

Las funciones del trabajador social en los Equipos de Atención Primaria del Insalud

Aurora CASTILLO CHARFOLET
Gracia ABAD GONZALEZ

Introducción

Si entendemos la salud como componente fundamental de la calidad de vida, el tratamiento del individuo deja de estar sometido a la dualidad salud-enfermedad, para conseguir un objetivo mucho más amplio: el bienestar biopsicosocial. En este sentido Bineault y Daveluy opinan que "un individuo de buena salud es aquél capaz de funcionar tan eficazmente como es posible en su medio y de consagrarse plenamente a sus proyectos". (Bineault, R. y Daveluy, C. 1987, 68).

Se han de considerar, por tanto, elementos culturales y sociales característicos del medio sobre el que se interviene. Esta concepción de salud exige cambios estructurales e introduce, en el campo de la salud, profesiones que, históricamente nada tuvieron que ver con ella, superando amplia-

mente las propuestas sanitarias clásicas.

Los profesionales, en sus nuevos cometidos, han de conseguir ya no la curación del individuo enfermo sino la aceptación del mismo de su nuevo estado, de forma que le permita desarrollar su vida social y laboral dentro de la normalidad. Por otra parte, los nuevos profesionales dentro del campo de la sanidad han de intervenir sobre toda la población, en tareas de tipo educativo, preventivo y de rehabilitación.

La multiplicidad de cambios ocurridos en nuestra sociedad en los últimos años hacen que el binomio salud-enfermedad quede transformado en salud-calidad de vida, entrando a formar parte de este término un proceso multifactorial, que puede quedar resumido en la adaptación o no adaptación del individuo al medio y su consiguiente equilibrio.

Los Equipos de Atención Primaria, normativa actual

Los planteamientos anteriores han llevado a la implantación de nuevas políticas sanitarias. Entre ellas queremos destacar la creación por el Instituto Nacional de la Salud perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo de los Equipos de Atención Primaria (EAP).

El R.D. 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, plantea la necesidad de compatibilizar y coordinar la labor asistencial del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) con los Servicios preventivos de las Comunidades Autónomas. Establece principios normativos para la creación de las "zonas de salud", atribuyéndolas funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de individuos, grupos y comunidades.

La Zona de Salud es el marco territorial de la atención primaria de salud, limitada a una determinada población (entre 5.000 y 25.000 habitantes). Su estructura física y funcional radica en el Centro de Salud, donde actúa el EAP integrado por profesionales sanitarios y no sanitarios adscritos a esa zona.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece las áreas de salud como demarcaciones territoriales básicas para el establecimiento de un sistema sanitario coordinado e integral (art. 56). Para conseguir una mayor operatividad dicha área de salud se divide en "zonas básicas de salud", entendidas como

marco territorial para la atención primaria, siendo el Centro de Salud su estructura física y funcional. La atención primaria se dirige y orienta hacia el individuo, familia y comunidad mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, a través de sus medios básicos, así como de los equipos de apoyo a la atención primaria. La Ley General de Sanidad menciona, además, que este entramado sanitario será gestionado por el Insalud en coordinación con las Comunidades Autónomas, en tanto no culmine el proceso de transferencias es materia sanitaria.

Es importante destacar que por primera vez se regula el Consejo de Salud del Area, órgano colegiado de participación comunitaria para la consulta y seguimiento de la gestión del Area de Salud (art. 58).

Con posterioridad, el "Reglamento sobre normas básicas de funcionamiento de los equipos de atención primaria", de la Comunidad Autónoma de Madrid, establece la creación del EAP adscrito a la zona básica de salud, formado por personal sanitario y no sanitario a tenor de las especiales características de la zona.

Los Equipos de Atención Primaria, composición

Los EAP, según el reglamento citado, estarán formados por personal sanitario (facultativos y personal de enfermería), no sanitario (personal administrativo y subalterno), y personal miembro o colaborador (veterina-

rios, farmacéuticos y trabajadores sociales).

