

**TRABAJO SOCIAL SANITARIO: UNA APROXIMACIÓN AL  
PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA  
SALUD**

**HEALTH SOCIAL WORK: AN APPROACH TO THE PROFILE  
OF A SOCIAL WORKER IN HEALTHCARE**

**María Saavedra Gutiérrez**

Licenciada en Derecho. Graduada en Trabajo Social.  
Doctora por la Universidad de Salamanca

---

**RESUMEN**

El objetivo de este artículo es evidenciar la importancia de la mediación en las organizaciones sanitarias y demostrar la eficacia que poseen las herramientas mediadoras a la hora de resolver conflictos en el seno de entidades sanitarias, así como aproximar el rol que desempeña y las funciones que ejercen los trabajadores sociales cuando actúan como mediadores en el ámbito de la salud, teniendo siempre como base los espacios del diálogo y la negociación para favorecer la convivencia y el bienestar personal y profesional, y todo ello enfocado a optimizar la calidad asistencial y la atención al paciente, siendo éste el objetivo prioritario del sistema sanitario español.

**ABSTRACT**

The aim of this paper is to show the importance of mediation in healthcare organizations and demonstrate the effectiveness of mediating tools in resolving conflicts within health institutions. It also intends to present the role played by mediation and the functions performed by social workers when they act as mediators in the field of health, always based on spaces of dialogue and negotiation to promote coexistence and personal and professional well-being. All this is intended to optimize healthcare quality and patient care, this being the main objective of the Spanish health system.

**PALABRAS CLAVE:** Mediación Sanitaria, Trabajo Social, Conflicto, Negociación, Ventajas.

**KEYWORDS:** Health Mediation, Social Work, Conflict, Negotiation, Advantage.

---

**Correspondencia:** Universidad de Salamanca. España. email: [masaagu@usal.es](mailto:masaagu@usal.es)

## 1.- Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define la salud como el equilibrio entre lo psicológico, lo biológico y lo social y no tanto la ausencia de enfermedad o dolencia.

Nuestra *Ley de Sanidad, la ley 14/1986, de 25 de abril*, define de manera clara y concreta como una prestación del Sistema, “la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales, no sanitarias, que concurren en situaciones de enfermedad garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales”. Así pues, nuestra Ley de Sanidad no sólo regula el derecho de todos los ciudadanos a la salud física, sino también a la social, positivizando así el derecho de los ciudadanos a una salud integral.

El paradigma actual de la asistencia sanitaria, para la mayoría de los ciudadanos con problemas de salud, lo constituye lo que se conoce como atención integral, que supone la valoración biopsicosocial y el diseño de un plan de atención integral, realizadas ambas cosas por parte de un Equipo Multidisciplinar, que puede ser tan amplio como requieran las necesidades del paciente, pero que en su composición básica está compuesto por profesionales de medicina, enfermería y de trabajo social.

El Trabajo Social en el ámbito de la salud es la actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.

En el plano individual y familiar la integración del trabajador social en el ámbito sanitario, supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen con la aparición y el desarrollo de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes socio-familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud, estableciendo un sistema de

participación de los pacientes y/o familiares en la atención individual y la toma de decisiones terapéuticas.

La asistencia al paciente debe concebirse desde una perspectiva de asistencia integral, lo que implica una actuación que va desde la detección del riesgo social hasta la finalización o derivación de la problemática planteada. Estará integrada en un plan de intervención con objetivos concretos orientados a actuar sobre las circunstancias sociales, familiares y redes de apoyo, incidiendo en la utilización adecuada de los recursos humanos y materiales disponibles.

Esta tarea la realizan, a través del método básico de intervención en trabajo social (detectar una necesidad, establecer el diagnóstico social sanitario, concretar el plan de intervención profesional, ejecutarlo y evaluarlo), bien de forma individual (*casework*) o grupal (*groupwork*). El diagnóstico social sanitario permite concretar la acción que se llevará a cabo con el paciente, contextualizándola y enmarcándola en el presente inmediato, pero sin perder de vista que tiene una realidad a la que en un momento determinado volverá. Mediante el diagnóstico social sanitario se identifican las situaciones de riesgo social que afectan al paciente y a su entorno familiar y que inciden en su salud. Se establece el plan de intervención individualizado, aportándolo al Equipo Multidisciplinar para proporcionar tanto a la persona como a la familia los apoyos técnicos y estratégicos necesarios para mejorar o mantener su salud.

