

# Más allá del tratamiento clínico: la salud desde una perspectiva ecológica y de desarrollo de la comunidad

## Para além do tratamento clínico: a saúde numa perspectiva ecológica e de desenvolvimento da comunidade

**Júlia Cardoso**

Doctora en Trabajo Social. Asociación de Profesionales de Trabajo Social. Investigadora del CLISSIS, Centro Lusíada de Investigación en Servicios Sociales e Intervención Social. Portugal. ORCID: 0000-0002-6170-3565

**Correspondencia:** juliacardoso@sapo.pt

**Cómo citar:** Cardoso, Julia, (2025) "Más allá del tratamiento clínico: la salud desde una perspectiva ecológica y de desarrollo de la comunidad". *Revista Trabajo Social y Salud*, N°101, 62-71.

**Traducción de portugués a español:** Iria Taibo. Licenciada en Traducción e Interpretación.

**Resumen:** Este artículo es el resultado de una ponencia presentada en el XIV Congreso de Trabajo Social y Salud y I Encuentro Ibérico de Trabajo Social Sanitario, celebrado en A Coruña en 2023. Es una breve reflexión sobre la influencia de los determinantes sociales en la salud y la necesidad de una visión ecosocial que oriente no sólo la política sanitaria sino también los modelos que la implementan. La urgente necesidad de crear de forma efectiva un modelo de atención sanitaria integral requiere una organización de la asistencia sanitaria que vaya más allá del tratamiento clínico, que comprenda y atienda a la persona a lo largo de todo el ciclo vital, que promueva el trabajo interprofesional e interdisciplinario y que se traduzca en una acción conjunta y articulada de las administraciones nacionales y locales. Se hace referencia a la reorganización del Servicio Nacional de Salud en Portugal y se presentan algunas de las contribuciones del Trabajo Social para que los determinantes sociales de la salud sean adoptados como directrices de una política centrada en el bienestar de la ciudadanía..

**Palabras clave:** *Determinantes sociales de salud; atención integrada; visión ecosocial; Trabajo Social.*

**Resumo:** O presente artigo resulta da comunicação apresentada no XIV Congresso de Trabalho Social y Salud y I Encuentro Ibérico de Trabajo Social Sanitario", realizado em A Coruña, em 2023, constituindo uma breve reflexão sobre a influência dos determinantes sociais na saúde e a necessidade de uma visão eco-social que oriente não só a política de saúde mas também os modelos que as concretizam. A urgência em criar, efetivamente, um modelo de cuidados integrados em saúde, exige a organização dos cuidados em saúde que vão além do tratamento clínico, que compreendam e cuidem da Pessoa ao longo do ciclo de vida, que promovam o trabalho interprofissional e interdisciplinar e que traduzam ação conjunta e articulada de instâncias governamentais nacionais e locais. Sendo feita referência à reorganização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, apresentam-se alguns dos contributos do Serviço Social para que os determinantes sociais da saúde sejam adotados como orientadores de uma política centrada no bem estar dos cidadãos.

**Palavras-chave:** *Determinantes sociais da saúde; cuidados integrados; visão eco-social; Serviço Social*

**Abstract:** This article is the result of a presentation delivered at the 14th Congress of Social Work and Health and the 1st Iberian Meeting on Health Social Work, held in A Coruña in 2023. It offers a brief reflection on the influence of social determinants on health and the need for an ecosocial perspective to guide not only health policy but also the models through which it is implemented. The urgent need to effectively develop a comprehensive healthcare model calls for an organization of healthcare services that goes beyond clinical treatment—one that understands and addresses individuals across the life course, promotes interprofessional and interdisciplinary collaboration, and enables coordinated and integrated action by national and local authorities. The article references the reorganization of the National Health Service in Portugal and presents several contributions from Social Work aimed at ensuring that the social determinants of health are adopted as guiding principles for policies focused on citizens' well-being.

**Key Words:** *Social determinants of health; integrated care; ecosocial perspective; social work*

## Introducción

La reflexión sobre los determinantes sociales de salud, liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pone de manifiesto la estrecha relación entre las condiciones de vida y de trabajo de los individuos y su situación de salud (Chantre y Fazenda, 2016), pudiendo afirmarse que estos determinantes sustentan una visión ecológica de la salud.

