social.

## 1.2. Modelos teóricos del trabajo social (sanitario) comunitario

Entre las teorías contemporáneas<sup>2</sup> del trabajo social, la de **potenciación/defensa** y la de **sistemas** son las que tienen como objetivo definido la comunidad. La primera, poco utilizada, tiende a centrarse en el papel defensor del trabajo social. Así, para este modelo, fomentar la potenciación en comunidades oprimidas es una respuesta categórica a las corrientes políticas y económicas que avivan la opresión (Russell-Erlich y Rivera, 1986), la defensa tiene como objeto promover el control y la participación de los clientes en sus respectivas vidas, en su comunidad y en los servicios que reciben. Unida a la idea de defensa está la de normalización, con trabajos como los de Rose y Black (1985), quienes describen un proyecto para promover un modo de vida independiente para enfermos mentales en la comunidad. También se ha podido comprobar que este planteamiento ha tenido influencia en el campo de la asistencial residencial así como en el aprendizaje de las personas incapacitadas (Towell 1988 y Sinclair 1988). Es un modelo creciente en los Estados Unidos que también se ha extendido al Reino Unido y ha tenido un papel relevante en la intercesión por la independencia de la gente disminuida.

<sup>(2)</sup>Payne, M. (2002). *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Barcelona: Editorial Paidós.

Con todo, la teoría de sistemas es la que ha tenido y tiene un mayor impacto en el trabajo social comunitario. Basada en la teoría de sistemas generales (Von Bertalanffy 1971), propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquéllos a su vez parte de unos microsistemas. Pincus y Minahan (1973) sostienen que la gente, para llevar una vida satisfactoria, depende de los sistemas de su entorno social inmediato, por lo que el trabajo social debe de intervenir en ellos. Según estos autores habría varios sistemas básicos del trabajo social: sistema de agente de cambio (TS y las organizaciones donde trabajan), sistema del cliente social (clientes, familias, grupo, comunidad con la que colabora el TS), sistema de objetivo (clientes diana) y sistemas de acción (clientes con los que trabaja el sistema de agente de cambio).

En 1980 Germain y Gitterman, con su "modelo de vida", sentaron la base de la **teoría de los sistemas ecológicos**; este modelo considera que la gente está constantemente en una situación de intercambio adaptativo con muchos y diferentes aspectos de su entorno. Ambos cambian y son cambiados por el entorno, así Bronfenbrenner (1987) dice que el desarrollo humano es el proceso mediante el cual la persona va adquiriendo una concepción más amplia, diferenciada y válida de su ambiente, haciéndose capaz de ajustarse a él y de participar en su mantenimiento y reestructuración en diferentes niveles de complejidad (microsistema, mesosistema, ecosistema y macrosistema).

Uno de los aspectos más analizados en las teorías de sistemas son **las redes y los sistemas de apoyo social**. Sluzki (1996) define la red social de la siguiente manera:

"El nicho interpersonal de la persona que contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí mismo. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis o situación problemática".

C. Sluzki (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa.

### 1.3. Intervención metodológica en el trabajo social (sanitario) comunitario

Ésta ha de tener rigor metodológico, sistematizando la intervención. Según Matilde du Ranquet el método del trabajo social (sanitario) se compone, como el resto de métodos, de cuatro etapas: recogida de datos, diagnóstico social, formulación y puesta en marcha de un plan de acción y la evaluación de los resultados obtenidos.

Natividad de la Red refiere en su obra los **modelos operativos más frecuentes** en el trabajo social comunitario:

- Metodología de acción, en la que establece cuatro fases:
  - Estudio-Investigación.
  - Programación.
  - Ejecución.
  - Evaluación.
  
- Modelo agónico como método de intervención social<sup>3</sup>. Nos referimos a "la intervención profesional cualificada en proceso de cambio que se puede efectuar en individuos, grupos y también en organizaciones o incluso en otros conjuntos más amplios". Se distinguen tres tipos de intervención:
  - Ayuda psicosocial.
  - Asesoramiento/orientación.
  - Intervención pedagógico-formativa.
  