Las funciones de los miembros de los EAP son la asistencia sanitaria a la población, la elaboración de un diagnóstico de salud de la zona, la definición de objetivos, el estudio de necesidades, la programación de actividades docentes e investigadoras, la programación sanitaria, la promoción de la participación de la comunidad, la vigilancia epidemiológica, etc. Todas estas tareas están encaminadas a la consecución de lo que propone la Ley: la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación desde la base.

Los EAP quedan configurados, en la normativa interna del Insalud, como un conjunto de médicos generales, pediatras, ATS o diplomados en enfermería, auxiliares de enfermería y personal administrativo y subalterno que se dedican a la asistencia sanitaria y a la promoción de la salud de la población de su zona. En los Programas de Apoyo a los EAP se encuentra el resto de personal técnico: diplomados en trabajo social o asistentes sociales, veterinarios, fisioterapeutas y matronas, así como médicos psiquiatras, psicólogos y enfermeras/os especializados.

Los programas de apoyo a los equipos de atención primaria

Los Programas de Apoyo a los EAP surgen como complemento para aquellas actividades que precisan un personal técnico distinto del Equipo,

adscritos a una o más zonas de salud, en base a las necesidades de la población.

Los Programas se configuran de la siguiente manera:

- Programa de Atención a la Mujer. Nace como necesidad ante la situación social y las características fisiológicas propias de este sector. Se considera preciso un acercamiento de los servicios a las usuarias, por lo que el Programa incluye protocolos de atención a la embarazada, contracepción o detección de cáncer genital, así como infertilidad, a la vez que se coordina con los servicios especializados del Area.
- Programa de Rehabilitación. Se crea con una doble finalidad: prevenir deformidades y discapacidades por medio de la detección y el tratamiento precoz y recuperar funcionalmente las secuelas postenfermedad. Este Programa ha de involucrarse en actividades de promoción de la salud, a la vez que se coordina con otros recursos implicados en la restauración integral de la salud.
- Programa de Salud Mental. Es la "puerta de entrada" al sistema debido a que pretende encontrarse en el medio más próximo al paciente; busca fundamentalmente una atención eficaz desde la base del sistema sanitario, así como la unificación de criterios entre los distintos recursos institucionales, cualquiera que sea su titularidad.
- Programa de Trabajo Social. Se establece como complemento útil y necesario para una mejor atención integral sociosanitaria del paciente.

Se considera de gran importancia la participación del trabajador social en materia de promoción, prevención, rehabilitación de la salud y reinserción al medio, así como en actividades de atención al usuario y fomento de la participación ciudadana.

El programa de trabajo social

El Programa de Trabajo Social es para el Insalud un Programa de Apoyo a los EAP, vislumbrándose la posibilidad de que el trabajador social pierda, en un futuro no muy lejano, la característica de complementariedad, para convertirse en parte integrante del Equipo. Este profesional habrá de atender una sola zona básica de salud, con una población de 25.000 habitantes. De manera general, deberá desarrollar sus funciones en el nivel de la atención primaria, esto es, en los EAP, unidades de salud mental, unidades de rehabilitación, centros de orientación familiar y unidades de psicoprofilaxis obstétrica.

Las funciones del trabajador social quedan expresadas en la normativa interna del Insalud en los siguientes términos:

- Aportar sus conocimientos técnicos para la actuación sobre aspectos sociales.
- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona.
- Elaborar programas de actuación concretos.
- Conocer los recursos existentes en el área de salud.
- Recibir y captar las demandas que se relacionan con la educación para la salud.
- Participar en la programación, ejecución y evaluación de las actividades educativas.
- Fomentar la participación de la población en dichas actividades.
- Derivar las demandas de atención social directa a otros servicios.
- Fomentar la participación de la comunidad, apoyando y contribuyendo a la creación de un consejo de salud de la zona.
- Registrar sus actividades en la historia clínica.
- Participar en la formación continuada del EAP.
- Elaborar proyectos de investigación del trabajo social y la salud.
- Asesorar al resto del equipo en temas específicos de trabajo social.

Las funciones expuestas han de desarrollarse conforme a la metodología previamente establecida por el Equipo, en lo referente a programación, ejecución y evaluación de actividades, forma de registro de las mismas, elaboración de memorias y reuniones de coordinación de los miembros.

