

**APORTACIONES DEL COL·LEGI  
D'EDUCADORES I EDUCADORS SOCIALS  
A LA CONSULTA PÚBLICA PREVIA SOBRE  
EL ANTEPROYECTO DE LEY DEL  
ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL  
ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD.**

**Junio de 2026**



COL·LEGI D'EDUCADORES  
I EDUCADORS SOCIALS  
DE CATALUNYA

## SUMARIO

INTRODUCCIÓN.....	4
I. OBJETO Y ALCANCE DE LAS APORTACIONES .....	5
I.1. Finalidad y objetivos de la propuesta.....	5
II. CONTEXTO Y FUNDAMENTOS PARA EL RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL .....	7
II.1. Fundamentación constitucional y garantía del derecho a la protección de la salud .....	7
II.2. Evolución del concepto de salud: del paradigma biomédico al modelo biopsicosocial y comunitario .....	8
II.3. Consolidación académica, institucional y profesional de la Educación social .....	9
II.4. La educación social como realidad asistencial consolidada en el ámbito sanitario .....	10
III. INTERÉS GENERAL: EL RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL COMO GARANTÍA PARA LA CIUDADANÍA.....	11
III.2. Calidad asistencial y continuidad de los cuidados .....	12
III.3. Recuperación, autonomía e inclusión social .....	13
III.4. Protección de personas en situación de especial vulnerabilidad .....	13
III.5. Equidad territorial, seguridad jurídica y planificación del sistema .....	14
III.6. El reconocimiento sanitario de la educación social como garantía de interés general .....	14
IV. IMPLANTACIÓN ESTRUCTURAL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	15
IV.1. Implantación estructural de la educación social en los dispositivos sanitarios y sociosanitarios.....	15
IV.2. La educación social en el ámbito de la salud mental .....	16
IV.3. Implantación en el ámbito de las adicciones .....	17
IV.4. Implantación en atención primaria y salud comunitaria .....	18
IV.5. Implantación en el ámbito sociosanitario .....	18
IV.6. Intervención comunitaria y determinantes sociales de la salud .....	19
IV.7. La educación social como realidad consolidada del Sistema Nacional de Salud .	20

V. NATURALEZA SANITARIA Y FUNCIONES PROPIAS DE LA EDUCACIÓN SOCIAL .....	20
V.1. Definición y naturaleza sanitaria de la educación social .....	20
V.2. Funciones propias y competencias específicas .....	21
V.3. Responsabilidad técnica y dirección metodológica.....	21
V.4. Diferenciación funcional respecto de otras profesiones.....	22
V.5. La Educación Social como profesión sanitaria del siglo XXI.....	23
VI. CONSECUENCIAS DE LA AUSENCIA DE RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL .....	23
VI.1. Desigualdad territorial y falta de homogeneidad.....	24
VI.2. Fragmentación asistencial y discontinuidad de cuidados .....	24
VI.3. Invisibilidad profesional y utilización de categorías genéricas .....	25
VI.4. Dificultades para la planificación de recursos humanos .....	25
VI.5. Impacto sobre la calidad asistencial y la protección de la ciudadanía .....	26
VI.6. Un desfase entre la realidad asistencial y el marco jurídico .....	26
VII. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES.....	27
VII.1. La salud como fenómeno multidimensional y los determinantes sociales de la salud .....	27
VII.2. Salud mental comunitaria y paradigma de recuperación.....	28
VII.3. Evidencia sobre los beneficios de la intervención socioeducativa .....	28
VII.4. Continuidad asistencial y prevención de reingresos evitables .....	29
VII.5. Organismos internacionales y estrategias públicas de salud .....	30
VIII. PROPUESTAS NORMATIVAS PARA EL RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL .....	31
IX. PRIORIDADES REGULATORIAS Y DESARROLLO DE LA REFORMA SANITARIA.....	43
IX.1. Prioridades regulatorias irrenunciables.....	44
IX.2. Desarrollo progresivo de la implantación sanitaria de la educación social .....	44
IX.3. Planificación estratégica y adecuación de recursos humanos.....	45
IX.4. Formación, investigación y generación de conocimiento .....	45
IX.5. Evaluación y seguimiento de la implantación.....	46
IX.6. Una reforma necesaria para el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI .....	46
X. CONCLUSIÓN.....	47

## INTRODUCCIÓN

El Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de Cataluña (CEESC) presenta aportaciones y propuestas de modificación al [Anteproyecto de Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud](#), con el objetivo de adecuar la ordenación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud a las necesidades asistenciales actuales y a la realidad de los equipos interdisciplinarios que intervienen en el ámbito de la salud.

La futura norma debe reconocer la contribución de las educadoras y los educadores sociales en aquellos dispositivos sanitarios donde desarrollan funciones especializadas vinculadas a la salud mental, las adicciones, la rehabilitación psicosocial, la atención sociosanitaria, la continuidad asistencial y la salud comunitaria. Asimismo, debe incorporar una visión biopsicosocial, comunitaria y orientada a la recuperación, que permita dar respuesta a los determinantes sociales de la salud y a los nuevos retos que afronta el sistema sanitario.

Las aportaciones del CEESC se articulan en tres ejes principales:

- 1. Reconocimiento y ordenación profesional de la educación social en el Sistema Nacional de Salud**, mediante la creación de la categoría estatutaria de educador o educadora Social, la definición de sus funciones específicas y la garantía de los derechos profesionales de las personas tituladas en educación social.
- 2. Incorporación del modelo biopsicosocial, comunitario y orientado a la recuperación** en los principios rectores, la planificación de los recursos humanos y la organización de los servicios, reforzando las intervenciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud y el trabajo interdisciplinario centrado en la persona.
- 3. Implantación estructural y homogénea de la educación social en los servicios de salud**, promoviendo su incorporación progresiva en aquellos ámbitos asistenciales donde las intervenciones socioeducativas resulten necesarias, así como la coordinación y la homogeneización de los criterios de reconocimiento profesional en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Estas aportaciones parten de la experiencia acumulada por las educadoras y los educadores sociales en el ámbito sanitario y tienen como finalidad contribuir a la construcción de un sistema de salud más integral, equitativo, comunitario y centrado en las necesidades de las personas, reforzando la calidad asistencial, la continuidad de los cuidados y la atención a los determinantes sociales de la salud.

## I. OBJETO Y ALCANCE DE LAS APORTACIONES

### I.1. FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

El presente documento tiene por finalidad contribuir a la construcción de un marco regulador del empleo público sanitario más coherente con la evolución contemporánea del concepto de salud, con la evidencia científica disponible y con la realidad funcional de los equipos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

El Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya (CEESC) considera necesario avanzar hacia una regulación que refuerce la calidad de la atención sanitaria, la coherencia organizativa del Sistema Nacional de Salud, la seguridad jurídica en la ordenación de sus recursos humanos y la protección efectiva del derecho a la salud de la ciudadanía, especialmente en aquellos ámbitos donde los determinantes sociales, relacionales y comunitarios inciden de manera decisiva sobre los procesos de salud, enfermedad, recuperación y rehabilitación.

Las medidas planteadas en las presentes aportaciones responden a distintos niveles de prioridad y desarrollo normativo. Algunas de ellas tienen un carácter estructural e irrenunciable, por cuanto afectan al adecuado reconocimiento jurídico de una realidad asistencial ya existente; otras persiguen reforzar la calidad técnica, la homogeneidad territorial y la adecuación organizativa del Sistema Nacional de Salud a los actuales modelos de atención centrados en la persona.

Con carácter prioritario, la futura regulación debería garantizar:

- La creación de la categoría estatutaria sanitaria de educadora o educador social dentro del Sistema Nacional de Salud;
- La delimitación de funciones socioeducativas sanitarias especializadas, garantizando la adecuada correspondencia entre competencias, cualificación profesional y responsabilidad técnica;
- La incorporación estructural de profesionales de la educación social en los dispositivos de salud mental, atención a las adicciones y otros recursos sanitarios donde su participación constituye una realidad asistencial consolidada;
- La progresiva implantación de la educación social en atención primaria y salud comunitaria para el desarrollo de actuaciones preventivas, comunitarias y de promoción de la salud;
- La homogeneización estatal de la categoría profesional, evitando desigualdades territoriales en el reconocimiento, acceso y ejercicio profesional;
- La adecuación de la clasificación profesional a la titulación universitaria oficial de educación social y al actual marco europeo y español de cualificaciones.

A partir de este núcleo esencial de reconocimiento y ordenación profesional, el presente documento plantea asimismo otras medidas orientadas a reforzar la continuidad

asistencial, la coordinación interdisciplinar, la calidad técnica de las intervenciones, la planificación adecuada de los recursos humanos y la coherencia organizativa del Sistema Nacional de Salud.

La educación social constituye actualmente una profesión universitaria plenamente consolidada desde el punto de vista académico, institucional, metodológico y deontológico, con una implantación estructural y sostenida en múltiples dispositivos sanitarios, sociosanitarios y comunitarios.

Desde la creación de la titulación universitaria específica y el progresivo desarrollo de estructuras colegiales y marcos deontológicos propios, la profesión ha desarrollado un cuerpo competencial, metodológico y ético claramente definido, orientado a la intervención socioeducativa especializada con personas, grupos y comunidades en situaciones de vulnerabilidad, sufrimiento psíquico, enfermedad, exclusión o necesidad de apoyo para la recuperación y la inclusión social.

La educación social desempeña actualmente funciones esenciales en ámbitos estrechamente vinculados al derecho a la protección de la salud, especialmente en los dispositivos de salud mental comunitaria, recursos de rehabilitación psicosocial, programas de atención a las adicciones, servicios sociosanitarios, recursos residenciales, programas de continuidad asistencial, equipos de atención comunitaria y actuaciones de promoción y educación para la salud.

La evolución experimentada por el Sistema Nacional de Salud durante las últimas décadas ha supuesto una progresiva transformación de los modelos asistenciales. El paradigma biomédico tradicional ha dado paso a enfoques biopsicosociales, comunitarios y orientados a la recuperación, donde la intervención sobre los determinantes sociales de la salud constituye un elemento esencial para garantizar resultados asistenciales eficaces, sostenibles y centrados en la persona.

Sin embargo, esta transformación de la práctica asistencial no ha tenido un reconocimiento jurídico equivalente en la configuración de las categorías profesionales estatutarias ni en el catálogo de profesiones sanitarias, generando situaciones de heterogeneidad territorial, fragmentación organizativa, inseguridad jurídica y dificultades para adecuar la planificación de recursos humanos a las necesidades reales del sistema.

Estas situaciones se han evidenciado en la diferente implantación de la educación social entre servicios de salud autonómicos, en la inexistencia de criterios homogéneos de reconocimiento profesional, en la utilización de categorías no específicas para el desempeño de funciones socioeducativas sanitarias y en la ausencia de mecanismos comunes que permitan garantizar la adecuada correspondencia entre funciones asistenciales, cualificación profesional y responsabilidad técnica.

La creciente complejidad de los procesos de salud y enfermedad exige disponer de equipos interdisciplinarios capaces de intervenir no solo sobre factores biológicos, sino

también sobre aquellos elementos sociales, educativos, familiares, económicos y comunitarios que condicionan la salud, la adherencia terapéutica, la autonomía personal y las posibilidades de recuperación e inclusión de las personas atendidas.

En consecuencia, resulta necesario avanzar hacia un marco regulador que reconozca expresamente la aportación específica de la educación social dentro del Sistema Nacional de Salud, garantizando su adecuado encaje jurídico, la delimitación de sus funciones asistenciales y la incorporación de mecanismos que favorezcan la calidad, la equidad y la coherencia organizativa del sistema sanitario público.

La presente propuesta responde, por tanto, a la necesidad de adaptar el marco regulador del empleo público sanitario a la realidad actual del Sistema Nacional de Salud y a la consolidación alcanzada por la educación social como profesión especializada al servicio de la ciudadanía, de la atención integral a las personas y de la garantía efectiva del derecho a la protección de la salud.

## **II. CONTEXTO Y FUNDAMENTOS PARA EL RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL**

### **II.1. Fundamentación constitucional y garantía del derecho a la protección de la salud**

El reconocimiento de la educación social dentro del Sistema Nacional de Salud encuentra fundamento directo en diversos principios y mandatos constitucionales vinculados a la protección de la salud, la dignidad de la persona, la igualdad material y la garantía efectiva de derechos fundamentales.