El trabajo social sanitario en la intervención de casos, tendrá como fin último transformar, para mejorar, las circunstancias pasadas y actuales conflictivas que presenta el paciente (el individuo y su familia). Así podemos afirmar que “la intervención social sanitaria es sobre todo una herramienta favorecedora del cambio del individuo y de su red social respecto a los problemas originados por la presencia de una o varias enfermedades y/o episodios de ingreso” (Colom, 2008: 29).

Es una realidad que el ámbito de la salud, requiere de la participación de todo tipo de profesionales, con sus conocimientos, habilidades y procedimientos que contribuyan a mejorar la salud de los ciudadanos. Pero también es una realidad que el Trabajo Social ha participado activamente en incluir “lo social” como parte

consustancial al sujeto, contemplándole siempre en su globalidad y no sólo en circunstancias extraordinarias o de extrema necesidad.

## **2.- Antecedentes del trabajo social sanitario**

La presencia histórica de los trabajadores social en los contextos sanitarios es efectiva desde hace más de un siglo tanto en EEUU, como en Europa (Reino Unido), y desde hace más de setenta años en España:

En primer lugar tenemos que destacar a Mary Richomd que en su libro *Diagnóstico Social* (Richmond, 1917: 29-37) establece la relevancia en los orígenes de las experiencias anteriores tanto en organizaciones sociales de caridad como en los métodos que determinados trabajadores sociales desarrollaban en “El acercamiento médico”. En 1902, médicos y trabajadores de las organizaciones de caridad cooperaron juntos cuando la Sociedad de Organización de Caridad de Nueva York empezó, a través de un comité especial para la tuberculosis, su primera campaña para la prevención de esta enfermedad. Otros movimientos siguieron sus pasos por mejorar la sanidad pública, algunos llevados a cabo por la profesión médica y otros por asistentes sociales, como Jane Addams en cuidados materno-infantiles. Richmond<sup>1</sup>, cuenta que dada la eficacia en el tratamiento algunos médicos buscaron trabajadores sociales para su consulta privada.

En segundo lugar, debemos citar al Dr. Richard C. Cabot que en 1905 organizó la primera prestación social en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston (Castellanos Marie C, 1985: 84). Solicitó la cooperación de una trabajadora social para establecer el Departamento de Servicio Social en dicha institución. Fue, probablemente la primera trabajadora social que desarrolló un programa específico en este campo.

Cabot decía:

"El trabajo Social, como yo lo veo, no toma ningún punto de vista especial; toma el punto de vista humano total, y es éste el que tiene que enseñar a los

---

<sup>1</sup> Entre sus obras con clara relación al trabajo social, destacamos: 1915: *Social Service and the Art of Healing*; 1919: *Social Work: Essays on the Meeting Ground of Doctor and Social Worker*; 1936. *The Meaning of Right and Wrong*

médicos que debido a su preparación tienden a tomar un punto de vista menos amplio. Éstos sólo pueden continuar con esa perspectiva tan corta de una forma segura y rentable si tienen un asistente social a su lado. Cada uno de nosotros tiene su campo propio, pero no debemos trabajar de forma separada, para los seres humanos que están a nuestro cargo puesto que ellos no pueden dividirse” (Cabot, R, 1915)

En tercer lugar, Gordon Hamilton (Hamilton. G. 1930) en el Prologo de su obra “Psicoterapia y Orientación Infantil”, delimitó el perfil del trabajador social en el tratamiento social “en los fenómenos de adaptación social y en los conflictos familiares... por lo tanto, la psicoterapia concierne inevitablemente al asistente social moderno” fijando de esta forma la intervención psicoterapéutica para los trabajadores sociales.

Y en cuarto lugar, la aparición de la Medicina Paliativa, con programas de Cuidados Paliativos dirigidos fundamentalmente a aliviar los síntomas y a mejorar la comodidad del paciente que está en fase terminal. A partir de la década de los setenta, confluyen varias circunstancias que acabarán por hacer posible una nueva concepción asistencial para estos enfermos, abriéndose paso a la consideración de la calidad de vida, reivindicándose una mayor “humanización” del proceso de morir.

