

CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES SANITARIAS EN GALICIA: IMPACTO DEL SAAD EN EL ÁREA SANITARIA DE CORUÑA Y CEE

WORKING CONDITIONS OF HEALTH SOCIAL WORKERS IN GALICIA: IMPACT OF THE SYSTEM FOR AUTONOMY AND DEPENDENCY CARE IN THE HEALTH AREA OF A CORUÑA AND CEE

Andrea Moreno-Rodríguez

Doctoranda por la Universidade de Vigo, Área de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Rubén González-Rodríguez

Universidade de Vigo, Grupo de Estudios en Trabajo Social: Investigación y Transferencia (GETS-IT),

Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVigo.

Breogán Riobóo-Lois

Universidad de Alicante, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales

Resumen: Este estudio se centra en las trabajadoras sociales del área sanitaria de A Coruña y Cee, área con mayor presencia de profesionales en este ámbito. El objetivo principal es analizar sus condiciones laborales y el impacto de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Se utilizó una metodología cuantitativa mediante un cuestionario con preguntas cerradas, de escala Likert y de respuesta breve, complementado con un análisis previo de datos. La muestra, compuesta mayoritariamente por mujeres (90 %) de entre 27 y 65 años, permitió identificar carencias en las condiciones laborales. Los resultados revelan una sobrecarga de trabajo y la necesidad de mejoras estructurales. Además, se constata que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ha influido significativamente en las funciones del Trabajo Social sanitario.

Palabras Clave: : Trabajo Social; *burnout*; condiciones laborales; burocratización; Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Abstract: This study focuses on female social workers in the healthcare sector of A Coruña and Cee, the area with the largest number of professionals in this field. The main objective is to analyze their working conditions and the impact of the implementation of the System for Autonomy and Care for Dependency. A quantitative methodology was employed, utilising a questionnaire with closed-ended, Likert-scale, and short-answer questions, complemented by preliminary data analysis. The sample, composed predominantly of women (90 %) between the ages of 27 and 65, identified shortcomings in working conditions. The results reveal work overload and the need for structural improvements. Furthermore, it is noted that the System for Autonomy and Care for Dependency has significantly influenced the functions of healthcare social work.

Keywords: Social Work; *burnout*; labor conditions; bureaucratization; System for Autonomy and Dependency Care.

Referencia normalizada: Moreno-Rodríguez, A., González-Rodríguez, R. y Riobóo-Lois, B. (2025) Condiciones laborales de las trabajadoras sociales sanitarias en Galicia: Impacto del SAAD en el área sanitaria de Coruña y Cee. *Trabajo Social Hoy* 104(1), 1-15. Doi: 10.12960/TSH.2025.0013

Correspondencia: Breogán Riobóo-Lois. Email: arioboo@uvigo.gal | alexo.rioboo@ua.es

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que el Trabajo Social es una profesión y una disciplina clave en la atención a personas y comunidades que se encuentran en situación de vulnerabilidad, las propias profesionales se enfrentan a múltiples retos estructurales y organizativos que afectan tanto a su práctica como a su bienestar. Sin embargo, aun habiendo un mayor interés por la situación laboral de las profesionales, aún existen lagunas en la comprensión de fenómenos como el del *burnout* o síndrome del trabajador quemado. Por este motivo, la presente investigación busca visibilizar la situación de las trabajadoras sociales en el ámbito sanitario, para lo que se prestará atención a lo ocurrido en el área sanitaria de A Coruña y Cee. Esta área sanitaria, concentra el mayor número de trabajadoras sociales en la Comunidad Autónoma de Galicia (SERGAS, 2022a).

En el marco del Estado del bienestar, las condiciones laborales de las trabajadoras sociales del sistema público están influenciadas por transformaciones normativas y socioeconómicas, así como, por decisiones políticas. Un ejemplo significativo es la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que ha generado una importante sobrecarga de trabajo sin implementar mejoras o medidas de respuesta en cuanto a recursos o reconocimiento profesional (Fidalgo, 2018). A partir de la experiencia profesional, se han podido identificar disfunciones como, por ejemplo, la saturación de tareas vinculadas a la atención de las situaciones de dependencia, la invisibilización del rol del Trabajo Social sanitario, o la escasez de recursos que dificultan una intervención eficaz, entre otras.

Así pues, para analizar la situación es conveniente echar la vista atrás momentáneamente. El Trabajo Social se consolidó como disciplina a finales del siglo XIX, caracterizándose por su capacidad de adaptación frente a contextos de exclusión y vulnerabilidad (Verde-Diego *et al.*, 2021). En España, sus principales ámbitos de intervención se articulan en el marco del Estado del bienestar, especialmente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en el Sistema de Servicios Sociales (Gallo, 2022). En ambos, las trabajadoras sociales desempeñan funciones de acompañamiento, apoyo, derivación y articulación de recursos.

La atención primaria se configura como la puerta de entrada tanto al sistema sanitario como al de servicios sociales. Sin embargo, en cuanto a distribución profesional, el 74 % de las trabajadoras sociales se concentran en los servicios sociales, y tan solo el 18 % en el ámbito sanitario (Vicente *et al.*, 2022). El SNS, estructurado en torno a la atención primaria y la atención especializada (Colom, 2022), integra el Trabajo Social como parte de su prestación integral desde la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y lo legitima dentro de su Catálogo de Prestaciones y la Cartera de Servicios establecidos por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (Ministerio de Sanidad, 2020).

