



CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE TRABAJO SOCIAL

ISSN 2244-808X
DL pp 201002Z43506

PERSPECTIVA INTERACCIÓN Y

Revista de Trabajo Social

Vol. 16 No. 2
Mayo - Agosto
2026

Universidad del Zulia

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Centro de Investigaciones en Trabajo Social

INTERACCIÓN Y PERSPECTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Revista de Trabajo Social

ISSN 2244-808X ~ Dep. Legal pp 201002Z43506

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19242373>

Vol. 16 (2): 395 - 407 pp, 2026

La acción del trabajador social en el sector salud

José Gregorio Ibarra Orellanes

Profesor de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. Trabajador Social del Hospital General Dr. José Ignacio Baldó. Caracas, Venezuela.
E-mail: ibarraorellanes@gmail.com; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3896-5903>

Resumen. Este artículo parte de la revisión bibliográfica especializada en el tema y tiene como objetivo principal realizar una reconstrucción histórica y conceptual de la intervención del trabajador social en el sector salud en Venezuela. Para ello, se describen los elementos constituyentes esenciales para comprender la dinámica social inherente a la acción profesional, a través de un esquema presentado por Alayón (2008). Igualmente se establece una diferenciación conceptual precisa entre asistencialismo, asistencia social e intervención social, con el propósito de definir el quehacer específico del trabajador social en el sector salud. En este contexto, se aborda la relación entre políticas sociales y el concepto de calidad de vida y su aplicación en el sector salud. Se emplea la perspectiva de Amartya Sen (citado por Rivero, 2020), quien concibe la calidad de vida como la capacidad del individuo para escoger el modelo de vida valorado, definida por el conjunto de oportunidades de elección, o lo que denominamos la libertad real y el bienestar. Se concluye que el mayor desafío y responsabilidad del profesional actual es superar el modelo asistencialista tradicional para posicionarse como un actor estratégico capaz de promover el capital social, influir en la política social y abordar la salud desde el enfoque salutogénico y de promoción de la salud. Esto debe impulsar el desarrollo de los usuarios y comunidades y, simultáneamente, generar políticas sociales orientadas a una estrategia de desarrollo auto-sostenible, participativas y equitativas dirigidas a la población.

Palabras clave: trabajo social, calidad de vida, capital social, acción social, política social.

The role of the social worker in the health sector

Abstract. This article is based on a review of specialized literature on the topic and aims to reconstruct the historical and conceptual role of social workers in the health sector in Venezuela. To this end, it describes the essential elements for understanding the social dynamics inherent in professional practice, using a framework presented by Alayón (2008). It also establishes a precise conceptual distinction between welfare, social assistance, and social intervention, in order to define the specific role of social workers in the health sector. In this context, the relationship between social policies and the concept of quality of life, and its application in the health sector, is addressed. The perspective of Amartya Sen (Nobel Prize in Economics 1998) is used, who conceives of quality of life as the individual's capacity to choose their valued lifestyle, defined by the set of opportunities for choice, or what we call real freedom and well-being. It is concluded that the greatest challenge and responsibility for today's professionals is to move beyond the traditional caregiving model and position themselves as strategic actors capable of promoting social capital, influencing social policy, and addressing health from a salutogenic and health promotion perspective. This should foster the development of users and communities and, simultaneously, generate social policies geared toward a self-sustaining, participatory, and equitable development strategy aimed at the population.

Keywords: social work, quality of life, social capital, social action, social policy.

EL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD... UN POCO DE HISTORIA

Es importante comenzar citando a Ander-Egg (2004) quien afirma que el sector salud es **“uno de los campos de mayor y más antigua implantación del trabajo social”** (130) y **“en América Latina es el área que ocupa el mayor número de trabajadores sociales.”** (9)

Según Martínez (1977), entre 1910 y 1920 se observan en el país desastrosas condiciones higiénico-sanitarias, insalubridad, hacinamiento y promiscuidad, agudos estado de hambre y desnutrición, enfermedades endémicas, mortalidad infantil (38% del total de las defunciones), entre otros. El paludismo, tuberculosis, enfermedades infectocontagiosas y de primera infancia son las que determinan las principales causas de muertes del país.