Desarrollado ampliamente en el Reino Unido donde en 1967 se hizo realidad con la apertura del *St. Christopher Hospice* en Londres, dirigido por Cicely Saunders, enfermera, asistente social y médica al mismo tiempo, quien consiguió lograr organizar un ambiente en el que los pacientes y sus familias podían adaptarse mejor emocional y espiritualmente a la situación terminal. El éxito de este centro y de la labor pluriprofesional en él realizada, permitió que la filosofía paliativa se expandiera posteriormente a otros hospitales, con la aparición de grupos de consultores y centros de referencia, atención a domicilio y diversos programas de investigación y docencia (Munuera, 2007: 131 y ss).

En España destacamos los siguientes hechos relevantes:

1. Fue un médico, el Dr. Roviralta, el primero que profesionaliza el Trabajo Social siendo el promotor de la primera escuela de asistentes sociales de España, en Barcelona el 28 de enero de 1932.
2. La celebración de las Jornadas de estudio sobre “El Servicio Social en el Hospital” celebradas en Barcelona en Mayo de 1958, y la posterior publicación del texto de las mismas.
3. Contratación y ubicación de los primeros Trabajadores Sociales en Hospitales y Dispensarios alrededor de los años 50-70, casi siempre encargados de tareas que tenían que ver con la búsqueda de recursos externos y tramitación de ingresos, en los casos de enfermos con situaciones carenciales, motivo por el cual los trabajadores sociales, estaban cerca de los departamentos administrativos. En estos años tuvo lugar un alto índice de empleo de trabajadores sociales en Sanidad, tanto en hospitales como hospitales psiquiátricos. En los psiquiátricos los trabajadores sociales, además de atender tareas burocráticas, búsqueda de recursos, eran el nexo de unión entre el paciente ingresado y su familia, que por diversas razones habían perdido su vínculo de relación (distancia geográfica, medios de transporte inexistentes, dificultades de comunicación, etc..) (González, 1920: 89-90).
4. El primer servicio de hospitalización de Cuidados Paliativos, se inaugura en Madrid en mayo de 1981, y poco después surgieron unidades de cuidados paliativos, dependientes de servicios oncológicos hospitalarios, en Cataluña (Vic), Santander (Hospital Valdecilla), Canarias,...donde el Trabajador Social es un profesional del equipo de intervención con capacidad de intervención y decisión al igual que los demás profesionales.
5. En 1986 se celebran en Zaragoza la “I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud” de allí surgió, la *Asociación Española Trabajo Social y Salud* y la revista del mismo nombre. Y en el 2000, publicaciones especializadas, como las Revistas: “Trabajo Social y Salud”, “Asistencia Sociosanitaria y Bienestar”, con el ánimo de ser punto de encuentro entre todos los profesionales que trabajan en salud, servicios sociales, educación y planificación.

El Trabajo Social ha estado presente históricamente, desde 1880 en el ámbito sanitario y tiene mucho que aportar en los aspectos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación social de la enfermedad. En segundo lugar, en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se nombra al Trabajo Social como parte integrante de la Atención Primaria, pero no se menciona al hablar de otras prestaciones del sistema, ni siquiera al hacer referencia a la Prestación de Atención Sociosanitaria. El trabajo social de salud ha ido cambiando progresivamente en sus aspectos éticos y metodológicos, a la vez que lo ha hecho el contexto sanitario y social donde se ha desarrollado profesionalmente.

El valor añadido que el trabajo social aporta al sistema sanitario tiene que manifestarse en forma de resultados apreciables para las personas que atiende y no únicamente en los cuadros de mandos del centro.

### ***2.1. Los objetivos del Trabajador Social en el ámbito de la salud***

Dentro de los objetivos que puede llevar a cabo el trabajador social como profesional dentro del ámbito sanitario, destacamos los siguientes:

1. Elaborar el diagnóstico social a través del estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la enfermedad y sus consecuencias sociales y aportarlo al equipo de salud. Este objetivo se desarrollará mediante las siguientes actividades:

- Estudio de los aspectos psicosociales que pueden incidir en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y de la problemática socio-familiar.
- Valoración de la problemática analizando los factores que intervienen.
- Intervención en colaboración con el equipo de salud para establecer líneas de tratamiento.
- Hacer más accesible la relación entre el enfermo/a y familia y la institución hospitalaria.
- Estudio de las características comunitarias de las poblaciones adscritas al hospital.

