

DEBATES TRANSDISCIPLINARES EN TORNO A LA ESPECIALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

- María Teresa Gijón Sánchez. Profesora Ayudante Doctora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Facultad de Trabajo Social, Universidad de Granada. Profesora Consultora del Máster de Trabajo Social Sanitario de la Universitat Oberta de Catalunya. Correo electrónico: mtgijon@ugr.es
- Dolors Colom i Masfret. Directora científica y (Co)Directora Académica del Máster de Trabajo Social Sanitario (estudios de ciencias de la salud) de la Universitat Oberta de Catalunya. Profesora Asociada del Grado de Trabajo Social en la Universidad de Barcelona. Directora de la Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar. Correo electrónico: dcolomma@uoc.edu

RESUMEN:

La incorporación de la dimensión social en la definición universal de la salud que introduce la Organización Mundial de la Salud en 1946 acogiendo la propuesta de Andrija Stampar, viene también a concretar los debates ya iniciados por William Osler, Charles P. Emerson, Richard C. Cabot y Henry E. Sigerist, entre otros, a finales del siglo XIX y primeros del siglo XX. Esta definición constituye el punto de partida común y ampliamente aceptado del cual, treinta años más tarde, emana el modelo biopsicosocial de atención a la salud basado en la teoría general de sistemas y propugnado principalmente por George L. Engel. Esta nueva concepción, por un lado, implica aceptar explícitamente el origen social en la construcción de los síntomas de las enfermedades y sus tratamientos, así como reconocer los síntomas sociales generados por la presencia de las mismas, como procesos que son variables en cada contexto y momento histórico. Por otro, conlleva reorganizar la convivencia cotidiana establecida entre la actividad profesional y científico-técnica desempeñada históricamente por diferentes profesiones y disciplinas de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales en torno a los modelos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Todo ello fortalece la necesidad de promover una relación transdisciplinar, y no solo multi e interdisciplinar, entre todas ellas, que solo desde el reconocimiento de su diversidad y el camino de la especialización fomentará el avance en la atención integral a los determinantes socioculturales, políticos, económicos, medioambientales y biológicos, entre otros, que influyen en la salud de las poblaciones. Desde estas premisas, en este trabajo se presentan un conjunto de debates transdisciplinarios que giran en torno a la delimitación del objeto de conocimiento y

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

actuación profesional del Trabajo Social Sanitario, así como las principales bases e hitos que han hecho realidad el establecimiento institucional de esta área de especialización en España.

PALABRAS CLAVE: Trabajo Social Sanitario, Multidisciplinariedad, Interdisciplinariedad, Transdisciplinariedad, Áreas de Especialización.

TITLE: TRANSDISCIPLINARY DISCUSSIONS ON THE SPECIALIZATION OF HEALTH SOCIAL WORK

ABSTRACT:

The incorporation of the social dimension in the universal definition of health introduced by the World Health Organization in 1946 accepting Andrija Stampar's proposal to express in concrete terms the discussions already initiated by William Osler, Charles P. Emerson, Richard C. Cabot and Henry E. Sigerist, among others, at the end of the nineteenth and beginning of the twentieth century. This definition constitutes the common and widely accepted starting point from which originates, thirty years later, the biopsychosocial model of health care based on the general systems theory and primarily asserted by George L. Engel. On the one hand, this new conception involves the explicit acceptance of the social origin in the construction of symptoms of illnesses and their treatments, as well as the recognition of the social symptoms created by the presence of the latter, as processes that are variable in each context and historic moment. On the other hand, it necessitates the reorganisation of the daily coexistence established between the professional and scientific-technical activity historically maintained by various professions and disciplines of the health sciences and of populations. All this strengthens the need to promote a trans-disciplinary relationship, and not just multi- and interdisciplinary, between the above, which only through the recognition of their diversity and the path of specialization will promote the advance in integrated care to the sociocultural, political, economic, environmental and biological determinants, among others, that have an influence on the health of populations. From these premises this work presents a set of trans-disciplinary discussions that revolve around the delimitation of the theme of professional knowledge and performance of Health Social Work, and the basic principles and aims that the institutional establishment of this area of specialization in Spain has realized.

KEYWORDS: Health Social Work, Multidisciplinary, Interdisciplinary, Transdisciplinary Theory and Practice, Areas of Specialization.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

DEBATES TRANSDISCIPLINARES EN TORNO A LA ESPECIALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

María Teresa Gijón Sánchez y Dolors Colom i Masfret

INTRODUCCIÓN¹

En este trabajo presentamos una revisión acerca de las principales bases teóricas e hitos socioculturales, políticos e institucionales que dan lugar a la delimitación del área de especialización del Trabajo Social que se viene denominando como “Trabajo Social Sanitario”. Este itinerario se desarrolla desde distintos contextos de intervención, compromiso y trabajo con el propósito de promover el bienestar social de las poblaciones que sufren enfermedades o que se encuentran en riesgo de padecerlas. De esta forma, el Trabajo Social Sanitario representa social e históricamente un camino de especialización que se desarrolla desde el ámbito profesional mediante los campos de la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria, pero también desde el ámbito académico a través de cursos de formación continua, máster y doctorados de postgrado. La especialización permite a los profesionales del Trabajo Social Sanitario fortalecer su conocimiento y experiencia en un área específica de interés para la profesión y para la sociedad, al tiempo que incrementa las posibilidades de éxito de sus profesionales a la hora de alcanzar un empleo competente en relación a la misma.

En este texto asumimos que desde el ámbito académico y profesional sanitario se atiende a personas enfermas y no a las enfermedades. Asimismo, partimos de la aproximación crítica propuesta por Gray y Webb (2009) cuando se preguntan si el Trabajo Social tiene alguna influencia en los acontecimientos del mundo real, y cuando señalan la importancia que detenta la interdisciplinariedad a la hora de analizar y transformar las jerarquías de poder establecidas en distintos ámbitos profesionales. Los autores proponen dos grandes tipologías de profesionales: los profesionales expertos y los profesionales sirvientes del sistema dominante. En este trabajo consideramos que desde el desarrollo de la competencia experta, el Trabajo Social Sanitario debe extender sus líneas de influencia para dar visibilidad a las poblaciones enfermas desde la valoración, el diagnóstico y la atención de la dimensión social en salud.

¹ El presente texto está basado en gran parte de los presupuestos teóricos y empíricos producidos en la tesis doctoral de Gijón leída en 2014 en la Universidad de Granada, en la que se trata de analizar los discursos de profesionales de la salud sobre la atención a las poblaciones inmigrantes en un contexto andaluz (ver Gijón, 2014).