En Venezuela con la muerte de Gómez -17 de diciembre de 1935- los cambios se comenzaban a dar y en el plano asistencial, como lo denomina Barrantes (2004), **“... se esperaba poder corregir las desigualdades sociales y erradicar las enfermedades, epidemias y flagelos sociales de manera realista”**.

Tras el deceso de Juan Vicente Gómez el 17 de diciembre de 1935, el Gabinete Ministerial y el Gobierno del Distrito Federal designaron al General Eleazar López Contreras, entonces Ministro de Guerra y Marina, para asumir la titularidad del Poder Ejecutivo por el resto del periodo constitucional. Según sostiene García Delgado (2022), la gestión de López Contreras estuvo marcada por un esfuerzo deliberado de institucionalización estatal, orientado a la transición del país hacia un sistema democrático.

De acuerdo con García Delgado (2022), el documento analizado es el resultado de un diagnóstico integral de la situación nacional de la época. Integrado en la planificación gubernamental bajo el nombre de “El Programa de febrero de 1936”, este proyecto se articula en torno a ocho dimensiones estratégicas, destacando entre sus prioridades las políticas de higiene pública y asistencia social.

Por este plan, el nuevo gobierno se comprometió a modernizar el sistema de salud para combatir las enfermedades tropicales como la anquilostomiasis, el paludismo y la tripanosomiasis, la tuberculosis y enfermedades venéreas. Se propuso la creación de instituciones de higiene y salud, administración sanitaria e instituciones de beneficencia y previsión social. También se planteó la creación de un Seguro Social con funciones limitadas al ahorro y al seguro contra desalijos, invalidez y vejez. (García Delgado, 2022: 155)

Para el año 1938 se profundizan las políticas de salubridad pública y se apertura una serie de oficinas de servicio social en las diversas dependencias del Estado posgomecista, donde se cristalizaron la labor caritativa de mujeres, algunas de ellas católicas.

En la década de los 40 y debido a los estragos que causaba la Tuberculosis, el Dr. José Ignacio Baldó (...) gestiona la llegada (...) desde Puerto Rico de la Sra. Celestina Zalduondo, quien junto a (...) Luisa Amalia Vegas y Lola Morales, dan inicio de manera empírica a una labor que consistía en ofrecer asistencia y apoyo socioeconómico y afectivo a los pacientes, víctimas de la enfermedad. (Sandoval, 2000)

Todo esto respondía a la inquietud imperante en el Dr. Baldó acerca de la atención integral que debía dársele al paciente. Como lo expresa la profesora Ruiz de Mateo (2002) era un **“grupo de mujeres que participaron como voluntarias en la campaña antituberculosa en 1936”** convirtiéndose en la semilla del trabajo social en Venezuela, luego de la muerte de Juan Vicente Gómez, en el marco de un movimiento social para mejorar las condiciones de vida de la población.

Cabe destacar que lo que comenzó como la Escuela de Enfermeras Visitadoras con el tiempo sufre transformaciones convirtiéndose en Servicio Social, siendo la primera oficina creada en el Sanatorio “Simón Bolívar”, hoy Departamento Médico Quirúrgico “Simón Bolívar”, perteneciente al Hospital General Dr. José Ignacio Baldó, encaminándose a la profesionalización de técnicos y universitarios en Trabajo Social.

En el escenario antes esbozado, surgió el servicio/asistencia/visitaduría social en tanto oficio auxiliar novedoso y políticamente necesario en Venezuela. Esto por cuanto el estado de salud pública requería un personal que realizara en los propios hogares, una acción socioterapéutica y educativa con las familias infectadas e hiciera efectiva -al igual que los hacían las enfermeras visitadoras, cuyas funciones se confundían con las de las servidoras sociales- las prescripciones médicas y la profilaxis que condujeron a la erradicación definitiva de aquella enfermedad. (Barrantes, 2004)

De acuerdo con Martínez (1977), el Trabajo Social en Venezuela surge como una respuesta de protección y justicia social ante la urgencia de mejorar las condiciones sanitarias de las clases más vulnerables, cuyas capacidades se veían mermadas por las enfermedades de la época.