Al ser España un país descentralizado que cuenta con 17 Comunidades Autónomas, estas tienen transferidas las competencias en materia de sanidad, por lo que el Estado cuenta con 17 servicios autonómicos de salud. Para el caso gallego, contexto de análisis de esta investigación, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) identifica tres ejes fundamentales de actuación para el Trabajo Social sanitario: la atención directa e indirecta, la intervención comunitaria, y la planificación, gestión y docencia (SERGAS, 2021). No obstante, el reconocimiento profesional de estas funciones ha sido históricamente desigual. Mientras que el Trabajo Social sanitario tiene su origen en los Estados Unidos a inicios del siglo XX (Saavedra, 2016), en España su

profesionalización no se consolida hasta 1960, con el reconocimiento del rol profesional en el Hospital de Asturias (Plaza, 2021).

Actualmente, el Trabajo Social sanitario ofrece apoyo continuado en situaciones de salud complejas, actuando como coordinador de casos en atención primaria (Abreu, 2009) y como facilitador del alta en hospitalización. Concretando aún más nuestro ámbito objeto de estudio, en el área sanitaria de A Coruña y Cee, en 2022, se registraron más de 50.000 intervenciones, orientadas al empoderamiento del paciente, la gestión de recursos (servicio de ayuda en el hogar, centros residenciales, etc.) y la coordinación interinstitucional (SERGAS, 2022a). Asimismo, la población mayormente atendida estuvo constituida por personas mayores de 74 años con fragilidad o complejidad sociosanitaria (SERGAS, 2022b), lo que exige una coordinación estrecha con otros sistemas de protección, especialmente el SAAD.

En este sentido, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LEPA, para enfatizar en la promoción de la autonomía), posibilitó la emergencia del SAAD como un eje central de la acción profesional. Además, sentó las bases de un nuevo sistema estatal de protección social que, aunque supuso un avance en materia de derechos, generó también tensiones estructurales no resueltas. Estas se evidencian en la sobrecarga administrativa, la lentitud en los procedimientos y el desajuste entre demanda y recursos (Fidalgo, 2018; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2022). Aunque existe debate sobre su integración en el Sistema de Servicios Sociales (Domínguez, 2005; Rodríguez-Cabrero, 2019), su impacto en el ejercicio profesional del Trabajo Social es incuestionable.

El SAAD ha intensificado la carga administrativa de las trabajadoras sociales, quienes desempeñan un papel clave en la tramitación y seguimiento de los expedientes. La falta de adaptación del sistema al paradigma del cuidado, sumada a su progresiva mercantilización, ha generado tensiones estructurales y un creciente desgaste profesional (Fidalgo, 2018). La elevada demanda, los recursos limitados y la débil coordinación interinstitucional comprometen la calidad de la intervención y alimentan una sensación de frustración entre las profesionales (González-Rodríguez y Pastor, 2019). Distintos estudios advierten que el SAAD ha derivado hacia una lógica de gestión burocrática e incluso mercantilizada (Rodríguez-Cabrero, 2019), alejándose de un enfoque de cuidados centrados en la persona. Esto ha obligado a las profesionales a dedicar una gran parte de su jornada a tareas administrativas, reduciendo el espacio destinado a la intervención directa. Tal desplazamiento afecta no solo la calidad del servicio, sino también a la identidad profesional del Trabajo Social, que pierde su dimensión relacional y emancipadora (Molleda, 2007).

En este escenario emergen tres grandes amenazas para la profesión: la *jerarquización*, que sitúa a las trabajadoras sociales en un rol subordinado dentro de los equipos interdisciplinares; la *desprofesionalización*, con la delegación de funciones técnicas en personal no cualificado o su externalización; y la *burocratización*, que convierte a las profesionales en gestoras de expedientes (Fidalgo, 2018). Estas condiciones provocan una pérdida de autonomía, reducen el trabajo a tareas mecánicas y profundizan el malestar profesional (Benito y Chinchilla, 2005; Idareta-Goldaracena y Ballesterio-Izquierdo, 2013). El modelo burocrático invisibiliza la esencia relacional del Trabajo Social, alejándolo de sus fines primordiales: acompañar, vincular y promover la autonomía (Molleda, 2007). A ello se suman factores contextuales como la crisis socioeconómica de 2008 y la pandemia de COVID-19, que agravaron las condiciones laborales, aumentaron la demanda social

y generaron presión institucional (González-Rodríguez *et al.*, 2020). La respuesta de algunas Administraciones ha sido externalizar servicios o derivar funciones al sistema sanitario, reproduciendo dinámicas de precarización y fragmentación (Rodríguez-Cabrero, 2019).

Frente a este escenario, emergen múltiples autores buscando fortalecer una práctica profesional crítica y emancipadora, basada en el análisis estructural, la formación continua y la intervención centrada en la persona (Domínguez, 2005). El Trabajo Social comunitario se perfila como una herramienta clave para generar redes, promover la participación ciudadana y construir alternativas desde lo colectivo (Santos, 2014). Asimismo, las condiciones laborales descritas generan un fuerte impacto psicosocial. El síndrome de *burnout*, entendido como el agotamiento resultante de la sobrecarga emocional y del desequilibrio entre demandas y recursos, es altamente prevalente en el colectivo (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019). Entre los síntomas más frecuentes destacan el agotamiento emocional, el bajo logro personal y, en menor medida, la despersonalización (González-Rodríguez *et al.*, 2020). Factores como la feminización de la profesión, la escasez de apoyo institucional, la sobrecarga de tareas y la precarización contribuyen a esta problemática. La empatía, en cambio, ha sido reconocida como factor protector, lo que refuerza la importancia de una formación sólida y continua como estrategia preventiva.

