

# O TRABALLO SOCIAL SANITARIO NA ATENCIÓN PRIMARIA DE SAÚDE NO REINO UNIDO E EN ESPAÑA

---

*Concepción Vilas Fernández.*

*Traballadora social no Servizo de Atención Primaria de Saúde de Moaña*

## **RESUMO:**

O traballo social sanitario na atención primaria de saúde abórdase de xeito diferente nos países de tradición anglosaxona con respecto aos países de tradición latina. Esta diferenza é palpable ao analizar dous países como son, España e Reino Unido. Neste traballo, a través dunha revisión bibliográfica sobre a evolución desta situación, estudaranse as diferenzas e semellanzas da organización do traballo social na atención primaria de saúde. O obxecto é coñecer como unha forma diferente de abordar unha realidade biopsicosocial inflúe á hora de mellorar a coordinación de dous sistemas tan importantes como son o sistema sanitario e o sistema social.

## **PALABRAS CLAVE:**

Traballo social sanitario, atención primaria de saúde, traballo social e saúde.

## **RESUMEN:**

El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud se aborda de manera diferente en los países de tradición anglosajona con respecto a los países de tradición latina. Esta diferencia es palpable al analizar dos países como son, España y Reino Unido. En este trabajo, a través de una revisión bibliográfica sobre la evolución de esta situación, se estudiarán las diferencias y similitudes de la organización del trabajo social en la atención primaria de salud. El objeto es conocer cómo una manera diferente de abordar una realidad biopsicosocial influye a la hora de mejorar la coordinación de dos sistemas tan importantes como son el sistema sanitario y el sistema social.

## **PALABRAS CLAVE:**

Trabajo social sanitario, atención primaria de salud, trabajo social y salud.

## **ABSTRACT:**

Medical social work in primary health care is treated differently in Anglo-Saxon tradition countries compared to Latin tradition countries. This difference is obvious when analyzing two countries such as Spain and United Kingdom. Through the revision of the bibliographic literature about the evolution of this situation, the aim of this project is to analyse both the differences and similarities in the organization of social work study at primary health care. The main aim is to know how a different approach to a specific biopsychosocial situation is relevant when trying to improve the coordination of two important systems such as the health system and the social system.

## **KEYWORDS:**

Medical social worker, social work in medical setting, primary health care.

## **I. INTRODUCCIÓN**

O traballo social sanitario é o que se exerce dentro do sistema sanitario, na atención primaria, a atención sociosanitaria ou a atención hospitalaria (Colom, 2010b). Mediante a realización dunha revisión bibliográfica, preténdese profundar no coñecemento do traballo social sanitario que se realiza concretamente, na atención primaria de dous sistemas nacionais de saúde como son España e Reino Unido.

A actividade profesional do traballo social discorreu por camiños diferentes en función das políticas desenvoltas en cada país. En Reino Unido, por exemplo, coa aprobación da Local Authority and Social Services Act 1970 que é a lei británica da autoridade local e servizos sociais, os traballadores sociais centraron o seu labor basicamente nos servizos sociais dependentes das autoridades locais (Littlechild e Lyons, 2011). Esta situación mantívose ata hoxe en día, aínda que nos últimos anos as responsabilidades no ámbito nacional distribuíronse entre os ministerios de educación (que traballan temas relacionados cos nenos e a familia) e a saúde (basicamente tratan temas relacionados cos adultos) (Ibid. p. 34). En España, con todo, o Real decreto lei 137/84 de estruturas básicas de saúde inclúe os traballadores sociais dentro dos equipos multidisciplinares para darlles atención a aspectos sociais do proceso de saúde - enfermidade (Burgos, 2003) e posteriormente a lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do sistema nacional de saúde no seu artigo 12 reconece o traballo social como unha das prestacións que deben desenvolver os equipos de atención primaria. Isto afianzou a permanencia dos traballadores sociais sanitarios no ámbito da atención primaria de saúde.

O traballo social sanitario sufriu unha evolución diferenciada en ambos os países. En España autoras como Abreu (2009), Burgos (2009) e Ituarte (2009) poñen en valor o traballo social sanitario na atención primaria de saúde e reflicten todas as dificultades xurdidas á hora de desenvolver o seu traballo e coinciden na necesidade de crear a especialización en traballo social sanitario (Colom, 2010).

No Reino Unido o debate verase que continúa centrado na forma de integrar a atención social e de saúde. Os estudos realizados por autores como Coleman e Rummery (2003) e Kharicha, Levin, Iliffe e Davey (2004) poñen de manifesto que a integración é positiva e necesaria, pero que aínda continúa fragmentada e de momento non se fixo efectiva.

A sanidade considérase un dos campos nos que historicamente os traballadores sociais desenvolveron a súa actividade, sobre todo no ámbito hospitalario, pero na que aínda hoxe queda moito por facer, así o volve a recalcar a Federación Internacional do Traballo Social (FITS, 2011) que se referiu aos servizos sanitarios como un lugar esencial para a actividade dos traballadores sociais. Tendo presente a importancia que a FITS lle outorga á presenza dos traballadores sociais no ámbito da saúde, considerouse a necesidade de coñecer se realmente os sistemas nacionais de saúde de España e Reino Unido contan nos seus equipos de atención primaria con traballadores sociais.

Como se poderá ver, considérase necesario ampliar o campo de investigación para poder dispor de datos obxectivos que permitan que o traballo social sanitario alcance o recoñecemento e consolídese como unha profesión fundamental e imprescindible nos sistemas sanitarios.

## **II. XUSTIFICACIÓN E OBXECTIVO DO ESTUDO**

A evolución do traballo social no ámbito dos servizos sociais e do traballo social sanitario dentro das políticas sociais e sanitarias, constitúe unha das realidades que máis preocupan á comunidade de traballadores sociais dos diferentes países que constitúen a Unión Europea.