El trabajo social en el área de la salud

Primeramente, es importante comprender la salud desde todas sus dimensiones, definida ésta por Sánchez (2003), como salud holística, enfoque que vislumbra las dimensiones: física, mental, social, emocional y espiritual que de manera interdependiente e integrada conforman el ser humano, el cual funciona en perfecta armonía con relación al mundo que lo rodea. Las características que posee son las siguientes:

- 1) Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- 2) El ser humano se desempeña como una unidad integral.
- 3) No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- 4) Su filosofía /propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Esta visión del concepto de salud de Sánchez puede fortalecerse desde la salutogénesis, desarrollada por Antonovsky (citado por Mittelmarmark y Bauer, 2022), en la década de 1970, como un enfoque de la salud que estudia cómo las personas se mantienen saludables a pesar de las situaciones adversas en lugar de centrarse en la enfermedad (patogénesis).

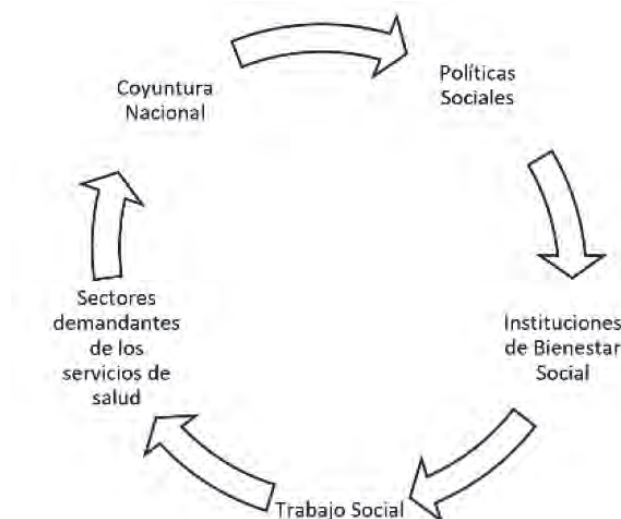
Otro concepto a estudiar en este apartado es el del sector salud, definido por Tulio (como se citó en Cesilini et al., 2007), como **“El conjunto de recursos humanos, materiales y económicos que la sociedad destina principalmente a la atención de sus enfermedades y a la prevención de las mismas, con énfasis en el bienestar y calidad de vida”** (38). En opinión de Cesilini et al. (2007) el sector salud debe ser considerado como un sistema complejo, interrelacionado e influenciado por el medio, con recursos económicos y financieros limitados, convirtiéndose en un sistema que requiere políticas claras que coloquen a la persona como centro del accionar sanitario.

Citando a Ander-Egg (2004) el trabajador social en el sector salud tiene la tarea de ser capaz de entender **“la dimensión social de los problemas de salud”** (130), debe estudiar las relaciones existentes entre la salud y los factores que intervienen en ella.

Para que esto sea así, el trabajador social, inserto en las instituciones de salud, debe comprender la dinámica que se da en el quehacer profesional y los elementos constituyentes de ésta y su vinculación con la salud. En opinión de Alayón (2008: 36) los elementos que debemos tomar en cuenta en esta dinámica son **“Coyuntura nacional, políticas sociales, instituciones de bienestar social, trabajo social y sectores de la población con los cuales trabaja.”**, esta última será denominada en este artículo sectores demandantes de los servicios de salud.

El identificar esto cinco elementos permitirán reconocer la dimensión social de los problemas de salud y su ubicación en los procesos económicos y políticos vigentes, pero además permitirá al trabajador social establecer una postura profesional ante los desafíos que de esta dimensión de la salud se desprendan.

Elementos que intervienen en el quehacer profesional del trabajador social.



Fuente: Alayón, N. 2008. Título del autor.

Políticas sociales

Al referirnos a la política social, en términos generales, puede definirse como:

Un conjunto de acciones que, como parte de las políticas públicas, tiene el propósito de mejorar la calidad de vida mediante la prestación de una serie de servicios que procuran atender las necesidades básicas de todos los ciudadanos, asegurando unos mínimos de renta, alimentación, salud, educación y vivienda. (Ander-Egg, 2004: 70)

Mejorar la calidad de vida, según Ander-Egg (2004) responde a dos razones:

- 1) Porque el objetivo estratégico es crear condiciones para la realización personal y comunitaria.
- 2) Porque debe influir la dimensión ecológica, es decir, garantizar la salud de los ecosistemas, prevenir la contaminación.