- Modelo ecológico/sistémico, siguiendo a Pincus y Minahan, quienes establecen tres etapas en el proceso:
  - Anticipación empática (comprende la evaluación del problema y la recogida de datos).
  - Realización del trabajo previsto. Abarca: contactos iniciales, negociación de contratos, formación de los sistemas de acción, mantenimiento y coordinación de los sistemas de acción.
  - Proceso de despedida; terminación de la acción cambiante y evaluación.

#### Referencias bibliográficas

**Mathilde du Ranquet** (2007). *Los modelos en trabajo social. Intervención con familias*. Madrid: Siglo XXI.

**Natividad de la Red** (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI.

<sup>(3)</sup>Hernández Arista, J. (1991). *Acción Comunitaria e intervención social*. Madrid: Editorial Popular.



## 1.4. Trabajo social sanitario comunitario

Después de este breve repaso por la historia del trabajo social comunitario y del marco teórico o conceptual, examinaremos lo que es el tema central, el trabajo social sanitario comunitario.

La definición misma de salud y la declaración de Alma-Ata, punto álgido para la transformación de la atención primaria de salud, ya establecen una serie de estrategias para conseguir el máximo nivel de salud de la ciudadanía. Para ello, tanto las acciones como las intervenciones comprenderán, además de los aspectos curativos, las actividades de prevención y promoción de la salud. Para poder materializarlo se necesita la participación activa de los clientes y también de la comunidad como elemento estratégico fundamental. Cada vez existe una mayor sensibilidad tanto de los políticos, los gestores, como de los profesionales de la salud para llevar a término estrategias para implicar y capacitar a la comunidad en la mejora o mantenimiento de la salud. Algunos de los proyectos más extendidos son el voluntariado, la dinamización grupos de ayuda mutua, las campañas de sensibilización (hábitos saludables, días internacionales), la promoción de la salud, el diagnóstico de salud del territorio (con participación de la ciudadanía).

Habitualmente el posicionamiento se sitúa más en la línea de la "utilización" de los clientes y no tanto en el empoderamiento y el protagonismo de la ciudadanía a través de la participación comunitaria.

Numerosos son los textos que ofrecen guías para poder iniciar proyectos comunitarios. La filosofía de los centros de salud también contempla la intervención comunitaria: promoción de la salud, educación sanitaria, pero la realidad es bien distinta y, aunque hemos enumerado diferentes iniciativas de trabajo comunitario en el ámbito de la salud, es obvio que hay dificultades para llevarlo a término. En referencia al trabajador social sanitario podríamos enumerar los siguientes factores:

- La falta de tiempo: un tiempo que se dedica, básicamente, a la atención individual y familiar. Una atención que no tiene fin, dado que las necesidades son infinitas, mientras que los recursos (entendidos en el sentido amplio de la palabra) son finitos. El trabajador social sanitario actúa muchas veces de "apaga fuegos" al tener que dar respuestas inmediatas a problemas urgentes (por ejemplo, altas hospitalarias no planificadas, ingreso sociosanitario urgente ante una situación de claudicación familiar, etc.).
- Falta de competencia profesional, entendida ésta como el conglomerado de conocimientos teóricos, habilidades, actitudes y aptitudes en el ámbito comunitario.

- Dificultad en el liderazgo de proyectos en el equipo de salud; cada vez es más visible el rol que está asumiendo enfermería en este terreno (por ejemplo, programa salud y escuela).

El reconocimiento de estos puntos débiles del trabajo social sanitario no debe paralizar nuestra intervención, todo lo contrario, debemos buscar aquellas estrategias necesarias para poder superarlos y también para innovar en el trabajo social sanitario en general y, en concreto, en el ámbito comunitario.

Cómo hacerlo puede parecer a priori casi una quimera, pero vamos a ver que no lo es y para ello hacemos unas propuestas:

- Una visión transversal de nuestra intervención (mirada ecológica/sistémica) no es posible seguir hablando actualmente de tres niveles de intervención: individual/ familiar, grupal y comunitario. Se ha de entender que los tres se retroalimentan y que la atención a los clientes puede ir de lo individual a lo comunitario, pasando por el grupo, del grupo a la comunidad o a la atención individual, o también, claro está, sólo una de ellas. Dependerá de las necesidades a atender, de los objetivos establecidos...
- Necesidad de sistematizar nuestras intervenciones a partir del procedimiento social sanitario, entendido éste como la base de una actividad compleja y secuenciada para obtener un fin.
- La intervención ha de ser eficaz (cómo lo hacemos), eficiente (con quién lo hacemos) y tener una meta a asumir (evaluación).
- Adecuar nuestra intervención a las necesidades reales de la ciudadanía; ver más allá del presente con una visión de futuro avalada, en la medida de lo posible, por la evidencia científica, y aceptar el riesgo para cambiar lo que no funciona (contrastado y demostrado técnicamente).
- Adquirir la competencia profesional que nos habilite para poder liderar, potenciar, intervenir en el gran abanico de posibilidades que ofrece el trabajo social sanitario comunitario en la atención primaria de salud. Cuando hablamos de competencia profesional, nos referimos al conjunto de conocimientos, habilidades, motivaciones y capacidades que posee una persona y que le permite ejecutar de manera exitosa una actividad.

#### **1.4.1. Competencias del trabajo social sanitario comunitario**

En las competencias del trabajo social sanitario comunitario tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- Conocimientos –es el saber– teóricos/técnicos.

- **Habilidades** –es el saber hacer. Poner en práctica los conocimientos técnicos, las habilidades sociales y cognitivas que permitan hacer uso de las competencias de carácter técnico y social: ser capaces de ver más allá del presente y tener, o crear, visión de futuro, poseer capacidad de diálogo, estar predispuestos a experimentar nuevas formas de relación (cooperación), mostrar capacidad de liderazgo y para trabajar en equipo, tener motivación.
- **Actitudes** –es el saber estar. Son el posicionamiento profesional: valores y creencias, respeto, tolerancia, solidaridad, responsabilidad, compromiso, justicia. Es el posicionamiento ideológico (entendido éste como la defensa de los derechos de la ciudadanía) y también el posicionamiento psíquico (predisposición mental y emocional).
- **Aspectos motivacionales** –es el querer hacer.
- **Capacidades** –es el poder hacer. Capacidad personal.

Estas competencias, como es lógico, las debemos aplicar en conjunto con el resto del equipo, aprovechar los conocimientos compartidos. La normativa vigente obliga y requiere que se realicen acciones comunitarias y de educación para la salud<sup>4</sup>.

<sup>(4)</sup> Vicenç Navarro; Amando Martín-Zurro (coord.); Concepción Violán (ed.) (2009). *Proyecto investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*. Ejemplar para la consulta en los recursos del aula.

También se han de desarrollar aspectos de participación ciudadana, acción social en salud e implicación de la comunidad en la resolución de todos aquellos aspectos que no sólo generan enfermedad, sino aquéllos que hemos de promover para mantener y potenciar la salud de la población, entendida ésta según la definición de la OMS.

Todo ello desde los centros de salud, con la elaboración de la cartera de servicios (a partir de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del año 2003) y aprovechando las nuevas tecnologías que tenemos a nuestro alcance (diferentes fuentes de información desde la que ofrece el Ministerio de Sanidad, las consejerías de salud, las sociedades científicas, los grupos de trabajo de atención primaria orientada a la comunidad, el Foro de Promoción de la Salud).

Ideas en relación con el trabajo social sanitario comunitario:

- Superar planteamientos reduccionistas afrontando prejuicios y estereotipos que limitan el campo de mira.
- Crear una comunidad operativa, activa y dinámica, poniendo en contacto, relacionando, vinculando, creando y ampliando redes sociales para poder ir dibujando el espacio comunitario<sup>5</sup>.

<sup>(5)</sup> Navarro, S. (2004). *Redes Sociales y construcción comunitaria*. Madrid: Editorial CCS.

- Contribuir a la creación/potenciación de recursos desde el propio contexto comunitario, pues es más rentable (como concepto amplio) que darlos desde lo institucional.
- Las instituciones demandan respuestas inmediatas a demandas explícitas, con resultados técnicos inmediatos y cuantificables. En ello estamos "atrapados" cuando nos referimos al "colapso de agendas" que no nos permiten parar a pensar, a incorporar la dimensión comunitaria que, aunque a la larga es mucho más rentable y descongestionador, al atribuir a la población la responsabilidad sobre su propio bienestar.