El trabajo social en prevención. Educación para preparar el cambio

Las formas de vida del hombre han cambiado y seguirán cambiando al compás del encadenamiento de las innovaciones tecnológicas. La revolución industrial originó profundos cam-

bios, principalmente en el medio ambiente, que condiciona y limita la vida colectiva desarrollada sobre las relaciones sociales y los procesos de comunicación.

Nuestro entorno y los recursos de que disponemos forman nuestro medio ambiente, por lo que la adaptación hace posible la vida del hombre. La adaptación es un proceso realizado mediante la obtención de recursos y del trabajo humano, en el que se utilizan técnicas (respuestas socioculturales) que influirán no sólo en los individuos, sino sobre el grupo que es quien en realidad llega a un ajuste con su medio.

Todo grupo social mantiene un sistema de creencias que puede ser alterado, en mayor o menor medida, por las respuestas originadas para la adaptación; esta alteración trae como consecuencia cambios que llevan a la desorganización social, la secularización cultural y la individualización. Es lo que se verifica a menudo en la realidad del medio urbano y, cada vez con más frecuencia, también en el rural, dada la creciente interdependencia entre las distintas organizaciones sociales. Se da un aumento de comunicación, pero también de dispersión y de heterogeneidad que provocan la imposibilidad de encontrar los recursos necesarios para poder abordar la adaptación y evitar el conflicto.

La complejidad social hace pues necesaria la creación de redes capaces de generar recursos que eviten la dispersión y la inadaptación del individuo al medio. Una de las respuestas es la educación para la salud, ejercida

desde todos los sectores de la organización social (familia, escuela, instituciones, Estado, etc.) y desde la perspectiva didáctica de los profesionales. Estos serán a la vez una parte integrante del grupo social y un recurso técnico que canaliza las acciones a emprender, mediante la ejecución de planes y programas preventivos.

Entendida la prevención como un proceso activo de implementación de planes o programas para modificar y mejorar la calidad de vida de los individuos, habrá de desarrollarse a partir de dos actuaciones primordiales:

- Acción anticipadora, que identifica las condiciones individuales y sociales que pueden incidir en el estado de salud, y
- Acción planificadora, que diseña formas de intervención, acciones concretas y sistemas de evaluación para verificar la utilidad y adecuación de los programas.

Aún cuando la prevención es un proceso continuo, dinámico e interrelacionado, existen diferentes niveles de intervención en el medio: primario, secundario, y terciario. El Trabajador Social del EAP trabajará dentro de cada uno de estos niveles.

Los profesionales ubicados en el campo de la salud tienen que estimular la mejora de los comportamientos preventivos de la población en la que actúan, siendo necesario llegar a todos los estratos y categorías sociales y no distanciarlos de su relación con el entorno. Los programas de prevención incidirán en los factores geográficos (recursos naturales, productividad, fuentes de energía, topografía,

comunicaciones, etc.), en el papel social y la convivencia (participación, vivienda, relaciones institucionales, asociacionismo, etc.), demográficos (estructura y dinámica de la sociedad, crecimiento, densidad, migración, etc.), médicosanitarios (cobertura y calidad de los servicios y recursos, conocimientos médicos, epidemiología, nutrición, etc.), ecológicos (degradación ambiental, natural y social, polución y contaminación, protección del medio ambiente, etc.).

La opinión pública transmite un conjunto de creencias a la población que a su vez mantiene en la calle ese estado de opinión. La prevención consistirá, por tanto, en una modificación de esas creencias en relación a distintas enfermedades y/o patologías, así como respecto a tratamientos farmacológicos o funcionamiento de Centros Sanitarios. Es una condición para abordar eficazmente los problemas.

Por otra parte el trabajador social, como pieza fundamental en el desarrollo de la prevención, tiene como función y al mismo tiempo como objetivo al ser miembro del EAP el apoyo a la creación del consejo de salud, que impulsará la participación de la comunidad, la formación de voluntarios y la ejecución de las actividades de prevención y asistencia.