El escenario actual plantea, por tanto, una tensión entre el modelo de atención centrado en la persona, la dignidad y la promoción de la autonomía y el modelo impuesto marcado por la lógica del rendimiento, la estandarización y el control burocrático. Frente a esta disyuntiva, diversos autores subrayan la necesidad de fortalecer una práctica profesional crítica, con capacidad de análisis estructural y de reconstrucción del tejido comunitario (Domínguez, 2005; Santos, 2014). Es precisamente en este punto donde el Trabajo Social comunitario adquiere relevancia, al ofrecer herramientas para el empoderamiento colectivo, la participación y la generación de vínculos sostenibles.

Así pues, partiendo de este marco teórico y del análisis preliminar de la situación profesional en el área sanitaria de A Coruña y Cee, esta investigación se propone analizar en profundidad las condiciones laborales de las trabajadoras sociales sanitarias, su percepción sobre el impacto del SAAD en sus funciones, y las implicaciones que esto tiene tanto para su bienestar profesional como para la calidad del servicio prestado a la ciudadanía. Por tanto, el propósito último es ofrecer una visión rigurosa y crítica de una realidad poco explorada, que contribuya al reconocimiento de un colectivo esencial para la garantía de derechos en los sistemas públicos de salud y servicios sociales.

2. METODOLOGÍA

A partir del objetivo definido previamente se estableció un diseño transversal de tipo exploratorio, centrado en un método de investigación descriptiva con un enfoque cuantitativo (Calaf, 2019). Esto se concretó mediante la elaboración y aplicación de un cuestionario dirigido a conocer y analizar las condiciones laborales de las trabajadoras sociales objeto de estudio, así como el impacto que la implantación del SAAD ha tenido sobre ellas y sus funciones profesionales.

2.1. Participantes

El Área sanitaria de A Coruña y Cee contaba en el momento de la recogida de información con 36 profesionales del Trabajo Social distribuidas en 23 profesionales en la atención especializada y 13 profesionales en la atención primaria. En la presente investigación, finalmente participaron de forma libre 20 de estas profesionales, lo que supuso un 56 % del universo posible. Concretamente, sus edades estaban comprendidas entre los 26 y los 65 años ($M= 49,55$; $DT= 8,71$) y un 90 % fueron mujeres, contando tan solo con 2 hombres.

2.2. Instrumentos y técnicas de recogida de información

Para el desarrollo del estudio se elaboró un cuestionario que incluía un total de 26 preguntas relacionadas con la sobrecarga de trabajo, las condiciones laborales, el impacto del SAAD y los cambios en las funciones profesionales. Se diseñó con un formato sencillo, utilizando una escala Likert de 5 puntos, preguntas de respuesta cerrada, de opción múltiple y de respuesta corta. El cuestionario se estructuró en tres bloques temáticos para facilitar el análisis: 1) perfil personal; 2) condiciones de trabajo, y 3) impacto del SAAD sobre las condiciones laborales. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo, con una muestra intencional y no probabilística. Se utilizó una combinación entre un cuestionario *ad hoc* diseñado específicamente para este estudio según las necesidades de información (Asturias Corporación Universitaria, 2023) y dos cuestionarios de referencia: el ISSE 3 Ourense (Consejo General del Trabajo Social, 2019) y la 6.ª Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2015).

2.3. Procedimiento

El cuestionario fue implementado a través de la plataforma Microsoft 365 (2024), utilizando la aplicación *Forms*, vinculada a Excel para su posterior tratamiento de datos. Tras su elaboración, se contactó con la secretaría y la jefatura de Trabajo Social del área sanitaria de A Coruña y Cee, a quienes se le facilitó el enlace al cuestionario para su difusión. La encuesta fue distribuida los días 26 y 27 de marzo de 2024, acompañada de una carta de presentación y del consentimiento informado. Con el objetivo de incrementar la tasa de respuesta, se enviaron dos recordatorios con una periodicidad de 7 días. Finalmente, se obtuvo una tasa de participación del 56 %. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial, conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos. Finalizado el estudio, se procedió a la destrucción de los cuestionarios y consentimientos (Verde-Diego *et al.*, 2021).

2.4. Análisis de datos

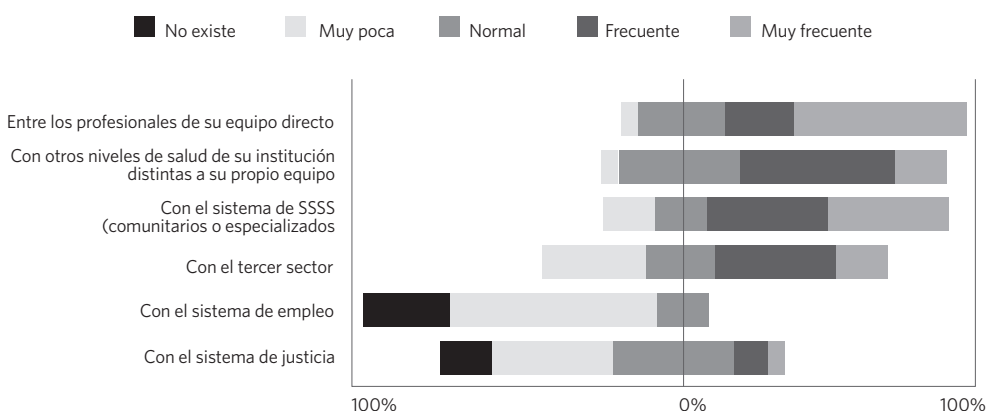
Para la clasificación y análisis de la información se utilizaron los programas PSPP (2024) y Microsoft Excel (2024), a través de los cuales se elaboraron las figuras y tablas representativas. El análisis se organizó en tres bloques: en primer lugar, se examinaron las variables sociodemográficas y laborales (género, edad, años de ejercicio profesional), correspondiente al bloque de perfil poblacional. En segundo lugar, se analizaron las condiciones laborales, y finalmente, se evaluó el impacto del SAAD en las condiciones de trabajo. Esta estructura facilitó la sistematización e interpretación de los resultados a partir de la literatura revisada y en relación con los objetivos de la investigación.