Los determinantes sociales son el resultado combinado de factores sociales, ambientales, económicos, culturales, étnicos, psicológicos y de la conducta que influyen la aparición problemas de salud en la población (DGS, 2022). Estos factores no son solo individuales, ya que radican en el contexto estructural, socioeconómico y político de la sociedad, que están en la base de las desigualdades de acceso a bienes materiales y a bienes simbólicos, que se traducen en posiciones diferenciadas/estratificadas en lo que se refiere, por ejemplo, al reconocimiento social. Dichas posiciones están vinculadas a diversas variables: capacidad económica de los individuos y su estatuto social, edad, género, capacidad funcional, condición de inmigrante, entre otras.

Los estudios y orientaciones sobre la intervención al nivel de los determinantes sociales para obtener resultados más positivos en salud y mejorar la calidad de vida confirman la necesidad de una visión holística del ser humano en la que, incluso en situación de enfermedad, su recuperación no solo exige el tratamiento clínico; confirman, también, la necesidad de invertir en la prevención, incidiendo tanto en las dimensiones de la mejora de las condiciones materiales de vida como en la dimensión de la conducta y en servicios sanitarios que intervengan precozmente para evitar el desarrollo de cuadros patológicos. Estudios desarrollados, por lo menos, en las últimas dos décadas indican que los determinantes sociales tienen un peso del 70% en los resultados de salud (Remington et al., 2015).

Los determinantes sociales de la salud dan cuerpo, pues, a una visión ecosocial que debe orientar la acción política y las políticas públicas, lo que exige modelos y prácticas de organización de la atención sanitaria que van más allá del tratamiento clínico. Esto exige un trabajo interprofesional e interdisciplinario, así como una acción integrada y a lo largo del ciclo de vida, que combine y articule

## Introdução

A reflexão sobre os determinantes sociais da saúde, liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), põe em evidência a estreita relação entre as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e a sua situação de saúde (Chantre e Fazenda, 2016), podendo afirmar-se que estes determinantes sustentam uma visão ecológica da saúde

Os determinantes sociais são o resultado conjugado de fatores sociais, ambientais, económicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população (DGS, 2022). Fatores não apenas individuais, pois radicam no contexto estrutural, socioeconómico e político da sociedade, que estão na base das desigualdades de acesso a bens materiais e a bens simbólicos, que se traduzem em posições diferenciadas/estratificadas no que diz respeito, por exemplo, ao reconhecimento social. Tais posições estão ligadas a variáveis diversas: capacidade económica dos indivíduos e seu estatuto social, idade, género, capacidade funcional, condição de imigrante, entre outras.

Os estudos e orientações sobre a intervenção ao nível dos determinantes sociais para obter resultados mais positivos em saúde e melhorar a qualidade de vida, confirmam a necessidade de uma visão holística do ser humano em que, mesmo na situação de doença, a sua recuperação não exige apenas o tratamento clínico; confirmam, também, a necessidade de investir na prevenção, incidindo tanto nas dimensões da melhoria das condições materiais de vida, como na dimensão comportamental e em serviços de saúde que intervenham precocemente para evitar o desenvolvimento de quadros patológicos. Estudos desenvolvidos, pelo menos nas últimas duas décadas indicam que os determinantes sociais têm um peso de 70% nos resultados em saúde (Remington et al., 2015).

Os determinantes sociais da saúde dão corpo, pois, a uma visão eco-social que deve orientar a ação política e as políticas públicas, o que requer modelos e práticas de organização dos cuidados em saúde que vão além do tratamento clínico. Tal exige trabalho interprofissional e interdisciplinar, assim como ação integrada e ao longo do ciclo de vida, que combine e articule o nível da promoção e da prevenção em

el nivel de la promoción y de la prevención sanitaria con el del tratamiento y de la rehabilitación de la enfermedad. Exige, también, una acción integrada y articulada entre diferentes sectores de las políticas públicas, concretamente, con las políticas del trabajo, la seguridad y la protección social, acción social, políticas de educación y de vivienda. Y, no menos importante, la participación de los ciudadanos y de la diversidad de actores que forman una comunidad: la escuela, la familia, las organizaciones de la sociedad civil, ya sean de solidaridad, culturales, deportivas, los agentes de la economía de proximidad...

### **Apuntes sobre el Sistema Público de Salud en Portugal – organización, fragilidades y momento de cambio**

El Sistema Público de Salud portugués organizado de acuerdo con una perspectiva de derecho social comenzó a construirse a comienzos de los años 70 del siglo XX y, de forma consistente, como la instauración de un régimen democrático, en 1974. El recorrido desde ese momento ha tenido resultados extremadamente positivos en la mejora de los servicios sanitarios y en los indicadores de desarrollo de salud, como el índice de mortalidad infantil y la esperanza media de vida. Sin embargo, la influencia del neoliberalismo en el desarrollo de la vida pública, en las políticas públicas y en la organización de la economía ha puesto en cuestión el ideal de la universalidad y de la calidad de los servicios públicos, con consecuencias, por ejemplo, sobre los tiempos de espera para consultas de especialidad y para cirugías de las que depende la supervivencia de muchas personas.