De igual manera D'Elia (2005), define la política social **“como un conjunto de instrumentos a disposición del Estado para orientar sus acciones”** (19) en un contexto histórico determinado.

Para Krmpotic (1999), **“una política social debería ofrecer un determinado nivel de disponibilidad de actuación en lugar de ordenar una secuencia de utilización de recursos, servicios e insumos.”** (124). Esta disponibilidad de actuación permitirá que el potencial beneficiario determine el camino a seguir entre un conjunto de trayectorias posibles, **“cuantas más alternativas se ofrezcan mejor será en función del desarrollo de sus capacidades; cuanto más restringida sea el tipo de respuesta, se tratará de una acción solo compensadora de una determinada carencia.”** (Krmpotic, 1999: 124)

Con respecto a la política social, estos tres autores convergen en lo siguiente:

- 1) La Política Social es un mecanismo o instrumento de acción del Estado.
- 2) El objetivo es la intervención para generar un cambio positivo en la sociedad.
- 3) El Estado es el actor central que diseña e implementa la política.
- 4) Busca el bienestar del ciudadano y el desarrollo de sus potencialidades.

Siendo la finalidad principal de la política social generar un cambio positivo en la población, Amartya Sen (citado por Rivero, 2020) define la calidad de vida, como la capacidad que tiene el individuo para escoger el modelo de vida valorado. Y viene dado por el conjunto de oportunidades de elección, lo que llamaremos, la libertad real y el bienestar.

La política social desde este punto de vista, nos permite generar calidad de vida, según Solomon (1980) en un estudio para la UNESCO (citado por González y Sánchez Tovar 2006:23) la calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida, debido a que comprende tanto la satisfacción material de las necesidades como los aspectos relacionados con el desarrollo personal, la autorrealización y un ecosistema equilibrado.

Al relacionar calidad de vida, salud y políticas sociales, podemos decir que es el conjunto de características que definen el bienestar de una persona en un momento dado, abarcando ámbitos físicos, psicológicos y sociales del individuo. La calidad de vida en el sector salud debe relacionarse más con la percepción que la gente tiene de su propio modo de vida, sus deseos y expectativas, su propia vivencia en función de modificar conductas que generen bienestar.

En este ámbito, el Estado debe aplicar programas sociales dirigidos al sector salud con la visión del otro (el demandante). Para Cohen y Martínez (s/f), estos programas son **“un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos, que pueden diferenciarse por trabajar con poblaciones diferentes y/o utilizar distintas estrategias de intervención”** enmarcándose en una política, de la que constituyen su traducción operacional, vía la asignación de recursos que permiten su implementación.

De allí que la función social del Estado se traduce en la definición y ejecución de la política social para garantizar como dice Méndez Cegarra (1992), un proceso armónico y equilibrado de desarrollo social en el que las relaciones de la economía y el bienestar respondan a principios de solidaridad y justicia social.

Rojas de Duarte (2005) sostiene que, bajo una concepción integral de la política social, el trabajador social debe asumir un rol proactivo en las esferas de alta decisión. Esta participación es fundamental para supervisar la función social del Estado, garantizando que los sectores más vulnerables accedan a condiciones dignas de salud, vivienda y educación mediante políticas redistributivas y una gestión eficiente de los servicios públicos.

Instituciones de bienestar social

Las instituciones de bienestar social en el sector salud pueden ser definidas como organizaciones públicas o privadas que prestan servicios de salud (incluyendo los servicios sociales) o que promueven algún tipo de acción social en el área de la salud, se debe hacer énfasis en los enfoques de promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades.

De este modo, el profesional de Trabajo Social en estas instituciones interviene en una realidad específica vinculada a individuos, familias y comunidades, cuyas dinámicas están intrínsecamente ligadas al proceso salud-enfermedad. No obstante, resulta fundamental precisar tres conceptos clave que delimitan tanto el ejercicio profesional como la acción institucional en contextos específicos:

- a) Asistencialismo, según Ander-Egg (2004), son respuestas inmediatas a situaciones carenciales para reparar, corregir y/o compensar los males que se derivan de los problemas sociales.