Sin embargo, estas actividades se establecen y organizan en el ámbito de un sistema sanitario que tiende hacia la medicalización de la asistencia y a dejar reiteradamente a un lado los aspectos sociales de la salud y la enfermedad de las poblaciones. Desde los sistemas sanitarios, históricamente, se han perpetuado al menos dos modelos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones: a) el modelo biomédico cuyo origen se relaciona frecuentemente con el médico Ricardo Bright (Urólogo del Hospital Guy de Londres), este modelo se centra en los aspectos biológicos de la enfermedad, de forma que vela por el funcionamiento del cuerpo humano y todos los aspectos quedan sujetos a la biología mientras que el entorno social carece de importancia, y b) el modelo biopsicosocial cuyo nacimiento se vincula principalmente con el médico George Engel (Psiquiatra y Profesor de la Universidad de Rochester de Nueva York), este modelo es una variante social y crítica del anterior de modo que además de atender los aspectos orgánicos, considera que el entorno social es una parte importante en el desarrollo de las dolencias y reconoce la importancia del apoyo social en la recuperación.

Este último modelo, como veremos a continuación, es el modelo médico que tratan de asumir actualmente los sistemas sanitarios, aunque no son dificultades. De este modo, cabe subrayar que cuando se habla de Trabajo Social Sanitario se parte de una concepción positiva de la salud que toma como base la asunción del modelo biopsicosocial en salud². Esta afirmación nos lleva a reflexionar sobre cómo su ámbito de conocimiento y actuación profesional, desde sus orígenes está estrechamente relacionado con un gran número y diversidad de profesiones sanitarias, todas ellas insertadas en los sistemas sanitarios. La convivencia disciplinar de estas profesiones en equipos de trabajo y la complejidad que es característica de las situaciones y necesidades de salud y enfermedad de las poblaciones en el siglo XXI, plantea la necesidad no solo de consolidar la especialización del Trabajo Social Sanitario, sino de reivindicar que su desarrollo en el seno de estos equipos no solo se sitúe en un plano multidisciplinar e interdisciplinar, sino transdisciplinar³.

² Además del modelo biopsicosocial de atención a la salud, Juárez (2011) observa que desde los modelos de salud negativa hasta los modelos de salud positivos se hallan una gran variedad de aproximaciones teórico-conceptuales que dan lugar a modelos diferentes. Entre ellos, el autor menciona los siguientes: el salutogénico, el de salud positiva de la psicología positiva, el holista, el de elección personal, el de salud como bienestar, el de salud como madurez, el de salud como inteligencia emocional y el de salud como resiliencia. En este texto no entramos a valorar las diferencias existentes entre los modelos de salud positivos existentes con el fin de compararlos u optar por promover uno de ellos. Por el contrario asumimos que el modelo biopsicosocial histórica y político-institucionalmente se ha establecido como el punto de partida y, por tanto, como la base a partir de la que los sistemas sanitarios deben continuar apostando por incorporar firmemente la dimensión social en salud. De ahí, que sin negar la existencia de otros modelos y sus posibles potencialidades, realizamos un análisis crítico del modelo biopsicosocial a través de una perspectiva transdisciplinar amplia con el propósito de contribuir a mejorar su aplicación en la práctica.

³ En este texto seguimos la distinción realizada por Choi y Pak (2006) a la hora de diferenciar los términos multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad. Así, por un lado, Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

1. EL TRABAJO SOCIAL Y LA INCORPORACIÓN DE LA DIMENSIÓN SOCIAL EN SALUD

El origen del Trabajo Social como disciplina científica está vinculado al nacimiento de la medicina científica también denominada “medicina moderna, biomedicina, medicina occidental, cosmopolita o alopática” (Martínez, 2008: 7) a partir del siglo XIX, así como a su posterior establecimiento y organización como modelo médico hegemónico en las sociedades occidentales. Es por ello que a día de hoy, resulta utópico afirmar que aún existen dificultades y resistencias para reconocer al Trabajo Social Sanitario como un área de especialización académica y profesional propia del Trabajo Social.

A este respecto, cabe destacar que un modelo médico designa al conjunto de concepciones sobre la salud y la enfermedad, así como a los valores, los medios y las estrategias que una sociedad pone en práctica para afrontar la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la atención de las enfermedades. De este modo, en ninguna sociedad los modelos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones conciernen únicamente al ámbito de lo individual y deben entenderse como prácticas socioculturales construidas colectivamente.

Para tratar de explicar y actuar ante los modelos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones desde dentro del sistema sanitario, la medicina científica como forma de poder, dominación y control social cuenta con una estructura organizativa sociocultural, económica, política y científico-técnica que resulta similar y que la constituye como sistema sanitario dominante. Así, la biomedicina como modelo médico hegemónico en occidente consiste en:

... el conjunto de prácticas y saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha logrado dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado ... (Menéndez, 1990: 83)

mientras que el término multidisciplinariedad se fundamenta en mantener el conocimiento de diferentes disciplinas dentro de los límites de cada una, el término interdisciplinariedad analiza, sintetiza y armoniza los vínculos que se establecen entre diversas disciplinas como un todo coordinado y coherente. Por otro lado, la transdisciplinariedad integra las ciencias naturales, las ciencias de la salud y las ciencias sociales en un mismo contexto de humanidades, más allá de sus límites tradicionales. Los autores destacan que los tres términos se refieren a la participación de múltiples disciplinas en diversos grados de un mismo continuo, y advierten que el empleo de los mismos no debe confundirse.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Se trata, por tanto, de una invención cultural que tuvo gran influencia en Francia y Alemania en el siglo XIX, y que posteriormente se extendió al resto del mundo (Van der Geest y Finkler, 2004). Su origen se remonta así al momento histórico en el que se construye lo científico, de forma que nace en un tiempo marcado por los grandes descubrimientos científicos o filosóficos que tienen lugar en el mundo y por su carácter social. Es decir, ocurre en un siglo que demanda libertad, tolerancia y universalidad en el ámbito político, religioso y social, y estos valores también impregnan al pensamiento sobre la salud y la enfermedad (Boixareu, 2008).

Sus bases académicas y científicas, durante los siglos XIX y XX, contribuyen a consolidarla como sistema sanitario hegemónico en el mundo y la institucionalizan como campo dominante del saber conocer y del saber hacer ante las enfermedades de las poblaciones en el mundo. Sus fundamentos se establecen en torno a dos aspectos: a) en los planteamientos teóricos médico-científicos y positivistas, que instituyen la supremacía de la esfera biológica e individual en la conceptualización de la salud y la enfermedad, y b) en la configuración y organización de sistemas sanitarios biomédicos que se fundamentan en tratamientos racionales científico-técnicos, de carácter esencialmente asistencialista y curativo ante la enfermedad y una supuesta neutralidad axiológica.

Es importante, por tanto, recordar que el nacimiento internacional del clásico Trabajo Social Médico, hoy denominado Sanitario, se remonta a su relación con la medicina científica incipiente, así como al vínculo que a través de ella comienza a establecer con unos profesionales de la medicina que empiezan a tomar conciencia de la esfera social en las poblaciones enfermas a las que tratan. Todo ello conlleva que el Trabajo Social Sanitario comience a desarrollarse histórica y socioprofesionalmente en el contexto de los hospitales modernos, así como en algunos dispensarios o consultas médicas privadas de atención individualizada.