Como se expuxo ao longo da introdución, España e Reino Unido constitúen dous claros exemplos de como abordar a intervención e o traballo social de dúas maneiras moi diferentes que en ocasións non poden ser comparadas.

Aínda que o obxectivo final deste traballo é comparar e valorar o traballo social sanitario na atención primaria de España e Reino Unido, faise necesario abordar varios obxectivos intermedios:

- Definir que se entende por traballo social sanitario en España e Reino Unido e as implicacións que o modo de definir este concepto leva á hora de organizar o traballo social.

- Describir o modo de organizar o traballo social en España e Inglaterra.
- Mostrar os resultados obtidos tras a revisión bibliográfica.
- Valorar a repercusión da estruturación do traballo en España e Reino Unido e a súa influencia á hora de alcanzar unha intervención de calidade no ámbito sanitario e social.

O obxectivo exposto inicialmente é, partindo da realidade de España, na que os traballadores sociais forman parte dos equipos de atención primaria de saúde, realizar un estudo comparado coa realidade do sistema nacional de saúde de Reino Unido. Existe a figura do traballador social sanitario no sistema nacional de saúde do Reino Unido? Se é así, exerce as mesmas funcións que o traballador social no sistema nacional de saúde en España?

### III. ESTRATEXIA METODOLÓXICA

Realizouse unha revisión bibliográfica exploratoria, tendo en conta os obxectivos sinalados para este estudo, coa cal se pretendeu coñecer se o traballo social sanitario foi obxecto de estudo con anterioridade no Reino Unido e en España, no campo da atención primaria de saúde.

As palabras clave utilizadas na procura, foron: *medical social worker*, *social work in medical setting*, *primary health care*, *traballo social sanitario*, *atención primaria de saúde*, *traballo social e saúde*.

Acoutouse a procura ao intervalo de anos que van entre o 2000 e o 2014, ambos incluídos.

A procura de información realizouse a través de diferentes motores de busca, bibliotecas, páxinas web especializadas e consultas realizadas a expertos no tema. A continuación cítanse as bases de datos consultadas:

- PubMed-MEDLINE: é a base de datos da biblioteca nacional de medicamento dos EUA que inclúe literatura biomédica de MEDLINE

Ao utilizar na busca as palabras: *sanitary and social and worker*, acoutada ao intervalo que abarca desde o ano 2000 ao 2014, obtivéronse catro resultados que non son válidos para o obxecto deste estudo.

Ao introducir a palabra *medical social work and primary health care*, os resultados obtidos foron oitocentos oitenta e sete, dos cales se solicitou un artigo que resultou de interese, pero ao ir ao apartado de artigos relacionados (*related citations*), obtivéronse cento vinte e tres resultados, dos cales se solicitaron a través da biblioteca virtual do sistema sanitario público galego (Bibliosaúde), once artigos que se consideraron inicialmente interesantes e obxecto de estudo.

Realizáronse buscas coas seguintes palabras: “traballo social sanitario e atención primaria de saúde”, “traballo social sanitario”, “traballo e social e sanitario”, “traballo e social” etc. Non se obtiveron resultados válidos.

- CSIC: Consello Superior de Investigacións Científicas.

Ao realizar a busca obtívose un resultado válido unha vez introducida a palabra “Traballo social sanitario”. Introducíronse na procura palabras en inglés pero, como xa se esperaba, non se achegaron resultados. Tampouco se obtiveron resultados válidos para o estudo ao introducir: “traballo social sanitario e atención primaria de saúde” ou “traballo social saúde”.

- Dialnet: base de datos da Universidade da Rioxa.

Realizouse unha procura coas palabras: “traballo social sanitario e atención primaria de saúde”. Obtivéronse 55 resultados. Destes, dous en principio seleccionáronse, pero despois de revisados descartáronse por non responder o obxectivo deste estudo.

- SCIE. Social Care Institute for Excellence. Social Care Online. Base de datos do Reino Unido especializada en investigacións de traballo social.

Esta base de datos non achegou documentación que se puidera utilizar no estudo. Revisáronse 748 artigos de acceso libre que resultaron da procura de *social work in medical setting* e 109 artigos resultado da procura de *medical social work and primary health care*.

- Biblioteca da Escola universitaria de Traballo Social de Santiago de Compostela.

Realizouse unha consulta de oito publicacións, das cales se utilizou unha.

- Biblioteca do Colexio Profesional de Traballo Social de Galicia.

Consultáronse 4 libros e 4 revistas especializadas en traballo social.

- Catálogo Iacobus. Biblioteca da Universidade de Santiago de Compostela.

Na procura obtivéronse once resultados dos cales se utilizaron na redacción deste traballo, dous.

- Google e Google Académico.

Estes motores de busca facilitaron a revisión de doce artigos de interese. Ao introducir a palabra “traballo social sanitario”

apareceron dezaseis mil trescentas referencias. Acoutouse a procura por anos (2000- 2014), países de referencia (España-Reino Unido).

- Páxinas web especializadas: para facilitar a busca consultáronse páxinas de organismos oficiais como, por exemplo, o Ministerio de Sanidade español e británico e outras especializadas en traballo social. A continuación cítanse as que se consultaron e achegaron datos de interese para este estudo:
  - [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org). Federación Internacional de Traballo social.
  - [www.basw.uk](http://www.basw.uk). Asociación Británica de Traballadores Sociais.
  - [www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es). Consello Xeral de Diplomados en Traballo Social de España.
  - [www.dog.gov.uk](http://www.dog.gov.uk). Departamento de Saúde do Reino Unido.
  - [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk). Sistema Nacional de Saúde de Reino Unido.
  - [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es). Ministerio de Sanidade Español.
  - [www.amf-semfyc.com](http://www.amf-semfyc.com). Revista especializada en medicina de familia.