3. RESULTADOS

Las características sociodemográficas y laborales de la población objeto de estudio nos sitúan ante un Área sanitaria de A Coruña y Cee ampliamente feminizada, con un 90 % de mujeres frente a tan solo 2 hombres en el servicio de Trabajo Social. De las 20 respuestas obtenidas, el 30 % pertenecen a profesionales de atención primaria y 14 (70 %) al nivel de atención especializada. Las edades de las personas participantes oscilan entre los 26 y los 65 años, siendo mayoritaria la franja comprendida entre los 46 y los 55 años, con un 45 %. Respecto a los datos obtenidos en relación con el tipo de contrato, un 65 % de la población objeto de estudio se encuentra en una situación de estabilidad laboral, al contar con un contrato fijo. Este dato resulta coherente con la trayectoria profesional, ya que un 60 % lleva más de 21 años ejerciendo la profesión y, de estos, un 45 % acumula más de 26 años de experiencia. En cuanto al nivel formativo, más de la mitad de las trabajadoras sociales participantes (70 %) dispone únicamente de la titulación básica, mientras que solo un 30 % ha continuado su formación mediante estudios de posgrado.

Respecto a las condiciones laborales experimentadas durante el año 2023, la situación más común fue trabajar bajo condiciones de estrés, con un 56,3 %, seguida de la percepción de que en su puesto resulta difícil respetar ciertos principios éticos o profesionales, con un 34,4 %. Cabe destacar que todas las personas que respondieron al cuestionario manifestaron haber vivido al menos una de las situaciones descritas. En relación con la coordinación entre profesionales se observa que, en general, se mantiene una comunicación frecuente con el propio equipo de trabajo, con otros niveles del sistema de salud, con los servicios sociales y con entidades del tercer sector. Entre un 50 y un 70 % de las profesionales encuestadas señalan mantener comunicaciones frecuentes o muy frecuentes con estos agentes. Sin embargo, la situación es distinta respecto al sistema de empleo y al sistema judicial, ya que entre un 50 % y un 75 % afirman tener muy poca o ninguna comunicación con estos ámbitos (Figura 1).

Fig. 1. Coordinación que mantienen las profesionales en el puesto de trabajo



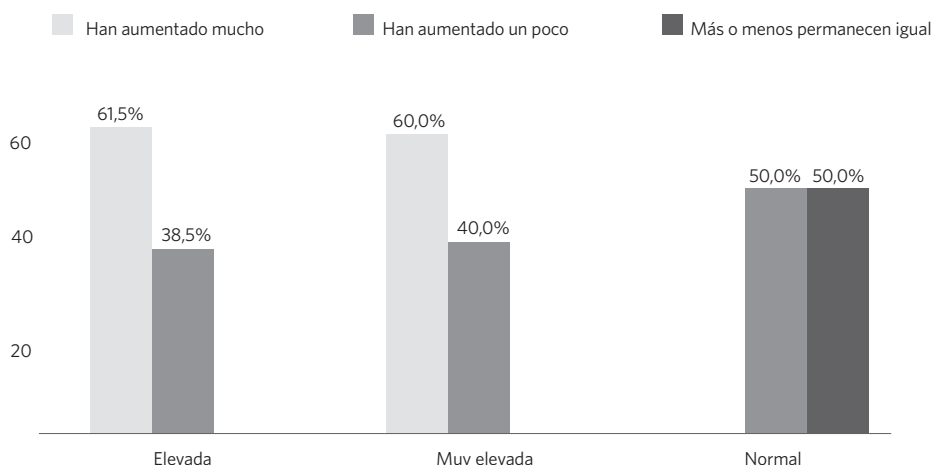
En cuanto a las ratios, estas son muy variadas y, en ocasiones, poco claras. En el caso de la atención primaria, las profesionales miden las ratios en función del número de personas asignadas al centro de salud o de la media de usuarios atendidos por día. En el primer caso, los resultados

muestran que algunos centros de salud tienen asignadas 23.366 personas, mientras que otros alcanzan las 36.700. En el segundo caso, la media diaria de atención se sitúa en torno a 15 personas. En lo que respecta a la atención especializada, la metodología de medición varía en algunos casos, aunque la mayoría utiliza también la media diaria de usuarios, que oscila entre 6 y 35 personas al día. Otros métodos de medición incluyen el número de personas atendidas al año que va desde 150 hasta 300 personas o bien el número de programas y servicios gestionados.

En relación con el tiempo de espera, más de la mitad de las profesionales señalan no contar con un sistema de citas programadas, ya que, en atención especializada, salvo en algunos programas concretos, se actúa en función de la demanda. No obstante, tanto en los programas como en la atención primaria, el tiempo de espera más frecuente es de un mes, con una prevalencia del 15 %.

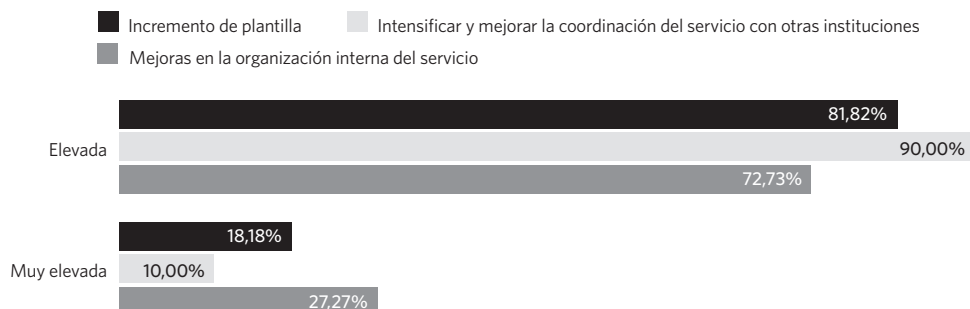
Respecto a las demandas de la población en relación con la carga de los profesionales, los resultados son claros, mostrando que casi todas las profesionales opinan que las demandas aumentaron y por consiguiente el volumen de trabajo se incrementó (Figura 2).