2. Orientar y capacitar a los pacientes a sus familias y a la comunidad en general de los problemas derivados de la enfermedad para que sean agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud; se desarrollará mediante las siguientes actividades:

- Información y orientación al usuario y familia sobre recursos sociales, trámites,...
- Asesoramiento, mediación y apoyo ante situaciones de conflicto.
- Gestión y aplicación de los recursos existentes.
- Colaboración en la creación y promoción de recursos sociales y en la mejora de los ya existentes.
- Promoción de la rehabilitación y reinserción social, familiar, laboral y/o escolar de los pacientes.
- Coordinación protocolizada con servicios de salud y de otros sistemas de protección social.

3. Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de las políticas de salud y sociales desde el punto de vista de su competencia. Este objetivo se desarrollará mediante las siguientes actividades:

- Colaboración en los proyectos de planificación general del hospital.
- Colaboración en la creación de programas orientados a enfermos/as con patologías que conlleven problemas de reinserción social.
- Información y asesoramiento a los órganos de gobierno de los aspectos sociales.
- Elaboración de los planes y programas y protocolos propios de la UTSH (unidad de tratamiento sanitario y rehabilitación).
- Participación en programas de investigación para el estudio y análisis de los factores psicosociales que inciden en la enfermedad, y los aspectos metodológicos del Trabajo Social sanitario.
- Colaboración en la formación permanente del personal sanitario y de los propios profesionales de la UTSH.
- Colaboración en la formación de alumnos de Trabajo Social.

### 3. La mediación en conflictos: una nueva opción en salud

La mediación es una de las formas más antiguas de resolución de conflictos manifestándose como una buena herramienta para gestionar conflictos en diversos ámbitos (familiar, escolar, penal, mercantil...).

La mediación es entendida como un método estructurado de solución de conflictos, en el que dos o más partes del conflicto intentan voluntariamente alcanzar un acuerdo pacífico y satisfactorio con la intervención de un mediador. La realidad española se ha visto potenciada por la experiencia adquirida por la *Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles* y leyes de ámbito autonómico dictadas sobre la materia.

La implementación de la mediación en el ámbito de la salud es un fenómeno emergente del que se vienen conociendo iniciativas con diversas denominaciones: “mediaciones psicológicas”, “mediaciones interculturales”, entre otras, situadas en distintos servicios de salud (urgencias, atención sociosanitaria, comunitaria, etc.) (Armadans, et.al., 2009: 188-189).

En el ámbito sanitario se hace necesaria la implantación de un servicio de mediación por dos razones fundamentales:

1. El Sistema Sanitario Español no sólo aspira a dar cobertura a todos los ciudadanos, sino también a que ésta sea de Calidad.
2. La Administración debe arbitrar Sistemas de participación de la Ciudadanía en el Sistema Sanitario Español, siendo la mediación el mecanismo ideal para la realización de este propósito.

La implantación de un servicio de mediación en nuestro Sistema Sanitario, requiere el conocimiento de los siguientes elementos:

#### ***Primer elemento: El enfermo***

El Sistema Sanitario tiene como objeto al enfermo y no a la enfermedad, por lo tanto, todo el operativo sanitario debe estar en función del ciudadano que acude a este servicio con una salud afectada y por un estado de ánimo afectado por el contexto situacional. Además de darle un trato profesionalmente correcto, es

necesario, ofrecerle marcos de participación en el sistema sanitario, a través de oficinas de Atención al Usuario, y en el caso de conflictos, de mecanismos que permitan acuerdos o soluciones en las que participe activamente el afectado. También se gana en salud, e incluso en medios, cuando en casos de confrontación se articulan sistemas que no son beligerantes sino que se le ofrece un mecanismo de diálogo e integración.

### ***Segundo elemento: Centro Sanitario***

Según la *Ley de Autonomía del Paciente*, el Centro Sanitario es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios. Esta es una realidad muy complicada debido a la gran burocratización en la organización del Sistema Sanitario, a la complejidad técnica que implica el servicio prestado, además de la coordinación necesaria de los diversos equipos participantes en cada caso.