Según Alayón (2008), la esencia del asistencialismo como acción social siempre ha sido la misma (al margen de la voluntad de los agentes intervinientes): dar algo de alivio para relativizar y mitigar el conflicto.

- a) Asistencia social, para Alayón (2008), la asistencia social ha estado ligada históricamente a la problemática de la pobreza, la cual pertenece (la pobreza) al campo de la economía. Y es ahí donde entra en juego la asistencia social, la cual opera como instrumento mediador entre la economía y los efectos y resultados del modelo económico que esté en vigencia. Esta asistencia puede ser transitoria o permanente.
- b) Intervención social, puede ser definida según Ander-Egg (2004), como el conjunto de actividades sistemáticas y organizadas, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado.

La intervención social, en opinión de Cesilini et al. (2007), está inmersa en la dinámica institucional, la cual requiere del cumplimiento de funciones que pueden o no estar contempladas en la metodología específica del Trabajo Social. Es ahí donde el trabajador social tiene la posibilidad de favorecer espacios donde los sujetos puedan pensar y pensarse como sujetos de derechos y deberes y puedan ejercerlos.

En palabras de Alayón (2008) “... **el trabajador social que dirige su acción a los sectores populares (...) debe fortalecer la práctica asistencial, como eje articulador de un proceso de promoción y educación social.**” (39).

En este sentido, desde el enfoque de intervención social, es necesario comprender que no se busca simplemente mitigar un síntoma, sino abordar las causas estructurales que generan la vulnerabilidad. Para romper la relación de dependencia propia del asistencialismo, la intervención opera bajo tres ejes fundamentales: 1) el sujeto visto como protagonista, no como objeto, 2) fortalecimiento de capacidades, en otras palabras, empoderar a las personas a través de la educación para la salud y en otros ámbitos de la vida necesarios para la autogestión, y 3) priorizar la planificación de las acciones.

Sectores demandantes de los servicios de salud

Los sectores populares son los principales demandantes y necesitados, más no los únicos, de los servicios de salud, de los programas y de las políticas sociales, generándose una lucha implícita para conseguir reivindicaciones crecientes que den respuestas a sus necesidades. Es a partir de las demandas que se orientan los procesos para poner en marcha las políticas sociales y medir su impacto en la población.

Toda aplicación de políticas sociales debería generar en todo caso capital social, la definición adoptada por la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD, siglas en inglés) se refiere al “conjunto de redes con valores, normas y entendimientos compartidos que facilitan la cooperación en los grupos y entre los grupos sociales.” (Moreno León, 2004: 64). Entonces, el capital social es un recurso o activo colectivo y no individual.

El capital social contribuye a fortalecer a los actores y redes sociales, por tanto, facilita un sistema transparente y eficiente en la gestión pública en todos los niveles de gobierno, y hace más eficiente la lucha contra la pobreza y la exclusión social, ya que en el nuevo enfoque de las políticas sociales los pobres dejan de verse como un problema para convertirse en actores protagónicos en la búsqueda de un mejor destino.

Entonces, la misión de las instituciones de salud debería ser facilitar la formación del capital social que permita el desarrollo de sus usuarios y estos a su vez participen en la formulación de las políticas sociales dirigidas al sector salud con miras de lograr una estrategia de desarrollo auto-sostenible, participativo y equilibrado.

Para esto, se debe tener en cuenta lo dicho por González et al (2008):

La realidad ha demostrado que la perspectiva económica sola no da respuesta a los problemas globales del desarrollo, el crecimiento no es suficiente para mejorar las condiciones de pobreza y bienestar de los pueblos. Para que el crecimiento se revierta en bienestar colectivo, es necesario integrar la dimensión de desarrollo social, vista desde la temática central del ‘capital humano y social’. Se considera que mejorando el perfil de la población se fortalece el tejido social básico que impulsa de manera intangible el crecimiento y desarrollo de los países. (10)

Coyuntura nacional

El desafío en este punto para el trabajador social es no ser un simple ejecutor de las políticas sociales, sino diseñarlas, y más allá, llegar a dirigirlas.