Fig. 2. Las demandas de la población conforme la carga de las profesionales



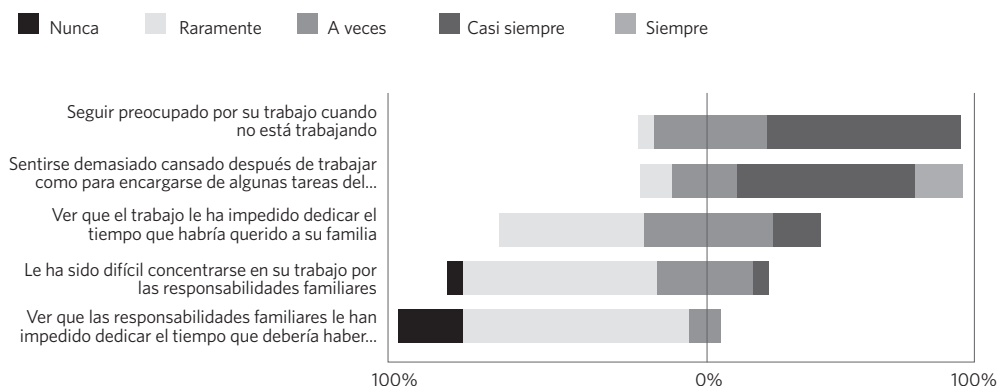
Tal y como se puede observar en la Figura 3, el 80 % de las profesionales señalan que la carga es al menos elevada. Por consiguiente, priorizan propuestas de mejora para disminuir la carga laboral como, por ejemplo, el incremento de la plantilla, la intensificación y mejora de la coordinación del servicio o la mejora de la organización interna del mismo.

Fig. 3. Propuestas de mejoras en función de la carga percibida en el año 2023 por las profesionales



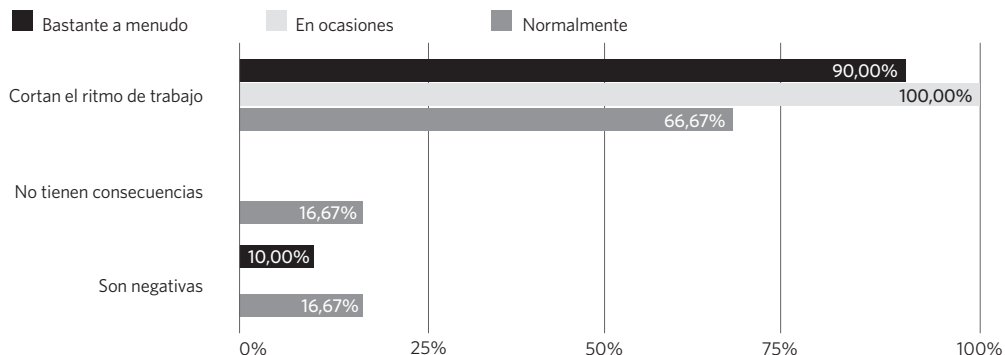
Por su parte, la familia afecta poco al trabajo (Figura 4), pero, por el contrario, el trabajo sí afecta con mayor frecuencia a la familia, ya que las profesionales mayoritariamente siguen preocupadas por el trabajo al finalizar su jornada laboral (60 %) y se encuentran cansadas para hacer las tareas del hogar (70 %). Sin embargo, son minoría las profesionales que afirman que las responsabilidades familiares les desconcentran o les impiden dedicar tiempo al trabajo.

Fig. 4. Frecuencia con la que suceden estas situaciones



Por lo que se refiere a nivel de exigencia en el trabajo, las profesionales tienen que trabajar fuera de su horario y prolongar la jornada laboral. En este sentido, el 90 % de las encuestadas afirma haber trabajado fuera de su horario laboral al menos una vez durante el año y un 45 % afirma que lo ha hecho varias veces al mes.

Durante la jornada laboral las interrupciones son cotidianas y cuantas más y con mayor frecuencia más afectan, llegando en ocasiones a ser estas interrupciones negativas o a cortar el ritmo de trabajo, afectando a la productividad laboral. En la Figura 5 se observa cómo las profesionales deben interrumpir una tarea bastante a menudo (50 %) y que casi en el 100 % de las ocasiones cortan el ritmo de trabajo.

Fig. 5. Afectación de las interrupciones de las tareas en la productividad laboral

En cuanto al SAAD, el 95 % de las profesionales opinan que no cubre las demandas de la población. Entre los factores más recurrentes por los que consideran que no funciona se encuentran: el elevado tiempo de espera y de respuesta, la tramitación excesiva, o la escasa oferta de servicios y recursos. En resumen, opinan que el SAAD es un parche, un sistema que no es eficaz y que necesita cambios. Además, sobre uno de esos factores recurrentes, el elevado tiempo de espera, un 95 % de las profesionales consideran que produce un cambio en las condiciones de trabajo, y un 75 % de estas consideran que implicó modificaciones en las funciones y condiciones de las trabajadoras sociales sanitarias. Entre las modificaciones en las funciones y condiciones podemos subrayar el aumento de las tareas administrativas y gestiones, el aumento de la carga laboral debido al incremento de las demandas, la necesidad de actualización constante debido a los cambios de normativa, etc. Como modificación más relevante, podemos señalar la centralización del trabajo en el SAAD, abandonando de esta forma otras funciones como los programas adaptados a las personas.