A continuación se expone un supuesto práctico de intervención comunitaria desde el trabajo social sanitario.

### **Experiencia del trabajo social sanitario de los equipos de atención primaria de salud de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)**

Cómo la atención individual/familiar nos conduce al trabajo grupal y ambos convergen en el trabajo social sanitario comunitario en un camino de ida y vuelta, con parada en las diferentes estaciones de la intervención profesional y cómo... la teoría nos conduce a la práctica (de forma más o menos consciente y estructurada).

La intervención se sitúa en una población limítrofe con Barcelona, con una alta densidad demográfica producto de los movimientos migratorios de los años cincuenta y sesenta y del desarrollismo franquista. La ciudad dispone de seis equipos de atención primaria de salud, todos ellos pertenecientes al mismo proveedor de servicios sanitarios, el Institut Català de la Salut. Todos los equipos disponen de un trabajador social sanitario.

Los trabajadores sociales sanitarios lideraron y promovieron la implicación de los equipos de salud en el trabajo comunitario y, desde los inicios del funcionamiento de los centros de salud en la ciudad, impulsaron diferentes actuaciones e iniciativas comunitarias (celebración de días internacionales, participación en actividades promovidas por diferentes organismos de la ciudad...); también impulsaron la creación del **voluntariado en salud**, grupo estable y vinculado a los centros de salud de la ciudad.

En un segundo momento elaboraron, junto con un grupo de profesionales de enfermería y el soporte de los profesionales de medicina familiar y comunitaria, el proyecto "**cuidar y cuidar-se**". Este proyecto contó en todo momento con el soporte de los gestores de institución. En él se potenció la **intervención grupal educativa** (liderada por enfermería), así como la formación de **grupos socioterapéuticos** de cuidadores de enfermos de larga duración (liderados y conducidos por los trabajadores sociales sanitarios y con la participación-observación de profesionales de enfermería).

Otro aspecto que contempla el proyecto es la **necesidad de cuidado hacia el profesional**, lo que se plasmó en la puesta en marcha de **grupos Balint** en aquellos centros de salud que así lo demandaron.

De la convergencia de las dos iniciativas, ya consolidadas, el voluntariado y el proyecto "cuidar i cuidar-se" nació una **asociación**, **ACUIVOL** (Asociación de Cuidadores y Voluntarios de Santa Coloma de Gramanet) que, después de un primer tutelaje profesional, inició su camino de emancipación y adultez, y ofrece soporte a aquellos cuidadores de la ciudad que así lo demandan, con actividades de carácter lúdico, soporte psicológico y social y con una función reivindicadora hacia los organismos competentes.

El paso que culminó la intervención profesional fue plasmar las diferentes acciones en un plan de intervención. Éste (las tablas del apartado 1.4.2 Concreción de acciones), establece el nivel de autonomía/dependencia<sup>6</sup> del paciente, la intervención individual/grupal y comunitaria tanto con él como con su cuidador, o sus cuidadores, y los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), con una visión participativa de la comunidad.

<sup>(6)</sup>Rocayera Andréu M. A., Rodríguez Molinet J., (2005). "Intervención social en las dependencias". *Revista de servicios sociales y política social* (n.º 72, págs. 37-62).

Se constata la vinculación con diferentes equipamientos, proyectos e iniciativas existentes en la ciudad (actividades en el centro de día municipal, talleres de memoria realizados en los casales, asociación de mujeres, de fibromialgia, contra el cáncer, etc.).

### 1.4.2. Concreción de acciones

#### Acción sobre el anciano frágil

Atención individual	Detección. Valoración de necesidades.
Autonomía paciente	Anciano frágil.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres de memoria.</li> <li>• Talleres de conservación de habilidades.</li> <li>• Vinculación a grupos existentes o de nueva creación.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariado como acompañamiento y soporte en el paseo.</li> <li>• Voluntariado para actividades concretas (recetas, acompañamientos médicos...).</li> <li>• Actividades lúdicas, de carácter trimestral dirigidas a los mayores de 75 años que viven solos y no presenten otros indicadores de fragilidad, y de carácter mensual para los demás.</li> <li>• Todas ellas cuentan con el acompañamiento de los voluntarios.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Primaria. Secundaria.