Las opciones en el ámbito de los servicios sanitarios ha revelado, también, la no incorporación del concepto de salud de la OMS y la necesidad de intervenir en sus determinantes, visible en la dificultad de adaptación, desde el punto de vista organizativo, a esta nueva mirada sobre la salud: por un lado, dentro del propio sistema sanitario, con un funcionamiento no articulado entre servicios hospitalarios y atención de proximidad, en el contexto de la comunidad – se esperaba de ellos el acompañamiento regular a la ciudadanía, previniendo la aparición de episodios de urgencia y la dependencia y presión sobre los servicios hospitalarios; por otro, la deficiente colaboración entre el sistema sanitario y el sistema de protección social, especialmente en lo que se

saúde, com o do tratamento e da reabilitação da doença. Exige, também, ação integrada e articulada entre diferentes setores das políticas públicas, designadamente, com as políticas de trabalho, de segurança e proteção social, ação social, políticas de educação e de habitação. E, não menos importante, a participação dos cidadãos e da diversidade de atores que formam uma comunidade: a escola, a família, as organizações da sociedade civil, sejam de solidariedade, da cultura, do desporto, os agentes da economia de proximidade...

### **Apontamentos sobre o Sistema Público de Saúde em Portugal – organização, fragilidades e tempo de mudança**

O sistema público de Saúde português organizado segundo uma perspetiva de direito social começou a ser construído no início dos anos 70 do século XX e, de forma consistente, como a instauração de um regime democrático, em 1974. O percurso feito desde então teve resultados extremamente positivos na melhoria dos serviços de saúde e nos indicadores de desenvolvimento em saúde como a taxa de mortalidade infantil e a esperança média de vida. Contudo, a influência do neoliberalismo na condução da vida pública, nas políticas públicas e na organização da economia tem posto em causa o ideal da universalidade e da qualidade dos serviços públicos, com consequências, por exemplo, nos tempos de espera para consultas de especialidade e para cirurgias das quais depende a sobrevivência de muitas pessoas.

As opções no campo dos serviços de saúde têm revelado, também, a não incorporação do conceito de saúde da OMS e a necessidade de intervenção nos seus determinantes, visível na dificuldade de adaptação, do ponto de vista organizacional, a este novo olhar sobre a saúde: por um lado, dentro do próprio sistema de saúde, com um funcionamento não articulado entre serviços hospitalares e cuidados de proximidade, no contexto da comunidade – esperar-se-ia destes o acompanhamento regular do cidadão, prevenindo a ocorrência de episódios de urgência e a dependência e pressão sobre os serviços hospitalares; por outro, a deficiente cooperação entre o sistema de saúde e o sistema de proteção social, especialmente no que se refere aos serviços

refiere a los servicios sociales – y este es uno de los mayores problemas del sistema con consecuencias al nivel del acceso, de la calidad de la atención y en la relación coste/eficiencia.

La Asociación de Profesionales de Trabajo Social (APSS) ha colaborado con la Asociación Portuguesa de Administradores Hospitalarios (APAH) en la obtención y análisis de la información sobre los ingresos que se prolongan indebidamente. El Barómetro de los Ingresos Inapropiados apunta a una evolución positiva de la situación en los últimos años, pero que obliga a la reflexión y a la urgencia de políticas apropiadas para minimizar los efectos en la vida de la ciudadanía:

	N.º de ingresos	N.º de Ingresos inapropiados	N.º de días de ingresos inapropiados	Retraso medio (días)
2020	17.826	1.551	119.971	77,4
2021	15.675	853	28.697	33,6
2022	16.598	1.048	31.311	29,9

Fuente: APAH | 7.ª Edición del Barómetro de Ingresos Sociales | 16/03/2022

En términos porcentuales, la principal causa de permanencia en el hospital tiene que ver con la insuficiente respuesta de la Red Nacional de Atención Integrada (Rede Nacional de Cuidados Integrados), estructura para las situaciones de rehabilitación y de estabilización de cuadros clínicos tras el alta hospitalaria.