Desde estas organizaciones sanitarias, el Trabajo Social Sanitario afronta así desde sus comienzos la difícil tarea de formar parte de equipos multi e interdisciplinarios con diferentes visiones académicas y profesionales. En el seno de estos equipos, el Trabajo Social Sanitario desempeña el rol de constituirse como principal responsable de incorporar la dimensión social en salud en el marco de un contexto biomédico que se caracteriza por su resistencia a lo social, y más aún a lo cultural. Estas resistencias se deben en gran parte a los aspectos dinámicos y complementarios que caracterizan y determinan a la práctica biomédica, y que son los siguientes:

... biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica ... (Menéndez, 1978).

Atendiendo a estas características, los signos físicos que habitan en el mundo natural de la salud y la enfermedad son explicados por la razón humana desde un pensamiento biomédico individual, de carácter eminentemente racional-instrumental, biologicista y esencialista. Sin embargo, a pesar de la supremacía de estos aspectos, el desarrollo de la biomedicina no podrá obviar que el ámbito de la salud y la enfermedad está caracterizado por un importante componente social (y añadimos cultural) tanto en la producción del conocimiento científico, como en la comprensión y el afrontamiento de los síntomas subjetivos:

... la dicotomía entre explicar o comprender la enfermedad se deriva de la propia naturaleza de este fenómeno, que es a la vez signo y síntoma, evidencia «objetiva» de una disfunción y narrativa del paciente, fisiopatología y economía política, el lenguaje amorfo de los órganos y el sentido de la palabra; en fin: vida biológica y vida social al mismo tiempo. La enfermedad es una especie de «hecho biosocial total» que condensa un mundo difícilmente reducible al método de la explicación o de la comprensión. Otra cosa, podríamos decir, han sido, y son, las aproximaciones siempre limitadas, parciales y tentativas con las que pretendemos dar cuenta de ella (Martínez, Masana y DiGiacomo, 2013: 8).

De ahí que el Trabajo Social Sanitario que desempeña desde sus inicios el reto y el desafío de incorporar la dimensión social en la atención sanitaria a las poblaciones, tendrá que ir desarrollándose a la espera de que la medicina científica reconozca de forma explícita (y no solo implícita) la dimensión social en el concepto de salud a partir de la mitad del siglo XX. Desde ese momento, el nuevo sentido positivo de la salud conlleva que se amplifique el impulso del ámbito de conocimiento y actuación profesional del Trabajo Social Sanitario en el mundo.

La incorporación de la dimensión social en la definición universal de la salud que introduce la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en 1946 acogiendo la propuesta de Andrija Stampar, viene también a concretar los debates ya iniciados por William Osler, Charles P. Emerson, Richard C. Cabot y Henry E. Sigerist, entre otros, a finales del siglo XIX y primeros del siglo XX. Así lo expresa en el primer principio de su carta fundacional que adopta en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en el año 1946 en Nueva York (si bien la entrada en vigor de la constitución de la OMS no tiene lugar hasta el 7 de abril de 1948) en la que define universalmente la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

enfermedades” (OMS, 1946: 2)⁴. Esta definición constituye el punto de partida común y ampliamente aceptado del cual, treinta años más tarde, emana el modelo biopsicosocial de atención a la salud basado en la teoría general de sistemas y propugnado principalmente por George L. Engel (1977 y 1978). Esta nueva concepción, por un lado, implica aceptar explícitamente el origen social en la construcción de los síntomas de las enfermedades y sus tratamientos, así como reconocer los síntomas sociales generados por la presencia de las mismas, como procesos que son variables en cada contexto y momento histórico. Por otro, conlleva reorganizar la convivencia cotidiana establecida entre la actividad profesional y científico-técnica desempeñada históricamente por diferentes profesiones y disciplinas de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales en torno a los modelos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones en las organizaciones sanitarias. A día de hoy, podemos decir que el desarrollo del modelo biopsicosocial no está exento de críticas y revisiones. De este modo, la propuesta más perdurable de este modelo, ha consistido en ampliar el alcance de la mirada del profesional biomédico, tratando de transformar la manera de ver la enfermedad, el sufrimiento y la curación de forma personalizada (Borrell-Carrió, Suchman y Epstein, 2004).

La apuesta de promover un modelo médico más social da lugar al nacimiento político-institucional de la atención primaria de salud como variante crítica y diferente a la opción curativa dominante hasta ese momento. La institucionalización de este modelo surge de las recomendaciones difundidas por la OMS en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud que se celebra entre los días 6 y 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata antigua capital de Kazajistán, ahora conocida como Almaty. A ella asisten representantes de 134 gobiernos y de 67 organizaciones de la ONU, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Quienes participan en esta conferencia acuerdan promover la denominada Declaración de Alma Ata, que insta a los gobiernos, al personal de salud y de desarrollo y a la comunidad mundial a que adopten medidas urgentes para proteger y promover la salud de todas las poblaciones del mundo.

La difusión de este nuevo modelo comporta la llamada hacia un nuevo orden económico internacional más justo sobre la salud mundial. Por tanto, teóricamente contempla abordar los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud y de la enfermedad que van más allá de una mera orientación tecnocrática sobre la asistencia y la curación biológica de las enfermedades. De esta forma, incluye la conceptualización y la actuación sanitaria a través de un amplio abanico de

⁴ Nótese, no obstante, que la dimensión social aparece nombrada en el último lugar, lo que suponemos lleva implícito una gradación jerárquica a la hora de especificar la importancia de los diferentes aspectos que influyen en la salud de las poblaciones.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

intervenciones sobre la dimensión social de la salud y no solo la biológica. Es decir, desde aquellas que propugnan la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, hasta aquellas otras que incorporan cambios conductuales, institucionales y sociales más amplios (Legge, DeCeukelaire, Baum, McCoy y Sanders, 2009).

El desarrollo de este modelo da lugar al diseño de reformas en la institucionalización de los sistemas sanitarios en cada país. Estos cambios transforman los servicios biomédicos en servicios sanitarios más sociales y comunitarios a través de un enfoque social, político y económico amplio. Igualmente, recogen el derecho y el deber de las poblaciones a participar individual y colectivamente en la planificación y cuidado de su salud. Todo ello enfatiza la promoción del ámbito de la intervención colectiva en los servicios sanitarios, y a su vez fortalece la recuperación del protagonismo de la intervención que se asigna al Trabajo Social Sanitario ante la importancia que acoge la incorporación de la dimensión social en el ámbito biomédico.

Sin embargo, el carácter de asistencia sanitaria y de servicio integrado que están presentes en la definición del modelo de atención primaria de salud le confieren distintas limitaciones en su desarrollo. Estos aspectos, entre otros, conllevan que finalmente se establezca institucionalmente como una variante compleja y social del propio sistema biomédico tradicional. Es decir, su orientación tecnocrática conlleva que las actuaciones de atención sanitaria individual adquieran un papel relevante, y que esta preponderancia actúe en detrimento del abordaje comprensivo de los determinantes políticos, económicos y socioculturales de la salud y la enfermedad de las poblaciones (Legge et al., 2009).