### ***Tercer elemento: El Principio de Legalidad***

La *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, recoge una serie de principios que deben ser tenidos en cuenta a la hora de considerar un sistema de mediación. De esta manera, conocer el marco legal permite comprender los derechos y deberes del sistema sanitario, y la orientación de toda la política sanitaria de las administraciones, con el objeto de generar una sanidad más eficaz y de calidad.

La mediación en el ámbito sanitario no aparece regulada de manera expresa en ninguna normativa ni a nivel autonómico, como ocurre por ejemplo con la mediación familiar, ni a nivel nacional; no obstante, dicho vacío legal, no conlleva que no pueda llevarse a cabo; de hecho la Constitución Española permite en su art. 9.2 el desarrollo de sistemas y procedimientos de mediación, los cuales deberán ser promovidos por los poderes públicos.

De la *Ley 14/1986, de Sanidad*, destacamos las siguientes premisas:

- Las actuaciones y los medios del Sistema Sanitario están orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad (Art.3.1).
- La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española (Art. 3.2).
- Los servicios sanitarios deberán adecuar su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad (Art.7).
- Deber de información de los Poderes Públicos a los usuarios del Sistema Sanitario Público de sus derechos y deberes (Art. 9): la confidencialidad, consentimiento informado por escrito, a la elección del médico.

### ***3.1. Medios para gestionar el conflicto sanitario***

La Constitución Española en su art. 43 habla del derecho a la salud de la ciudadanía; una de las notas características del Sistema Sanitario Público Español es su universalización, es decir, prácticamente toda la población tiene cubiertas las necesidades sanitarias fundamentales según indica la Ley General de Sanidad en su art. 3; cuya aplicación se traduce en una masificación de los servicios, y, como resultado, una pérdida de la calidad de éstos. La combinación de una gran cantidad de usuarios con la escasez de medios y servicios desencadena inevitablemente en conflicto. Pero asimismo, hay que añadir que el conflicto en el ámbito sanitario, adquiere una peculiar complejidad porque el usuario se encuentra en una situación de vulnerabilidad, dependencia y sufrimiento.

El conflicto en el ámbito sanitario surge cuando no se ha obrado de forma incorrecta, es decir, que se ha producido una falta profesional, cuando la actuación no se ha ajustado a la *lex artis*, entendida como el conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en el momento presente.

Por un lado, entendemos por mediación sanitaria el procedimiento de gestión de los conflictos que se presentan en instituciones del sector sanitario, potenciando espacios de diálogo basados en un enfoque de colaboración y de negociación inteligente de las diferencias; por el otro, los conflictos que se dan en

el ámbito sanitario pueden ocurrir entre usuario y profesional y/o institución y entre profesionales.

Las reclamaciones contra los profesionales de la Sanidad en general y de los médicos en particular suelen producirse cuando los resultados son negativos para el paciente y/o familia; sin embargo, no todos los conflictos sanitarios son susceptibles de mediación, por ello diversos autores (Carnero, 2006; Iturmendi, 2015; Bellido, Peris y Trille, 2012) establecen un listado de los que sí pueden ser objeto de mediación, destacamos de entre ellos:

- Conflictos por defectuosa asistencia sanitaria de los servicios públicos y privados de salud como, x ejemplo, reclamaciones y quejas basadas en la disconformidad del paciente con el modo de prestación del servicio, o reclamaciones por daño moral generadas a raíz de la falta de consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad.
- Conflictos que nacen de las agresiones a los profesionales del sistema sanitario.
- Conflictos penales contra profesionales del sistema de sanidad, por defectuosa asistencia sanitaria de los servicios públicos y privados de salud.
- Conflictos originados tras la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que afecte a los profesionales del sistema sanitario, en sus vertientes, civil, penal y de seguridad social.
- Conflictos de usuarios y pacientes sobre cuestiones diversas de carácter administrativo y burocrático, tales como listas de espera, oportunidad terapéutica, cobertura o no de prestaciones aseguradas, segunda opinión facultativa, coste e idoneidad de medicamentos, etc.
- Conflictos de entidades aseguradoras con: sus asegurados, respecto de las coberturas y garantías aseguradas; Los terceros perjudicados (usuarios, pacientes, interesados o herederos) y/u otras entidades aseguradoras (art. 76 y 43 de la Ley de Contrato de Seguro).