#### Acción sobre personas semidependientes

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y estancias temporales por descanso de cuidadores.</li> </ul>
Autonomía paciente	Semidependientes
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas informativas a grupos de enfermos con patologías concretas.</li> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua para patologías.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariado como acompañamiento y soporte en el paseo.</li> <li>• Actividades lúdicas de carácter mensual para pacientes acompañados de voluntarios.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Terciaria.

#### Acción sobre personas con alta dependencia

Atención individual	Detección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> </ul>
Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos.</li> </ul>

Autonomía paciente	Alta dependencia.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariado como acompañamiento a domicilio y sustitución del cuidador en su tiempo libre.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Terciaria.

## Acción sobre el cuidador de anciano frágil

Atención individual	Detección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> </ul>
Cuidador principal	De anciano frágil.
Atención grupal	
Atención comunitaria	
Ámbito de prevención	Primaria.

## Acción sobre el cuidador de personas semidependientes

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y estancias temporales por descanso de cuidadores.</li> </ul>
Cuidador principal	De enfermos semidependientes.
Atención grupal	Programa "Cuidar i Cuidar-se". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas informativas para mejorar el cuidado del enfermo y el autocuidado del cuidador.</li> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> <li>• Grupos socioterapéuticos a cuidadores con sobrecarga y riesgo de claudicación.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación de cuidadores y voluntarios de Santa Coloma (ACUIVOL).</li> <li>• Charlas de sensibilización a la población respecto la figura del cuidador.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Secundaria.

## Acción sobre el cuidador de personas con alta dependencia

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos.</li> </ul>
Cuidador principal	De enfermos con alta dependencia.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> <li>• Grupos de socioterapéuticos a cuidadores con sobrecarga y riesgo de claudicación.</li> </ul>

Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación de cuidadores y voluntarios de Santa Coloma (ACUIVOL).</li> <li>• Charlas de sensibilización a la población respecto la figura del cuidador.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Secundaria.

#### Acción sobre el cuidador de persona terminal

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención y intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos.</li> </ul>
Cuidador principal	De enfermo terminal.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la muerte del enfermo, vinculación con la asociación de soporte al duelo.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Secundaria.

Y para finalizar... y con el deseo de que sólo sea el principio, este pensamiento de E. Dabas:

"Se aprende que es más valioso saber formularse una pregunta que tener todas las respuestas, que se accede mejor a la construcción de conocimiento analizando un error que sin haberse equivocado nunca".

Elina Nora Dabas (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Barcelona: Editorial Paidós.

## 2. Las fuentes del método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario

Se podría decir que en España el **método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario**, surge a medida que se **profesionalizan los servicios sociales de base**, y en concreto la **metodología del trabajo social comunitario**, el **trabajo social sanitario**, la **atención primaria de salud** y de manera más específica, la **medicina familiar y comunitaria**. Por lo tanto, y a modo de introducción, sería interesante que los profesionales del trabajo social sanitario con la intención de ejercer el método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario tuvieran nociones sobre las disciplinas mencionadas.

### 2.1. Trabajo social comunitario

Circunstancias muy similares a las actuales (una gran crisis económica) a mediados de los años sesenta provocan una fractura en el modelo de bienestar social en los países anglosajones de aquella época y el cuestionamiento de la política social que muchos países habían desarrollado hasta esa fecha. **Los movimientos sociales se fortalecen y generan la institucionalización de los servicios sociales que promueven e introducen el modelo de intervención comunitaria como objetivo estratégico que trata de unir la práctica diaria con la visión y transformación de la sociedad.**

En nuestro país, y como ha venido sucediendo a lo largo de la historia, los primeros servicios sociales más próximos a los modelos actuales, se comienzan a implantar allá por los años setenta, si bien, como hemos visto, los servicios de trabajo social sanitario en hospitales se remontan a finales de la década de los cincuenta. Poco a poco y una vez se instaura la democracia en España, irán transformándose en lo que nos ha llevado al **modelo actual de bienestar social: sanidad, servicios sociales y educación.**

Será a partir de esa puesta en marcha cuando en nuestro país se irán desarrollando las metodologías de intervención, que, de manera genérica, serían clasificadas como intervenciones de carácter: **individual, grupal y comunitario**. La intervención se centra fundamentalmente en **dos dimensiones: la individual (centrada sobre el caso concreto, el individuo), y la colectividad (centrada sobre los grupos y la comunidad).**

#### Nota

Para mayor información, consultar:

**Vicente Ortún** (2011). *La re-fundación de la atención primaria*. (colección de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Springer Healthcare Communications Ibérica, S. L.). Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.