La atención al usuario

Trataremos ahora las relaciones entre los profesionales y los pacientes, la conexión entre el campo de la salud y el medio social, y el modo como esto influye en conseguir el

objetivo principal de los EAP: que salud sea igual a calidad de vida y, por tanto, la atención al usuario sea un tratamiento integral, compuesto de prevención, asistencia y rehabilitación, que deje patente patente el espíritu del artículo 43.2 de nuestra Constitución: el derecho a la salud.

El tratamiento integral tendrá que ser abordado desde una triple perspectiva: orgánica, psicológica y social. Tiene como base fundamental la comunicación que emana del equipo, llegando en las mejores condiciones de comprensión y resolución al paciente.

Bien es sabido que el modo de vida de las personas determina las formas y causas de enfermar. En aquellos casos en que la prevención en su nivel primario no haya sido asimilada, la actuación de los profesionales se habrá de orientar hacia una variación de los hábitos de vida que provocan la pérdida de la salud.

En este sentido el trabajador social dejará de ejercer una función preventiva globalizadora sobre toda la población, para centrarse en actuaciones concretas, mediante programas específicos de estudio y/o intervención en una situación. Ahí se recogerán factores tales como las relaciones de consanguinidad, convivencia, vivienda o unidades económicas que pueden ser causa de enfermedad física o psíquica.

Ya hemos mencionado dos de las acciones que comprende un tratamiento integral. La tercera, y no menos importante, será la que marque la diferencia entre salud y pérdida de

ésta; es la rehabilitación. Se entiende por tal la aceptación del nuevo estado, de forma que el individuo pueda desarrollar su vida social y laboral dentro de la normalidad. Parfraseando a E. Durkheim, "la enfermedad nos obliga sencillamente a adaptarnos, en forma distinta que la mayoría de nuestros semejantes". (Durkheim, E. 1985, 75).

El trabajador social buscará, mediante estudios y/o intervención en la situación, que los sujetos sean capaces de volver a su estado anterior, teniendo en cuenta que sus recursos y capacidades han variado, pero no por eso son diferentes. Y esto por lo que respecta a la situación individual o del grupo primario. Pero en diversas ocasiones no sólo es necesario actuar sobre éstos, sino que resulta conveniente analizar y valorar cómo el medio social es capaz de acomodarse a los cambios de los individuos. (Como ejemplo, baste señalar la transformación arquitectónica llevada a cabo en los Estados Unidos al término de la Segunda Guerra Mundial o la Guerra del Vietnam).

De aquí se deriva que la prevención deba ser una acción dinámica y progresiva, realizada desde la interrelación y el trabajo en equipo de los distintos profesionales que componen el EAP, y siempre en coordinación con otras estructuras para la creación y fortalecimiento de nuevos equipamientos. Esto debe suceder en cualquiera de sus niveles de actuación. El primario, para la promoción de la salud. El secundario para el tratamiento y limitación de la incapacidad. El terciario para la rehabilitación.

La coordinación

Los EAP se insertan en el sistema sanitario. Pero en el medio social existen otros sistemas con los que deben relacionarse, a fin de poder desarrollar los objetivos y funciones del equipo y de los profesionales que lo integran.

Sería un error calificar de iguales las funciones que los trabajadores sociales llevan a cabo en los EAP y en otros servicios. También caeríamos en error si afirmásemos que estas funciones se solapan, duplicándose los mismos servicios. En realidad la labor de los trabajadores sociales en los EAP es complementaria con el resto de los sistemas de servicios y, especialmente, con el sistema de servicios sociales. La coordinación es, en este punto, imprescindible para que este carácter de complementariedad sea efectivo.

La coordinación entre los EAP y los servicios sociales ofrece la posibilidad de que los recursos sean empleados con racionalidad. Una de las funciones del trabajador social en los EAP es derivar las demandas de atención social directa a otros servicios. Esta función no sería factible de no existir una coordinación con los profesionales de los servicios sociales. Demandas como una asistencia domiciliaria a un enfermo o anciano o un tratamiento de desintoxicación a un drogadicto, detectadas en el EAP, sólo pueden ser cubiertas si existe el adecuado cauce de comunicación y coordinación con los centros o instituciones prestadoras o gestoras de tales servicios.