De todas estas páxinas se consultou e se descargou información.

- Consulta á Asociación Británica de Traballadores Sociais:

Realizouse unha consulta á Asociación Británica de Traballadores Sociais. Na súa resposta achegaron un documento referente á atención de menores que non era obxecto deste estudo e facilitaron o enderezo da súa páxina web e a do ministerio de sanidade do Reino Unido. Non achegaron o nome de autores ou publicacións relacionadas co tema obxecto de estudo que era o que inicialmente se buscaba ao realizar esta consulta.

Na procura de información relacionada co traballo social sanitario en España, recorreuse a obras e artigos de autoras recoñecidas, como son: Amaya Ituarte e Dolors Colom e revisáronse artigos publicados en revistas profesionais, como a *Revista de Traballo Social e Saúde*.

Entre as dificultades que se presentaron, resaltar a escaseza de material accesible, sobre todo relacionado co Reino Unido. Atopáronse referencias bibliográficas que en principio poderían resultar de interese para o estudo, pero que non eran de acceso libre. Tamén reflectir que non se atoparon moitos estudos do ámbito español.

Nas bibliotecas especializadas en traballo social, ás que se tivo acceso, só se atopou un artigo na *Revista de Traballo Social e Saúde* que fala do traballo social e a atención primaria de saúde en Reino Unido (é a única publicación atopada que coincide plenamente co tema obxecto de estudo).

Resaltar que si se atoparon, vía web, estudos médicos realizando unha análise comparativa entre a atención primaria de saúde en Reino Unido e en España, pero non desde a perspectiva do traballo social.

Tamén, deixar constancia, de que nos catálogos das bibliotecas consultadas non se atoparon publicacións do Reino Unido que tratasen o tema que se aborda, nin sequera en lingua inglesa.

En resumo, a revisión bibliográfica resultou ser complexa no sentido da imposibilidade de acceso a publicacións do Reino Unido (que non resultaron ser de libre acceso) e tamén porque no Reino Unido non existe a figura do traballador social sanitario na atención primaria de saúde. Datos que hai que ter en conta á hora de analizar os resultados.

#### **IV. RESULTADOS**

Seleccionáronse vinte e nove artigos, que se considerou nun primeiro momento que poderían achegar información relacionada co obxectivo do estudo. Despois da súa lectura, rexeitáronse doce.

**Os artigos seleccionados referentes ao sistema de saúde do Reino Unido**, obtivéronse a través de páxinas oficiais e a través da base de datos PubMed, son artigos que foron publicados en revistas especializadas do Reino Unido por autores que realizaron varias investigacións no campo da atención social e sanitaria e que desenvolven o seu labor desde as universidades británicas.

Algún dos autores que se atoparon en máis dunha busca, foron: Kristein Rummery e Anna Coleman da Universidade de Manchester, Mark Lymbery da Universidade de Nottingham, Kalpa Kharicha, Iliffe, Enid Levin e Barbara Davey.

Non se atopou unha teoría desenvolvida no que respecta ao traballo social sanitario na atención primaria de saúde no Reino Unido, si existe unha teoría desenvolvida no ámbito español. No Reino Unido os resultados mostran que non existe a figura do traballador social nos equipos da atención primaria de saúde, o que si se reflicte en diferentes estudos atopados, é a preocupación e a necesidade de que “o social e o sanitario” se coordinen e traballen xuntos e realizáronse varias investigacións respecto diso, para coñecer se iso é factible e que problemas e vantaxes se presentan, cando ambos os sistemas (sanitario e social), se unen e traballan xuntos.

O único artigo que se atopou no que se fai mención ao modelo de traballo social sanitario, neste caso no norte de Inglaterra, é o publicado pola traballadora social Olga Bazán no ano 2010.

Bazán (2010, p.184) deixa constancia de que:

*...a figura do traballador social non está representada no centro de saúde, feito que comporta unha serie de dificultades no ámbito de coordinación profesional e atraso na xestión e seguimento dos recursos sociais. A ausencia da figura do traballador social impide unha valoración conxunta e holística das necesidades sociais e sanitarias da persoa. As demandas de traballo social por parte do equipo sanitario son derivadas aos servizos sociais de zona.*

Os traballadores sociais no ámbito local desenvolven a súa actividade nos servizos sociais, que adoitan dividir a súa intervención en tres grupos: servizos de atención a persoas con discapacidade psíquica, infancia e familia e servizos de atención a persoas con discapacidade física e xente maior (Ibid).

Como se comentou anteriormente, fálase de establecer un traballo conxunto entre dous sistemas, o de saúde e o social (traballador social de servizos sociais que comparta o mesmo espazo físico que o equipo de atención primaria de saúde), pero, exceptuando o documento de Lymbery e Millward (2001) e o de Bazán (2010), non se atopou información que faga referencia ao traballador social sanitario na atención primaria de saúde.