De conformidad con el artículo 43 de la [Constitución Española \(CE\)](#), corresponde a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas y mediante las prestaciones y servicios necesarios. Este precepto no limita la actuación sanitaria al tratamiento de la enfermedad desde una perspectiva estrictamente biomédica, sino que habilita el desarrollo de todas aquellas actuaciones orientadas a promover, proteger y recuperar la salud de las personas desde una perspectiva integral. Asimismo, el reconocimiento de la educación social en el ámbito sanitario mantiene una vinculación directa con otros mandatos constitucionales, entre ellos:

- El artículo 9.2 de la CE, que atribuye a los poderes públicos la obligación de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud;
- El artículo 10.1 de la CE, que sitúa la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad como fundamento del orden político y de la paz social;
- El artículo 14 de la CE, que consagra el principio de igualdad y no discriminación;

- El artículo 49 de la CE, que obliga a los poderes públicos a desarrollar políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión de las personas con discapacidad o con necesidades específicas de apoyo;
- El artículo 50 de la CE, que impone la promoción del bienestar de las personas mayores mediante sistemas de servicios sociales y sanitarios adecuados;
- Y el artículo 103 de la CE, que exige que la actuación de las administraciones públicas responda a los principios de eficacia, servicio objetivo al interés general y adecuada organización de los recursos públicos.

La intervención socioeducativa especializada desarrollada por las educadoras y educadores sociales incide directamente sobre la efectividad de estos mandatos constitucionales, especialmente en aquellos ámbitos donde la salud se encuentra condicionada por factores sociales, relacionales, familiares y comunitarios.

En consecuencia, la incorporación de la educación social al marco jurídico del Sistema Nacional de Salud no responde únicamente a una demanda profesional, sino a la necesidad de reforzar la protección efectiva del derecho a la salud mediante intervenciones integrales orientadas a garantizar la autonomía personal, la inclusión social, la continuidad asistencial y la recuperación de las personas atendidas.

## **II.2. Evolución del concepto de salud: del paradigma biomédico al modelo biopsicosocial y comunitario**

La organización tradicional de los sistemas sanitarios se ha sustentado históricamente sobre un modelo biomédico centrado prioritariamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad desde una perspectiva biológica.

Sin embargo, durante las últimas décadas, tanto la evidencia científica como los organismos internacionales han impulsado una profunda transformación de este paradigma.

La propia [Organización Mundial de la Salud](#) definió ya en 1946 la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad. Esta definición supuso un cambio sustancial en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, incorporando dimensiones psicológicas, sociales y relacionales como elementos constitutivos del bienestar de las personas.

Posteriormente, el desarrollo del modelo biopsicosocial consolidó la idea de que los procesos de salud están condicionados por la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales, haciendo necesaria la intervención coordinada de distintos perfiles profesionales con competencias complementarias.

Más recientemente, los sistemas sanitarios han evolucionado hacia modelos comunitarios y orientados a la recuperación, especialmente en ámbitos como la salud mental, las adicciones, la cronicidad o la atención sociosanitaria.

Estos enfoques se caracterizan por:

- Situar a la persona en el centro de la atención;
- Promover su participación activa en los procesos asistenciales;
- Intervenir sobre los determinantes sociales de la salud;
- Favorecer la autonomía personal y la inclusión comunitaria;
- Reforzar las redes de apoyo familiar y social;
- Priorizar la continuidad asistencial;
- Y orientar las intervenciones hacia proyectos de vida significativos y procesos de recuperación integral.

La [Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026](#) refleja claramente esta evolución, apostando por modelos comunitarios, interdisciplinares y centrados en la recuperación, donde la intervención sobre factores sociales y relacionales constituye un elemento esencial para mejorar los resultados en salud.

La adaptación del marco regulador del personal estatutario debe responder a esta transformación del concepto de salud, incorporando aquellos perfiles profesionales cuya contribución resulta imprescindible para desarrollar dichos modelos asistenciales.

### **II.3. Consolidación académica, institucional y profesional de la Educación social**

La educación social no constituye una profesión emergente ni una realidad profesional pendiente de definición. Se trata de una profesión titulada, académicamente consolidada e institucionalmente reconocida por el ordenamiento jurídico español desde hace más de tres décadas.

El [Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto](#), estableció el título universitario oficial de Diplomado en Educación Social con validez en todo el territorio nacional, configurando por primera vez un marco académico específico para el ejercicio profesional.

Posteriormente, el [Real Decreto 168/2004, de 30 de enero, reguló las condiciones para la declaración de equivalencia entre determinados títulos y el título oficial de Diplomado en Educación Social](#), ordenando situaciones formativas y profesionales preexistentes y reconociendo la trayectoria desarrollada por el colectivo profesional.

La implantación del Espacio Europeo de Educación Superior y la posterior regulación de las enseñanzas universitarias oficiales han consolidado el actual Grado en Educación social, integrado en el nivel correspondiente del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior y equiparado académicamente a otras titulaciones universitarias presentes en el Sistema Nacional de Salud.

A esta consolidación académica se suma una sólida trayectoria institucional y colegial. La creación del Col·legi d'Educadors i Educadores Socials de Catalunya mediante la [Ley 15/1996](#) constituyó un hito fundamental en la ordenación profesional de la educación social. Posteriormente, la [Ley 41/2006](#) creó el Consejo General de Colegios Oficiales de

Educadoras y Educadores Sociales, configurando una estructura colegial estatal como corporación de derecho público con personalidad jurídica propia.

Asimismo, la profesión dispone de un marco deontológico y metodológico propio, desarrollado a través de los [Documentos Profesionalizadores de la Educación Social, del Código Deontológico y del Catálogo de Funciones y Competencias](#) elaborado por las organizaciones profesionales del sector.

Estos instrumentos han permitido delimitar funciones, principios éticos, responsabilidades y estándares de calidad profesional, configurando un cuerpo competencial claramente definido.

Por tanto, la futura reforma del Estatuto Marco no tiene que incorporar una profesión inexistente ni crear una realidad profesional nueva, sino reconocer jurídicamente una profesión universitaria consolidada cuya presencia en múltiples dispositivos sanitarios constituye una realidad asistencial acreditada.

#### **II.4. La educación social como realidad asistencial consolidada en el ámbito sanitario**

La presencia de educadoras y educadores sociales en el ámbito sanitario no responde a experiencias aisladas ni a iniciativas excepcionales, sino a una implantación progresiva y sostenida en distintos dispositivos asistenciales del territorio estatal.

Especialmente significativa resulta su participación en los recursos de salud mental comunitaria, donde desarrollan funciones vinculadas al acompañamiento socioeducativo, la rehabilitación psicosocial, la promoción de la autonomía personal, la inclusión comunitaria, la prevención del aislamiento social, la continuidad asistencial y el apoyo a los procesos de recuperación.

Asimismo, su presencia se ha consolidado en programas de atención a las adicciones, recursos sociosanitarios, dispositivos residenciales especializados, programas de inserción sociolaboral, recursos de rehabilitación comunitaria y experiencias de salud comunitaria impulsadas desde la atención primaria.

Esta implantación ha permitido desarrollar metodologías específicas de intervención orientadas a reforzar la adherencia terapéutica, mejorar el funcionamiento social, favorecer la participación activa de las personas usuarias y promover itinerarios de recuperación e inclusión adaptados a cada contexto vital.

Sin embargo, esta realidad funcional no ha tenido un reconocimiento homogéneo dentro del régimen estatutario del Sistema Nacional de Salud, generando diferencias territoriales significativas en la configuración de equipos, en la definición de categorías profesionales y en el acceso a puestos vinculados al desempeño de funciones socioeducativas sanitarias.

La ausencia de un reconocimiento jurídico común dificulta la adecuada planificación de recursos humanos, compromete la equidad territorial y limita la capacidad del sistema

para responder de manera coherente a los modelos asistenciales actualmente promovidos por las políticas públicas de salud.

En consecuencia, resulta necesario avanzar hacia un marco regulador que adecue la ordenación profesional sanitaria a la realidad asistencial existente, garantizando que el Sistema Nacional de Salud disponga de todos los perfiles profesionales necesarios para abordar integralmente los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, comunitaria y centrada en la persona.

### **III. INTERÉS GENERAL: EL RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL COMO GARANTÍA PARA LA CIUDADANÍA**

La incorporación de la educación social al marco jurídico del Sistema Nacional de Salud debe situarse en el plano del interés general y de la garantía efectiva del derecho a la protección de la salud. No se trata de una reivindicación orientada exclusivamente al reconocimiento de un colectivo profesional, sino de una propuesta destinada a reforzar la calidad asistencial, la equidad del sistema sanitario y la protección de los derechos de las personas atendidas.

La creciente complejidad de los procesos de salud y enfermedad ha puesto de manifiesto que los resultados en salud no dependen únicamente del diagnóstico y tratamiento clínico, sino también de factores sociales, educativos, familiares, económicos, culturales y comunitarios que condicionan la aparición, evolución y recuperación de numerosos problemas de salud.

Las situaciones de sufrimiento psíquico, enfermedad mental, adicciones, discapacidad, dependencia, cronicidad o exclusión social muestran de forma especialmente evidente la necesidad de intervenciones integrales capaces de abordar simultáneamente las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la experiencia humana.

En este contexto, la educación social aporta competencias específicas orientadas a intervenir sobre aquellos factores relacionales y comunitarios que influyen directamente en la adherencia terapéutica, la participación activa de las personas en sus procesos de recuperación, el mantenimiento de la autonomía personal, la prevención del deterioro social y la construcción de proyectos de vida significativos.

La intervención socioeducativa especializada constituye, por tanto, una herramienta asistencial orientada a garantizar la efectividad de las actuaciones sanitarias y a favorecer resultados en salud más sostenibles y ajustados a las necesidades reales de la población.

#### **III.1. La protección del derecho a la salud exige intervenciones integrales**

El derecho a la protección de la salud reconocido constitucionalmente no puede entenderse limitado a la prestación de tratamientos médicos o farmacológicos, sino que

comprende el conjunto de actuaciones necesarias para promover el bienestar físico, mental y social de las personas.

La evidencia científica disponible y las estrategias sanitarias contemporáneas coinciden en señalar que numerosos factores relacionados con el entorno social condicionan de forma determinante la evolución de los procesos de salud y enfermedad.

Entre otros aspectos, influyen significativamente en los resultados asistenciales:

- La existencia o ausencia de redes de apoyo social;
- Las habilidades personales para la gestión de la vida cotidiana;
- La situación familiar y convivencial;
- La participación comunitaria;
- La capacidad para mantener rutinas saludables;
- La situación educativa y ocupacional;
- El acceso a recursos comunitarios;
- La presencia de situaciones de aislamiento o exclusión;
- Y la disponibilidad de apoyos para sostener procesos de recuperación.

La actuación sobre estos factores constituye una intervención sanitaria legítima y necesaria cuando incide directamente sobre la evolución clínica, la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida de las personas atendidas.

La educación social desarrolla precisamente intervenciones especializadas dirigidas a fortalecer estos elementos protectores y a reducir factores de riesgo que dificultan los procesos de recuperación y bienestar.

### **III.2. Calidad asistencial y continuidad de los cuidados**

La calidad de la atención sanitaria depende en gran medida de la capacidad del sistema para ofrecer respuestas integrales, coordinadas y sostenidas en el tiempo.

Especialmente en ámbitos como la salud mental, las adicciones o la atención sociosanitaria, la continuidad asistencial constituye un factor esencial para prevenir recaídas, evitar ingresos reiterados y favorecer la estabilidad de los procesos terapéuticos.

Las educadoras y educadores sociales contribuyen de manera significativa a dicha continuidad mediante actuaciones orientadas a:

- Facilitar la vinculación de las personas con los dispositivos asistenciales;
- Acompañar la transición entre distintos recursos y niveles de atención;
- Reforzar la adherencia a los tratamientos y planes terapéuticos;
- Promover la participación activa de las personas usuarias;
- Coordinar recursos sanitarios, sociales y comunitarios;
- Apoyar la reconstrucción de redes sociales y familiares;
- Y favorecer el mantenimiento de proyectos de vida autónomos y significativos.

Estas intervenciones complementan la actuación del resto de profesionales sanitarios y contribuyen a mejorar la eficacia global del sistema.

### **III.3. Recuperación, autonomía e inclusión social**

Los modelos contemporáneos de atención sanitaria, especialmente en salud mental, se orientan progresivamente hacia el paradigma de recuperación.