Pero el objetivo de la coordinación no se limita a la mera prestación, sino que va más allá, hacia la posibilidad de elaborar Programas conjuntos EAP-Centros de Servicios Sociales, que permitan a la población obtener un nivel aceptable de educación para la salud. Ello comprende no sólo elementos médicosanitarios, sino también todas aquellas habilidades sociales que capacitan al individuo para desarrollar su vida plenamente en comunidad.

La colaboración y coordinación con las ONG y Asociaciones ciudadanas es también muy importante para la planificación y ejecución de programas dentro de los EAP, con el fin de conseguir que la participación de los ciudadanos sea real, fortaleciendo los derechos y los deberes reflejados en nuestra Constitución. Y es aquí, donde aparece la función promotora del trabajador social. A través de su contacto con asociaciones y grupos de afectados por una determinada problemática social, el trabajador social estimulará la participación, el voluntariado y la ayuda mutua. La función educadora, que la promoción conlleva, establece cauces de información constante a la población y estimula que sea la comunidad la que transforme sus condiciones sanitarias y sociales.

La formación necesaria

¿Qué capacitación precisamos para desenvolvemos profesionalmente en este nuevo campo de actua-

ción?. El trabajador social actúa previniendo, promoviendo, interviniendo, rehabilitando y educando en el campo de la salud. La formación recibida en las Escuelas de Trabajo Social nos prepara para hacer frente a estas funciones, pero esto no es óbice para que continuemos formándonos. Nos movemos dentro de una sociedad cambiante y debemos estar preparados para asimilar los cambios.

En la IX Conferencia Internacional de Servicio Social de Tokio, en 1958, se señalaron una serie de cualidades necesarias en el Trabajador Social que trabaja con comunidades: 1) experiencia para movilizar los recursos de la comunidad a fin de alcanzar objetivos sociales; 2) conocimientos especiales en el trabajo de grupo; 3) conocimientos sobre actividades especializadas (colaboración médicosocial); 4) conocimiento de elementos socioculturales; 5) capacidad para hacer investigación social (San Martín, H. y Pastor, V. 1988, 61)

Si tomamos como objeto de análisis la tercera cualidad señalada debemos dar un repaso a lo que consideramos básico para poder hablar de "conocimientos sobre actividades especializadas". El trabajador social que ejerce sus funciones en el campo de la salud ha de conocer los siguientes terrenos: Salud Pública (prevención), mundo laboral (higiene y seguridad en el trabajo), Seguridad Social (asistencia y prestaciones), Salud mental (psicopatologías y enfermedades mentales), Deficiencias y Minusvalías, Cardiopatías y Enfermedades degenerativas, Pediatría y Nutrición

Infantil, Enfermedades infecciosas y víricas, Alimentación y Nutrición, Oncología, Ginecología y Obstetricia, Gericultura y Geriatria, Toxicomanías y Adicciones, Accidentes y Violencia. No se trata de estudiar una Licenciatura en Medicina, sino de obtener los conocimientos básicos para saber cómo inciden las enfermedades en las relaciones familiares y sociales de los individuos o viceversa, con el fin de actuar en equipo estableciendo tratamientos con una orientación integradora o globalizadora.

Si atendemos a la quinta cualidad, la capacidad para hacer investigación social, también creemos necesario que los trabajadores sociales conozcamos las técnicas de investigación social y análisis de la realidad, con la suficiente profundidad como para estudiar el medio en que nos movemos y pretendemos intervenir. Para esto es necesario conocer y manejar: las técnicas de muestreo, las técnicas de recogida de datos (entrevistas individuales, grupos de discusión, observación sistematizada y no sistematizada, participante y no participante, encuesta, recopilación documental, test, escalas de actitudes y opinión, etc), las técnicas de codificación y tabulación de datos, el análisis e interpretación de los datos obtenidos, la elaboración de informes finales. No hay que olvidar las técnicas de evaluación que consideramos de suma importancia para cualquier trabajo, ya sea individual o de equipo, que permiten llevar a cabo los programas de forma sistemática y reflexiva. Para evaluar, hay que dominar los

diferentes tipos de evaluación (cualitativa, cuantitativa, externa, interna, etc.), las fases que comprende el proceso de evaluación, los diferentes modelos o diseños de evaluación y la forma de llevarlos a la práctica y la importancia y necesidad de efectuar evaluaciones del trabajo realizado para mejorar el modelo de intervención que se pone en práctica.