Causa de la prolongación	%
Espera respuesta en la Red de Atención Continuada	59 %
Espera respuesta para admisión en Estructura Residencial	11 %
Incapacidad de respuesta de familiar o cuidador/a	11 %

Fuente: APAH | 7.ª Edición del Barómetro de Ingresos Sociales | 16/03/2022

La escasa capacidad de respuesta del Trabajo Social Sanitario ha contribuido mucho a la presión sobre los hospitales, convirtiéndolos, muchas veces, en los responsables de la protección de la población que no reúne condiciones de alta por motivos de ausencia, escasez o fragilidad de las redes formales e informales que les deberían prestar la atención necesaria. El cuadro indica como motivos de permanencia,

sociais - e este é um dos maiores problemas no sistema com consequências ao nível do acesso, da qualidade dos cuidados e na relação custos/eficiência.

A APSS tem sido parceira da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH) na recolha e análise da informação sobre os internamentos que se prolongam indevidamente. O Barómetro dos Internamentos Inapropriados aponta para uma evolução positiva da situação nos últimos anos, mas que obriga à reflexão e à urgência de políticas apropriadas à minimização dos efeitos na vida dos cidadãos:

	Nº de internamentos	Nº de internamentos inapropiados	Nº de dias de internamentos inapropiados	Demora média (días)
2020	17.826	1.551	119.971	77,4
2021	15.675	853	28.697	33,6
2022	16.598	1.048	31.311	29,9

Fonte: APAH | 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais | 16/03/2022

Em termos percentuais, a principal causa de permanência no hospital tem a ver com a insuficiente resposta da Rede Nacional de Cuidados Integrados, estrutura para as situações de reabilitação e de estabilização de quadros clínicos após alta hospitalar.

Causa do prolongamento	%
Aguarda resposta na Rede de Cuidados Continuados	59%
Aguarda resposta para admissão em Estructura Residencial	11%
Incapacidade de resposta de familiar ou cuidador	11%

Fonte: APAH | 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais | 16/03/2022

A escassa capacidade de resposta dos serviços sociais muito tem contribuído para a pressão sobre os hospitais, tornando-os, muitas vezes, os responsáveis pela proteção dos cidadãos que não reúnem condições de alta por motivos de ausência, escassez ou fragilidade das redes formais e informais que lhes deveriam prestar os cuidados necessários. O quadro indica como motivos de permanência, em

en porcentajes similares, la espera por ingreso en estructura residencial y la incapacidad de respuesta de familiar o cuidador/a (por motivos relacionados con edad avanzada, conciliación trabajo/familia, condiciones de vivienda, distancia geográfica, etc.).

La permanencia en los hospitales representa riesgos para los ciudadanos (infecciones hospitalarias, salud mental y bienestar general) y tiene consecuencias para la sostenibilidad financiera del sistema sanitario:

	Retraso medio (días)	Costes de los ingresos inapropiados
2020	77,4	184,1 M €
2021	33,6	100,1 M €
2022	29,9	124,5 M €

Fuente: APAH | 7.ª Edición del Barómetro de Ingresos Sociales | 16/03/2022

La constatación de estas dificultades ha justificado algunas experiencias en el marco de las políticas públicas de salud: hospitalización domiciliaria, atención continua integrada prestada en el domicilio por equipos de los centros de salud, mayor inversión en cuidados paliativos... Pero la inversión ha sido insuficiente en atención sanitaria de proximidad, manteniéndose la presión en los servicios hospitalarios, en los servicios de urgencias, con efectos negativos para el sistema, para los ciudadanos y para los propios profesionales: estos, en número mucho más reducido, difícilmente consiguen una intervención que evite la necesidad de atención clínica más especializada, que incida de modo más consistente en programas de prevención, que represente, de hecho, una intervención de calidad y al servicio del ciudadano; las desigualdades al nivel de los recursos humanos ponen en cuestión la necesaria articulación entre los dos niveles de atención sanitaria y demuestran la (mala) filosofía que ha orientado el modelo (ejemplo: el número de trabajadores sociales en un centro hospitalario de la región de Lisboa es de 45, y en la Atención Primaria que atiende la misma región es de 7).

La desarticulación de los servicios significa una peor atención y, como dijo un médico en un encuentro reciente sobre la necesidad de un nuevo modelo de prestación de cuidados, es urgente *«reducir la huella ecológica en la salud: el paciente no puede estar perdido dentro del sistema; el sistema es inhumano con la persona enferma y desperdicia recursos*

percentagens semelhantes, a espera por ingresso em estrutura residencial e a incapacidade de resposta de familiar ou cuidador (por motivos relacionados com idade avançada, conciliação trabalho/família, condições habitacionais, distância geográfica, etc).