## 2.2. Trabajo social sanitario

Desde la puesta en marcha del **proyecto de la historia clínica para la asistencia primaria**, donde por primera vez (en nuestro país), se incluye el **perfil del trabajador social sanitario dentro de los equipos de Salud de Atención Primaria**, muchas son las **propuestas, entendidas como planes, programas, proyectos, etc.**, que los diferentes gobiernos, tanto el central como los autonómicos, han diseñado e intentado poner en marcha, para conseguir una **atención integral e integradora de los usuarios de los servicios sanitarios**. Pero lo cierto es que en la actualidad, y tal y como recoge Dolors Colom en su artículo: "Salud y Trabajo Social: la evolución de una profesión apasionante":

"Cada vez más, en foros profesionales en donde se citan directivos y profesionales con largo recorrido y experiencia, se escucha que todo lo que se dice ya se dijo, y solo cabe la acción que lo materialice, sobre todo para las personas a quienes se dirigen los servicios."

En definitiva, se trataría de reconocer que a estas alturas de las circunstancias, por una u otra razón, ha sido imposible llegar al objetivo tan deseado y esperado.

La integración y la coordinación integrada de los servicios en los territorios con un único fin: dar a las personas aquello que necesitan, en el momento en que lo necesitan y en el lugar donde lo necesitan, y siempre con la mayor eficacia y eficiencia posible.

Tal y como recoge Dolors Colom en su artículo:

"El **trabajo social** dedica su atención a las personas, grupos y comunidades para ayudar a concienciar y resolver las situaciones conflictivas y de carencias que se producen en la evolución de la sociedad". "El **trabajo social sanitario colabora a potenciar y/o alcanzar la salud**, entendida tal y como fue definida en el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana como una forma de vivir autónoma, solidaria y dichosa".

Recoge además como funciones y competencias del trabajador social sanitario las siguientes:

- Atención directa al enfermo y/o familia: estudio sociofamiliar, información u orientación, asesoramiento, motivación, apoyo y tratamiento social continuado.
- Actuación en relación con el centro hospitalario: trabajo en relación con la comunidad, programas de educación sanitaria, promoción de recursos, coordinación y colaboración con servicios sociales diversos.

### Referencias bibliográficas

(Julio, 1984). "La historia clínica per a l'assistència primària". *Informes tècnics d'assistència sanitària* (1.ª ed., núm. 2). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Á. Sanz Cintora (oct., 2001). "Acción Social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica". *Acciones e inversiones sociales* (núm. 13). Departamento de Psicología y Sociología.

D. Colom (junio, 2006). "Salud y Trabajo Social: la evolución de una profesión apasionante. Estat de benestar: Reflexions per al treball social". *Revista de Treball Social (RTS)* (núm. 177). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.

Por último, la misma Dolors Colom, en el artículo citado, nos informa de cómo el trabajo social en salud y concretando, el sanitario, tanto en atención especializada como en atención primaria, ha ido desapareciendo del "mapa", se ha ido difuminando tanto en los hospitales como en los centros de salud, siendo irrelevante para la organización, sea pública o privada.

### **2.3. Atención primaria de salud y la medicina familiar y comunitaria**

La Constitución española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recogen en un conjunto de normas con rango de Ley: Ley General de Sanidad (1986), Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejora de la Calidad y la Seguridad (2012).

#### **Nota**

Para mayor información, consultar las leyes y decretos mencionados en este punto.

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema nacional de salud.

El Sistema nacional de salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

El Sistema nacional de salud español es un modelo de sistema con competencias y financiación, descentralizadas por comunidades autónomas en 17 servicios autonómicos de salud. Está regulado desde el Consejo Interterritorial de Salud, organismo de competencia estatal dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los ciudadanos de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

Corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud.