Estos antecedentes ponen de manifiesto las complejas fronteras profesionales y disciplinares que caracterizan históricamente al camino de especialización del Trabajo Social Sanitario en las organizaciones del sistema sanitario, lo que nos llevan a afianzar la necesidad de continuar reforzando la delimitación de su ámbito de conocimiento y actuación profesional en el siglo XXI.

2. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO ANTE LA MULTI-, INTER- Y TRANS-DISCIPLINARIEDAD EN LA ATENCIÓN A LAS POBLACIONES

Bajo el término profesiones sanitarias se incluyen un conjunto de diversas profesiones y disciplinas científicas, que conviven cotidiana e históricamente desarrollando su actividad socio-profesional y científico-técnica de atención a las poblaciones en el contexto político-institucional y de reproducción socio-simbólica en el que se institucionaliza el sistema sanitario occidental.

El uso del término sanitario frente al adjetivo salud subraya las características socio-profesionales comunes, pero también las divergentes, que existen entre el conjunto de las profesiones sanitarias Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

que desempeñan distintos roles y funciones de atención sanitaria a las poblaciones a través de su inserción en equipos multidisciplinares en los sistemas sanitarios, lo que implica un proceso de socialización común. De este modo, todas ellas están unidas multidisciplinariamente en la tarea de atender la salud en sentido amplio mediante una respuesta sanitaria tendente hacia la interdisciplinariedad, mediante la que adquieren una disposición cognitiva similar que estructura su percepción, es decir, todas “son propensas a adoptar de forma rígida los paradigmas dominantes” (Irigoyen, 1996: 9).

Este término, por tanto, abarca globalmente a las profesiones de Medicina, de Enfermería y de Psicología Clínica, entre otras, pero también al Trabajo Social en su campo de desarrollo profesional y disciplinar sanitario. Sin embargo, la relación multi e interdisciplinar entre todas ellas está marcada por la configuración de relaciones de poder, subordinación y dominación de saberes y prácticas disciplinares que toman como punto de partida las diversas tradiciones, valores y orientaciones teórico-prácticas de las que parten cada una de ellas. Este tipo de relaciones otorgan hegemonía a aquellas que prestan la atención sanitaria (Blázquez, 2008) frente a las que se identifican con el ámbito de lo social en salud y, por tanto, se relegan al ámbito de lo no sanitario. Este aspecto, como señala Lorente (2013) puede deberse a que las identidades socio-profesionales se reconfiguran en el momento en el que tienen la ocasión y el poder de hacerlo. Es decir, incluso en el marco de un modelo biopsicosocial en el que se supone que se relativizan debido a su actuación multi e interdisciplinar, observamos que éstas se rehacen de forma que las profesiones biomédicas ocupan las posiciones de poder, saber y experiencia en el contexto de un sistema sanitario que a día de hoy apuesta por la gestión clínica.

Estos aspectos en el caso del Trabajo Social Sanitario en España, además, aluden al hecho de que forma parte de equipos sanitarios con una paradoja. Ésta concierne a su necesidad de recibir formación especializada en materia sanitaria con el objetivo de adquirir competencias para desempeñar su rol y funciones dentro del sistema sanitario. La demanda de conocimientos sanitarios se establece como una solicitud clara del Trabajo Social Sanitario desde el momento en el que se plantea la reforma institucional del sistema sanitario en nuestro país, momento en el que ya se ponía de relieve que era un elemento clave para lograr un adecuado entendimiento en los equipos (Palafox, 1987). Sin embargo, hoy en día, podemos decir que a pesar de que el Trabajo Social Sanitario está adscrito formalmente al sistema sanitario y realiza funciones propias de este sistema, la oferta de formación académica y profesional de postgrado para acreditar sus competencias formales ha sido inexistente hasta el año 2013.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Las relaciones multi e interdisciplinarias paradójicas se subrayan de forma específica cuando el ámbito sanitario trata de incorporar de forma explícita la dimensión social en salud en su desarrollo contemporáneo actual⁵. La atención a lo social da lugar a un conjunto de planteamientos eclécticos a partir de los que los sistemas sanitarios pretenden comprender y gestionar interdisciplinariamente las distintas realidades sociales presentes en los modelos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones en contextos de cambio y transformación social. Las dificultades que entraña la delimitación de lo social (y no digamos más aún la cultural) se traducen en la superposición de saberes teóricos y prácticos entre las profesiones sanitarias que intervienen interdisciplinariamente ante lo social bajo diferentes prismas. Estos debates se enmarcan en el debate tradicional de las ciencias de la salud mediante el que repetidamente surgen discusiones sobre la dualidad de optar por atender las dimensiones de lo biológico o lo social, junto a la ambivalencia implícita que conlleva el situar lo psico dentro de una u otra dimensión. Es decir, entre la preponderancia de producir y reproducir: “por un lado, las visiones naturalistas de tipo explicativo y, por otro, las perspectivas más humanistas o científico–sociales de carácter comprensivo e interpretativo” (Martínez et al., 2013: 7). Todo ello, suscita la necesidad de abrir caminos transdisciplinares entre las profesiones sanitarias mediante los que tratar de responder integral y holísticamente a la salud y la enfermedad de las poblaciones, más allá de limitar estas discusiones a la frontera de lo multi e interdisciplinar. De este modo, es importante superar la jerarquización profesional que impera en los equipos sanitarios en base a que los saberes que distinguen a cada profesión en el interior de estos equipos no tienen igual fuerza, valor y prestigio (Lorente, 2004).

Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de que las profesiones sanitarias transiten hacia una relación transdisciplinar basada en nuevas y compartidas orientaciones teóricas, epistemológicas, metodológicas y prácticas sanitarias. Es decir, es necesario que compartan una base teórico-científica similar a partir de la que interpretar la práctica asistencial cotidiana ante las esferas física,

⁵ Cuando afirmamos que el Trabajo Social Sanitario es la profesión idónea para asumir la responsabilidad de incorporar la dimensión social en salud, asumimos que desde un planteamiento positivo y amplio del concepto de salud hacemos referencia a que este profesional está formado y entrenado para atender todos los aspectos relacionados con la denominada esfera de lo psicosocial más allá del tratamiento biológico de las enfermedades. Así, debemos recordar que aunque entre los profesionales del Trabajo Social Sanitario existe un acuerdo tácito y generalizado que les lleva a optar por emplear el término psicosocial en lugar del social para referirse a las fronteras que definen su desempeño socioprofesional, en este texto asumimos que lo social engloba a lo psicosocial, al tiempo que lo biopsicosocial conforma una misma realidad compleja e irreductible a la hora de atender procesualmente a la salud y la enfermedad de las poblaciones. No obstante, sin entrar a discrepar bien en optar por usar entre uno u otro o bien en optar por utilizar uno intermedio lo biosocial, lo que tratamos de poner de relieve es que todos ellos vienen a reforzar conjuntamente la necesidad de apostar por una misma meta: consolidar el reconocimiento del rol y las funciones del Trabajo Social Sanitario a la hora de atender a las poblaciones global e integralmente desde un modelo de atención biopsicosocial, dejando en un segundo plano la tarea de gestionar recursos sociales o constituirse únicamente como un mero enlace entre el sistema sanitario y los recursos de la comunidad.