A permanência nos hospitais representa riscos para os cidadãos (infeções hospitalares, saúde mental e bem-estar geral) e tem consequências na sustentabilidade financeira do sistema de saúde:

	Demora média (días)	Custos dos internamentos inapropiados
2020	77,4	184,1 M€
2021	33,6	100,1 M€
2022	29,9	124,5 M€

Fonte: APAH | 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais | 16/03/2022

A constatação destas dificuldades tem vindo a justificar algumas experiências no quadro das políticas públicas de saúde: hospitalização domiciliária, cuidados continuados integrados prestados no domicílio por equipas dos centros de saúde, maior investimento em cuidados paliativos... Mas o investimento tem sido insuficiente em cuidados de saúde de proximidade, mantendo-se a pressão nos serviços hospitalares, nos serviços de urgência, com efeitos negativos para o sistema, para os cidadãos e para os próprios profissionais: estes, em número bem mais reduzido, difícilmente conseguem uma intervenção que evite a necessidade de cuidados clínicos mais especializados, que incida de modo mais consistente em programas de prevenção, que represente, de facto, uma intervenção de qualidade e ao serviço do cidadão; as desigualdades ao nível dos recursos humanos põem em causa a necessária articulação entre os dois níveis de cuidados em saúde e demonstram a (má) filosofia que tem orientado o modelo (exemplo: o número de assistentes sociais num centro hospitalar da região de Lisboa é de 45, e nos Cuidados de Saúde Primários que servem a mesma região é de 7) .

A desarticulação dos serviços significa piores cuidados e, como disse um médico num encontro recente sobre a necessidade de um novo modelo de prestação de cuidados, é urgente *“diminuir a pegada ecológica na saúde: o doente não pode andar perdido dentro do sistema; o sistema é desumano para com o cidadão doente e desperdiça recursos*

*humanos y financieros».*

Estos problemas han merecido la atención de la sociedad y la contestación por parte de los ciudadanos, organizados formal y informalmente en grupo de presión, conscientes de su derecho a la salud y del deterioro del sistema a lo largo de los años debido a las opciones gubernamentales de reducción de la inversión en políticas públicas; es evidente que dichas opciones han tenido como resultado el crecimiento exponencial del sector privado de la salud, constituyendo un factor de presión y de fragilización del sector público, al mismo tiempo que se alimenta de esa fragilidad, financieramente y a través de los recursos humanos que se transfieren del sector público al privado.

El gobierno de Portugal ha buscado reorganizar y reinvertir en el sistema sanitario, con alguna dificultad, incluso por efectos de la pandemia. Ahora se prepara una reforma que propone una mayor articulación de los servicios y que sigue una filosofía de integración de la atención, dando prioridad a la proximidad y a la participación.

Pero es posible que la reforma no alcance los objetivos buscados si no se hacen cambios en otras áreas de las políticas, sobre todo en el área de la Seguridad Social y de los Servicios Sociales. En Portugal, país con un índice de envejecimiento de los más elevados del mundo -184,9 personas mayores por cada 100 jóvenes en 2021 (INE, 2021)- donde casi un cuarto de la población tiene más de 65 años, los servicios sociales destinados a las personas mayores solo cubren casi el 12% de este grupo de la población (ISS,IP, Carta Social, 2021). Los cuidados dependen, mayoritariamente, de la participación de la familia y de la red informal. El Estado no proporciona directamente servicios de cuidados; de los cuidados se encargan las familias o el sector privado solidario, en este caso mediante coparticipación del Estado (y de las propias familias), basada en el Pacto de Cooperación para la Solidaridad, de 1996. Se trata de un modelo que se basa en la colaboración con el sector solidario para conseguir la Acción Social, en particular en la organización y gestión de las denominadas «respuestas sociales», ya que este sector no tiene capacidad para responder a la creciente demanda, derivada de la longevidad que identifica al país.

La deficiente cobertura de los servicios sociales puede constituir un factor inhibitorio del cumplimiento

*humanos e financeiros”.*

Estes problemas têm merecido a atenção da sociedade e a contestação por parte dos cidadãos, organizados formal e informalmente em grupos de pressão, conscientes do seu direito à saúde e da deterioração do sistema ao longo dos anos devido às opções governativas de diminuição do investimento em políticas públicas; é evidente que tais opções resultaram no crescimento exponencial do setor privado da saúde, constituindo fator de pressão e de fragilização do setor público, ao mesmo tempo que se alimenta dessa fragilidade, financeiramente e por via dos recursos humanos que se transferem do setor público para o privado.

O governo de Portugal tem procurado reorganizar e reinvestir no sistema de saúde, com alguma dificuldade até por efeitos da pandemia. Prepara-se, agora, uma reforma que propõe uma maior articulação dos serviços e que segue uma filosofia de integração de cuidados, privilegiando a proximidade e a participação.