Asimismo, le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de cohesión e inclusión social, de familia, de protección del menor y de atención a las personas dependientes o con discapacidad y de igualdad, así como de lucha contra toda clase de discriminación y contra la violencia de género.

**A lo largo de estos últimos tres años, con el objeto de reestructurar algunas de las estructuras existentes, se han aprobado los siguientes reales decretos:**

- Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales.
- Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
- Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

El Sistema nacional de salud se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa.

La atención primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas.

**La atención especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso.** Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de atención primaria, quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global.

Ello permite que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente.

En la atención primaria y dentro de la cartera de servicios del Sistema nacional de la Seguridad Social, desarrollada en un módulo anterior, entre otras, se contemplan las actividades de:

- promoción de la salud,
- educación sanitaria,
- prevención de la enfermedad,
- mantenimiento y recuperación de la salud,
- rehabilitación física.
- trabajo social.

La atención especializada contempla en su cartera de servicios, entre otras actividades, las de:

- promoción de la salud,
- educación sanitaria,
- prevención de la enfermedad.

La especialidad de Medicina familiar y comunitaria es una especialidad médica reconocida en España desde el año 1978. Con la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril, la medicina de familia y comunitaria se convierte en el eslabón fundamental de la atención primaria.

Representando la recuperación de una atención de calidad cercana al ciudadano, a la vez que constituye la garantía de los principios del derecho a la protección de la salud y del deber de tutela de la salud pública reconocidos en la Constitución.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

Es en la prestación de estos servicios donde el método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario puede tener un papel fundamental o estelar.

### 3. En la práctica del método de intervención comunitaria en el trabajo social sanitario

Como se ha visto a lo largo del capítulo, el trabajo comunitario en el trabajo social sanitario se construye a partir de las fuentes de tres especialidades (trabajo social comunitario, trabajo social sanitario y medicina familiar y comunitaria, por lo tanto, su método o metodología de intervención surge, como no podría ser de otra manera, de esas tres especialidades.

¿Qué metodología se debería poner en práctica para que la praxis del método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario sea exitosa?

**La práctica del método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario ejercido desde una visión biopsicosocial debería tener en cuenta:**

- Una visión y una estrategia ecológica de las circunstancias y de los procesos de actuación.
- Una visión y una estrategia participativa de todos los actores implicados.
- Una visión y una estrategia transversal en el desarrollo de los procesos.

La aplicación de estas tres visiones a la hora de poner en marcha el método serán fundamentales para poder desarrollar las funciones de: prevención, rehabilitación y promoción de la salud. Ya sean ejercidas desde el marco de la atención primaria de salud o de la atención especializada.

#### Nota

Para mayor información, consultar el material de la profesora M.<sup>a</sup> Antonia Rocabayera.

## 4. Algunas ideas para reflexionar

La grave crisis que se viene sufriendo en el país ha llevado a que los gobiernos tomen medidas muy restrictivas con respecto a las prestaciones de nuestro actual sistema de bienestar social, lo que se está traduciendo en la pérdida de muchos de los logros conseguidos en estas últimas décadas. Preocupa muy especialmente algunas de las propuestas del **Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, que establece las nuevas medidas de reforma del sistema sanitario público. De una manera especial, la reintroducción del concepto de asegurado y beneficiario, que limita de hecho el acceso a la asistencia sanitaria pública.** Propuestas que sugieren un retroceso imparable a modelos de protección social y a un estado de bienestar social anteriores a 1986.

La nueva situación: la exclusión de la asistencia pública de los colectivos que no coticen a la Seguridad Social con riesgo de marginación, como los inmigrantes "sin papeles" o los jóvenes en paro, o las familias que hayan agotado las prestaciones por desempleo, etc., parecen dibujar nuevos entornos que no son tan nuevos. En definitiva, **parece que estamos en aquella idea de Friedrich Nietzsche del "Eterno retorno"**.

Pasamos a narrar una experiencia del **Dr. Jordi Gol i Gurina** (médico de familia como a él le gustaba llamarse).