- Conflictos de los servicios públicos y privados de salud con grupos de interés que afecten a la conciencia, libertad e independencia de la profesión médica y la autonomía de voluntad del paciente.
- Conflictos derivados de las contingencias y reclamaciones de Ensayos Clínicos.
- Conflictos de responsabilidad civil de productos farmacéuticos y medicamentos autorizados por el sistema de farmacovigilancia.
- Conflictos éticos y deontológicos.
- Conflictos por daños medioambientales.
- Conflictos derivados de la actuación pericial de los profesionales de la sanidad.

### ***3.2. Ventajas de la mediación sanitaria***

Debemos destacar los beneficios que puede aportar la mediación para todos los implicados en el conflicto, tanto para el usuario, para el profesional como para la institución.

- a) *Espacios para el Diálogo*: mejora la comunicación y la confianza entre las partes, preservando una relación amistosa y sostenible entre ellas; permitiendo por medio del diálogo una solución satisfactoria para ambas partes de sus problemas.
- b) *Resolución rápida y económica*: según la Comisión Europea es la resolución más rápida, simple y rentable de solución de conflictos; por contraposición al proceso judicial que es caro, lento y sujeto a la decisión del juez, que no siempre satisface las pretensiones de las partes.
- c) *Acuerdo consensuado*: la resolución del conflicto es fruto del mutuo y sincero convencimiento de las partes. El cumplimiento se realiza por convicción y no por coacción. Se trata de decisiones negociadas por las partes, lo que implica una garantía adicional respecto de la ejecución voluntaria de los acuerdos alcanzados.
- d) *Reducción de costes*: los costes no sólo los económicos sino también los emocionales son menores que en los procedimientos judiciales.
- e) La *no judicialización* de la actividad profesional.

f) La *credibilidad de la institución sanitaria* ante el usuario.

La resolución satisfactoria del conflicto sanitario por la vía de la mediación aporta dos mejoras incuestionables al sistema de salud. Por un lado, mejora el clima entre usuarios, pacientes, profesionales y organizaciones e instituciones del sistema de salud; Por otro lado, permite la prevención de hechos futuros en la medida que supone un aprendizaje sobre los errores cometidos para prevenir su repetición en el futuro (Iturmendi, 2015, p 12).

Debemos señalar que la indagación de las necesidades de las partes por parte del mediador puede llevar a su acercamiento y modificar aquellas actitudes que no favorezcan el encuentro entre el profesional de la medicina y el paciente. La principal ventaja de su utilización es que confiere el poder y el protagonismo a los propios mediados en el proceso de su crecimiento personal y, en consecuencia, en la resolución de los conflictos en sus relaciones personales

#### **4. Trabajo social y mediación**

La mediación, con carácter general, es una función inherente del trabajador social y una competencia propia de su ejercicio profesional como abordan los diferentes documentos especializados sobre trabajo social, en el *Código Deontológico de Trabajo Social* (2012), recoge en su Preámbulo las funciones generales del profesional del trabajo social, siendo la mediación una función característica de nuestro perfil profesional, o en *el Libro Blanco sobre el Grado en Trabajo Social* (2004) recoge la mediación como materia troncal propia de nuestra competencia profesional, así como en los diferentes planes de Grado en la disciplina; sin olvidarnos del reciente Código de Conducta de los trabajadores sociales que ejercen como profesionales de la mediación aprobado por el CGTS, en el año 2015.

La empleabilidad de la mediación en el ámbito sanitario viene dada por las habilidades sociales que tienen los profesionales del trabajo social. Esas competencias, les hacen expertos de primera cualificación para desarrollar proyectos basados en la promoción del cambio social. Una de las habilidades más

apreciadas de estos tiempos es la capacidad de diálogo y mediación y sin duda los trabajadores sociales la poseen.