En definitiva, las profesionales perciben que el SAAD genera frustración tanto en ellas como en las familias de las personas usuarias por no poder disponer de recursos públicos, lo que debilita su identidad como empleadas públicas y fomenta la derivación hacia recursos privados. Para concluir, la mayor parte de las profesionales consideran que las situaciones en las que es necesaria una gestión por procedimiento de emergencia social van en aumento y que uno de los motivos es la falta de cobertura de servicios y los retrasos en su tramitación. En la actualidad, el 80 % declara que las entidades de iniciativa social dan cobertura a servicios que deberían estar cubiertos públicamente.

4. DISCUSIÓN

La profesión del Trabajo Social, al igual que otros colectivos profesionales del ámbito social, está claramente feminizada. Según el Consejo General del Trabajo Social (2023), el 86 % de las personas colegiadas en España en 2023 eran mujeres, cifra similar a la recogida en los *Informes de Servicios Sociales de España* (ISSE), que sitúan este porcentaje en un 89 %. En línea con estos datos, el presente estudio reflejó un 90 % de participación femenina y un 10 % masculina. Esta tendencia no es exclusiva del contexto español. Países como Argentina, Brasil o Chile presentan cifras similares. En este último país, diferentes estudios apuntan a una presencia femenina del 85 % en la profesión (Aspeé y González-Campos, 2018; Molina, 2008).

En relación con el síndrome de *burnout* en el ámbito del Trabajo Social, Verde-Diego *et al.* (2021) identifican factores como la estructura jerárquica y burocrática de las organizaciones, la fragmentación de tareas, la desprofesionalización, la falta de recursos, el conflicto de rol y el desgaste emocional vinculado al contacto directo con las personas usuarias. Su estudio entre 2020 y 2021 destaca problemas estructurales relacionados con la sobrecarga asistencial, aspectos que también emergen en esta investigación como el exceso de burocracia, los desajustes organizativos y la presión asistencial. Caravaca-Sánchez *et al.* (2019) señalan, entre los factores de riesgo para el *burnout*, el hecho de ser mujer (en una profesión feminizada), estar soltera, la falta de apoyo social, la antigüedad profesional y el nivel formativo. En esa línea, González-Rodríguez *et al.* (2020) confirman que, una de cada tres profesionales con más de 20 años de ejercicio laboral, presentan puntuaciones elevadas en indicadores de desgaste. En el presente estudio, el 60 % de las encuestadas supera los 21 años de antigüedad, lo que refuerza esta correlación.

La investigación de Ghiraldelli y Oliveira (2020) sobre las condiciones laborales del Trabajo Social en Brasil revela un entorno de precariedad marcado por la falta de recursos, la sobrecarga, el estrés, la presión por conseguir los objetivos y la reducción de personal. En el estudio realizado en A Coruña y Cee, el 56,3 % de las profesionales afirma trabajar bajo condiciones de estrés, y el 34,4 % señala dificultades para respetar los principios éticos o profesionales en su puesto. El 80 % considera que la carga de trabajo es elevada, mencionando interrupciones frecuentes, tareas administrativas excesivas y obligación de prolongar la jornada laboral.

En cuanto al impacto del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), Fidalgo (2018) señala deficiencias estructurales como la *crisis de los cuidados* y la falta de adaptación de los servicios a las necesidades reales de la población. Las profesionales encuestadas consideran que el SAAD actúa como un «parche» que no responde adecuadamente a la demanda. Identifican factores como retrasos en la gestión, burocracia excesiva y falta de adecuación, lo que contribuye a aumentar la frustración profesional.

Uno de los ámbitos con mayor presencia en el día a día del Trabajo Social sanitario es la atención a situaciones de emergencia social. Según datos del SERGAS (2022b), 137 personas hicieron uso de este recurso en el área de A Coruña y Cee. Las profesionales perciben un incremento de las emergencias sociales, motivado, en parte, por la insuficiencia de servicios y los retrasos en la respuesta. Este fenómeno no es aislado: en áreas como Pontevedra o Lugo se registran entre 60 y 70 emergencias sociales anuales, y solo una de cada cuatro personas acepta ingresar en una residencia en primera instancia. Como señala Soto (2024), vivimos una *mercantilización de los cuidados*, donde los recursos públicos son limitados y el sector privado asume un papel central.

5. CONCLUSIONES

El Trabajo Social sanitario es fundamental en la sociedad actual y se encuentra en auge, como muestra el hecho de que en los últimos años se estén incorporando a la oferta formativa de posgrado titulaciones específicas sobre este ámbito de nuestra disciplina. El trabajo de campo llevado a cabo en el contexto del Área sanitaria de A Coruña y Cee ha permitido obtener una información esencial para seguir poniendo luz sobre la situación profesional de las trabajadoras sociales sanitarias ante las transformaciones provocadas por la implantación y desarrollo del SAAD.

En este sentido, las condiciones laborales de las trabajadoras sociales del área objeto de estudio se vieron afectadas por la implementación del SAAD. La emergencia de este nuevo sistema de protección social ha derivado en la necesidad de ampliación del personal y la derivación de servicios para reducir la burocratización y potenciar la intervención desde un Trabajo Social comunitario.

A pesar de los resultados obtenidos, se constata que las trabajadoras sociales no constituyen un colectivo profesional ampliamente analizado respecto a sus condiciones laborales, como sí ocurre con otras profesiones o en otros ámbitos laborales. Por este motivo, este colectivo es una fuente donde centrar estudios, ya que los resultados, tanto de esta investigación como de otras llevadas a cabo en la literatura científica disponible, apuntan a que las trabajadoras sociales presentan, en algunos ámbitos, condiciones inadecuadas e índices elevados de *burnout*.