A continuación exponse, resumidamente, as achegas que aparecen nos artigos revisados:



ARTIGOS REFERENTES A REINO UNIDO

AUTORES/AS E ANO	ACHEGAS
Lymbery e Millward (2001)	Reflicten problemas na estrutura de descentralización do traballo. Compartir o mesmo espazo na atención primaria de saúde é unha oportunidade de cambio na forma de facer traballo social.
Hudson (2002)	A interprofesionalidade é algo positivo para as organizacións. Confirma o modelo pesimista das relacións interprofesionais. No futuro o persoal de atención social e sanitaria traballará formando unha única rede local de atención.
Brown, Tucker e Domokos (2003)	A presente investigación non produciu ningún achado que suxira que a atención primaria de saúde e social integrada, sexa clinicamente máis efectiva que o modelo tradicional. O estudo suxire que os resultados se poden mellorar cando se alcance unha maior integración entre os servizos de saúde e sociais.
Coleman e Rummery (2003)	O desenvolvemento dos grupos de atención primaria e fideicomisos (Primary Care Trusts and Trusts) proporcionaron unha oportunidade para tratar de superar problemas de relación nas organizacións de saúde e asistencia social. A planificación conxunta e a prestación de servizos continúan fragmentadas.
Rummery e Coleman (2003)	As diferenzas interprofesionais entre os traballadores da atención social e da saúde deben ser aclaradas e tratadas antes de que os servizos poidan ser desenvolvidos de forma conxunta. Para que se manteña a confianza e o entusiasmo do traballo conxunto, ambas as partes deben saír beneficiadas.

	<p>No contexto do Reino Unido, a posibilidade de integrar a atención primaria de saúde e a asistencia social debe abordarse con precaución.</p>
Kharicha, Levin, Iliffe e Davey (2004)	<p>Interese na colaboración interinstitucional existindo variación entre e dentro dos departamentos de servizos sociais na forma de exercer un traballo conxunto co sistema sanitario.</p> <p>Un maior grao de integración beneficia os usuarios dos servizos e aos cuidadores.</p> <p>Existe un clima de experimentación natural e faltan investigacións máis rigorosas que non se baseen tanto nos procesos e si nos resultados.</p>
Davey, Levin, Iliffe e Kharicha (2005)	<p>A co-localización pode cambiar a comunicación directa cara a cara, pero non altera estilo xeral de comunicación.</p> <p>Recoñécese que se necesita máis investigación para probar a hipótese “optimista” de que o traballo interprofesional eficaz conduce a resultados máis eficaces para os usuarios.</p>
Kharicha, Iliffe, Levin, Davey e Fleming (2005)	<p>A co-localización percíbese como unha ameaza potencial para os traballadores sociais, aínda que se considere que é unha maneira lóxica de organización.</p> <p>Preocupación profesional polas consecuencias de compartir información confidencial entre os profesionais da saúde e de servizos sociais.</p>
Glasby e Dickinson (2008)	<p>A principal deficiencia nos intentos de integrar a atención social e de saúde, realizados ata o momento é que a tendencia foi centrarse nas cuestións de procedemento (como podemos facer para traballar ben xuntos? E non nos resultados (existen diferenzas entre a xente que usa os servizos?)</p>

Bazán (2010)	Non existen os traballadores sociais nos equipos de atención primaria de saúde. O rol do traballador social desapareceu e apareceron novas profesións. As funcións do traballador social cambiaron e asumiron funcións máis burocratizadas e sistematizadas, o que supón un perigo para a profesión do traballo social, tal como se entendía ata o momento.
Littlechild e Lyons (2011)	Como resultado das novas políticas e leis, os traballadores sociais que antes priorizaban as relacións, o apoio, a axuda, agora pasaron a ser os encargados de por en marcha servizos, asignar recursos, avaliar e xestionar a asistencia. A prioridade é a “avaliación de riscos”. Concepción dos clientes como consumidores dun servizo.

Os artigos seleccionados referentes ao sistema español pertencen a autoras recoñecidas no campo do traballo social sanitario: Dolors Colom, Amaya Ituarte, Concepción Abreu... e a publicacións de revistas especializadas no traballo social ou publicacións de colexios oficiais ou outros organismos oficiais.

En España, o traballo social sanitario evolucionou de forma diferente e comezados os anos 80 do século XX, os traballadores sociais comezan a formar parte dos equipos de atención primaria de saúde (Ituarte, 2003). Autoras como Burgos (2003), Abreu (2009) e Ituarte (2009) relatan os aspectos que favoreceron a aparición do traballo social na atención primaria de saúde e as dificultades coas que se atoparon, así como as achegas do traballo social neste campo.

ARTIGOS REFERENTES A ESPAÑA

AUTORES/AS E ANO	ACHEGAS
Burgos (2003)	<p>Dificultades no desenvolvemento da actividade profesional, na atención primaria de saúde, debido a que non se soubo transmitir aos compañeiros a importancia da valoración social no ámbito sanitario, existencia dun só profesional que ás veces debe desenvolver o seu traballo en varios centros de saúde.</p> <p>En lugar de favorecer o traballo en equipo multidisciplinar creouse unha situación de confrontación entre os traballadores, chegándose ás veces ao intrusismo profesional.</p>
Ituarte (2003)	<p>A integración da atención sanitaria e social suporía non só asegurar unha maior calidade asistencial, senón, unha utilización máis coherente duns recursos económicos que son escasos.</p> <p>Existe unha falta de comprensión do traballo social en saúde, indefinición, necesidade de adecuación e formación ás emerxentes realidades e demandas.</p> <p>Achegas do traballo social ao campo sanitario: comprensión da interrelación entre factores psicosociais e calidade de saúde de individuos, grupos e comunidades.</p> <p>Estudo, diagnóstico e tratamento das situacións de malestar psicosocial que inciden na aparición ou exacerbación de trastornos físicos e/ou mentais, ou que poidan producirse como consecuencia de procesos patolóxicos e que deben ser tidas en conta no contexto xeral da intervención sanitaria.</p>
Colom (2008)	<p>O traballo social sanitario é o apoio profesional que garante a continuidade asistencial.</p> <p>A atención integral continúa sendo nos centros de saúde e en hospitais un obxectivo que se debe perseguir.</p>