Mas a reforma poderá não atingir os objetivos pretendidos de não houver mudanças noutras áreas das políticas, sobretudo na área da Segurança Social e dos Serviços Sociais. Em Portugal, país com um índice de envelhecimento dos mais elevados do mundo - 184,9 idosos por cada 100 jovens 2021 (INE,2021) - com cerca de um quarto da população com mais de 65 anos, os serviços sociais destinados às pessoas mais velhas cobrem apenas cerca de 12% deste grupo populacional (ISS,IP, Carta Social, 2021). Os cuidados estão, maioritariamente, dependentes da participação da família e da rede informal. O Estado não fornece diretamente serviços de cuidados, sendo estes assegurados ora pela família e rede informal, ora pelo setor privado solidário, neste caso mediante coparticipação do Estado (e das próprias famílias), assente no Pacto de Cooperação para a Solidariedade, de 1996. Trata-se de um modelo que assenta na parceria com o setor solidário para a prossecução da Ação Social, em particular na organização e gestão das denominadas “respostas sociais”, sendo que este setor não tem capacidade para responder à crescente procura, resultante da longevidade que identifica o país.

A deficiente cobertura dos serviços sociais poderá constituir fator inhibitorio do cumprimento dos

de los objetivos del modelo del Servicio Nacional de Salud que se quiere implantar, centrado en la integración de los cuidados, en la proximidad a los ciudadanos, en la articulación entre los diversos actores y en la responsabilidad de los profesionales, de las organizaciones y de la sociedad.

### **La implicación del Trabajo Social en la salud en Portugal – contribución a un sistema de protección ecosocial**

En el sector de la sanidad, las y los trabajadores sociales son unos profesionales que están implicados, en Portugal, desde comienzos de los años 40 del siglo XX, en la organización hospitalaria, en acciones cuyo objetivo principal es la mejora del estado de salud de las personas y de las poblaciones. Es una profesión identificada por la OMS, e integra a los equipos multiprofesionales que ejercen funciones al nivel de la prevención, monitorización e intervención en áreas tan diferentes como las enfermedades influenciadas por determinantes sociales, en la promoción de la alfabetización en el ámbito de la salud y en el desarrollo de competencias esenciales para una mejor adaptación de la ciudadanía a cambios en sus contextos de vida.

La lucha por la justicia social es un deber de todos y el compromiso con el valor de la justicia social exige la implicación directa de las y los trabajadores sociales al nivel de la concepción y evaluación de las políticas sociales (Figueira-McDonough, 1993). Sin embargo, no es lo más frecuente, ya sea porque el contacto directo con las personas afectadas o sus circunstancias o porque las decisiones políticas se suelen definir de arriba hacia abajo, sin contribuciones de abajo hacia arriba (Figueira-McDonough, 1993).

Pero el Trabajo Social no puede abdicar de su naturaleza política, de su lugar como «profesión que se afirma y reafirma en la defensa de un ideal de justicia social, de democracia y de realización del potencial individual» (Amaro, 2015, p. 77) y de la importancia de la participación de la comunidad, orientado por premisas en las que:

- a) La valoración de la perspectiva de los y las clientes/personas usuarias sobre sus problemas, fortalezas y objetivos debe basar la construcción social de las necesidades;
- b) Las políticas y programas sociales que se deben construir con base en las fuerzas que se

objetivos do modelo de Serviço Nacional de Saúde que se quer implementar, centrado na integração de cuidados, na proximidade aos cidadãos, na articulação entre os diversos atores e na responsabilidade dos profissionais, das organizações e da sociedade.

### **O envolvimento do Serviço Social na Saúde em Portugal – contributo para um sistema de proteção eco-social**

No setor da Saúde, assistentes sociais são profissionais que estão envolvidos, em Portugal, desde o início dos anos 40 do século XX, na organização hospitalar, em ações cujo objetivo principal é a melhoria do estado de saúde de indivíduos e das populações. É profissão identificada pela OMS, integrada nas equipas multiprofissionais que exercem funções ao nível da prevenção, monitorização e intervenção em áreas tão diversas como as doenças influenciadas por determinantes sociais, na promoção da literacia em saúde e no desenvolvimento de competências essenciais a uma melhor adaptação dos cidadãos a alterações nos seus contextos de vida.

A luta pela justiça social é um dever de todos e o compromisso com o valor da justiça social exige o envolvimento direto dos assistentes sociais ao nível da conceção e avaliação das políticas sociais (Figueira-McDonough, 1993). No entanto, essa não é a situação mais frequente, seja por pouco contacto direto com as pessoas visadas ou as suas circunstâncias, seja porque as decisões políticas são habitualmente definidas do topo para a base, sem contribuições de baixo para cima (Figueira-McDonough, 1993).