Respecto al perfil sociolaboral y demográfico de las profesionales que han participado en esta investigación se corresponde con el de una mujer de entre 46 y 55 años, diplomada, con una experiencia laboral de más de 26 años y con un contrato fijo en atención especializada. En cuanto a las condiciones laborales, se destaca un nivel de trabajo que ya es elevado, pero que se encuentra en crecimiento. Asimismo, las profesionales trabajan bajo condiciones de un elevado estrés y con una alta exigencia donde, en ocasiones, deben trabajar fuera de su horario laboral para dar respuesta a todas las demandas existentes. La comunicación y la coordinación son, en general, mayoritariamente buenas y para reducir la carga de trabajo que soportan consideran que debe haber un aumento de personal, así como también una intensificación y mejora de la coordinación del servicio con otras instituciones. Del mismo modo, es necesario mejorar la organización interna, al tiempo que es ineludible tener presente que el trabajo afecta con una mayor frecuencia a las relaciones de familia, mientras que no ocurre lo mismo en sentido contrario, o no con la misma intensidad e impacto.

Por otra parte, en cuanto al impacto que la implementación y desarrollo del SAAD ha tenido en las condiciones laborales y en las funciones de las trabajadoras sociales sanitarias, las profesionales afirman la existencia de dicha influencia, algo que relacionan directamente con los retrasos que acumulan en las asignaciones y las solicitudes. De entre las principales modificaciones en las funciones que llevan a cabo, destaca el importante aumento de las tareas administrativas y de gestión, así como el incremento de la carga laboral soportada debido al mayor número de demandas. Al mismo tiempo, las profesionales señalan la necesidad de una actualización constante debido a los continuos cambios de normativa. Finalmente, cabe destacar que, para las profesionales, el SAAD no solo afectó a sus condiciones de trabajo, haciendo que abandonen otro tipo de funciones como la ejecución de programas adaptados a las personas, sino que el SAAD no cubre las demandas existentes, o no en un nivel suficiente para dar respuesta a las necesidades actuales. Esta circunstancia, lejos de solucionar los problemas existentes, genera frustración en la población y en las profesionales.

En conclusión, las profesionales del Trabajo Social sanitario necesitan cambios, principalmente, para desligarse del papel de meras gestoras y tramitadoras permitiéndoles volver de nuevo a la intervención social directa. La reducción de las gestiones redundaría en una menor carga laboral, lo que permitiría atender y dar respuesta a las demandas de la población con una mayor profundidad. Para ello, una de las claves sería la posible reformulación del SAAD, unida a la ampliación

de recursos humanos y económicos. Este hecho no solo beneficiaría a las trabajadoras sociales sanitarias, sino que contribuiría a la mejora de la profesión y a la percepción que la población general tiene de ella, al mismo tiempo que posibilitaría dar respuesta en mayor medida a las necesidades de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. C. (2009). «El Trabajo Social sanitario en atención primaria de salud». *ENE Revista de Enfermería*, (3), 70-79. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/146/129>
- Aspeé, J., y González-Campos, J. A. (2018). «Mujeres y hombres del Trabajo Social en Chile». *Revista Katálisis*, 21(1), 178-188. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n1p178/36207>
- Asturias Corporación Universitaria. (2023). *Investigación descriptiva: La Encuesta*. https://www.centrovirtual.com/recursos/biblioteca/pdf/investigacion_mercados/unidad3_pdf2.pdf
- Idareta-Goldaracena, F., y Ballesterio-Izquierdo, A. (2013). «Ética, paternalismo y burocracia en Trabajo Social». *Portularia*, 13(1), 27-35. <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161026336003.pdf>
- Benito, L., y Chinchilla, M. (2005). «Flexibilización laboral y desprofesionalización del Trabajo Social», en A. I. Ruiz (coord.), *Búsquedas del trabajo social latinoamericano: urgencias, propuestas y posibilidades* (pp. 69-80). Espacio Editorial. <https://ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd000091.pdf#:~:text=Sobre%20este%20particular%2C%20uno%20de%20los%20aspectos%20m%C3%A1s,conclusiones%20y%20opciones%20que%20garanticen%20el%20desarrollo%20profesional>
- Calaf, N. (2019). *Métodos de investigación cuantitativa* [recurso de aprendizaje]. Campus de la Universitat Oberta de Catalunya. https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147059/1/BasesParaLaInvestigacionEnCienciasDeLaSalud_MetodosDeInvestigacionCuantitativa.pdf
- Caravaca-Sánchez, F., Barrera-Algarín, E., Pastor-Seller, E., y Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L. (2019). «Prevalencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout entre los profesionales del trabajo social en servicios sociales municipales de España». *Trabajo Social Global - Global Social Work*, 9(17), 89-109. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i17.8284>
- Colom, D. (2022). *Trabajo Social Sanitario. Catálogo de prestaciones y Cartera de servicios*. Agathos Ediciones.
- Consejo General del Trabajo Social (2019). *III Informe sobre los Servicios Sociales en España* (ISSE III). <https://www.cgtrabajosocial.es/publicaciones/iii-informe-sobre-los-servicios-sociales-en-espana-is-se-iii/102/view>