	<p>O servizo de traballo social sanitario dispón de información valiosa para a xerencia quen adoita ter en conta só os aspectos sanitarios e orzamentarios das intervencións.</p>
Abreu (2009)	<p>O traballo social sanitario é concibido como unha especialización dentro do traballo social e aplícase nos centros sanitarios. Tanto en atención primaria como especializada.</p> <p>As áreas de intervención na atención primaria de saúde son: atención directa, coordinación sociosanitaria, apoio social, promoción da saúde e participación, traballo social comunitario, investigación.</p> <p>O traballador social sanitario conta cunha presenza tradicional no campo da saúde.</p> <p>O traballo en equipo é mellorable.</p>
Burgos, Pérez Amores, Sánchez (2009)	<p>O traballo social, como disciplina contribúe a darlle un enfoque global da saúde, achegando de forma específica os aspectos socio familiares que inciden no nivel de saúde da poboación desde unha visión global e desde a proximidade aos usuarios exercendo de defensores dos seus dereitos.</p> <p>Coñecemento amplo do sistema sanitario e de servizos sociais o que fai do traballador social sanitario o profesional mellor preparado para a coordinación sociosanitaria.</p> <p>Dificultades derivadas da necesidade dunha estrutura de coordinación institucional e do recoñecemento como profesión sanitaria.</p>
Ituarte (2009)	<p>Invisibilidade dos traballadores sociais no sistema de saúde.</p> <p>En atención primaria de saúde existen moitos centros sen traballador social, un só traballador social en ocasións traballa en varios equipos e grandes e diversas áreas poboacionais.</p> <p>Non sempre son considerados o TS membros naturais do equipo, a miúdo teñen grandes dificultades para realizar traballo social.</p> <p>Espérase deles que resolvan problemas concretos relacionados co uso de recursos sociais sen incidir na situación do paciente e da familia.</p>

## V. DISCUSIÓN

O actual modelo de atención primaria baséase na promoción da saúde. Este concepto, curiosamente, aséntase na sociedade inglesa a finais do século vinte, achegando unha visión holística do ser humano (Abreu, 2009), é dicir, unha visión onde se teñen en conta os aspectos físicos, psicolóxicos e sociais das persoas. Neste sentido, é interesante reparar en que esta visión integral non se ve reflectida actualmente na atención primaria de saúde da sociedade inglesa. Como xa se viu anteriormente e é importante lembrar, a partir do ano 1940 produciuse en Reino Unido unha separación entre a asistencia en saúde e asistencia social, quedando organizados en dous sistemas diferentes, Sistema Nacional de Saúde e Departamento de Servizos Sociais das autoridades locais (Lymbery e Millward, 2001).

Doutra banda, débese lembrar que o sistema nacional de saúde español contempla a figura do traballador social sanitario no sistema da atención primaria de saúde, ofrecendo deste xeito unha atención integral ás persoas, a diferenza, como xa se indicou ao longo deste traballo, do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) que non conta con este profesional na atención primaria de saúde.

Sen dúbida, e tendo en conta o analizado ao longo deste traballo, a necesidade de que ambos os dous sistemas (sanitario e social) traballen xuntos continúa vixente. O impacto da colocación dos equipos de atención primaria de saúde e traballadores sociais dos departamentos de servizos sociais son un referente á hora de avaliar o impacto destes equipos na calidade da atención (Lymbery e Millward, 2001).

A dependencia xerárquica maniféstase como un obstáculo á hora da asignación do traballo e de asumir responsabilidades entre os xefes dos servizos sociais e os traballadores (Lymbery e Millward, 2001). Vívense como unha ameaza as demandas que realizan as organizacións das cales dependen os profesionais e as que realiza o equipo de traballo (Hubson, 2002). As relacións entre as organizacións de saúde e de asistencia social foron recoñecidas como problemáticas, en termos de relacións historicamente pobres entre os médicos (GP) e os departamentos de servizos sociais (Coleman e Rummery, 2003). A pesar do renovado interese na colaboración interinstitucional, segue existindo unha enorme variación no réxime de traballo conxunto entre e dentro dos departamentos de servizos sociais (Kharicha, Levin, Iliffe, Davey, 2004).

Con respecto aos factores que se refiren ao traballo interprofesional. O persoal de enfermería comunitaria lexitimou e valorou o coñecemento e habilidades dos traballadores sociais e os médicos tamén valoraron o traballador social como un membro adicional do equipo de atención primaria de saúde e como un conduto directo á hora de conseguir recursos de atención social escasos (Lymbery e Millward, 2001). Compartir un mesmo espazo físico pode cambiar a comunicación directa cara a cara, pero non altera o estilo

xeral de comunicación (principalmente por teléfono), nin a súa dirección (de traballador social a médico) (Davey, Levin, Iliffe e Kharicha, 2005). Os traballadores sociais e os médicos están de acordo na necesidade de traballar de forma conxunta, pero teñen diferente comprensión desta, cada profesión quere que a outra cambie a súa cultura organizacional. O traballo conxunto nun mesmo espazo físico é visto como desexable pero tamén como unha ameaza para o traballo social. Existe unha preocupación polas evidentes diferenzas de poder e autoridade xerárquica (Kharicha, Iliffe, Levin, Davey e Fleming, 2005).

O feito de que diferentes profesionais traballen xuntos podería facer que o traballo social perdesa a súa contribución específica nun equipo interprofesional no que a ideoloxía dominante é médica. Isto pódese ver como unha dificultade á hora de manter a identidade debido a que o traballador social se atopa nunha localización na que está profesionalmente illado (Lymbery e Millward, 2001).

As vantaxes que se manifestaron á hora de que un traballador social se incorporase ao equipo de saúde en atención primaria, foron unánimes ao recoñecer que se melloraban os tempos de resposta, evitando posibles episodios de crises e posibles ingresos institucionais (Lymbery e Millward, 2001).