El trabajador social tiene la obligación de analizar la viabilidad de las políticas sociales y evaluar si realmente llegan a la población para la cual fueron diseñadas. Al estudiar las políticas sociales en la coyuntura nacional, es importante hacernos las siguientes preguntas ¿Qué es la pobreza? ¿realmente se puede erradicar? La pobreza según la Fundación Escuela de Gerencia Social (2006) se puede asociar a la idea de carencias y de privaciones de las condiciones de vida más fundamentales.

Es así como la pobreza actúa como un poderoso determinante social de la salud, se ubica en el determinante medio ambiente, ámbito social. Las personas en situación de vulnerabilidad enfrentan:

- Mayor riesgo de enfermedad: debido a condiciones de vida precarias (estados de las viviendas, tipo de nutrición, saneamiento).
- Dificultad de acceso a servicios sanitarios: barreras económicas, geográficas o culturales.
- Peores resultados de salud: mayor mortalidad y morbilidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que, para mejorar la salud de la población, es esencial abordar los determinantes sociales que resultan de una “nefasta combinación” de malas políticas y desigual distribución de recursos.

De ahí que los trabajadores sociales del sector salud deben plantearse desde las instituciones de salud programas que tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- Promoción, inclusión social y ampliación de oportunidades y desarrollo de capacidades de las personas.
- Reforzamiento de las políticas que garanticen un hábitat adecuado, en especial los ubicados en asentamientos urbanos pobres, óptimos y frecuentes servicios básicos (agua, saneamiento, así como vías de acceso en buen estado e Internet, visto como un derecho humano fundamental).
- Sistemas de salud de calidad, evaluar los ya existentes, antiguos y nuevos, acercar los servicios a las comunidades, el trato que se le brinda a la población.
- Acción intersectorial, la salud no se logra solo con servicios médicos, sino con la coordinación de políticas en educación, vivienda y trabajo decente.

Trabajo Social

Ante lo expuesto, llegamos al trabajo social como elemento integrador de la dinámica del quehacer profesional en el sector salud. Para García Salord (1998), la especificidad del trabajo social radica en intervenir en los efectos que tienen las contradicciones estructurales de la sociedad en las condiciones de vida de los más necesitados, estableciendo vínculos entre los recursos y satisfactores, y las necesidades y las carencias involucradas en cada intervención.

Toda la intervención profesional se fundamenta en la acción social, la cual se define como el conjunto de actividades y procedimientos que el trabajador social ejecuta —sean estos de índole profesional, gerencial u operativa—, con el propósito explícito de influir en las condiciones sociales. Esta acción se dirige a personas, grupos o comunidades para abordar y modificar las circunstancias adversas que resultan de la insatisfacción de necesidades básicas.

Competencias que debe desarrollar el trabajador social en su ejercicio profesional en el sector salud

En este apartado se definen en tres grandes áreas las competencias del trabajador social en el sector salud:

1) Intervención directa y asistencia socio sanitaria:

En los niveles micro y meso, el trabajador social despliega competencias centradas en la atención directa al usuario y la articulación con el equipo multidisciplinario. Su labor comienza con la elaboración de un diagnóstico social integral que, plasmado en el informe social, permite identificar los determinantes sociales, económicos y ambientales que condicionan el proceso salud-enfermedad. Esta visión holística facilita una colaboración efectiva con profesionales de medicina, enfermería y psicología, entre otros, aportando una perspectiva social indispensable para el tratamiento integral. Asimismo, el profesional está facultado para la intervención familiar en situaciones de crisis y el acompañamiento en diagnósticos complejos, diseñando planes de

alta hospitalaria que garantizan la continuidad de cuidados mediante la movilización de redes de apoyo y la coordinación estratégica de recursos comunitarios.

2) Gestión institucional, políticas públicas y mediación:

En el nivel macro, el ejercicio profesional exige competencias de gestión y análisis estructural para optimizar la organización de los servicios de salud. El trabajador social interviene activamente en la formulación y evaluación de políticas públicas, promoviendo principios de equidad y acceso universal al sistema de salud. Su capacidad técnica le permite dirigir y coordinar departamentos de Trabajo Social, normalizando la práctica asistencial a través de la creación de manuales y protocolos de procedimiento. Además, actúa como un puente crítico entre la institución y la ciudadanía, ejerciendo la asesoría sobre los derechos fundamentales y los deberes de los usuarios, al tiempo que consolida redes intersectoriales que fortalecen el tejido social y aseguran la protección de los grupos más vulnerables.