Este enfoque entiende la recuperación no exclusivamente como la desaparición de síntomas, sino como la posibilidad de que cada persona construya una vida satisfactoria, con sentido y participación social, incluso en presencia de determinadas limitaciones o problemas de salud persistentes.

Desde esta perspectiva, la promoción de la autonomía personal y la inclusión comunitaria constituyen objetivos asistenciales prioritarios.

La educación social desarrolla intervenciones específicamente orientadas a:

- Fortalecer capacidades personales y sociales;
- Acompañar procesos de toma de decisiones;
- Promover la autodeterminación y el protagonismo de las personas;
- Facilitar la participación comunitaria;
- Apoyar itinerarios de inserción social y ocupacional;
- Prevenir situaciones de dependencia innecesaria;
- Y favorecer la construcción de redes relacionales protectoras.

La incorporación estructural de estas competencias dentro del Sistema Nacional de Salud contribuye a hacer efectivo el derecho de las personas a participar activamente en sus propios procesos de recuperación.

### **III.4. Protección de personas en situación de especial vulnerabilidad**

La intervención socioeducativa especializada adquiere una especial relevancia en aquellos ámbitos donde concurren situaciones de elevada vulnerabilidad personal o social.

Entre otros colectivos, destacan:

- Personas con trastorno mental grave;
- Personas con problemas de adicciones y patología dual;
- Adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental;
- Personas mayores en situación de soledad o fragilidad;
- Personas con discapacidad y necesidades complejas de apoyo;
- Personas en situación de exclusión residencial;
- Personas migrantes con dificultades de integración;
- Personas sometidas a tratamientos prolongados o altamente complejos;
- Y familias que afrontan situaciones de especial dificultad.

La calidad de la atención prestada a estos colectivos exige profesionales específicamente cualificados para intervenir sobre dimensiones educativas, relacionales y comunitarias estrechamente vinculadas a los procesos de salud.

Por ello, el reconocimiento sanitario de la educación social constituye también una medida orientada a reforzar la protección efectiva de las personas más vulnerables.

### **III.5. Equidad territorial, seguridad jurídica y planificación del sistema**

La ausencia de un reconocimiento homogéneo de la educación social dentro del Sistema Nacional de Salud genera importantes desigualdades territoriales.

Actualmente, la presencia de educadoras y educadores sociales en los dispositivos sanitarios depende en gran medida de decisiones organizativas autonómicas o locales, produciéndose diferencias significativas en relación con:

- La existencia o inexistencia de categorías específicas;
- Los requisitos de acceso a determinados puestos;
- La composición de los equipos interdisciplinares;
- Las funciones atribuidas a los distintos perfiles profesionales;
- Y las oportunidades de desarrollo profesional.

Esta heterogeneidad dificulta la movilidad profesional, compromete la igualdad de acceso a servicios de calidad y limita la capacidad de planificación estratégica del sistema sanitario.

Asimismo, la ausencia de una regulación común puede favorecer situaciones de indefinición funcional, utilización de categorías no específicas o asignación de funciones socioeducativas sanitarias sin criterios homogéneos de cualificación profesional.

El reconocimiento normativo de la educación social contribuiría a reforzar la seguridad jurídica, facilitar la planificación de recursos humanos y garantizar una mayor equidad en la organización de la atención sanitaria.

### **III.6. El reconocimiento sanitario de la educación social como garantía de interés general**

La incorporación de la educación social al marco regulador del Sistema Nacional de Salud debe interpretarse como una medida orientada a fortalecer la capacidad del sistema para responder a los retos sanitarios contemporáneos.

No se trata de ampliar artificialmente el catálogo profesional ni de introducir nuevas demandas corporativas ajenas a la realidad asistencial, sino de adecuar la organización de los recursos humanos a modelos de atención que las propias administraciones sanitarias han asumido como referencia.

La presencia de educadoras y educadores sociales en los dispositivos sanitarios constituye ya una realidad funcional consolidada en numerosos territorios y ámbitos de intervención.

Su reconocimiento jurídico permitirá reforzar la calidad asistencial, mejorar la continuidad de los cuidados, favorecer la recuperación y la inclusión social de las personas atendidas, reducir desigualdades territoriales y garantizar que el derecho a la protección de la salud pueda ejercerse desde una perspectiva verdaderamente integral. En consecuencia, el reconocimiento sanitario de la educación social debe entenderse como una medida de interés general orientada a proteger a la ciudadanía, fortalecer el Sistema Nacional de Salud y adaptar su organización a la complejidad de los procesos de salud y enfermedad del siglo XXI.

#### **IV. IMPLANTACIÓN ESTRUCTURAL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

##### **IV.1. Implantación estructural de la educación social en los dispositivos sanitarios y sociosanitarios**

La presencia de la educación social en el ámbito sanitario no constituye una previsión teórica ni una aspiración futura, sino una realidad asistencial consolidada que se ha desarrollado progresivamente en múltiples dispositivos del Sistema Nacional de Salud y de los sistemas autonómicos de salud.

A lo largo de las últimas décadas, la evolución de los modelos asistenciales hacia enfoques biopsicosociales, comunitarios y centrados en la persona ha favorecido la incorporación de educadoras y educadores sociales a equipos interdisciplinares encargados de abordar necesidades complejas que trascienden el tratamiento exclusivamente clínico.

La experiencia acumulada evidencia que la intervención socioeducativa especializada aporta un valor diferencial en aquellos procesos en los que los determinantes sociales, las dinámicas familiares, la participación comunitaria, la autonomía personal y la construcción de proyectos de vida constituyen elementos esenciales para la recuperación y el bienestar.

La implantación de la educación social se manifiesta actualmente en recursos y dispositivos sanitarios diversos, desarrollando funciones asistenciales orientadas a la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación psicosocial, el acompañamiento terapéutico, la continuidad asistencial y la inclusión comunitaria.

La futura regulación debe reconocer esta realidad funcional consolidada y garantizar su adecuado encaje dentro del Sistema Nacional de Salud.

## IV.2. La educación social en el ámbito de la salud mental

La salud mental constituye probablemente el ámbito donde la implantación estructural de la educación social presenta un mayor grado de consolidación.

La transformación de la atención psiquiátrica hacia modelos comunitarios y orientados a la recuperación ha puesto de manifiesto la necesidad de incorporar profesionales capaces de intervenir sobre las dimensiones sociales, educativas y relacionales del sufrimiento psíquico.

Las educadoras y educadores sociales participan actualmente en numerosos dispositivos de salud mental desarrollando funciones específicas vinculadas a la rehabilitación psicosocial, la inclusión comunitaria y la promoción de la autonomía.

Entre otros recursos, su presencia resulta especialmente significativa en:

- Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA);
- Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ);
- Hospitales de Día;
- Unidades y servicios de rehabilitación comunitaria;
- Programas de Soporte Individualizado (PSI);
- Programas de atención precoz a la psicosis y primeros episodios;
- Equipos de atención domiciliaria;
- Clubes sociales vinculados a salud mental;
- Recursos residenciales especializados;
- Programas de inserción sociolaboral;
- Dispositivos de continuidad asistencial y seguimiento intensivo;
- Unidades de hospitalización y equipos de intervención en crisis en salud mental;
- Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil;
- Unidades de atención psiquiátrica y de salud mental con internamiento de media y larga estancia (MILLE);
- Comunidades terapéuticas.

En estos recursos, las educadoras y educadores sociales desarrollan actuaciones orientadas a:

- Promover la autonomía personal y social;
- Reforzar habilidades para la vida cotidiana;
- Acompañar procesos de recuperación;
- Favorecer la participación comunitaria;
- Prevenir situaciones de aislamiento;
- Intervenir sobre redes familiares y sociales;
- Facilitar la vinculación con los recursos asistenciales;
- Apoyar procesos de inserción ocupacional y comunitaria;

- Y coordinar actuaciones con otros dispositivos del territorio.

La especificidad de estas funciones contribuye de forma decisiva a los objetivos asistenciales actualmente promovidos por las políticas públicas de salud mental.

### **IV.3. Implantación en el ámbito de las adicciones**

La educación social constituye igualmente un perfil consolidado en los dispositivos de atención a las adicciones y patología dual.

La complejidad de los procesos adictivos exige intervenciones integrales que combinen actuaciones clínicas con estrategias educativas, comunitarias y de acompañamiento social orientadas a sostener los procesos de cambio.

Las educadoras y educadores sociales participan en:

- Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS);
- Centros de salud mental de adultos (CSMA);
- Centros de día;
- Unidades hospitalarias de desintoxicación – UHD;
- Programas dirigidos a nuevas adicciones (alimentarias, pantallas, etc...);
- Programas ambulatorios especializados;
- Recursos residenciales terapéuticos;
- Programas de reducción de riesgos y daños;
- Dispositivos específicos para personas con patología dual;
- Programas de reinserción comunitaria;
- Servicios de inserción sociolaboral;
- Programas preventivos dirigidos a población adolescente y joven.

Entre sus funciones destacan:

- La prevención de conductas adictivas;
- El acompañamiento terapéutico;
- La educación para la salud;
- El apoyo a la adherencia a los tratamientos;
- La rehabilitación psicosocial;
- La reconstrucción de redes de apoyo;
- La prevención de recaídas;
- La promoción de itinerarios de inclusión social;
- Y el fortalecimiento de factores protectores personales y comunitarios.

Estas intervenciones complementan la actuación clínica y favorecen procesos de recuperación más sostenibles.

#### **IV.4. Implantación en atención primaria y salud comunitaria**

La atención primaria constituye el nivel asistencial más próximo a la ciudadanía y el espacio natural para el desarrollo de estrategias preventivas, comunitarias y de promoción de la salud.

La creciente relevancia atribuida a los determinantes sociales de la salud y a la salud comunitaria ha favorecido experiencias de incorporación de la educación social en equipos de Atención primaria en distintos territorios.

Las educadoras y educadores sociales pueden desarrollar funciones vinculadas a:

- Detección precoz de situaciones de vulnerabilidad social con impacto sobre la salud;
- Educación para la salud;
- Promoción de hábitos saludables;
- Intervención socioeducativa con familias;
- Prevención de conductas de riesgo;
- Promoción del envejecimiento activo;
- Acompañamiento a personas con necesidades complejas;
- Coordinación con recursos comunitarios;
- Dinamización de redes comunitarias;
- Diseño y desarrollo de actividades grupales;
- Participación en programas comunitarios de salud.

Su incorporación refuerza la capacidad preventiva del sistema sanitario y favorece respuestas más integrales y próximas a las necesidades reales de la población.

#### **IV.5. Implantación en el ámbito sociosanitario**

La creciente prevalencia de situaciones de cronicidad, dependencia y complejidad asistencial ha impulsado el desarrollo de modelos sociosanitarios orientados a garantizar la continuidad de los cuidados y la atención integral.

En este ámbito, la educación social aporta competencias específicas relacionadas con el acompañamiento cotidiano, la promoción de la autonomía y el mantenimiento de la participación social.

Las educadoras y educadores sociales desarrollan funciones relevantes en:

- Recursos sociosanitarios de media y larga estancia;
- Unidades de convalecencia;
- Dispositivos de atención a personas con enfermedades crónicas complejas;
- Programas de apoyo a personas mayores en situación de fragilidad;
- Recursos residenciales sociosanitarios;
- Programas de transición entre niveles asistenciales;

- Servicios de apoyo a la vida independiente.

Entre sus actuaciones destacan:

- El diseño de actividades orientadas al mantenimiento de capacidades;
- La promoción de la autonomía personal;
- El acompañamiento emocional y relacional;
- La intervención con familias y personas cuidadoras;
- La prevención del aislamiento;
- La promoción de la participación significativa;
- Y la coordinación con recursos comunitarios.

#### **IV.6. Intervención comunitaria y determinantes sociales de la salud**

La intervención comunitaria constituye uno de los ámbitos estructurales y definatorios de la educación social y adquiere una relevancia creciente dentro de los actuales modelos de salud pública.

La evidencia científica ha puesto de manifiesto que factores como la pobreza, el aislamiento social, la exclusión, las dificultades educativas, la precariedad residencial o la debilidad de las redes de apoyo influyen de manera determinante sobre la salud y la esperanza de vida.

La educación social desarrolla actuaciones orientadas a intervenir precisamente sobre estos determinantes sociales mediante estrategias de acción comunitaria y promoción de la participación.