Mas o Serviço Social não pode abdicar da sua natureza política, do seu lugar enquanto “profissão que se afirma e reafirma na defesa de um ideal de justiça social, de democracia e de realização do potencial individual” (Amaro, 2015, p. 77) e da importância da participação da comunidade, orientado por premissas em que:

- a) A valorização da perspectiva dos clientes/utentes sobre os seus problemas, forças e objetivos deve sustentar a construção social das necessidades;
- b) As políticas e programas sociais que devem ser construídos com base nas forças

van a desarrollar; en sus reivindicaciones, las/los trabajadores sociales deben enfatizar las barreras estructurales que crean desigualdades de oportunidades;

d) Las reivindicaciones de beneficios y servicios que permitan a las personas superar las barreras se hacen con base en la igualdad de acceso a los recursos y oportunidades para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos, independientemente del género, la raza, la edad, la discapacidad, la orientación sexual, el género (Saleebey, 1996).

e) El diseño y los objetivos de la política social deben centrarse en el acceso, en la elección de oportunidades que puedan ayudar a capacitar al grupo objetivo para satisfacer sus necesidades y objetivos;

g) La evaluación debe incorporar la participación de las personas usuarias de los servicios (Lewis, Chapin y Rand, 2020).

Desde el punto de vista específico de Trabajo Social Sanitario y de su organización en el nuevo modelo del Servicio Nacional de Salud que está en fase de implantación, destacan las principales responsabilidades y compromisos de las/los trabajadores sociales en la salud que la Asociación de los Profesionales de los Servicios Sociales ha propuesto a la Dirección Ejecutiva del Servicio Nacional de Salud, organismo responsable de la reforma:

- Gestión, en lo que corresponde a Trabajo Social, de Planes de Atención Integrados;
- Representación de las/los trabajadores sociales y participación en las decisiones sanitarias, concretamente, en la definición de estrategias de integración de la atención y orientación a mejores resultados en salud;
- Promoción y participación en los protocolos con entidades externas del área social (ayuntamientos, instituciones del sector solidario, asociaciones de defensa de los derechos de los pacientes, universidades...)
- Monitorización y evaluación del impacto de la actuación del Trabajo Social, concretamente, a través de la evaluación de resultados de los procesos, satisfacción de las personas usuarias y satisfacción del resto de profesionales sanitarios;

a desenvolver; nas suas reivindicações, as/os assistentes sociais devem enfatizar as barreiras estruturais que criam desigualdades de oportunidades;

d) As reivindicações de benefícios e serviços que permitam às pessoas ultrapassar as barreiras são feitas com base na igualdade de acesso aos recursos e oportunidades para satisfazer as suas necessidades e atingir os seus objetivos, independentemente do género, raça, idade, deficiência, orientação sexual, idade de género, (Saleebey, 1996)

e) O desenho e objetivos da política social devem focar-se no acesso, na escolha de oportunidades que possam ajudar a capacitar o grupo-alvo para satisfazer as suas necessidades e objetivos;

g) A avaliação deve integrar a participação das pessoas utilizadoras dos serviços (Lewis, Chapin e Rand, 2020).

Do ponto de vista específico do Serviço Social e da sua organização no novo modelo do Serviço Nacional de Saúde que se encontra em fase de implementação, realçam-se as principais responsabilidades e compromissos das/dos assistentes sociais na saúde que a Associação dos Profissionais de Serviço Social propôs à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, organismo responsável pela reforma:

- Gestão, no que competir ao Serviço Social, de Planos de Cuidados Integrados;
- Representação das/dos assistentes sociais e participação nas decisões em saúde, nomeadamente, na definição de estratégias de integração de cuidados e orientação para melhores resultados em saúde;
- Promoção e participação nos protocolos com entidades externas da área social (municípios, instituições do setor solidário, associações de defesa dos direitos dos doentes, universidades...)
- Monitorização e avaliação do impacto da ação do Serviço Social, designadamente, através da realização de avaliação de resultados dos processos, satisfação dos utentes e satisfação dos outros profissionais de saúde;

- Apoyo a la formación e investigación en Trabajo Social en el ámbito sanitario;
- Trabajo conjunto con la Seguridad Social y otros agentes del sector social, en el debate conjunto de los casos, en la búsqueda de respuestas, en la definición de estrategias de actuación colaborativas y organización de circuitos de intervención más flexibles y personalizados (que reduzca la «huella ecológica» en la salud y los servicios sociales);
- Participación del Trabajo Social en los diferentes programas de salud y en iniciativas desarrolladas para y con la comunidad.