3) Docencia, investigación y ética profesional:

El desarrollo continuo y la calidad asistencial se sustentan en competencias de investigación y formación académica. El profesional de Trabajo Social lidera estudios científicos para identificar factores de riesgo que afecten a la población, integrando evidencia actualizada que mejore las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esta labor docente se extiende a la creación de espacios de capacitación para el personal de salud y grupos de apoyo para la comunidad.

Finalmente, el ejercicio profesional se rige por un sólido marco ético y bioético, donde la confidencialidad, la resiliencia y el respeto a la autonomía del paciente son transversales. El trabajador social demuestra una actitud reflexiva para enfrentar dilemas bioéticos y obstáculos del entorno institucional, manteniendo siempre el compromiso con el potencial humano y los valores fundamentales de justicia social.

Desafíos para el trabajador social del sector salud:

1) Reconfiguración y práctica profesional crítica

El primer desafío fundamental radica en la superación del paradigma asistencialista, transitando hacia una práctica que reivindique lo social como la especificidad y esencia del Trabajo Social en salud. Esto implica comprender que la intervención no debe centrarse en lo médico, sino en la estructura social, evitando fragmentar las problemáticas individuales de su origen estructural común. Para ello, es imperativo reactivar la investigación social en el campo sanitario, permitiendo el diseño de políticas sociales fundamentadas basadas en los determinantes sociales de la salud. Asimismo, el profesional debe formular proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de los usuarios, garantizando la creación de comunidades sanas bajo los lineamientos de la Carta de Ottawa, promoviendo espacios de atención más humanos, justos y equitativos.

2) Acción comunitaria y promoción de la ciudadanía

Un segundo eje se centra en la transformación del rol del usuario, pasando de un receptor pasivo a un sujeto pleno de derechos-deberes y protagonista de su propia salud. El trabajador social debe actuar como un promotor de ciudadanía y un movilizador del talento humano, identificando potencialidades para la resolución de problemas colectivos (recursos generales de resis-

tencia, según la salutogénesis). Esto conlleva el fortalecimiento de la organización de grupos de usuarios y la creación de comités de salud comunitarios que fomenten la participación en la toma de decisiones. Bajo una visión integral de la persona, el profesional ejerce como educador social informal, facilitando que el individuo y su grupo familiar desarrollen capacidades para afrontar sus necesidades de salud de manera autónoma y organizada.

3) Intervención en red y salud pública

Finalmente, el Trabajo Social enfrenta el reto de integrarse estratégicamente en equipos multidisciplinarios de educación sanitaria y salud pública, especialmente en la atención primaria. Su labor es crucial en la prevención y atención de problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que impactan la salud colectiva. Esta gestión incluye la compleja tarea de la reinserción social de pacientes tras hospitalizaciones prolongadas, buscando mitigar la ruptura con su vida cotidiana. Para potenciar este impacto, el profesional debe articular redes de apoyo que involucren tanto al voluntariado como al sector privado mediante la responsabilidad social empresarial, optimizando así los niveles de atención y los recursos disponibles para la población.

CONCLUSIONES

El trabajo social en el sector salud es un campo de acción fundamental y de larga tradición, especialmente relevante en América Latina. La práctica se articula en torno a la comprensión holística de la salud y la atención de las complejas dinámicas sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad.

En Venezuela la disciplina se gestó antes de la época post-gomecista, impulsada por la necesidad de abordar las desigualdades sociales y erradicar epidemias como la tuberculosis; médicos como José Ignacio Baldó se preocuparon de la situación y es así como a partir de convenios internacionales trae al país a la trabajadora social puertorriqueña Celestina Zalduondo para que formara a los futuros trabajadores sociales; figuras venezolanas como Luisa Amalia Vegas y Lola Morales, fueron pioneras en la asistencia y apoyo socioeconómico a pacientes, sentando las bases para su posterior profesionalización.

Desde una visión amplia, es recomendable que los trabajadores sociales del sector salud adopten una perspectiva de salud holística (física, mental, social, emocional y espiritual) vinculada con el enfoque de la salutogénesis, desarrollada por Antonovsky, que se centra en cómo las personas se mantienen saludables a pesar de las adversidades, en lugar de solo en la enfermedad.