Entre otras funciones, destacan:

- La dinamización comunitaria;
- La promoción de redes de apoyo mutuo;
- La mediación comunitaria;
- La participación ciudadana en salud;
- El fortalecimiento del capital social;
- La prevención de situaciones de exclusión y aislamiento;
- El trabajo en red con entidades del territorio;
- La promoción de entornos inclusivos y saludables;
- El desarrollo de proyectos comunitarios de promoción de la salud.

Estas intervenciones contribuyen a reducir desigualdades sociales en salud y a reforzar la capacidad de las comunidades para generar bienestar y apoyo mutuo.

## **IV.7. La educación social como realidad consolidada del Sistema Nacional de Salud**

La implantación de la educación social en los distintos dispositivos sanitarios evidencia que su incorporación al Sistema Nacional de Salud no constituye una propuesta prospectiva ni una ampliación artificial de perfiles profesionales.

Por el contrario, se trata del reconocimiento jurídico de una realidad asistencial ya existente, consolidada y funcionalmente necesaria para el desarrollo efectivo de modelos de atención biopsicosociales, comunitarios y orientados a la recuperación.

La diversidad de ámbitos en los que las educadoras y educadores sociales desarrollan actualmente funciones asistenciales demuestra la capacidad de esta profesión para contribuir de manera específica a la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación psicosocial, la continuidad asistencial y la inclusión comunitaria.

La futura regulación del Estatuto Marco debe adecuarse a esta realidad organizativa y asistencial, garantizando que el Sistema Nacional de Salud disponga de todos los perfiles profesionales necesarios para ofrecer una atención integral, equitativa y centrada en las personas.

## **V. NATURALEZA SANITARIA Y FUNCIONES PROPIAS DE LA EDUCACIÓN SOCIAL**

### **V.1. Definición y naturaleza sanitaria de la educación social**

La educación social constituye una profesión universitaria especializada que desarrolla intervenciones dirigidas a personas, grupos y comunidades con la finalidad de promover la autonomía personal, la inclusión social, la participación comunitaria y el ejercicio efectivo de derechos de ciudadanía.

Cuando dichas intervenciones se desarrollan en el ámbito del Sistema Nacional de Salud y se orientan a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación psicosocial, la recuperación funcional y la continuidad asistencial, la educación social adquiere una dimensión inequívocamente sanitaria.

La intervención socioeducativa sanitaria se caracteriza por actuar sobre aquellos factores sociales, educativos, familiares, relacionales y comunitarios que influyen directamente sobre los procesos de salud y enfermedad, complementando la actuación del resto de profesiones sanitarias desde una perspectiva biopsicosocial e interdisciplinar.

La educación social sanitaria no constituye una actividad auxiliar ni accesorio, sino una intervención especializada orientada a mejorar resultados en salud mediante actuaciones dirigidas a reforzar la adherencia terapéutica, promover la recuperación, facilitar la participación activa de las personas usuarias y favorecer la inclusión comunitaria.

El reconocimiento de esta dimensión sanitaria responde a la evolución del propio concepto de salud y a la consolidación de modelos asistenciales centrados en la persona, orientados a la recuperación y comprometidos con la intervención sobre los determinantes sociales de la salud.

## **V.2. Funciones propias y competencias específicas**

Corresponde específicamente a las educadoras y educadores sociales que desarrollan su actividad profesional en el ámbito sanitario el diseño, planificación, coordinación, implementación y evaluación de intervenciones socioeducativas vinculadas a procesos de salud, enfermedad, rehabilitación y recuperación.

Entre sus funciones propias destacan:

- La promoción de la salud y de hábitos de vida saludables;
- El desarrollo de actuaciones preventivas dirigidas a reducir factores de riesgo y fortalecer factores protectores;
- La intervención sobre los determinantes sociales de la salud;
- La elaboración, ejecución y evaluación de planes individualizados de intervención socioeducativa sanitaria;
- El acompañamiento terapéutico y comunitario;
- La promoción de la autonomía personal y social;
- La rehabilitación psicosocial y la recuperación funcional;
- La facilitación de procesos de inclusión social y participación comunitaria;
- El desarrollo de acciones grupales orientadas al fortalecimiento de competencias personales y sociales;
- La intervención socioeducativa con familias y redes de apoyo;
- La prevención del aislamiento y la exclusión;
- La coordinación entre recursos sanitarios, sociales y comunitarios;
- La promoción de la participación activa de las personas usuarias en sus procesos asistenciales;
- La orientación y acompañamiento en itinerarios de recuperación e inclusión;
- Y la evaluación continuada de los procesos socioeducativos desarrollados.

Estas funciones requieren competencias específicas adquiridas mediante formación universitaria en educación social y constituyen el núcleo propio de la intervención socioeducativa sanitaria especializada.

## **V.3. Responsabilidad técnica y dirección metodológica**

La educación social constituye la profesión de referencia en la planificación y desarrollo de procesos socioeducativos dirigidos a promover la recuperación, la autonomía y la inclusión de las personas atendidas en el ámbito sanitario.

Las educadoras y educadores sociales asumen responsabilidades técnicas vinculadas a:

- La identificación de necesidades socioeducativas relacionadas con los procesos de salud;
- La formulación de objetivos educativos y comunitarios;
- La selección de metodologías de intervención adecuadas;
- La coordinación de actuaciones socioeducativas integradas en planes terapéuticos;
- La evaluación de resultados e impacto de las intervenciones;
- El seguimiento continuado de los procesos de recuperación;
- Y la articulación de recursos y apoyos comunitarios orientados a la continuidad asistencial.

Esta responsabilidad técnica se ejerce en coordinación con el resto de profesionales sanitarios, desde el reconocimiento mutuo de competencias y dentro del marco propio del trabajo interdisciplinar.

#### **V.4. Diferenciación funcional respecto de otras profesiones**

La interdisciplinariedad constituye uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la colaboración entre profesionales no implica indiferenciación competencial ni solapamiento funcional.

Un sistema sanitario sólido requiere que cada profesión tenga claramente delimitadas sus funciones, responsabilidades y aportaciones específicas.

La educación social comparte espacios de intervención con otras profesiones sanitarias y sociales, pero desarrolla una perspectiva propia sustentada en competencias, metodologías y objetivos diferenciados.

En relación con la psicología, la educación social no desarrolla funciones diagnósticas ni psicoterapéuticas, sino intervenciones orientadas a la promoción de competencias, la inclusión comunitaria y el acompañamiento socioeducativo.

Respecto al trabajo social, si bien ambas profesiones intervienen sobre factores sociales relacionados con la salud, la educación Social aporta una metodología pedagógica específica orientada al aprendizaje, la construcción de autonomía, la generación de contextos educativos y el acompañamiento en procesos de cambio.

En relación con la terapia ocupacional, la educación social comparte objetivos vinculados a la autonomía y la participación, diferenciándose por su énfasis en la intervención comunitaria, la mediación socioeducativa, la construcción de redes relacionales y el desarrollo de proyectos vitales significativos.

Por otra parte, la integración social constituye un perfil complementario que participa en la ejecución y apoyo de intervenciones previamente definidas dentro de los equipos asistenciales, mientras que la educación social asume responsabilidades de

planificación, coordinación, dirección metodológica y evaluación de procesos socioeducativos complejos.

La adecuada diferenciación funcional entre perfiles profesionales favorece la interdisciplinariedad real, evita situaciones de intrusismo o sustitución profesional indebida y garantiza una atención sanitaria más especializada y de mayor calidad para las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud.

#### **V.5. La Educación Social como profesión sanitaria del siglo XXI**

La evolución de los sistemas sanitarios exige incorporar perfiles profesionales capaces de responder a necesidades emergentes derivadas de la cronicidad, la complejidad social, la salud mental, las adicciones y las desigualdades sociales en salud.

La educación social reúne los requisitos académicos, competenciales y asistenciales necesarios para formar parte del conjunto de profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Su reconocimiento como profesión sanitaria no supone una ruptura con el modelo vigente, sino la adaptación del ordenamiento jurídico a una realidad asistencial consolidada y a un concepto contemporáneo de salud basado en la integración de dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

La incorporación plena de la educación social al ámbito sanitario contribuirá a reforzar la calidad asistencial, mejorar los resultados en salud, promover la recuperación y garantizar una atención verdaderamente integral y centrada en las personas.

#### **VI. CONSECUENCIAS DE LA AUSENCIA DE RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL**

La ausencia de un reconocimiento jurídico expreso de la educación social como profesión sanitaria y la inexistencia de una categoría estatutaria homogénea dentro del Sistema Nacional de Salud han generado progresivamente disfunciones que afectan a la organización de los servicios sanitarios, a la planificación de recursos humanos, a las condiciones de ejercicio profesional y, especialmente, a la calidad y equidad de la atención prestada a la ciudadanía.

Estas consecuencias no constituyen escenarios hipotéticos ni riesgos potenciales futuros, sino realidades presentes derivadas del desfase existente entre la evolución de los modelos asistenciales y el marco normativo que ordena las profesiones sanitarias y el empleo público sanitario.

La implantación funcional de la educación social en numerosos dispositivos sanitarios sin un reconocimiento jurídico equivalente ha dado lugar a respuestas organizativas heterogéneas, criterios dispares de incorporación profesional y diferentes niveles de protección para las personas usuarias del sistema sanitario.

## **VI.1. Desigualdad territorial y falta de homogeneidad**

Una de las principales consecuencias de la ausencia de reconocimiento sanitario de la educación social es la existencia de importantes desigualdades territoriales.

Actualmente, la incorporación de educadoras y educadores sociales a los dispositivos sanitarios depende en gran medida de decisiones organizativas adoptadas por cada comunidad autónoma, por áreas sanitarias concretas o incluso por determinados centros y servicios.

Esta situación ha generado diferencias significativas respecto a:

- La existencia o inexistencia de categorías profesionales específicas;
- La composición de los equipos interdisciplinares;
- Los requisitos de acceso a determinados puestos;
- La definición de funciones atribuidas a los distintos perfiles;
- Las posibilidades de desarrollo profesional;
- Y la presencia estructural de la educación social en determinados recursos asistenciales.

Como consecuencia, personas con necesidades asistenciales similares pueden recibir respuestas diferentes en función del territorio en el que residan, comprometiéndose el principio de equidad que debe inspirar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La ausencia de criterios homogéneos dificulta además la movilidad profesional entre servicios de salud y limita la capacidad del sistema para planificar adecuadamente sus recursos humanos.

## **VI.2. Fragmentación asistencial y discontinuidad de cuidados**

La falta de reconocimiento normativo de la educación social favorece modelos organizativos fragmentados, donde intervenciones esenciales para los procesos de recuperación dependen de iniciativas locales, programas temporales o estructuras no consolidadas.

Esta situación afecta especialmente a ámbitos como:

- La salud mental comunitaria;
- La atención a las adicciones;
- La rehabilitación psicosocial;
- La atención sociosanitaria;
- Y los programas de continuidad asistencial.

Cuando las funciones socioeducativas no forman parte estructural de los equipos, aumenta el riesgo de que los procesos de acompañamiento, inclusión y apoyo comunitario queden desarticulados o dependan de recursos externos insuficientemente coordinados.

La discontinuidad de estas intervenciones puede traducirse en:

- Dificultades para mantener la adherencia terapéutica;
- Pérdida del vínculo asistencial;
- Incremento del aislamiento social;
- Mayores dificultades en los procesos de recuperación;
- Utilización ineficiente de recursos;
- Y aumento del riesgo de recaídas y reingresos evitables.

La fragmentación asistencial resulta incompatible con los modelos contemporáneos de atención integral y centrada en la persona.

### **VI.3. Invisibilidad profesional y utilización de categorías genéricas**

La inexistencia de una categoría estatutaria sanitaria específica ha favorecido la utilización de fórmulas organizativas diversas para incorporar funciones socioeducativas dentro del sistema sanitario.

En determinados contextos, estas funciones son desempeñadas mediante categorías genéricas o figuras profesionales no específicamente diseñadas para desarrollar intervenciones socioeducativas sanitarias complejas.

Esta situación genera:

- Indefinición funcional;
- Inseguridad jurídica;
- Dificultades para identificar responsabilidades profesionales;
- Ausencia de criterios homogéneos de acceso;
- Invisibilidad de la aportación específica de la educación social;
- Y riesgo de sustitución profesional indebida.

La falta de reconocimiento formal dificulta asimismo el adecuado desarrollo profesional de quienes ya desempeñan estas funciones dentro del sistema sanitario.