Brown, Tucker e Domokos (2003), sinalan que nos equipos integrados, os pacientes se avaliaron con maior rapidez, e nas etapas iniciais, o proceso de buscar axuda para poder ser valorado por un servizo, mellorou a través dunha mellor coordinación entre os diferentes grupos de profesionais. Tamén deixan constancia de que a súa investigación non produciu achados que suxirían que a atención integrada dos equipos de atención primaria de saúde e sociais sexa clinicamente máis efectiva que o modelo tradicional.

As dificultades que mencionan os autores para conseguir levar a cabo un traballo conxunto en Reino Unido, son as seguintes:

- Un dos principais obstáculos é a incapacidade institucional para ser capaz de cambiar e facer as cousas doutra maneira, darlles cabida a novas formas de traballo (Rummery e Coleman, 2003).
- A maioría de profesionais da saúde e servizos sociais continúan traballando por separado, baseándose nos vínculos informais de referencia, e o intercambio de información individual sobre o servizo que se presta aos usuarios (Kharicha, Levin, Iliffe e Davey, 2004).
- Recoñécese que se necesita máis investigación para probar a hipótese “optimista” de que o traballo interprofesional eficaz conduce a resultados máis positivos para o usuario (Davey, Levin, Iliffe e Kharicha, 2005).

- Os traballadores sociais teñen medo a ser absorbidos na práctica polos equipos de saúde e a ter dificultades á hora de establecer prioridades sociais (Kharicha, Iliffe, Levin, Davey e Fleming ,2005).
- A principal deficiencia nos intentos de integrar a atención social e de saúde, realizada ata o momento, é que a tendencia foi centrarse nas cuestións de procedemento (como podemos facer para traballar ben xuntos?) e non nos resultados (existen diferenzas entre a xente que usa os servizos?) (Glasby e Dickinson, 2008) (Kharicha, Levin, Iliffe e Davey, 2004).

Lymbery e Millward (2001) sinalan que o feito de compartir o mesmo espazo na atención primaria de saúde, pode provocar unha oportunidade de cambio na forma de facer traballo social, facéndoo máis imaxinativo e creativo e menos administrativo. É a oportunidade para que os traballadores sociais sexan máis autónomos na provisión de proxectos e redefinan e revitalicen o rol do traballo social na asistencia comunitaria.

No percorrido realizado ata o momento, a formulación é que un traballador de servizos sociais, con dependencia xerárquica do departamento de servizos sociais locais, realice as mesmas funcións pero enmarcado nun contexto diferente, que é o da atención primaria de saúde. En ningún momento se valorou a opción de que un traballador social sanitario, con dependencia xerárquica do Departamento de Saúde (NHS) forme parte do equipo de atención primaria de saúde e desenvolva unhas funcións acordes ao devandito posto.

Neste sentido é interesante retomar a diferenciación entre traballo social sanitario e traballo social en saúde de Dolors Colom (2010a), da cal se pode inferir que o modelo do Reino Unido se adapta máis ao que é o traballo social en saúde e en España, claramente, movémonos no campo do traballo social sanitario, propiamente dito.

En España, como xa se mencionou, en apartados anteriores, a partir dos anos 80, os traballadores sociais incorpóranse aos equipos de atención primaria de saúde (Ituarte, 2003). Son contratados polos servizos de saúde, pero uno dos problemas que se expoñen é a necesidade de establecer unha estrutura de coordinación institucional. En atención primaria, algunhas áreas de xestión contan cunha persoa de referencia que exerce a coordinación de traballo social e que non sempre é un traballador social, noutras áreas esa función exercea o persoal de enfermería ou o médico (Burgos, Pérez Amores e Sánchez, 2009).

En canto ás relacións interprofesionais co resto do equipo, é importante lembrar que ao principio xurdiron problemas debido a que non sempre se os considerou como “membros naturais” do equipo (Ituarte, 2009) e iso dificultou a realización do seu traballo. Os compoñentes do equipo de saúde, ás veces confundíanos cos servizos sociais, “confundindo e identificando unha profesión con todo un sistema de servizos totalmente



independente do sistema de saúde” (Burgos, 2003). As expectativas do equipo van enfocadas á solución de problemas mediante a utilización de recursos sociais (Ituarte, 2009), cando as funcións e as achegas dos traballadores sociais sanitarios son moito máis complexas. Sen dúbida, as relacións interprofesionais débense mellorar dentro do equipo.

Confírmase hoxe en día, o escaso coñecemento por parte das profesións sanitarias da profesión e disciplina do traballo social e continúase confundindo a atención social á saúde coa mera xestión de recursos sociais, incluso a propia administración favorece en ocasións esta situación cando permite que outros profesionais da saúde asuman actividades propias da área do traballo social (Abreu, 2009).

Do visto ao longo deste traballo advírtese que entre as dificultades que se expoñen no traballo social sanitario na atención primaria de saúde en España, cobran un papel relevante as seguintes:

- En moitos centros de atención primaria de saúde, hoxe en día, aínda non incorporaron a figura do traballador social sanitario ao equipo (Ituarte, 2009).
- Hai un só traballador social por centro de saúde, o que fai que o equipo, xulgue a toda unha profesión pola actuación dun só profesional (Burgos, 2003).
- En ocasións un só traballador social debe atender dous, tres e mesmo catro centros de saúde (Burgos, 2003 e Ituarte, 2009).
- Descoñecemento da profesión por parte de profesionais e persoal da administración (Burgos, 2003).
- Ausencia de directrices, por parte do sistema sanitario, de proxectos que deben desenvolver os traballadores sociais (Burgos, 2003)
- A presenza de traballadores sociais pode ser sentido como unha ameaza por outros profesionais (Ituarte, 2009).
- Necesidade de adecuar a formación ao campo sanitario, de conseguir a especialización (Colom, 2010).