En este orden de ideas, el trabajador social debe comprender la dinámica profesional y su vinculación con la salud a través de cinco elementos clave que nos presenta Alayón: la Coyuntura Nacional, las Políticas Sociales, las Instituciones de Bienestar Social, el Trabajo Social y los Sectores Demandantes de los servicios.

De igual manera, la pobreza es identificada como un poderoso determinante social de la salud, pues la vulnerabilidad conlleva mayor riesgo de enfermedad, dificultad de acceso a servicios y peores resultados sanitarios. Abordar la salud requiere, por ende, atender estos determinantes sociales.

La política social es definida como un instrumento del Estado para generar un cambio positivo, buscando el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las potencialidades ciudadanas, más allá de ser una mera acción compensadora de carencias.

La aplicación de políticas y programas sociales debe ir dirigida a generar Capital Social (redes y cooperación), facilitando que los usuarios se conviertan en actores protagónicos en la formulación de políticas y en la búsqueda de un desarrollo sostenible y participativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alayón, N. (2008). *Asistencia o asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?* (4.^a ed.). Lumen Humanitas.
- Ander-Egg, E. (2004). *Léxico del Trabajo Social y los Servicios Sociales*. Lumen Humanitas.
- Barrantes, A. C. (2004). El Trabajo Social en Venezuela. Una mirada histórico social. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, (16).
- Castillo Charfolet, A. y Abad González, G. (1993). Las funciones del trabajador social en los equipos de Atención Primaria del INSALUD. *Cuadernos de Trabajo Social*, (4-5).
- Cohen, E. y Martínez, R. (s. f.). *Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales*. División de Desarrollo Social-CEPAL.
- D'Elia, Y. (2005). *Las políticas sociales desde el enfoque de promoción de la calidad de vida*. GTZ.
- Fundación Escuela de Gerencia Social. (1997). *Programas sociales del Ministerio de la Familia y sus organismos adscritos según red de atención* (Serie Cuadernos Técnicos 13).
- Fundación Escuela de Gerencia Social. (2006). *La pobreza en Venezuela*.
- García Delgado, J. C. (2022). El Programa de Febrero. *CLÍO: Revista de Ciencias Humanas y Pensamiento Crítico*, 2(4), 151–159.
- García Salord, S. (1998). *Especificidad y rol en Trabajo Social*. Lumen Humanitas.
- González, J. y Sánchez Tovar, L. (2006). *Estilos de vida y participación comunitaria. La calidad de vida como finalidad*. Instituto de Altos Estudios Superiores Dr. Arnoldo Gabaldón.
- González, W., Muñoz, N., Naranjo, C. y Nahr, E. (2008). Abordaje social de la malnutrición. En *Salud e intervención en lo social* (Cuadernos de Margen). Espacio.
- Krmpotic, C. (1999). *El concepto de necesidad y políticas de bienestar. Una lectura comparada de Heller, Sen y el GPID*. Espacio.
- Martínez, M. (1977). *Misión histórica del trabajo social en Venezuela, estudio integral de una profesión*. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la UCV.
- Méndez Cegarra, A. (1992). *Estado, política social y trabajo social en la Venezuela actual*. UCV-FACES.
- Mittelmark, M. B. (2022). Salutogenesis: From its origins to the present. En M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sradkova, G. A. Lindström y M. Eriksen (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (2.^a ed., pp. 7–16). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_1
- Moreno León, J. (2004). *El capital social: Nueva visión del desarrollo*. Universidad Metropolitana/CEL/Editorial Texto.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. (Nota: Se recomienda incluir la institución autora).

- Rivero, C. (2000). Calidad de vida: el enfoque de Amartya Sen y sus exclusiones. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*, 9(19).
- Rojas de Duarte, M. (2005). El trabajo social desde la perspectiva gerencial. *Revista Pensamiento y Acción Social*, (1), 39-50.
- Ruiz de Mateo, L. (2002). Sesenta años del Trabajo Social en Venezuela. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 8(1).
- Sánchez, G. M. (2003). *El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid].
- Sandoval, Y. (2000). El Trabajo Social en el hospital. *Boletín Informativo El Algodonal*, 3(20).