psíquica y social de la salud. A este respecto, podemos señalar que si existe un desconocimiento o una imagen errónea sobre qué son y cuáles son los cometidos de las profesiones de la salud por parte de la sociedad, también es cierto que este desconocimiento e imagen incompleta se da en el interior de las diversas profesiones de la salud cuando se observan entre sí multi e interdisciplinariamente. Así se percibe cuando tratan de delimitar el quehacer socio-profesional que cada una desarrolla frente a las otras en una misma organización sanitaria. De ahí que además de que aún sea necesario delimitar multi e interdisciplinariamente su rol y funciones, deben reorientar su atención hacia la prestación de una relación transdisciplinar que apueste por ofrecer a las poblaciones una respuesta sanitaria integral y global a través de la que fomentar el avance en la atención integral a los determinantes socioculturales, políticos, económicos, medioambientales y biológicos, entre otros, que influyen en la salud de las poblaciones.

En España lejos de abordar este debate, la discusión versa sobre la necesidad de comenzar a fortalecer de nuevo la constitución del área de especialización del Trabajo Social Sanitario, enfatizando que no se trata de una profesión “nueva” y que históricamente está constituida como una profesión “sanitaria” al igual que Medicina, Enfermería y Psicología Clínica, entre otras. De este modo, por diversas razones que algún día habrá que analizar y profundizar, durante muchos años el Trabajo Social Sanitario en España solo se sitúa como centro de interés para aquellos profesionales que desde los años ochenta del siglo XX no cesan de reivindicar y justificar su presencia en el sistema sanitario, en ratios aceptables. Una reivindicación que a día de hoy continua vigente y a la que se suma desde el año 2003 la llegada de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

Esta Ley conlleva la pérdida del reconocimiento que venía disfrutando el Trabajo Social como profesión sanitaria en España. Las razones de esta pérdida son muy sencillas, no se cumplía con los requisitos, básicamente con dos: no existía un título oficial de Trabajo Social Sanitario reconocido dentro del ámbito de los estudios de ciencias de la salud y no existía una organización colegial propia de esta área de especialización (artículos 2 y 6 de la LOPS). Así, tal y como menciona la propia exposición de motivos de la mencionada Ley, su contenido se centra: “[...] en regular las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales”. De este párrafo resaltan tres aspectos: la formación básica, la práctica y la clínica de los profesionales. Por tanto, ya nos encontramos con una primera condición: “la formación básica”. A este respecto, cabe reflexionar sobre cuál era la formación de las personas Diplomadas en Trabajo Social en el momento en el que se aprobó la mencionada Ley. Esto implicaba que los profesionales recién Diplomados que decidieran trabajar en un hospital o en un centro de salud podían empezar a ejercer su rol y

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

funciones sin más. A pesar de las limitaciones que ello conlleva, esto lo hicieron así ya que no contaban con la posibilidad de ampliar su formación en España salvo visitando centros extranjeros con larga tradición en el Trabajo Social Sanitario como en los EEUU, Canadá o Reino Unido.

Estos aspectos resaltan la necesidad de que el Trabajo Social Sanitario transite hacia su especialización académica y profesional. Esta especialización permitirá que sus intervenciones se apoyen en un diagnóstico social sanitario para desarrollar un plan de trabajo que conlleve la resolución de las situaciones y necesidades que generan las demandas de las poblaciones. Este plan debe estar integrado en los planes terapéuticos diseñados por el conjunto del personal profesional sanitario en base a un modelo biopsicosocial efectivo. Además, para todo ello es necesario establecer los procedimientos, los protocolos y los procesos que de manera específica determinen su catálogo de prestaciones y cartera de servicios en los sistemas sanitarios.

3. EL OBJETO DE CONOCIMIENTO Y ACTUACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

En base a los antecedentes históricos, socioculturales y políticos expuestos, a la hora de delimitar el objeto de conocimiento y actuación profesional del Trabajo Social Sanitario debemos partir de reconocer que esta área de especialización se constituye internacionalmente a raíz de su inserción en el campo de desarrollo profesional y disciplinar sanitario. De este modo, a pesar de que pueda resultar redundante pues la segunda autora de este texto lo ha explicado en otras ocasiones, el uso de términos Trabajo Social Sanitario en vez de Trabajo Social en Salud obedece a que esta área de especialización se desarrolla en los establecimientos del sistema sanitario. Ello le imprime a la investigación e intervención social y a sus procedimientos un perímetro muy claro y concreto. Así, recordemos que tomando como referencia la definición de la OMS (1946), el contenido y significado del concepto de salud es mucho más amplio y excede de los límites de lo sanitario. Son muchos los servicios que, además de los servicios sanitarios, contribuyen a la mejora y al logro de una sociedad saludable como, por ejemplo los servicios sociales, los servicios de educación, etc.

De este modo, cabe acentuar que aunque la forma de denominar a la profesión y especialización académica del Trabajo Social Sanitario ha seguido distintos cambios terminológicos a lo largo de su articulación histórica socio-profesional y científico-técnica, su objeto de conocimiento y actuación profesional se dirige a realizar funciones docentes, investigadoras y asistenciales, entre otras, de forma no solo multi e interdisciplinar, sino transdisciplinar ante la dimensión social de la salud y la enfermedad de las poblaciones. Su rol y funciones se desarrollan a través de procesos de intervención individual, familiar, grupal y comunitaria desde entidades del ámbito del sector

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

público, del sector privado no lucrativo de la acción social y del sector privado lucrativo dentro del ámbito de “lo sanitario”.

A este respecto es necesario distinguir los conceptos sanitario y sociosanitario, ya que las cuestiones de base que se emplean para justificar la diferenciación de ambos términos continúan estando en boga a la hora delimitar el objeto de conocimiento y actuación profesional del Trabajo Social Sanitario. Así, podemos decir que los esfuerzos se dirigen a esclarecer esta distinción en lugar de orientarse a reforzar el papel protagonista que deberían desempeñar los debates transdisciplinares sobre la incorporación de lo social en la salud, lo que llevaría a situar a la profesión y a la disciplina en el lugar protagonista que debe ocupar ante esta dimensión en el sistema sanitario. De este modo, por un lado, cabe volver a indicar que el concepto sociosanitario remite solo a los siguientes aspectos: a) a la atención sociosanitaria cuando cuenta con un sistema de servicios y programas articulados que apoyan entre el hospital de agudos o el centro de salud y el domicilio de la persona, y b) a la red de servicios sociales y servicios sanitarios que en muchas ocasiones se gestionan de forma coordinada o en el mejor de los casos integrada entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, más conocido como coordinación sociosanitaria. Por otro lado, que el concepto sanitario supera la noción de gestión y coordinación de recursos, de modo que remite de forma más apropiada al ámbito de conocimiento y actuación profesional en el que se enmarca la especialización profesional y académica del Trabajo Social Sanitario.