O traballo social achega unha visión global á intervención en saúde, abordando aspectos sociofamiliares que van influír nos niveis de saúde poboacionais. Así mesmo, é a profesión que mellor pode establecer unha coordinación sociosanitaria (Burgos, Pérez Amores e Sánchez, 2009).

O feito de que non exista a figura do traballador social na atención primaria de saúde xera dificultades a nivel de coordinación profesional e atrasa a xestión e o seguimento dos recursos sociais, así mesmo impide que se realice unha valoración integral (biopsicosocial) das necesidades da persoa. O feito, ademais de ter que depender do sistema de servizos sociais

locais, xera que os procesos sexan máis lentos e precisen de maior burocracia e tamén dificultan que entre os profesionais non se coñezan amplamente as funcións e as limitacións de cada un (Bazán, 2010).

Chegado este punto pódese dicir que Reino Unido e España teñen realidades e sistemas diferentes. Cando inicialmente se expuxo o obxectivo deste estudo, seleccionouse a Reino Unido por ser un país referente historicamente para o traballo social e a día de hoxe pensábase que a profesión estaría a un nivel de desenvolvemento e de competencias superior a España, pero veuse que a realidade é outra e ao contrario do que se pensaba inicialmente o traballo social está a sufrir un retroceso, as súas funcións están a ser reducidas á de meros xestores de recursos. O obxectivo do traballador no sistema actual é o de, basicamente, darlles resposta ás necesidades físicas e materiais das persoas, sen traballar os aspectos psicosociais, familiares etc. (Bazán, 2010). Referíndose sempre á área de intervención da atención primaria, que non ten por que ser extensible ao resto de áreas de intervención do traballo social no Reino Unido.

Se tomamos de exemplo a Inglaterra, pódese observar que se reformulou a relación que mantén o Estado co individuo, familia e comunidade. Antes o Estado era o responsable de proporcionar as prestacións da Seguridade Social e agora esa responsabilidade está a traspasarse ao cidadán, que pasou a ser un “consumidor de asistencia”, elixindo o servizo, o tipo de asistencia que precisa e o provedor da devandita asistencia. Isto provocou que o rol do traballador social sufrise un cambio substancial e converteuse en xestor de recursos abandonando outras funcións que se consideran máis relevantes no campo da saúde, como as de capacitadores, conselleiros etc. (Littlechild e Lyons, 2011).

En cambio en España as achegas do traballador social ao campo sanitario, xeralmente, son moito máis enriquecedoras e van máis alá da mera xestión de recursos, achegan unha intervención psicosocial no ámbito de saúde individual, grupal e comunitaria e tamén aplicando a investigación, o diagnóstico e o tratamento que complementa a intervención médica, e ofrecen unha intervención integral. Analízanse os novos procesos sociais e a súa incidencia na saúde da poboación, os comportamentos que xeran os procesos de saúde-enfermidade, a demanda dos servizos sanitarios, as necesidades da poboación e poténciase a educación e promoción da saúde (Ituarte, 2003).

A pesar de todas as diferenzas mencionadas entre ambos os países, das diferenzas prácticas e organizacionais, pódese dicir que os problemas que xorden en canto se intenta integrar o sistema de saúde e sanitario son practicamente os mesmos: a estrutura organizacional, as relacións interprofesionais, a escasa investigación e os problemas tamén derivados da necesidade de superar algunhas barreiras e dar un salto cualitativo, obsérvanse en ambos sistemas, o que leva a expor novas preguntas, pasando a falar non tanto do que se pode facer para mellorar o traballo conxunto

senón a falar de como a forma de traballar vai achegar mellores resultados e beneficios.

É necesario neste punto volver incidir en que os resultados demostran que as experiencias de incorporar un traballador social ao equipo de atención primaria de saúde favoreceron a coordinación do social e o sanitario, achegaron beneficios aos equipos, ás persoas e melloraron os procedementos e tamén incidir na necesidade da investigación, que é o camiño que se debe seguir para mellorar a base científica da profesión e facer visible a importancia do traballo social para o sistema sanitario e tamén para o sistema social.

Hoxe en día en Reino Unido continúaase debatendo acerca da necesidade de integrar de forma eficaz o sistema de saúde e o social (Morse Amyas, 2014) e en España os traballadores sociais sanitarios de atención primaria levan anos traballando para facer visible a súa profesión, consolidarse como profesionais dos equipos de saúde de atención primaria e para que se recoñeza a necesidade, tamén, de que o sanitario e o social camiñen da mesma man. Que é o que sucede para que en ambos os países, os discursos sigan sendo os mesmos desde hai anos? Sen dúbida, este pode ser a formulación doutro estudo que aquí e agora non procede tratar.

## **VI. CONCLUSIÓNS**

Tras o estudo realizado, veuse que existen dúas realidades diferentes e a continuación enuméranse as conclusións que se alcanzaron:

- O traballo social sanitario evolucionou de formas distintas en Reino Unido e España.
- En Reino Unido, en ningún momento se introduciu a figura do traballador social sanitario no equipo de atención primaria de saúde.
- O traballo social sanitario en atención primaria en España dispón dunha base teórica e práctica superior á que existe na actualidade en Reino Unido.
- En España precísase mellorar na formación, a investigación e conseguir a especialización en traballo social sanitario. Facer visible o seu labor achegando datos obxectivos.
- A presenza do traballador social sanitario debe ser unha realidade en todos os centros de saúde.
- Na atención primaria en Reino Unido, os traballadores sociais centran a súa actividade nos departamentos de servizos sociais e as súas funcións enfócanse, basicamente, á xestión de recursos sociais.