Las principales funciones que el trabajador social desempeña como mediador en el ámbito sanitario serían entre otras, las siguientes:

- Mejorar la accesibilidad de la población a los servicios sociales y de salud.
- Fomentar la comunicación, el acercamiento, la comprensión mutua y el encuentro de la comunidad sanitaria, con el objeto de prevenir la aparición de posibles conflictos.
- Información, interpretación de recursos, materiales...que permitan tomar decisiones y aplicar soluciones concretas.
- Asesoramiento y acompañamiento a las personas tanto de forma individual como grupal.
- Apoyo en determinados casos de seguimiento del paciente; Apoyo en la planificación y puesta en marcha de actuaciones de prevención o promoción de salud con un colectivo determinado.
- Ayuda a solucionar problemas de entendimiento entre usuario y profesionales de salud.

Debemos apuntar que la *Ley 1/2015, de 12 de febrero, del Servicio Regional de Mediación Social y Familiar de Castilla-La Mancha*, introduce la mediación social y la resolución de nuevos conflictos a través de la mediación que no son contemplados en anteriores leyes sobre la materia publicadas en España.

Es la primera ley de estas características que trata la posibilidad de acudir a la mediación sanitaria para resolver las controversias entre profesionales y pacientes, que de otra forma terminarían judicializándose, con costes económicos y emocionales indeseados para las partes. Esta normativa, supone un avance para lograr "mayor calidad" en las prestaciones sanitarias, con el fin de lograr "mayor seguridad" en los profesionales y en la satisfacción de los pacientes

## 5. Conclusiones

La aplicación de la mediación sanitaria es una vía de resolución de conflictos tanto en la relación médico paciente como entre profesionales y su lugar de trabajo. Una de sus finalidades es ofrecer desde el sistema de salud una respuesta lo más amplia posible, no sólo jurídica sino también social y terapéutica, a las personas y organizaciones afectadas.

La publicidad del servicio de mediación es importante para que todos los ciudadanos conozcan este mecanismo; asimismo también es importante que, en el futuro, la mediación en el ámbito de la salud responda a la nueva concepción de la salud en la sociedad actual.

La perspectiva de futuro debe contemplar la salud como una responsabilidad de todos, empezando por los políticos que deberían aportar por una incorporación paulatina en el contexto sanitario para aprovechar las ventajas de la mediación, los ciudadanos no deben ser objetos pasivos de políticas asistencialistas ni discriminados en función de cualquier causa social (edad, cultura, raza...) o los profesionales que deben estar dispuestos a cambiar y a gestionar el conflicto de una manera positiva para evitar los procesos negativos de evolución de los conflictos (litigios, violencia...).

## Bibliografía

- Armada, A.; Aneas, M.A.; Soria y L. Bosch. (2009). "La mediación en el ámbito sanitario", *Revista de Medicina Clínica*; 133(5): 187-192; [www.elsevier.es/medicinaclinica](http://www.elsevier.es/medicinaclinica).
- Bellido, C; Peris, A; Trilles, R. (2012). *La importancia de la mediación sanitaria en la prevención de litigiosidad por responsabilidad médica profesional*. VII conferencia Internacional Foro mundial de mediación: ponencias expertos de mediación. Valencia
- Cabot, R. (1915). Informe del Presidente del Comité de Salud, según la Conferencia Nacional de Obras Benéficas y Corrección. Baltimore.
- Carnero, J. (2006). "Mediación sanitaria: una propuesta para una urgencia", *Revista Trabajo Social Hoy*, pp: 97-107.
- Castellanos Marie C. (1985). "Manual de Trabajo Social". Prensa Médica-Méxicana: México.
- Código Deontológico de Trabajo Social. Texto aprobado por la asamblea general de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria de 9 junio de 2012. Madrid.

- Colom, D. (2008). "El trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica". *Colección Trabajo Social*. Serie libros. Siglo XXI.
- González N. (1920). *Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio*. Calpe: Madrid
- Hamilton. G. 1930. *A Medical Social Terminology (Terminología social médica) The Presbyterian Hospital in the City of New York*: New York.
- Iturmendi, G. (2015). *Problemas para la implantación en España y posibles soluciones de la mediación de conflictos sanitarios en el sistema*. Fundación Inade.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, nº 102, del 29 abril de 1986.
- Munuera, P. (2007). "Mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario", *Revista Trabajo Social Hoy*, pp. 119-140.
- Richmond, M. E. (1917). "El Diagnóstico Social". Siglo XXI editores: Madrid, pp. 29-37.