En el campo de la atención primaria de salud la actualización de conocimientos profesionales repercute directamente en la población. Por esto estimamos de extrema importancia que los profesionales del Trabajo Social continúen su formación a lo largo de su vida laboral. Para esta formación continuada que debería estar ubicada dentro de los centros de trabajo el Insalud ha de promover la creación de grupos de trabajo e investigación que permitan profundizar en las necesidades a que se enfrentan y proponer alternativas de intervención. Esta investigación ha de ser realizada en equipo, pues las aportaciones de las distintas disciplinas son indispensables para poder tener un conocimiento exhaustivo del campo de estudio.

La aportación del trabajador social como técnico que conoce los factores que interactúan en una situación de problemática social resulta bien interesante para el resto de los profesionales que componen el equipo. Les abre la posibilidad de conocer al paciente en su faceta social o relacional, les permite estudiar la situación de pérdida de salud desde otro punto de vista, se superan las limitaciones

del componente biológico o psíquico ya que se llega también al social.

Así mismo las aportaciones que los profesionales sanitarios pueden ofrecer a los trabajadores sociales, en lo relativo a cuestiones biológicas o farmacológicas, redundará en una mayor comprensión de determinadas actitudes del individuo en su vida familiar y/o social.

Todos los profesionales del equipo han de tener conocimientos de las distintas disciplinas que lo componen. Hasta ahora los profesionales sociales y médicos sanitarios no habían tenido oportunidad de trabajar "codo con codo" dentro de la organización institucional del Insalud. Esta forma de trabajo requiere unos conocimientos básicos que quizás muchos de los integrantes del Equipo no posean. Así sería necesario ofrecer formación en creación de equipos de trabajo, previamente a la puesta en marcha del equipo, para que cada uno de los componentes conozca cuáles van a ser sus responsabilidades profesionales dentro de este contexto laboral. Una vez creado el equipo, distribuidas las tareas y organizado su funcionamiento, los profesionales podrán comenzar a desarrollar sus funciones.

No se ha de olvidar la necesidad de recopilar material escrito y/o video-gráfico, así como de establecer protocolos conjuntos de actuación, con la finalidad de que todo este material facilite la tarea posterior de estudio y evaluación de las actividades realizadas y las necesidades detectadas. Insistimos en la necesidad de llevar a cabo un registro actualizado de todas

las tareas realizadas por cada profesional; la importancia de redactar informes para que puedan ser empleados por técnicos de otras disciplinas para su intervención específica y la obligación de investigar para ampliar conocimientos y estrategias profesionales.

Este nos parece un buen momento para que todos aquellos que desarrollamos nuestras funciones en el campo de lo social aprovechemos la oportunidad de ampliar conocimientos y realizar un verdadero trabajo en equipo, que no sólo nos enriquecerá personal y profesionalmente, sino que beneficiará, sin dudarlo, a todos aquellos para los cuales trabajamos.

REFERENCIAS

- BINEAULT, R y DAVELUY, C. (1987). *La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- DURKHEIM, E. (1985). *Las reglas del método sociológico*. Madrid, AKAL.
- SAN MARTIN, H. y PASTOR, V. (1988). *Salud comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid, Ed. Díaz de Santos.
- SARRIA, J.; VILA, M. y FUERTES, A. (1976). *Medicina y Trabajo Social*. Madrid, Verbo Divino.

LEGISLACION DE REFERENCIA

- Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
- Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid. 1988, C.A.M.
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.

Aurora CASTILLO CHARFOLET
Gracia ABAD GONZALEZ
Escuela Universitaria de Trabajo Social
Universidad Complutense de Madrid