"Un hombre mayor se rompió la pierna porque la escalera de su casa estaba poco iluminada y no se veía suficientemente un rellano con un escalón que quedaba completamente disimulado por el color del pavimento, de modo que en esa escalera ya se habían producido tres fracturas de cuello de fémur. El hombre, con su fémur arreglado, quedó cojo, y tenía grandes dificultades para salir de su casa, a causa precisamente de la disposición de la misma escalera."

"El defecto hospitalario paralelo consiste en exploraciones que sustituyen lo jurídico clínico: Pidámosle toda la "secuencia" de análisis y toda la "secuencia" de radiografías en lugar de razonar cuáles hacían falta. Sobreabundancia de medios de exploración que eviten el esfuerzo y la responsabilidad de pensar, y que evidentemente no dará buen fruto."

"En nuestro país, si bien de un lado estamos todavía muy lejos de tener un sistema sanitario suficiente, del otro lado ya padecemos de un consumo sectorialmente aberrante, tanto de medicación como de frecuentación del sistema. Una sanidad insuficiente y ya fomentadora del consumismo; una sanidad, pues, cualitativamente mala."

J. Gol i Gurina (1984). *Ideologia i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi. Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Escola Superior d'Assistència Socials.

**Esta narrativa la realizaba el Dr. Gol i Gurina en el año 1984 en una clase dirigida a futuros trabajadores sociales.**

¿Realmente os parece que esto fue narrado hace 30 años?

¿Es quizá esta grave crisis económica una gran oportunidad para darnos una nueva posibilidad de retomar el rumbo perdido hace tantos años?  
¿Pueden ser en esta ocasión los profesionales del trabajo social, y en particular los especialistas del trabajador social sanitario que aplican método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario, una de las piedras angulares del nuevo sistema de bienestar social del siglo XXI?

A lo largo de nuestra historia se han realizado infinidad de propuestas, de planes, de diseños organizativos, para promover el trabajo interdisciplinar de los equipos de salud en los territorios. Pero a fecha de hoy continuamos dando vueltas a la gran rueda. Quizá en estos momentos de graves dificultades económicas y sociales, en esta nueva o no tan nueva situación, el trabajo comunitario se vislumbra como una de las estrategias más importantes para reconducir la situación. Trabajo comunitario donde los profesionales del trabajo social que aplican el método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario pueden ser una pieza clave para recuperar el maltrecho estado del bienestar social español de siglo XXI.



## Bibliografía

- Bronfenbrenner, U.** (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Colom, D.** (2006). "Salud y Trabajo Social: la evolución de una profesión apasionante. Estat de benestar: Reflexions per al Treball social". *Revista de Treball Social (RTS)* (núm. 177). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.
- Departament de Sanitat y Seguretat Social. Generalitat de Catalunya** (1984). "La historia clínica per a l'assistència primària". *Informes tècnics d'assistència sanitària* (núm. 2, 1.ª ed.). Barcelona.
- Germain, C.; Gitterman, A.** (1980). *The Life Model of Social Work Practice*. Nueva York: Columbia University Press.
- Gol i Gurina, J.** (1984). *Ideologia i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi*. Barcelona: Salut, Sanitat i Serveis Socials. Escola superior d'assistens socials.
- Pincus, A.; Minahan, A.** (1973). *Social Work Practice: Model and Method, Itasca, Ill.* Peacock.
- Rose, Stephen M.; Black, Bruce L.** (1985). *Advocacy and Empowerment: Mental Health Care in the Community*. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Russel-Erlich, John L.; Rivera, Felix G.** (1986). "Community empowerment as a non-problema". *Journal of Sociology and Social Welfare* (vol. 3, núm. 13, pág. 451-465).
- Sanz Cintora, Á.** (2001). "Acción Social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica". Departamento de Psicología y Sociología. *Acciones e investigaciones sociales* (núm. 13).
- Sinclair, E.** (1988). "The formal evidence". *National Institute for Social Work, Residential Care: a positive choice*. Londres: HMSO.
- Towell, D.** (comp.) (1988). *An Ordinary Life in Practice*. Londres: King Edward's Hospital Fund.
- Von Bertalanffy, L.** (1971). *General Systems Theory: Foundations, Development, Application*. Londres: Allen Lane (trad. cast.: *Teoría General de los sistemas*, Madrid, FCE, 1976).