### **VI.4. Dificultades para la planificación de recursos humanos**

La planificación eficiente de los recursos humanos constituye uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud.

La ausencia de reconocimiento jurídico de la educación social dificulta que las administraciones sanitarias puedan:

- Identificar adecuadamente las necesidades profesionales derivadas de los actuales modelos asistenciales;
- Diseñar plantillas acordes con dichas necesidades;
- Establecer criterios homogéneos de selección y provisión;
- Definir competencias y responsabilidades específicas;

- Prever necesidades formativas;
- Y evaluar el impacto de las intervenciones desarrolladas.

Esta situación limita la capacidad estratégica del sistema y favorece respuestas organizativas reactivas, heterogéneas y poco sostenibles.

La adecuada ordenación profesional constituye, por tanto, una herramienta esencial para garantizar una planificación racional y eficiente de los recursos públicos.

#### **VI.5. Impacto sobre la calidad asistencial y la protección de la ciudadanía**

La ausencia de reconocimiento sanitario de la educación social no afecta únicamente a las condiciones de ejercicio profesional, sino que tiene consecuencias directas sobre la calidad de la atención prestada a las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud.

Las intervenciones socioeducativas desarrolladas en el ámbito sanitario inciden frecuentemente sobre personas que presentan situaciones de elevada complejidad y vulnerabilidad, entre ellas:

- Personas con trastorno mental grave;
- Personas con problemas de adicciones;
- Adolescentes y jóvenes con necesidades complejas de apoyo;
- Personas mayores en situación de fragilidad;
- Personas con discapacidad;
- Personas en situación de exclusión social;
- Y personas sometidas a procesos asistenciales prolongados.

La ausencia de mecanismos homogéneos de reconocimiento profesional puede comprometer:

- La calidad técnica de las intervenciones;
- La continuidad de los cuidados;
- La adecuada coordinación interdisciplinar;
- La correspondencia entre funciones y cualificación profesional;
- La evaluación de resultados asistenciales;
- Y la protección efectiva de los derechos de las personas atendidas.

La seguridad de la ciudadanía exige que las funciones asistenciales sean desarrolladas por profesionales específicamente cualificados y adecuadamente integrados dentro de la organización sanitaria.

#### **VI.6. Un desfase entre la realidad asistencial y el marco jurídico**

El Sistema Nacional de Salud ha evolucionado hacia modelos biopsicosociales, comunitarios y orientados a la recuperación.

Sin embargo, la ordenación jurídica de sus recursos humanos no ha avanzado al mismo ritmo.

Esta situación ha generado un desfase creciente entre la práctica asistencial y el reconocimiento normativo de los perfiles profesionales necesarios para sostener dichos modelos de atención.

La educación social constituye uno de los ejemplos más evidentes de esta discordancia. Mientras numerosos dispositivos sanitarios han incorporado de manera estable intervenciones socioeducativas especializadas, el marco jurídico continúa sin reconocer plenamente la naturaleza sanitaria de dichas actuaciones ni la posición profesional de quienes las desarrollan.

La persistencia de este desfase compromete la coherencia organizativa del sistema, limita su capacidad de adaptación a nuevas necesidades y dificulta la consolidación de respuestas asistenciales integrales.

Por ello, el reconocimiento sanitario de la educación social no debe entenderse como una medida de ampliación corporativa, sino como una actuación necesaria para adecuar el ordenamiento jurídico a la realidad funcional del Sistema Nacional de Salud y reforzar la protección efectiva del derecho a la salud de la ciudadanía.

## **VII. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES**

### **VII.1. La salud como fenómeno multidimensional y los determinantes sociales de la salud**

La evolución de la evidencia científica disponible durante las últimas décadas ha puesto de manifiesto que la salud de las personas no depende exclusivamente de factores biológicos ni de la disponibilidad de tratamientos clínicos, sino de una compleja interacción entre elementos individuales, sociales, económicos, educativos, culturales y comunitarios.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado reiteradamente que las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen influyen de manera decisiva sobre sus oportunidades de disfrutar de una vida saludable. Estos factores, conocidos como determinantes sociales de la salud, condicionan tanto la aparición de problemas de salud como la capacidad de recuperación y la efectividad de las intervenciones sanitarias.

Entre dichos determinantes destacan:

- El nivel educativo;
- Las condiciones económicas y laborales;
- La calidad de las relaciones familiares y sociales;
- La disponibilidad de redes de apoyo;
- Las condiciones de vivienda;

- La participación comunitaria;
- El acceso a recursos del entorno;
- La discriminación y la exclusión social;
- Y las oportunidades de inclusión y desarrollo personal.

La evidencia disponible demuestra que intervenir sobre estos factores mejora resultados en salud, reduce desigualdades y contribuye a una utilización más eficiente de los recursos sanitarios.

La educación social desarrolla precisamente intervenciones especializadas dirigidas a actuar sobre estos determinantes, reforzando factores protectores y reduciendo barreras sociales que dificultan la recuperación y el bienestar.

## **VII.2. Salud mental comunitaria y paradigma de recuperación**

La salud mental constituye uno de los ámbitos donde la transformación del modelo asistencial ha sido más profunda y donde la aportación de la educación social adquiere una especial relevancia.

Las recomendaciones internacionales han promovido progresivamente el abandono de modelos centrados exclusivamente en la institucionalización y el control sintomático, favoreciendo enfoques comunitarios orientados a la recuperación y a la inclusión social. El paradigma de recuperación entiende que las personas con problemas de salud mental deben disponer de apoyos que les permitan desarrollar proyectos vitales significativos, participar activamente en la comunidad y ejercer el máximo nivel posible de autodeterminación y autonomía, independientemente de la persistencia de determinadas limitaciones o síntomas.

Desde esta perspectiva, la recuperación implica dimensiones como:

- La reconstrucción de la identidad personal;
- El fortalecimiento de capacidades y competencias;
- La participación activa en la toma de decisiones;
- La inclusión social y comunitaria;
- El acceso a oportunidades educativas y ocupacionales;
- Y el mantenimiento de relaciones significativas.

Las intervenciones socioeducativas desarrolladas por educadoras y educadores sociales contribuyen de forma directa a estos objetivos, complementando las actuaciones clínicas mediante estrategias orientadas a sostener procesos de recuperación integral.

## **VII.3. Evidencia sobre los beneficios de la intervención socioeducativa**

La literatura científica disponible y la experiencia acumulada en servicios comunitarios ponen de manifiesto que las intervenciones orientadas a promover la autonomía, la

participación y la inclusión social generan beneficios relevantes en los procesos asistenciales.

Entre los resultados descritos con mayor frecuencia destacan:

- Mejora de la adherencia terapéutica;
- Incremento de la vinculación con los servicios asistenciales;
- Fortalecimiento de habilidades para la vida cotidiana;
- Reducción del aislamiento social;
- Mejora del funcionamiento psicosocial;
- Incremento de la participación comunitaria;
- Mayor percepción de calidad de vida;
- Fortalecimiento de redes naturales de apoyo;
- Mejora de la autonomía personal;
- Disminución de factores de riesgo asociados a la exclusión;
- Y mayor sostenibilidad de los procesos de recuperación.

Estos beneficios resultan especialmente relevantes en ámbitos como la salud mental grave, las adicciones, la atención a personas mayores en situación de fragilidad y los procesos de cronicidad compleja.

La intervención socioeducativa especializada permite traducir los objetivos generales de los modelos comunitarios en actuaciones concretas orientadas a la vida cotidiana de las personas y a su participación efectiva en la comunidad.

#### **VII.4. Continuidad asistencial y prevención de reingresos evitables**

La continuidad asistencial constituye uno de los principales indicadores de calidad de los sistemas sanitarios contemporáneos.

La evidencia disponible señala que las transiciones entre dispositivos asistenciales representan momentos especialmente vulnerables para las personas atendidas, incrementándose el riesgo de abandono de tratamientos, pérdida de seguimiento, recaídas y utilización inadecuada de recursos.

Las intervenciones dirigidas a facilitar la coordinación entre recursos, reforzar la vinculación terapéutica y acompañar a las personas en sus entornos cotidianos han mostrado efectos positivos sobre:

- La permanencia en tratamiento;
- La adherencia a las recomendaciones terapéuticas;
- La estabilidad residencial y comunitaria;
- La prevención de crisis;
- La detección precoz de dificultades emergentes;
- Y la reducción de hospitalizaciones evitables.

La educación social aporta herramientas específicas para desarrollar estas actuaciones desde una perspectiva centrada en la persona, basada en el acompañamiento, la proximidad y la construcción de apoyos comunitarios sostenibles.

### **VII.5. Organismos internacionales y estrategias públicas de salud**

Las recomendaciones emitidas por organismos internacionales y las principales estrategias sanitarias contemporáneas convergen en la necesidad de desarrollar respuestas integrales y multidisciplinarias.

Entre los principios reiteradamente defendidos destacan:

- La intervención sobre los determinantes sociales de la salud;
- La atención centrada en la persona;
- La participación activa de las personas usuarias;
- El fortalecimiento de las capacidades individuales y comunitarias;
- La coordinación intersectorial;
- La promoción de la salud;
- La prevención de la enfermedad;
- La recuperación orientada a la inclusión social;
- Y el desarrollo de servicios comunitarios accesibles y próximos al entorno habitual de vida.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 incorpora expresamente muchos de estos principios, apostando por dispositivos comunitarios, enfoques de recuperación y actuaciones dirigidas a favorecer la inclusión y la participación.

La aportación específica de la educación social resulta plenamente coherente con dichos objetivos estratégicos.

### **VII.6. La evidencia científica como fundamento del reconocimiento sanitario**

El reconocimiento sanitario de la educación social no responde únicamente a la existencia de una trayectoria profesional consolidada ni a la implantación funcional en determinados dispositivos asistenciales.

Se sustenta, además, en una creciente evidencia científica que demuestra la importancia de intervenir sobre los factores sociales y comunitarios que condicionan la salud y los procesos de recuperación.

La incorporación de profesionales específicamente cualificados para desarrollar estas intervenciones constituye una respuesta basada en el conocimiento disponible y alineada con las recomendaciones internacionales más relevantes.

En consecuencia, la adaptación del marco jurídico sanitario para reconocer plenamente la aportación de la educación social debe entenderse como una decisión fundamentada

en criterios de calidad asistencial, eficiencia, protección de la ciudadanía y adecuación a la mejor evidencia científica disponible.

La evolución de los sistemas sanitarios hacia modelos biopsicosociales, comunitarios y orientados a la recuperación exige que la ordenación profesional del Sistema Nacional de Salud incorpore aquellos perfiles cuya contribución ha demostrado ser relevante para mejorar resultados en salud y garantizar una atención integral centrada en las personas. Desde esta perspectiva, el reconocimiento de la educación social como profesión sanitaria constituye una medida coherente con la evidencia científica, las recomendaciones internacionales y las necesidades asistenciales del siglo XXI.

### **VIII. PROPUESTAS NORMATIVAS PARA EL RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL**

Las aportaciones formuladas en el presente documento tienen por objeto adecuar el marco jurídico del Sistema Nacional de Salud a la evolución de los modelos asistenciales contemporáneos y a la realidad funcional de la educación social en el ámbito sanitario. Las medidas propuestas responden a una lógica de coherencia normativa, seguridad jurídica, calidad asistencial y protección efectiva del derecho a la salud de la ciudadanía. El reconocimiento sanitario de la educación social debe abordarse mediante una reforma ambiciosa que permita superar el actual desfase entre la práctica asistencial y la ordenación jurídica de las profesiones sanitarias.

#### **APORTACIÓN 1. ARTÍCULO 4. PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE ORDENACIÓN DEL RÉGIMEN ESTATUTARIO.**

##### **Texto actual**

La ordenación del régimen del personal estatutario de los servicios de salud se rige por los siguientes principios y criterios:

- a) Servicio a la ciudadanía y al interés general.
- b) Sometimiento pleno a la ley y al derecho.
- c) Igualdad efectiva de mujeres y hombres, igualdad de trato y no discriminación y promoción de políticas activas en materia de igualdad de género, empleo de personas con discapacidad y conciliación de la vida laboral con la personal y familiar.
- d) Igualdad, mérito, capacidad, publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario y en su promoción profesional.
- e) Calidad y estabilidad en el empleo y en el mantenimiento de la condición de personal estatutario fijo.
- f) Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.