## Consideraciones finales

Como se ha afirmado, se está llevando a cabo una reforma del Servicio Nacional de Salud portugués. La Asociación de Profesionales de Trabajo Social y, también, la Comisión Promotora del Colegio de Trabajadores Sociales, han tenido la oportunidad de participar en la construcción de esta nueva fase de la política sanitaria, teniendo presente que:

- La reforma tiene que servir a la ciudadanía, a su bienestar, y guiarse por compromisos éticos y de justicia social;
- Este proceso tiene que potenciar el ideal cooperativo entre profesionales de diferentes especialidades que se articulan y actúan de forma complementaria e integrada; pero tiene, también, que salvaguardar las competencias técnicas y científicas de cada área profesional y considerarlas en un nivel de igualdad y de responsabilidad por el bien público.

Las expectativas son altas para todos nosotros. Porque, como categoría profesional con compromisos éticos y políticos, nuestro interés y nuestro deber es el bienestar de la ciudadanía, la salvaguarda de sus derechos en lo que se refiere a la atención sanitaria, en estrecho vínculo con la atención social que necesiten.

## BIBLIOGRAFÍA

Amaro, M. I. (2015) *Urgências e Emergências do Serviço Social*. Universidade Católica Editora.

APAH, Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (2022) 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Disponible en <https://apah.pt/noticia/7a-edicao-barometro-de-internamentos-sociais/>.

Chantre, P. & Fazenda, I. (2016). *Determinantes Sociais em Saúde Mental e Serviço Social*. In APSS, *Serviço Social na Saúde Mental*. Lisboa. Sítio do Livro.

- Apoio à formação e investigação em Serviço Social na Saúde;
- Trabalho conjunto com a Segurança social e outros agentes do setor social, na discussão conjunta dos casos, na procura de respostas, na definição de estratégias de atuação colaborativas e organização de circuitos de intervenção mais flexíveis e personalizados (que diminua a “pegada ecológica” na saúde e serviços sociais);
- Participação do Serviço Social nos diferentes programas de saúde e em iniciativas desenvolvidas para e com a comunidade.

## Considerações finais

Como afirmado, está em curso uma reforma do Serviço Nacional de Saúde português. A Associação dos Profissionais de Serviço Social e, também, a Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais, tem tido a oportunidade de participar na construção desta nova fase da política de saúde, tendo presente que:

- A reforma tem de servir o cidadão, o seu bem estar, e orientar-se por compromissos éticos e de justiça social;
- Este processo tem de ser potenciador do ideal cooperativo entre profissionais de diferentes especialidades que se articulam e agem de forma complementar e integrada; mas tem, também, de salvaguardar as competências técnicas e científicas de cada área profissional e considerá-las num patamar de igualdade e de responsabilidade pelo bem público.

A expectativa é elevada para todos nós. Porque, enquanto categoria profissional com compromissos éticos e políticos, o nosso interesse e o nosso dever é o bem-estar do cidadão, a salvaguarda dos seus direitos no que diz respeito aos cuidados de saúde, em estreita ligação com os cuidados sociais de que necessitem.

- DGS, Direção Geral da Saúde (2022) Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Disponible en <https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/>.
- Figueira-McDonough, J. (1993) Policy Practice: The Neglected Side of Social Work Intervention. *Social Work*, Vol. 38, No. 2 (March 1993), pp. 179-188. Oxford University Press
- INE, Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021. Disponible en [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2).
- ISS, IP, Instituto da Segurança Social (2021) Carta Social, Relatório 2021. Disponible en <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2021.pdf/12f65226-8c2a-42ef-b8b3-dad731ecccaf>.
- Lewis, M., Chapin, R.K. e Rand, H. (2020) Strengths Perspective Policy Practice: Conceptual Underpinnings, Development, and Next Steps. In: Mendenhall, A. N., Carney, M. Mohr, editors "Rooted in Strengths: Celebrating the Strengths Perspective in Social Work". University of Kansas Libraries.
- Lister, R. (2007). Social justice: Meanings and politics. *Benefits: The Journal of Poverty and Social Justice*, 15(2), 113-125.
- Lister, R. (2008). Recognition and voice: The challenge for social justice. In G. Craig, T. Burchardt & D. Gordon (Eds.), *Social justice and public policy* (pp. 105-122). Bristol. The Policy Press.
- Remington, P. L., 1, Catlin, B. B., Gennuso, K. P. (2015) *The County Health Rankings: rationale and methods-*
- Saleebey, D. (1996). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. New York. Longman.