- (2023). *Datos y Cifras sobre la profesión del Trabajo Social en España*. <https://www.cgtrabajosocial.es/cifras>
- Domínguez, M. J. (2005). Cambios sociales actuales y adaptación de la profesión a los mismos. *Humanismo y trabajo social*, 4, 65-90. <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3237/Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fidalgo, A. (2018). *La atención a la dependencia en España desde la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Una mirada desde el Trabajo Social* [Trabajo Final de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32551/TFG-G3245.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gallo, A. (coord.) (2022). *Trabajo Social en diferentes sistemas y ámbitos de intervención: Salud, Forense, Penitenciario y Educación* (Informe 12). Consejo General de Trabajo Social. https://www.cgtrabajosocial.es/files/64b4ffb9540b8/LIBRO_TSDIFERENTESISTEMAS.PDF
- Ghiraldelli, R., y Oliveira, A. (2020). «Intervención y condiciones laborales de los/as trabajadores/as sociales en el área de la Salud en Brasil». *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 10(19), 79-103. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.11844>
- GNU General Public License (2024). *GNU PSPP* (Versión 2.0.1) [Programa informático]. <https://www.gnu.org/software/pspp/>
- González-Rodríguez, R., Verde, C., y Pastor, E. (2018). «El Trabajo Social en los sistemas de salud nuevos espacios de intervención». *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social*, 8(2), 139-149. <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/29651/30454>
- González-Rodríguez, R., y Pastor, E. (2019). «Realidades de emergencia social en personas en situación de dependencia: Indicadores y respuestas por parte del sistema de servicios sociales en España», en E. Pastor y L. Cano (coords), *Respuestas del Trabajo Social ante emergencias sociales y problemáticas sociales complejas de México y España* (pp. 223-238). Editorial Dykinson.
- González-Rodríguez, R, López-Castedo, A, Pastor-Seller, E., y Verde-Diego, C. (2020). «Síndrome de burnout en el Sistema de Salud: el caso de las trabajadoras sociales sanitarias». *Enfermería Global*, 19(58), 141-161. <https://dx.doi.org/eglobal.382631>
- IMSERO (2022). *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. <https://imsero.es/gl/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/el-saad/el-sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad>

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2015). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6.ª EWCS - España (Informe 6)*. <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%-C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 128, de 29 de mayo de 2003.
- Microsoft (2024). *Microsoft forms* (Versión 2405) [Programa informático]. Cuestionario para TFG (office.com)
- (2024). *Microsoft Excell* (Versión 2405) [Programa informático]. Cuestionario para TFG.xlsx (sharepoint.com)
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (1988). *Plan Concertado*. Secretaria de Estado de Derechos Sociales y Agenda 2030. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/memorias-pc/EVOLUCION_PLAN_CONCERTADO_1988-2022.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Catálogo de Referencia de Servicios Sociales*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/CatalogoServiciosSociales.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2020). *Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/prestaciones08.pdf>
- Molleda, E. (2007). «¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social?». *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 139-155. <https://enfoc.cat/uploads/2878/files/Diagnostic%20Social.PDF>
- Plaza, L. (2021). *El Trabajo Social en el ámbito sanitario*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49393/TFG-G5123.pdf?sequence=1>
- Rodríguez-Cabrero, G. (2019). «Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI». *Ekonomiaz: Revista vasca de economía* (96), 140-169. <https://www.euskadi.eus/web01-a2reveko/es/k86aEkonomiazWar/ekonomiaz/abrirArticulo?idpubl=92®istro=12>

- Saavedra, M. (2016). «Trabajo Social sanitario: Una aproximación al perfil del trabajador social en el ámbito de la salud». *Humanismo y Trabajo Social*, 16, 169-185. <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/12477/Trabajo%20social%20sanitario.pdf?sequ>
- Santos, L. M. (2014). *Retos del Trabajo Social como agente de cambio: Empoderamiento y Trabajo Social comunitario*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid] <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7112/TFG-G662.pdf> sequence=1&isAllowed=y
- SERGAS (2017). *Memoria anual 2017*. https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/273/MEMORIA_XXIAC_2017.pdf
- (2018). *Memoria anual 2018*. <https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/371/Memoria%202018%20XXIAC.pdf>
- (2019). *Memoria anual 2019*. https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/386/Area_Sanitaria_Coru%c3%b1a_Cee_Memoria2019_COMPLETA.pdf
- (2020). *Memoria anual 2020*. https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/676/AREA_SANITARIA_CORUN%cc%83A_CEE_2020_ok.pdf
- (2021). *Carteira de servizos de Traballo Social sanitario de atención primaria de Galicia*. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1527/Carteira_de_Servizos_TSS.pdf
- (2022b). *Memoria anual 2022*. https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/865/AREA_SANITARIA_CORUN%cc%83A_CEE_2022.pdf
- (2022a). *Memoria 2022*. [xxivigo.sergas.gal/DPAAnosaorganizacion/Memoria Área Sanitaria Vigo 2022.pdf](https://xxivigo.sergas.gal/DPAAnosaorganizacion/Memoria_Area_Sanitaria_Vigo_2022.pdf),
- Soto, B. A. (2024, 10 de mayo). «Los Cuidados: de la invisibilidad a la institucionalización», en I. Sánchez (moderador), *Crisis del modelo de cuidados. aportaciones y reflexiones desde el TS sanitario*. IV Jornada de Trabajo Social y salud. Centro Cultural Marcos Valcárcel, Ourense, Galicia, España.
- Verde-Diego, C., González-Rodríguez, R., Frieiro, P., y Fernández-Arias, T. (2021). «Prevalencia del burnout en el Sistema de Servicios Sociales: estudio transversal en servicios sociales comunitarios». *Index de Enfermería*, 30(3), 174-178. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962021000200005&lng=es&tlng=es
- Vicente, E., Nogués, L. y Orgaz, C. (coords.) (2022). *IV Informe sobre los servicios sociales en España y la profesión del Trabajo Social* (Informe 4). Consejo General de Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es/files/62a847340c469/IVInformeServiciosSocialesEspaa.pdf>