Las consecuencias de establecer distinciones erróneas entre el concepto sanitario y sociosanitario dificultan y limitan la atención a la salud de las poblaciones que en sentido amplio, es decir en todas sus esferas física, mental y social, se promueve histórica y socioculturalmente desde la constitución de la OMS (1946) y en concreto desde la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978). Estos planteamientos en el caso de España, por una parte, refuerzan la estructura y configuración de dos sistemas de protección social que en muchas ocasiones siguen actuando hoy en día por separado ante la salud de las poblaciones: el modelo sanitario (el Sistema Nacional de Salud y los sistemas sanitarios autonómicos) y el modelo social (los sistemas de servicios sociales autonómicos). Por otra parte, los diferentes intereses que caracterizan la promoción de estas distinciones avivan un debate actualmente de moda en los Colegios Profesionales de Trabajo Social en España respecto a su especialización en salud, en el que el punto de partida se encuentra la ausencia de consenso a la hora de utilizar ambos términos. Estos debates que ya debieran estar superados, suceden a pesar de que desde el sistema sanitario se viene reconociendo que la salud y la enfermedad son procesos social e históricamente contruidos, al tiempo que comúnmente se acepta el hecho de que el sistema sociosanitario crece y se desarrolla dentro del sistema sanitario.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

Todas estas discusiones entroncan, además, con la diferenciación entre lo sanitario y lo no sanitario a las que contribuye la promulgación de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). Esta Ley, como señalábamos anteriormente, define de forma específica cuáles son las profesiones sanitarias tituladas en cuanto a su ejercicio, formación y desarrollo socio-profesional de atención a la salud de las poblaciones en las organizaciones sanitarias de España y sus autonomías. De acuerdo a esta legislación, la definición de profesiones sanitarias y no sanitarias desde el contexto jurídico-normativo se aleja del concepto sociológico de profesión sanitaria. De esta forma, podemos decir que los modelos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones están dividida en dos planos artificiosos, que en gran parte vienen a sustentar de nuevo la confusión existente entre la preferencia de usar el término sociosanitario frente al sanitario cuando se trata de delimitar el objeto de conocimiento y actuación profesional del Trabajo Social Sanitario. Estos planos establecen a quién corresponde, y a quién no, llevar a cabo una relación socio-profesional sanitaria con las poblaciones. Así, cabe subrayar que la prestación de la atención sanitaria científico-técnica concierne al personal profesional médico, enfermero y psicólogo clínico entre otros, de forma que el rol y las funciones del Trabajo Social Sanitario queda emplazado jurídicamente fuera del ámbito de lo sanitario pero su presencia en los hospitales, centros de salud y otros establecimientos sanitarios no deja lugar a dudas de su existencia.

Todo ello ocurre a pesar de que los orígenes de la relación jurídica del Trabajo Social Sanitario en el sistema sanitario en España se remontan a la Orden de 5 de julio de 1971 del Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Actualmente derogada tras la aprobación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que delimita el régimen jurídico del personal que presta servicios en salud con vinculación funcionarial, laboral y estatutaria. En su preámbulo señala que:

[...] Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la seguridad social han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión «personal estatutario» que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal -el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones.

En su Capítulo II de Clasificación del Personal Estatuario, procede a clasificar al personal estatutario de los servicios de salud atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento. Así, el artículo 6, se refiere al personal estatuario sanitario como “el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

de una profesión o especialidad sanitaria”, esta categoría incluye a personal profesional de la medicina y enfermería, entre otros. Por su parte, el artículo 7 define al personal estatuario de gestión y servicios como “quien ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario”, quedando incluido en esta categoría el Trabajo Social Sanitario, entre otros.

Todas estas circunstancias y debates acerca del carácter sanitario, y su confusión respecto al uso del concepto sociosanitario, frente a lo no sanitario, suceden a pesar de que la presencia del Trabajo Social Sanitario en equipos multi e interdisciplinares que se insertan en las organizaciones sanitarias es una realidad efectiva en España desde hace más de cincuenta años. De esta forma, los esfuerzos por establecer separaciones entre profesiones sanitarias y no sanitarias contrasta con el planteamiento positivo del concepto de salud propuesto por la OMS ya en 1946 y en 1978, al tiempo que dificulta la comunicación adecuada entre las profesiones que se insertan en estos equipos y que tienen el deber de prestar una atención integral y global a las poblaciones. Llama la atención, por tanto, que si bien el Trabajo Social Sanitario actúa e interviene en el proceso de atención sanitaria a las poblaciones bajo la asunción de un modelo de salud biopsicosocial, esto no le convierte en profesión sanitaria desde un plano jurídico-normativo ni social. De esta forma, parece que su función se reduce a realizar una labor de mera colaboración en la prestación de la atención sanitaria. Esta tarea, en muchas ocasiones, se limita a prestar asesoramiento e información sobre la gestión de recursos sociales, en lugar de afianzar su rol como profesional de referencia a la hora de mejorar la atención personalizada de las poblaciones.

Por todo ello, en el momento actual, una parte de la profesión del Trabajo Social Sanitario reivindica su reconocimiento como profesión sanitaria, mientras que otra parte promueve la confusión existente entre lo que se denomina ámbito de lo sociosanitario frente a lo sanitario y no sanitario. Esto ocurre sin deparar en las implicaciones académicas y profesionales que conlleva en el desarrollo académico y profesional del Trabajo Social Sanitario en las organizaciones sanitarias.

4. EL ESTABLECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ESPECIALIZACIÓN ACADÉMICA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN ESPAÑA

En España existen diferentes vías por las que el Trabajo Social Sanitario transita con el propósito de reivindicar su reconocimiento académico y profesional en el área de especialización sanitaria. Los debates a los que esta cuestión da lugar son extrapolables a la situación por la que atraviesa la especialización en otros países cercanos y lejanos a nuestro entorno, por lo que actualmente es un deber profesional continuar trabajando e investigando en torno a ellos. A efectos analíticos, podemos distinguir dos grandes debates transdisciplinares sobre estas cuestiones.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

El primer debate remite a la necesidad de delimitar científicamente su objeto de conocimiento y actuación profesional. A este respecto, podemos decir que el desarrollo teórico, epistemológico, metodológico y aplicado del Trabajo Social Sanitario versa sobre los siguientes aspectos: a) la atención a la dimensión social de la salud y la enfermedad en sentido amplio y dirigida a la elaboración del diagnóstico social sanitario en base al que planificar el desarrollo del cuidado y/o ayuda sanitaria de las poblaciones enfermas en las organizaciones sanitarias, b) el conocimiento sobre la estructura, el establecimiento y la normativa del sistema sanitario, c) el aprendizaje de la metodología de actuación profesional que se concreta en los procedimientos, protocolos, procesos y técnicas de intervención sanitaria que debe poner en marcha en el sistema sanitario, y d) la atención social específica dentro del sistema sanitario en torno a distintas situaciones y necesidades de salud de las poblaciones como, por ejemplo, la salud mental, el uso y abuso de drogas, las enfermedades crónicas, las enfermedades de baja prevalencia, los cuidados paliativos, etc.