- g) Libre circulación del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- h) Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.
- i) Responsabilidad en el ejercicio profesional y objetividad como garantías de la competencia e imparcialidad en el desempeño de las funciones.
- j) Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus centros e instituciones.
- k) Incorporación de los valores de confidencialidad, integridad, neutralidad, transparencia en la gestión y deontología y servicio al interés público y a la ciudadanía, tanto en la actuación profesional, como en las relaciones con las personas usuarias.
- l) Respeto a las garantías exigidas por la legislación de protección de datos de carácter personal.
- m) Eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos, de acuerdo con el objetivo de disponibilidad presupuestaria establecido.
- n) Dedicación prioritaria al servicio público y transparencia de los intereses y actividades privadas como garantía de dicha preferencia.
- ñ) Participación de las organizaciones sindicales en la determinación de las condiciones de trabajo a través de la negociación colectiva en las mesas sectoriales correspondientes

#### **Propuesta de modificación del artículo 4**

Se añade una nueva letra o) con la siguiente redacción:

o) La prestación de los servicios sanitarios y la actuación del personal estatutario se desarrollarán de acuerdo con un modelo biopsicosocial, comunitario y orientado a la recuperación, promoviendo intervenciones sobre los determinantes sociales, educativos, económicos, culturales y ambientales de la salud, así como la creación de entornos inclusivos, accesibles y respetuosos con los derechos humanos, mediante equipos interdisciplinarios centrados en la persona y la comunidad.

#### **Justificación**

La evolución de las necesidades de salud de la población y de los modelos de atención sanitaria exige que la ordenación del régimen del personal estatutario incorpore expresamente una concepción integral de la salud que trascienda los enfoques exclusivamente biomédicos.

La evidencia científica disponible y las principales estrategias nacionales e internacionales coinciden en señalar que los procesos de salud y enfermedad están condicionados por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, así como por determinantes educativos, económicos, culturales y ambientales que influyen decisivamente en la aparición de los problemas de salud, en su evolución, en la

adherencia terapéutica y en las posibilidades de recuperación e inclusión social de las personas.

La propia Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedad. Del mismo modo, la [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#); la [Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud](#); y la [Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública](#), incorporan principios vinculados a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la equidad y la actuación sobre los determinantes sociales de la salud.

Asimismo, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 impulsa de forma expresa un modelo de atención comunitario, interdisciplinar y orientado a la recuperación, centrado en la persona y en su proyecto de vida, promoviendo la autonomía, la participación activa, la continuidad asistencial y la inclusión social.

Sin embargo, el artículo 4 del Anteproyecto, aun incorporando principios esenciales como el servicio a la ciudadanía, la igualdad, la eficiencia o la responsabilidad profesional, no recoge expresamente este cambio de paradigma que ya inspira buena parte de las políticas sanitarias contemporáneas.

La incorporación de un nuevo principio rector referido a un modelo biopsicosocial, comunitario y orientado a la recuperación permitiría alinear la regulación del personal estatutario con la realidad asistencial del Sistema Nacional de Salud, reforzando el carácter interdisciplinar de la atención y legitimando la intervención sobre aquellos factores sociales y comunitarios que condicionan el estado de salud de la población.

Esta modificación no altera la estructura organizativa del sistema ni supone la creación de nuevas obligaciones asistenciales inmediatas, sino que proporciona un marco interpretativo coherente para la planificación de recursos humanos, la organización de los equipos y el ejercicio profesional, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención, la equidad y la efectividad del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española.

## **APORTACIÓN 2. ARTÍCULO 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO**

### **Texto actual**

...

2. En relación con la función desarrollada y al título exigido, el personal estatutario se clasifica en grupos profesionales, categorías y, en su caso, áreas de conocimiento específicas. El grupo profesional constituye el instrumento de clasificación del personal sobre la base del nivel de titulación exigido. En cada grupo profesional se agruparán

diferentes categorías en función de la titulación específica requerida, incluyendo en su caso las distintas especialidades profesionales reconocidas oficialmente. En cada categoría se podrán establecer áreas de conocimiento específicas cuando el puesto exija una mayor especificidad de las funciones a desempeñar.

### **Propuesta de adición**

Podrán establecerse categorías profesionales correspondientes a titulaciones universitarias oficiales que desarrollen funciones asistenciales especializadas dentro del Sistema Nacional de Salud, cuando las necesidades organizativas y asistenciales requieran intervenciones específicas orientadas a garantizar una atención integral, la continuidad de los cuidados y la respuesta adecuada a los determinantes sociales de la salud.

Entre dichas categorías se incluirá la categoría estatutaria de Educador/a Social, correspondiente a quienes estén en posesión del título universitario oficial de Grado o Diplomatura en Educación Social, para el desarrollo de funciones socioeducativas especializadas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud."

### **Justificación**

La transformación de los modelos asistenciales y la creciente complejidad de las necesidades de salud de la población exigen que los instrumentos de clasificación profesional del Sistema Nacional de Salud sean suficientemente flexibles para incorporar aquellos perfiles profesionales universitarios que desarrollan funciones asistenciales especializadas y cuya contribución resulta necesaria para garantizar una atención integral y de calidad.

El actual redactado del artículo 5.2 contempla la clasificación del personal estatutario mediante grupos profesionales, categorías y áreas de conocimiento específicas, pero no prevé expresamente la posibilidad de adaptar dicha clasificación a la evolución de las necesidades asistenciales ni a la aparición o consolidación de nuevas funciones profesionales desarrolladas en el ámbito sanitario.

La incorporación de este inciso permitiría adecuar la ordenación de los recursos humanos a la realidad asistencial contemporánea, facilitando la creación de categorías profesionales vinculadas a titulaciones universitarias oficiales que ya desarrollan funciones específicas en distintos dispositivos del Sistema Nacional de Salud, especialmente en ámbitos donde la intervención interdisciplinar y la actuación sobre los determinantes sociales de la salud resultan esenciales.

Esta modificación no implica la creación automática de nuevas categorías ni altera el régimen jurídico de las profesiones sanitarias reguladas por la normativa vigente. Su finalidad es dotar al Estatuto Marco de un instrumento flexible que permita responder,

mediante la correspondiente planificación y justificación asistencial, a las necesidades presentes y futuras del sistema sanitario.

En este sentido, la propuesta contribuiría a reforzar la calidad de la atención, la continuidad asistencial, la coordinación entre profesionales y la capacidad del Sistema Nacional de Salud para ofrecer respuestas integrales, centradas en la persona y adaptadas a la complejidad de los procesos de salud y enfermedad.

#### **APORTACIÓN 4. ARTÍCULO 6. CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEL PERSONAL ESTATUTARIO CON TITULACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD O DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL ÁREA SANITARIA.**

##### **Texto actual**

En virtud de nombramiento expedido y atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso de acuerdo con el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (en adelante, MECU) las categorías profesionales y especialidades de personal estatutario sanitario se clasifican en los siguientes grupos:

Grupo 8: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 8 del MECU o Nivel 7 del MECU con título de Especialista en Ciencias de la Salud o Nivel 6 con título de Especialista en Ciencias de la Salud con duración igual o superior a 4 años.

Grupo 7: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 7 del MECU que habilite para el ejercicio de una profesión sanitaria o Nivel 6 del MECU con título de Especialista en Ciencias de la Salud con duración inferior a 4 años.

Grupo 6: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 6 del MECU que habilite para el ejercicio de una profesión sanitaria.

Grupo 5: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 5 del MECU que habilite para el ejercicio de una actividad o profesión sanitaria.

Grupo 4: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 4 del MECU que habilite para el ejercicio de una actividad sanitaria. La clasificación del personal estatutario por grupos de titulación tiene efectos exclusivamente en el ámbito de la planificación, ordenación y gestión de los recursos humanos, así como en la aplicación de criterios administrativos y retributivos. En ningún caso esta clasificación altera la jerarquía funcional ni las relaciones interprofesionales, que se regirán por lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

##### **Propuesta de adición**

"Grupo 6 bis: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título universitario oficial de Nivel 6 del Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente

(MECU) y cuyos profesionales desarrollen funciones asistenciales especializadas dentro del Sistema Nacional de Salud que no se encuentren comprendidas entre las profesiones sanitarias reguladas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias."

### **Justificación**

La complejidad creciente de los procesos de salud y enfermedad ha propiciado la incorporación efectiva al Sistema Nacional de Salud de profesionales universitarios que desarrollan funciones asistenciales especializadas y participan de manera estable en equipos interdisciplinarios, especialmente en ámbitos como la salud mental, las adicciones, la rehabilitación psicosocial, la atención sociosanitaria o la salud comunitaria.

Sin embargo, el sistema de clasificación previsto en el artículo 6 vincula todos los grupos profesionales sanitarios a titulaciones que habilitan para el ejercicio de profesiones sanitarias reconocidas por la Ley 44/2003, dejando sin encaje adecuado aquellas categorías estatutarias que, aun desarrollando funciones asistenciales relevantes, no se encuentran actualmente incluidas en dicho catálogo.

La creación de un grupo específico permitiría adecuar la planificación y ordenación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud a la realidad asistencial existente, garantizando la correspondencia entre el nivel de cualificación universitaria exigido y el grupo profesional de adscripción, sin alterar el régimen jurídico de las profesiones sanitarias ni modificar el catálogo previsto en la Ley 44/2003.

Esta modificación reforzaría la seguridad jurídica, favorecería la homogeneización entre servicios de salud y permitiría reconocer adecuadamente la aportación de categorías profesionales universitarias cuya intervención resulta necesaria para garantizar una atención integral y centrada en las personas.

### **APORTACIÓN 5. ARTÍCULO 7. CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEL PERSONAL ESTATUTARIO CON TITULACIONES HABILITANTES PARA EL DESEMPEÑO DE FUNCIONES DE GESTIÓN Y SERVICIOS O PARA EL DESARROLLO DE OTRAS PROFESIONES U OFICIOS NO CONTEMPLADAS EN LAS TITULACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **Texto actual**

En virtud de nombramiento expedido, las funciones desarrolladas y atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso de acuerdo con el MECU las categorías profesionales del personal estatutario de gestión y servicios se clasifican de la siguiente manera: Grupo 8: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 8

del MECU Grupo 7: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 7 del MECU. Grupo 6: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 6 del MECU. Grupo 5: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 5 del MECU. Grupo 4: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 4 del MECU. Grupo 3: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título de Nivel 3 del MECU. Grupo 2: Categorías para las que el requisito de acceso sea distinto a los anteriores grupos.

### **Enmienda de adición.**

Se añade un nuevo párrafo al artículo 6, con la siguiente redacción:

"Grupo 6 bis: Categorías para las que el requisito de acceso sea un título universitario oficial de Nivel 6 del Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (MECU) y cuyos profesionales desarrollen funciones asistenciales especializadas dentro del Sistema Nacional de Salud que no se encuentren comprendidas entre las profesiones sanitarias reguladas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias."

### **Justificación**

La complejidad creciente de los procesos de salud y enfermedad ha propiciado la incorporación efectiva al Sistema Nacional de Salud de profesionales universitarios que desarrollan funciones asistenciales especializadas y participan de manera estable en equipos interdisciplinarios, especialmente en ámbitos como la salud mental, las adicciones, la rehabilitación psicosocial, la atención sociosanitaria o la salud comunitaria.

Sin embargo, el sistema de clasificación previsto en el artículo 6 vincula todos los grupos profesionales sanitarios a titulaciones que habilitan para el ejercicio de profesiones sanitarias reconocidas por la Ley 44/2003, dejando sin encaje adecuado aquellas categorías estatutarias que, aun desarrollando funciones asistenciales relevantes, no se encuentran actualmente incluidas en dicho catálogo.

La creación de un grupo específico permitiría adecuar la planificación y ordenación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud a la realidad asistencial existente, garantizando la correspondencia entre el nivel de cualificación universitaria exigido y el grupo profesional de adscripción, sin alterar el régimen jurídico de las profesiones sanitarias ni modificar el catálogo previsto en la Ley 44/2003.

Esta modificación reforzaría la seguridad jurídica, favorecería la homogeneización entre servicios de salud y permitiría reconocer adecuadamente la aportación de categorías profesionales universitarias cuya intervención resulta necesaria para garantizar una atención integral y centrada en las personas.