- En España realízase traballo social sanitario no ámbito da atención primaria, mentres que en Reino Unido se realiza traballo social en saúde.
- En ambos os países compártese a necesidade de mellorar as canles de comunicación e traballo interprofesional, de crear un sistema no que estea integrado o social e o sanitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, M.<sup>a</sup> C. (2009). *O traballo social sanitario na atención primaria de saúde*. 70-79. Recuperado o 22 de febreiro de 2014 en <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/...../146>.
- BAZÁN, O. (2010). O modelo de traballo social sanitario no norte de Inglaterra. *Revista Traballo Social e Saúde*. 66, 183-193.
- BROWN, L.; TUCKER, C. E DOMOKOS, T. (2003). *Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community*. *Health and social care in the community*. 11 (2), 85-94. PMID: 14629210.
- BURGOS, M.<sup>a</sup> L. (2003). “Evolución do traballo social na atención á saúde do noso país durante o último século”. *Revista Traballo Social e Saúde*. 46, 85-241.
- BURGOS, M.<sup>a</sup> L.; PÉREZ, I. E SÁNCHEZ, R. (2009, Abril). *Traballo social no sistema público de saúde: Atención Primaria. Hospitalaria e Saúde Mental*. Edic. Especial. Tomo II. Comunicación presentada ao I Congreso de Traballo Social. Colexio Oficial Diplomados en Traballo Social e A. S. de Málaga. Recuperado o 22 de febreiro de 2014 de [http://www.trabajosocialmalaga.org/...dts.../especial\\_dts\\_congreso\\_TOMO\\_II.pdf](http://www.trabajosocialmalaga.org/...dts.../especial_dts_congreso_TOMO_II.pdf)
- COLEMAN, A. E RUMMERY, K. (2003). Social services representation in Primary Care Groups and Trusts. *Journal of interprofessional care*. 17 (3), 273-280. PMID: 12850878.
- COLOM, D. (2008). *O traballo social sanitario como ferramenta de xestión*. *Revista SEDISA S*. XXI, 10, 14-25. Recuperado o 14 de abril de 2014 de <http://www.directivos.publicacionmedica.com/spip-php?article84>
- COLOM, D. (2010a). A especialización en traballo social sanitario: o primeiro elo para o seu recoñecemento como profesión sanitaria. *Revista de Servizos sociais e política social*. Novas oportunidades do Traballo Social. Consello Xeral do Traballo social. 89.

- COLOM, D. (2010b). *O traballo social sanitario no marco da optimización e sustentabilidade do sistema sanitario*. Zerbitzuan. Revista de Servizos Sociais. 47, 109-119. Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS). <http://bddoc.csic.es:8085/detalles.htm>; ISOC ciencias sociais e humanidades. N.º de rexistro: 631984.
- DAVEY, B.; LEVIN, E.; LLIFFE, S. E KHARICHA, K. (2005). Integrating health and social care implications for joint working and community care outcomes for older people. *Journal of interprofessional care*. 19 (1), 22-34. PMID: 15842078.
- Federación Internacional do Traballo Social (2011). *Declaración de Política da FITS: Saúde*. Anteproxecto. Recuperado o 7 de abril de 2014 de [http://www.cdn.ifsw.org/assets/ifsw\\_105031-3.pdf/wfsw.org/polices/health](http://www.cdn.ifsw.org/assets/ifsw_105031-3.pdf/wfsw.org/polices/health)
- FERNÁNDEZ, T. (coord.). (2009). *Fundamentos do Traballo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- GLASBY, J. E DICKINSON, H. (2008). *Greater than the sum of our parts?*. Emerging lessons for UK health and social care. *International Journal of Integrated care*. 8. Recuperado o 11 de abril de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pudmed/1897881>
- HUDSON, B. (2002). Interprofessionalism in health and social care the Achilles' heel of partnership?. *Journal of interprofessional care*. 16 (1), 7-17. PMID: 11915720.
- ITUARTE, A. (2003). As desigualdades en saúde e o seu impacto para o traballo social. Marco interpretativo. *Revista de traballo social e saúde*, 46, 69-84
- ITUARTE, A. (2009). *Sentido do Traballo Social en Saúde*. Recuperado o 28 de febreiro de [http://www.api.ning.com/files/ttqfntilm8q\\*LtEyHJtTFdplbl3PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBbYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elsentidodeltrabajosocialensalud09\\_Amaya\\_Ituarte\\_Tellaeche.pdf](http://www.api.ning.com/files/ttqfntilm8q*LtEyHJtTFdplbl3PbPa2tDkjXH2KkC6XjbZt4AEth1LU6fHanmLQBbYhEyfPX1yrP0EPKlky2L1FupU2VL00/elsentidodeltrabajosocialensalud09_Amaya_Ituarte_Tellaeche.pdf)
- KHARICHA, K.; LEVIN, E.; LLIFFE, S. E DAVEY, B. (2004). Social work, xeral practice and evidence-based policy in the collaborative care of older people current problems and future possibilities. *Health and social care in the community*. 12 (2), 134-141. PMID: 19777722.
- KHARICHA, K.; LLIFFE, S.; LEVIN, E.; DAVEY, B. E FLEMING, C. (2005). Tearing down the Berlin wallsocial workers' perspectives on joint working with xeral practice. *Family Practice*. 22 (4), 399-405. PMID: 15824057.

- Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde. *Boletín Oficial do Estado*, 128, de 29 de maio de 2003.
- Limbery, M. e Millward, A. (2001). Community care in practice social work in primary health care. *Social work in health care*. 34 (3-4), 241-259. PMID: 12243427.
- Littlechild, B. e Lyons, K. (2011). *O traballo social en Inglaterra e Gales. Educación Social. A Acción social en Europa*. 48, 29-47. Recuperado o 28 de febreiro de 2014de <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/viewFile/245331/328562>
- RUMMERY, K. E COLEMAN, A. (2003). *Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership?*. 56 (8), 1773-1782. PMID: 12639593.