El segundo debate alude a la importancia de reconocer que la especialización académica y profesional del Trabajo Social Sanitario, además de ser idónea para el desempeño de sus profesionales que se insertan a través del trabajo en equipo en el ámbito sanitario, comporta un compromiso por contribuir a acortar distancias entre la teoría, la investigación y la práctica a la hora de incorporar la dimensión social en salud. De este modo, el Trabajo Social Sanitario además de formarse así mismo sobre los avances de los conocimientos de las ciencias naturales y sociales en particular los que ofrecen la oportunidad de cambiar la construcción de los diferentes sistemas y la forma en que funciona el mundo (Green y McDermott, 2010), se establece como el profesional sanitario más adecuado para formar y entrenar al resto del equipo acerca de cómo funciona el mundo de lo social en salud a través de diferentes perspectivas teórico-prácticas.

Ambas cuestiones, nos plantean la necesidad de abrir nuevos caminos de reflexión acerca de la necesidad de consolidar la especialización académica de postgrado y doctorado del Trabajo Social Sanitario, entre otras. Este reto debe enmarcarse en la lógica del funcionamiento de la especialización en el Trabajo Social. Ésta indica que el especialista en Trabajo Social Sanitario, antes de formarse como tal, se ha formado como generalista en un programa de diplomatura o grado. También señala que un profesional especialista siempre es y ha sido antes un profesional generalista. Ello debería ser un garante de que el especialista nunca podrá renunciar a la mirada e intervención holística, inherente al ejercicio del Trabajo Social Generalista, con sus valores y principios, que seguirán presentes en cualquiera de las especialidades que se vayan generando. Además, nadie, en Trabajo Social, ni en otras disciplinas del sistema sanitario, con un abanico de especialidades, debe poder ser especialista sin haber cursado previamente el Grado en Trabajo Social, antes Diplomatura en Trabajo Social. Todo ello, justifica la propuesta de proponer grandes Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

bloques que dan pie a pensar en diversas especializaciones del Trabajo Social bien diferenciadas dentro de los sistemas de protección social del Estado del Bienestar: el Trabajo Social Sanitario, el Trabajo Social en Servicios Sociales, el Trabajo Social Sanitario en Educación, el Trabajo Social Penitenciario y el Trabajo Social de Empresa, entre otros.

En el caso del Trabajo Social Sanitario en España el objetivo de alcanzar su especialización académica y profesional a través de cursos de experto de postgrado en el ámbito de las ciencias de la salud se logra en el año 2008. En este momento se propuso al Dr. Julio Villalobos, Director Académico de la línea de Gestión de los Estudios de Ciencias de la Salud, entonces Área, del Instituto Internacional de Postgrado de la Universitat Oberta de Catalunya (en adelante UOC) la creación de un postgrado de Trabajo Social Sanitario. La propuesta fue aprobada por el Director de Estudios de Ciencias de la Salud, Dr. Josep Esteban y el rectorado. En octubre de 2009 comenzaba a iniciarse la primera promoción. Al ser título propio no permitía avanzar hacia el reconocimiento de profesionales sanitarios aunque como reconoce la sentencia 077/2011 del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña: «...la parte actora, en apoyo de su pretensión, tal personal se hallaba englobado dentro del personal sanitario como –asistentes sociales de atención primaria– [...] Pero la regulación posterior no deja duda alguna de su consideración como personal no sanitario, pues tales asistentes sociales (ahora denominados trabajadores sociales) no se hallan dentro de las profesiones sanitarias de nivel de licenciado ni de nivel diplomado» Hasta aquí, sin duda, nada que objetar, era cierto a pesar de que algunos sectores se empeñaran en negarlo. Pero con la misma sentencia se abría una nueva puerta cuando dice: «sin que a ello pueda meramente oponerse la posibilidad de hacer uso del apartado tercero del artículo 2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de reordenación de las Profesiones Sanitarias, pues ello requeriría que se dieran las circunstancias allí previstas, tanto por razón del contenido, de titulación y regulación, y previsión legal que aquí no concurren. En este sentido, y como ya destaca la Administración demandada, la propia Exposición de Motivos de la Ley anteriormente citada, ya subraya que –en esta Ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en el actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos–». Posteriormente, en el año 2012 se propone de nuevo a la UOC la creación de un programa de Master pero ahora se hacía imprescindible que fuera un Master Oficial⁶. Esta

⁶ Véase la Resolución de 2 de octubre de 2014, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 26 de septiembre de 2014, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Máster y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (publicada en el BOE número 253 de 18 de octubre de 2014) y la Resolución de 18 de marzo de 2015, de la Universidad Oberta de Catalunya, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Trabajo Social Sanitario (publicada en el BOE número 126 de 27 de mayo de 2015).

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

propuesta fue aprobada por el rectorado de la mencionada universidad, al tiempo que la memoria fue acreditada por la Agencia Per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya (AQU) del Gobierno de la Generalitat de Catalunya en junio de 2013 y revalidada por el Ministerio de Educación del Gobierno de España en octubre del mismo año. La primera promoción del master empezaba el octubre de 2013 y en el curso académico 2015-2016 está en proceso de formación la tercera edición.

El reto de lograr un Máster Oficial de Trabajo Social Sanitario en el ámbito de las ciencias de la salud ha respondido al menos a dos cuestiones. Por un lado, responde a la demanda de cumplir con uno de los dos requisitos exigidos por la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias para alcanzar el reconocimiento de profesión sanitaria. Por otro, responde a la solicitud de recibir formación especializada realizada por los propios profesionales del Trabajo Social Sanitario que día a día afrontan la difícil tarea de situar su rol y funciones en el lugar que les corresponde en el sistema sanitario.

Paralelamente, cabe destacar que durante estos años de avance en el camino de especialización del Trabajo Social Sanitario, se han venido desarrollando cuatro encuentros anuales de alumnos, consultores y amigos del Trabajo Social Sanitario en la UOC con sede en Barcelona. A este respecto, durante la celebración del pasado cuarto encuentro celebrado el 2 de Octubre de 2015, tiene lugar la declaración del “3 de Octubre como Día Internacional del Trabajo Social Sanitario”. La elección de esta fecha se debe a que el día 3 de octubre del año 1905, Garnet Isabel Pelton fue la primera Trabajadora Social Sanitaria en ser contratada por el Doctor Richard C. Cabot para desempeñar funciones innovadoras y pioneras en un novedoso servicio social hospitalario creado en el Massachusetts General Hospital con el propósito de atender la dimensión social de la salud de las poblaciones, y, por tanto, ir más allá de la atención a la enfermedad (Pelton, 1910).