## **APORTACIÓN 6. ARTÍCULO 12. PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

### **Texto actual**

1. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud analizará las diferentes regulaciones en materia de recursos humanos y desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación, impulso de mejora de las condiciones de trabajo y modernización de las políticas de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como principal instrumento de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud, conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. 3. En las cuestiones referidas a condiciones de trabajo contará con el asesoramiento efectivo del Ámbito de Negociación.

### **Enmienda de adición.**

3. En el ejercicio de las competencias de planificación y ordenación de los recursos humanos, las administraciones sanitarias garantizarán la disponibilidad de perfiles profesionales con competencias socioeducativas especializadas que permitan intervenir sobre los determinantes sociales de la salud, favorecer la promoción de la salud, la rehabilitación psicosocial, la continuidad asistencial, la recuperación, la autonomía personal y la inclusión comunitaria.

Esta planificación deberá responder a las necesidades asistenciales de la población y asegurar la incorporación de dichos perfiles en aquellos ámbitos donde las intervenciones socioeducativas resulten necesarias para garantizar una atención integral y centrada en la persona.

A estos efectos, se considerarán ámbitos prioritarios la red de salud mental, los dispositivos de atención a las adicciones y la patología dual, la atención sociosanitaria, los programas de continuidad de cuidados y, progresivamente, los dispositivos de atención primaria, salud comunitaria y aquellos otros en los que las necesidades asistenciales requieran intervenciones de carácter socioeducativo.

### **Justificación**

El artículo 12 del Anteproyecto atribuye a las administraciones sanitarias la responsabilidad de planificar adecuadamente los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud para garantizar una respuesta eficaz a las necesidades asistenciales de la población.

La transformación de los perfiles epidemiológicos, el aumento de la cronicidad, el incremento de los problemas de salud mental y la creciente complejidad de las situaciones de vulnerabilidad social exigen avanzar hacia modelos de atención integrales, interdisciplinarios y centrados en la persona, capaces de abordar no solo las dimensiones clínicas de la enfermedad, sino también aquellos factores sociales y comunitarios que condicionan la evolución de los procesos de salud y las posibilidades reales de recuperación.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 identifica expresamente la necesidad de reforzar los recursos comunitarios y de garantizar respuestas orientadas a la recuperación, promoviendo la autonomía, la inclusión social y la continuidad asistencial. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud y la legislación sanitaria española han puesto de manifiesto la importancia de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud para reducir desigualdades y mejorar los resultados en salud.

En la actualidad, profesionales de la educación social desarrollan funciones asistenciales especializadas en múltiples dispositivos integrados en la red sanitaria, especialmente en el ámbito de la salud mental comunitaria, la rehabilitación psicosocial, los programas de soporte individualizado, los recursos de adicciones, los dispositivos residenciales especializados y otros servicios orientados a la recuperación y la inclusión social. Sin embargo, su presencia depende con frecuencia de decisiones organizativas heterogéneas, generando importantes desigualdades territoriales y una notable falta de homogeneidad en la configuración de los equipos.

La presente propuesta no establece ratios obligatorias ni impone modelos cerrados de organización de los servicios. Su finalidad es incorporar al Estatuto Marco un criterio de planificación que permita a las administraciones sanitarias dimensionar adecuadamente sus plantillas atendiendo a las necesidades reales de atención y garantizando la disponibilidad de aquellos perfiles profesionales cuya intervención resulte necesaria para ofrecer una atención integral y de calidad.

Asimismo, la referencia expresa a ámbitos prioritarios responde a la evidencia acumulada sobre la contribución de las intervenciones socioeducativas a la mejora de la adherencia terapéutica, la prevención de recaídas, el fortalecimiento de las redes de apoyo, la participación comunitaria y la continuidad de los cuidados.

La incorporación de este criterio de planificación contribuirá a reforzar la calidad asistencial, la equidad territorial y la capacidad del Sistema Nacional de Salud para responder a los desafíos actuales y futuros, alineando la ordenación de los recursos humanos con los modelos biopsicosociales, comunitarios y orientados a la recuperación que inspiran las principales políticas sanitarias contemporáneas.

## **APORTACIÓN 7. ARTÍCULO 13. PLAZA Y PUESTOS DE LA PLANTILLA ORGÁNICA**

### **Texto original**

1. Los servicios de salud estructurarán su organización a través de plantillas orgánicas u otros instrumentos organizativos similares que comprenderán, al menos, la denominación de los puestos y el número de plazas que corresponden a cada uno.

Las plantillas orgánicas o instrumentos organizativos serán incluidos en los Portales de Transparencia correspondientes con la periodicidad que se determine en la normativa aplicable y al menos anualmente y siempre que sean actualizadas.

La incorporación del personal estatutario en las distintas instituciones o centros se realizará mediante su vinculación a una plaza, y si procede, en un puesto de trabajo o función.

La plaza es la unidad administrativa básica del empleo público en el ámbito estatutario que representa a cada uno de los efectivos de carácter estructural que, como máximo, pueden prestar servicios en los centros e instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Se entiende por puesto de trabajo el conjunto de tareas, funciones y responsabilidades, vinculada a una titulación o competencias específicas conforme a la normativa aplicable, que deben ser desempeñadas por el personal en una determinada área o servicio.

2. La plantilla orgánica de los centros e instituciones de los servicios de salud podrá comprender:

- a) Plazas o puestos de naturaleza básica
- b) Puestos singularizados.
- c) Cargos intermedios.
- d) Puestos de personal directivo profesional.

### **Enmienda de adición de una nueva letra e) al apartado 2 del artículo 13.**

e) Plazas o puestos de trabajo correspondientes a categorías profesionales especializadas destinadas a desarrollar actuaciones de promoción de la salud, inclusión comunitaria, rehabilitación psicosocial, intervención socioeducativa y actuación sobre los determinantes sociales de la salud, cuando estas funciones resulten necesarias para el logro de los objetivos asistenciales de los centros y servicios.

Las administraciones sanitarias promoverán progresivamente la incorporación de profesionales de la educación social en aquellos dispositivos asistenciales donde las necesidades de la población requieran actuaciones socioeducativas especializadas orientadas a la recuperación, la autonomía personal, la participación comunitaria y la inclusión social.

## Justificación

El artículo 13 regula la configuración de las plantillas orgánicas y de los instrumentos organizativos mediante los cuales los servicios de salud ordenan sus recursos humanos. Se trata, por tanto, del precepto idóneo para incorporar criterios que permitan adecuar las estructuras profesionales del Sistema Nacional de Salud a la evolución de las necesidades asistenciales de la población.

La creciente prevalencia de los problemas de salud mental, el aumento de la cronicidad, la complejidad de las situaciones de vulnerabilidad social y la consolidación de modelos de atención comunitarios y orientados a la recuperación exigen disponer de equipos interdisciplinarios capaces de intervenir tanto sobre los aspectos clínicos como sobre aquellos factores sociales y comunitarios que condicionan los procesos de salud y enfermedad.

En este contexto, profesionales de la educación social desarrollan actualmente funciones asistenciales especializadas en diversos dispositivos integrados en la red sanitaria, especialmente en el ámbito de la salud mental comunitaria, la rehabilitación psicosocial, los recursos de adicciones, los programas de continuidad de cuidados y determinados dispositivos sociosanitarios.

Sin embargo, la presencia de estos perfiles profesionales depende con frecuencia de decisiones organizativas puntuales y heterogéneas, sin que exista una previsión expresa que facilite su incorporación estructural a las plantillas de los servicios de salud. Esta situación genera desigualdades territoriales, dificulta la planificación homogénea de recursos humanos y limita la capacidad del sistema para responder de manera integral a las necesidades de la ciudadanía.

La presente propuesta no establece ratios obligatorias ni impone modelos organizativos cerrados. Su finalidad es dotar a las administraciones sanitarias de un criterio legal que permita incorporar progresivamente aquellas categorías profesionales cuya aportación resulte necesaria para garantizar una atención integral, coordinada y centrada en la persona.

Asimismo, la referencia específica a la educación social responde a una realidad asistencial ya existente y pretende favorecer la consolidación de equipos interdisciplinarios orientados a la recuperación, reforzando la continuidad asistencial, la inclusión comunitaria y la actuación sobre los determinantes sociales de la salud.

La incorporación de esta previsión contribuirá a mejorar la calidad de la atención, la equidad territorial y la adecuación de las plantillas orgánicas a los desafíos presentes y futuros del Sistema Nacional de Salud.

## **APORTACIÓN 8. TRANSITORIA NOVENA. RÉGIMEN TRANSITORIO DE LAS TITULACIONES DE DIPLOMATURA EN EDUCACIÓN SOCIAL**

### **Enmienda de adición de una nueva disposición transitoria.**

"Las personas que estén en posesión del título de Diplomatura en Educación Social, o de la homologación del título, mantendrán plenamente los derechos de acceso, promoción, movilidad y ejercicio profesional que correspondan a la categoría estatutaria de Educador/a Social, sin que la adaptación del sistema de clasificación derivada de la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior pueda suponer merma alguna de los derechos profesionales previamente reconocidos."

### **Justificación**

La implantación del Espacio Europeo de Educación Superior comportó la transformación de numerosas titulaciones universitarias de Diplomatura en títulos oficiales de Grado, manteniéndose en muchos casos la equivalencia profesional entre ambas.

La Diplomatura en Educación Social constituyó durante años la titulación habilitante para el ejercicio profesional y permitió el acceso a múltiples puestos y responsabilidades en distintos ámbitos de intervención, incluidos determinados dispositivos del ámbito sanitario.

La ausencia de una previsión transitoria específica podría generar dudas interpretativas respecto a los derechos profesionales de quienes accedieron legítimamente al ejercicio profesional conforme a la normativa vigente en cada momento, dando lugar a situaciones de inseguridad jurídica o discriminación indirecta.

La presente disposición tiene por finalidad salvaguardar los principios de confianza legítima, seguridad jurídica e igualdad, garantizando que las personas diplomadas en educación social mantengan plenamente sus derechos profesionales y evitando que los cambios derivados de la evolución del sistema universitario produzcan efectos perjudiciales sobre situaciones jurídicas consolidadas.

## **APORTACIÓN 9. NUEVA DISPOSICIÓN ADICIONAL X. IMPLANTACIÓN PROGRESIVA DE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **Enmienda de adición de una nueva disposición adicional.**

"Las administraciones sanitarias promoverán progresivamente la incorporación de profesionales de la educación social en aquellos ámbitos asistenciales donde las intervenciones socioeducativas resulten necesarias para garantizar una atención integral, la continuidad asistencial, la recuperación funcional, la rehabilitación

psicosocial y la actuación sobre los determinantes sociales de la salud, de acuerdo con las necesidades detectadas y la planificación de recursos humanos correspondiente."

### **Justificación**

La atención sanitaria contemporánea exige respuestas integrales capaces de abordar la complejidad de los procesos de salud y enfermedad, incorporando intervenciones dirigidas tanto a los aspectos clínicos como a aquellos factores sociales y comunitarios que condicionan el bienestar, la adherencia terapéutica y las posibilidades reales de recuperación.

En numerosos dispositivos del Sistema Nacional de Salud, especialmente en el ámbito de la salud mental comunitaria, las adicciones, la rehabilitación psicosocial y la atención sociosanitaria, las educadoras y educadores sociales desarrollan funciones especializadas orientadas a promover la autonomía, reforzar las redes de apoyo, favorecer la inclusión social y garantizar la continuidad de los cuidados.

No obstante, la implantación de estos perfiles profesionales presenta actualmente una elevada heterogeneidad territorial, dependiendo de iniciativas organizativas concretas y careciendo, en muchos casos, de una previsión expresa que facilite su consolidación estructural.

La presente disposición no impone la creación inmediata de plazas ni establece modelos organizativos rígidos, sino que incorpora un mandato de impulso progresivo dirigido a las administraciones sanitarias para que, en el ejercicio de sus competencias de planificación, valoren la incorporación de profesionales de la educación social allí donde las necesidades asistenciales así lo aconsejen.

Esta medida permitirá adaptar de forma gradual las plantillas del Sistema Nacional de Salud a la evolución de los modelos de atención, reforzando la calidad asistencial, la equidad territorial, la coordinación interdisciplinar y la capacidad del sistema para ofrecer respuestas centradas en las personas y orientadas a la recuperación.