En estos momentos, el resto de hitos sociales e históricos que están haciendo realidad el establecimiento institucional de este área de especialización académica en España, están en proceso de conquista y logro.

5. CONSIDERACIONES FINALES

El proceso de especialización en el Trabajo Social se constituye como un camino natural a recorrer por sus profesionales a medida que van profundizando en un determinado objeto de conocimiento y actuación profesional dentro de un área de investigación e intervención social específica. El fomento de la necesidad de transitar por esta vía, además, responde al hecho de que en estas áreas los profesionales del Trabajo Social se insertan con frecuencia en diferentes equipos multi e

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

interdisciplinarios. Este requisito subraya la demanda de recibir una formación especializada, en base a la que establecer un diálogo transdisciplinariamente competente para responder al mundo real y sus problemas complejos en las sociedades contemporáneas. La atomización del conocimiento, sin embargo, debe preservar a la formación especializada de perder la visión holística de la persona.

En el caso del Trabajo Social Sanitario estos aspectos subrayan al menos dos circunstancias. Una hace referencia al hecho de que, a día de hoy, los progresos y avances tecnológicos que depara la ciencia moderna deben contribuir a revalorizar la atención a la dimensión social en salud a través de una perspectiva multidimensional y de una pluralidad de modelos de atención. Sin embargo, ocurre que en la práctica se viene apostando por promover un modelo de atención clínica que dificulta la puesta en práctica del modelo de atención biopsicosocial. La segunda se deriva del primero, se refiere a la subalternidad de lo social y a la consecuente identificación del Trabajo Social Sanitario con una indefinición de roles y funciones científico-técnicos que le sitúan como profesional no sanitario.

Por todo ello, la especialización del Trabajo Social Sanitario en el momento actual supone un gran avance para los profesionales y para que la profesión sea vista como lo que es, una parte integrante del modelo biopsicosocial. Esta especialización no solo se posiciona como una condición necesaria para mejorar su competencia socioprofesional mediante el proceso de enseñanza-aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para responder a las situaciones y necesidades que atiende dentro de los sistemas sanitarios, sino también como un requisito indispensable para construir su propia cultura profesional a través del logro de nuevas oportunidades de crecimiento profesional. Así, la especialización, además de redundar en el fortalecimiento de su competitividad altamente cualificada en el mercado sanitario laboral, contribuye al propósito inicial y final de promover el bienestar social de las poblaciones que se atienden desde los sistemas sanitarios (Davletkaliev, Zueva, Lebedeva, Mkrtumova, Vladimirovna y Timofeeva, 2015).

Todo ello siempre pensando en la cuestión social que caracteriza al discurrir de los sistemas sanitarios del siglo XXI y dentro un modelo de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones que debe apostar por una actitud proactiva y no reactiva a la hora de incorporar la dimensión social en salud. Todo ello, hará que además de que el Trabajo Social Sanitario se encuentre insertado en el seno de equipos multi e interdisciplinarios, pase a estar integrado transdisciplinariamente desde un plano horizontal y no solo vertical.

Finalmente, cabe destacar que aunque los discursos tratados en este texto sobre los caminos de especialización del Trabajo Social, y específicamente del Trabajo Social Sanitario, han sido tratados ampliamente en el contexto de numerosos eventos científicos, creemos que la retórica debe Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

trasladarse a la acción. En esta acción se enmarca el novedoso e innovador movimiento que ha dado lugar al primer máster oficial y específico de Trabajo Social Sanitario en España y, hasta la fecha de hoy, en el mundo. Consideramos que este final es solo el punto de partida en la conquista de otras metas en el camino de su especialización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boixareu, Rosa María (coord.) (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona, España: Herder.

Borrell-Carrió, Francesc, Suchman, Anthony L. y Epstein, Ronald M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582.

Choi, Bernard C.K. y Pak, Anita W.P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine*, 29 (6): 351–364.

Davletkaliev, Denis Kuanyshevich, Zueva, Natalia Konstantinovna, Lebedeva, Natalya Vasilevna, Mkrtumova, Irina Vladimirovna y Timofeeva, Olga (2015). Professional competence development of the social work specialists in the period of study in the system of additional education. *International Education Studies*, 8(6), 176-183.

Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.

Engel, George L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310 (21), 169-87.

Gijón Sánchez, M^a Teresa (2014). *El espejismo de lo sociocultural en salud: Discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde el modelo de atención primaria al sur de Europa*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada, Departamento de Antropología Social, Granada, España.

Gray, Mel y Webb, Stephen A. (2009). Critical social work. En Gray, Mel y Webb, Stephen A. (eds.), *Social Work Theories and Methods* (pp.76-85). London: SAGE Publications.

Green, David y McDermott, Fiona (2010). Social Work from Inside and Between Complex Systems: Perspectives on Person-in-Environment for Today's Social Work. *The British Journal of Social Work*, 40 (8): 2414-2430.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- Irigoyen, Juan (1996). *La crisis del sistema sanitario en España: Una interpretación sociológica*. Granada, España: Biblioteca de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada.
- Juárez, Fernando (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Legge, David G, DeCeukelaire, Wim, Baum, Fran E., McCoy, David y Sanders, David (2009). Alma-Ata addresses cultural, economic, and political issues too. *Lancet*, 373, 297-298.
- Lorente Molina, Belén (2004). Género, Ciencia y Trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, XXVI, 39-53.
- Lorente Molina, Belén (2013). Fundamentos para una teoría de la práctica ética en trabajo social: cuidado, justicia y división sexual de la acción social. En Luis Miguel Rondón García y Marisa Taboada González (Coords.), *Voces para la ética del Trabajo social en tiempos trémulos* (pp. 29-46). Madrid, España: Paraninfo.
- Martínez Hernández, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, España: Anthropos.
- Martínez Hernández, Ángel, Masana, Lina y DiGiacomo, Susan M. (eds.). (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona, España y Porto Alegre, Brasil: Ed. Publicaciones de la Universidad Rovira i Virgili y Associação Brasileira da Rede Unida.
- Menéndez, Eduardo L. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia Franco (comp.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud* (pp. 11-53). México: Editorial Nueva Imagen.
- Menéndez, Eduardo L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Editorial Alianza.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- Palafox Bogdanovitch, J. Aurelio (1987). Importancia del Trabajador Social en el campo sanitario. *Cuadernos de Trabajo Social*, 0, 125-134.
- Pelton, Garnet Isabel (1910). *The history and status of hospital social work*. Official proceedings of the annual meeting. National Conference on Social Welfare.
- Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