## **IX. PRIORIDADES REGULATORIAS Y DESARROLLO DE LA REFORMA SANITARIA**

Las medidas formuladas en el presente documento responden a distintos niveles de alcance normativo, organizativo e institucional. No obstante, todas ellas comparten una misma finalidad: adecuar el Sistema Nacional de Salud a la evolución contemporánea del concepto de salud y garantizar que su organización profesional responda a las necesidades reales de la ciudadanía y a la evidencia disponible.

La complejidad creciente de los procesos de salud y enfermedad exige superar modelos rígidos de ordenación profesional contruidos sobre realidades asistenciales propias de otras etapas históricas y avanzar hacia estructuras más coherentes con los actuales enfoques biopsicosociales, comunitarios y orientados a la recuperación.

En este contexto, determinadas medidas deben considerarse prioritarias e irrenunciables, mientras que otras podrán desarrollarse progresivamente mediante los instrumentos normativos, organizativos y de planificación que resulten oportunos.

### **IX.1. Prioridades regulatorias irrenunciables**

El CEESC considera que la futura reforma del Estatuto Marco debe garantizar, como mínimo, un núcleo esencial de reconocimiento jurídico y profesional sin el cual no resultaría posible corregir las actuales disfunciones del sistema.

Con carácter prioritario e irrenunciable, la reforma debería contemplar:

- La creación de la categoría estatutaria sanitaria de Educador/a Social en todos los servicios de salud del territorio estatal;
- La delimitación de las funciones socioeducativas sanitarias especializadas, garantizando la adecuada correspondencia entre competencias, cualificación profesional y responsabilidad técnica;
- La incorporación estructural de profesionales de la educación social en los dispositivos de salud mental y atención a las adicciones;
- La homogeneización estatal de la categoría profesional y de sus condiciones básicas de acceso y ejercicio;
- Y el reconocimiento de los derechos profesionales del conjunto del colectivo, incluyendo a quienes accedieron a la profesión mediante titulaciones declaradas equivalentes conforme a la normativa vigente.

Estas medidas constituyen el núcleo imprescindible para adaptar la organización profesional del Sistema Nacional de Salud a la realidad asistencial actual.

### **IX.2. Desarrollo progresivo de la implantación sanitaria de la educación social**

Junto a las prioridades anteriores, la reforma debe favorecer el desarrollo progresivo de la educación social en aquellos ámbitos donde su implantación todavía presenta diferencias territoriales o niveles variables de consolidación.

En particular, debería promoverse:

- La incorporación progresiva de educadoras y educadores sociales en los equipos de atención primaria y salud comunitaria;
- El fortalecimiento de su presencia en los recursos sociosanitarios y de atención a la cronicidad;
- El desarrollo de programas específicos dirigidos a personas mayores en situación de fragilidad o soledad no deseada;
- La participación en estrategias comunitarias de promoción de la salud y prevención;
- La consolidación de programas de transición y continuidad asistencial;

- La ampliación de intervenciones dirigidas a colectivos con necesidades complejas de apoyo;
- Y el impulso de experiencias innovadoras de intervención sobre determinantes sociales de la salud.

La progresividad en la implantación organizativa no debe interpretarse como una demora del reconocimiento jurídico, sino como un mecanismo razonable para adaptar las estructuras asistenciales a las nuevas necesidades del sistema.

### **IX.3. Planificación estratégica y adecuación de recursos humanos**

La incorporación efectiva de la educación social al Sistema Nacional de Salud requiere que las administraciones sanitarias desarrollen instrumentos de planificación estratégica que permitan ordenar adecuadamente los recursos humanos disponibles.

A tal efecto, deberían impulsarse medidas orientadas a:

- Identificar necesidades asistenciales relacionadas con la intervención socioeducativa sanitaria;
- Definir ratios y criterios objetivos de implantación en aquellos dispositivos donde resulte necesaria su presencia;
- Incorporar la educación social a los planes de ordenación de recursos humanos;
- Prever ofertas de empleo público acordes con las necesidades detectadas;
- Facilitar la movilidad profesional entre servicios de salud;
- Promover procesos homogéneos de selección y provisión;
- Y garantizar una adecuada cobertura territorial.

La planificación basada en necesidades reales constituye un elemento esencial para asegurar la sostenibilidad y eficacia del sistema sanitario público.

### **IX.4. Formación, investigación y generación de conocimiento**

El reconocimiento sanitario de la educación social debe ir acompañado del fortalecimiento de los espacios de formación, investigación e innovación vinculados a la intervención socioeducativa en salud.

En este sentido, las administraciones públicas deberían promover:

- Programas de formación continuada específicos en el ámbito sanitario;
- La participación de educadoras y educadores sociales en actividades docentes desarrolladas por los servicios de salud;
- La incorporación de contenidos relacionados con la salud comunitaria y los determinantes sociales en la formación especializada;
- El desarrollo de líneas de investigación sobre intervención socioeducativa sanitaria;

- La evaluación sistemática de resultados e impacto de las actuaciones desarrolladas;
- Y la difusión de buenas prácticas e iniciativas innovadoras.

La generación de conocimiento constituye un elemento esencial para consolidar modelos asistenciales basados en la evidencia y orientados a la mejora continua.

### **IX.5. Evaluación y seguimiento de la implantación**

La adecuada incorporación de la educación social al Sistema Nacional de Salud exige mecanismos de evaluación que permitan valorar el grado de implantación alcanzado y su contribución a los objetivos asistenciales del sistema.

A tal efecto, deberían establecerse procedimientos periódicos dirigidos a:

- Evaluar la implantación territorial de la categoría estatutaria sanitaria;
- Analizar el impacto de las intervenciones socioeducativas sobre los resultados en salud;
- Identificar necesidades emergentes de adaptación organizativa;
- Detectar desigualdades o dificultades de implementación;
- Valorar la satisfacción de las personas usuarias y de los equipos profesionales;
- Y formular recomendaciones orientadas a la mejora continua.

Estos mecanismos permitirán garantizar la calidad, la eficiencia y la adecuación permanente de la reforma a las necesidades cambiantes del sistema sanitario.

### **IX.6. Una reforma necesaria para el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI**

El reconocimiento sanitario de la educación social no debe entenderse como una medida sectorial orientada a satisfacer demandas corporativas aisladas.

Por el contrario, constituye una oportunidad para modernizar la organización profesional del Sistema Nacional de Salud y alinearla con los principios que las propias políticas sanitarias han asumido como referencia: integralidad, interdisciplinariedad, atención comunitaria, recuperación y centralidad de la persona.

La presencia de educadoras y educadores sociales en múltiples dispositivos sanitarios demuestra que el sistema ya ha evolucionado funcionalmente hacia estos modelos de atención.

Lo que permanece pendiente es la adecuación del marco jurídico a dicha realidad asistencial.

Por ello, la presente reforma debe abordarse con una visión estratégica y transformadora, reconociendo que la calidad de la atención sanitaria del siglo XXI depende también de la capacidad para incorporar plenamente aquellos perfiles profesionales que contribuyen a intervenir sobre los determinantes sociales de la salud,

fortalecer la autonomía personal, favorecer la recuperación y garantizar una atención verdaderamente integral.

La educación social constituye uno de esos perfiles imprescindibles.

La adaptación del ordenamiento sanitario a esta realidad no representa una ruptura con el modelo vigente, sino un paso necesario para consolidar un Sistema Nacional de Salud más humano, más eficaz, más equitativo y mejor preparado para responder a los desafíos presentes y futuros de la salud pública y de la atención a las personas.

## **X. CONCLUSIÓN**

La educación social constituye actualmente una profesión universitaria plenamente consolidada desde el punto de vista académico, institucional, metodológico y deontológico, con una implantación estructural y sostenida en múltiples dispositivos del ámbito sanitario, sociosanitario y comunitario.

La evolución experimentada por el Sistema Nacional de Salud durante las últimas décadas ha incrementado significativamente la complejidad técnica, organizativa y relacional de la atención sanitaria, situando a los determinantes sociales de la salud, la participación activa de las personas, la continuidad asistencial y la recuperación comunitaria como elementos esenciales para garantizar resultados en salud de calidad. Los modelos asistenciales contemporáneos han superado definitivamente aproximaciones exclusivamente biomédicas para avanzar hacia enfoques biopsicosociales, interdisciplinarios y centrados en la persona. Este cambio de paradigma exige revisar también la composición de los equipos profesionales que integran el Sistema Nacional de Salud y adaptar el ordenamiento jurídico a las nuevas necesidades asistenciales.

En este contexto, las educadoras y educadores sociales desarrollan funciones asistenciales especializadas directamente vinculadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación psicosocial, el acompañamiento terapéutico, la inclusión comunitaria, la continuidad de los cuidados y el fortalecimiento de la autonomía personal.

Su presencia en dispositivos de salud mental, recursos de atención a las adicciones, programas de rehabilitación comunitaria, servicios sociosanitarios y experiencias de salud comunitaria constituye una realidad funcional acreditada y consolidada en numerosos territorios del Estado.

Sin embargo, esta realidad asistencial no ha tenido un reconocimiento jurídico equivalente dentro del régimen estatutario del Sistema Nacional de Salud ni del catálogo de profesiones sanitarias, generando progresivamente situaciones de desigualdad territorial, fragmentación organizativa, inseguridad jurídica, invisibilidad profesional y

dificultades para adecuar la planificación de recursos humanos a las necesidades reales del sistema.

Estas disfunciones afectan no solo a las condiciones de ejercicio profesional, sino también a la calidad técnica de las intervenciones, a la coherencia organizativa del Sistema Nacional de Salud y a la protección efectiva del derecho a la salud de la ciudadanía.

La evidencia científica disponible y las recomendaciones internacionales respaldan la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud, reforzar la continuidad asistencial, promover la recuperación orientada a la inclusión y garantizar respuestas integrales capaces de abordar la complejidad de los procesos de salud y enfermedad.

La educación social aporta competencias específicas y diferenciadas para desarrollar dichas intervenciones, complementando la actuación del resto de profesiones sanitarias desde una perspectiva pedagógica, comunitaria y relacional orientada a la mejora de resultados en salud.

Por ello, el reconocimiento de la educación social como profesión sanitaria titulada no debe interpretarse como una reivindicación corporativa ni como una ampliación artificial del catálogo profesional sanitario.

Por el contrario, constituye una medida de interés general orientada a adecuar el Sistema Nacional de Salud a la realidad asistencial del siglo XXI, reforzar la calidad y la equidad de la atención sanitaria y garantizar que la ciudadanía pueda beneficiarse de modelos asistenciales verdaderamente integrales y centrados en las personas.

La reforma del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud representa una oportunidad histórica para impulsar esta transformación.

No se trata de incorporar nuevos profesionales a la sanidad, sino de reconocer jurídicamente a profesionales que ya forman parte de ella, que asumen responsabilidades asistenciales esenciales y que resultan imprescindibles para hacer efectivo el modelo de salud biopsicosocial, comunitario y orientado a la recuperación que las administraciones públicas han asumido como propio.

El Sistema Nacional de Salud del siglo XXI debe disponer de todos los perfiles profesionales necesarios para responder a los desafíos presentes y futuros derivados de la cronicidad, la salud mental, las adicciones, el envejecimiento de la población, las desigualdades sociales en salud y la creciente complejidad de los cuidados.

La educación social es uno de esos perfiles imprescindibles.

El CEESC considera que la futura regulación del Estatuto Marco debe avanzar decididamente hacia:

- La creación de la categoría estatutaria de Educador/a Social;
- La delimitación de sus funciones socioeducativas especializadas;

- La incorporación estructural y progresiva de profesionales de la educación social en aquellos dispositivos donde las necesidades asistenciales lo requieran;
- La homogeneización territorial de las condiciones básicas de reconocimiento y ejercicio profesional;
- La protección de los derechos profesionales de quienes accedieron a la profesión mediante titulaciones declaradas equivalentes;
- Y la adecuación de la planificación de recursos humanos a modelos biopsicosociales, comunitarios y orientados a la recuperación.

Todo ello, sin perjuicio de la necesaria adaptación futura de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, para el reconocimiento de la educación social como profesión sanitaria titulada.

El reconocimiento sanitario de la educación social constituye, en definitiva, una condición necesaria para avanzar hacia un Sistema Nacional de Salud más humano, más eficaz, más equitativo y mejor preparado para garantizar el derecho a la protección de la salud desde una perspectiva integral.

Adaptar el ordenamiento jurídico a esta realidad no supone alterar la esencia del sistema sanitario público, sino reforzarla.

Supone reconocer que la salud no puede comprenderse ni abordarse únicamente desde la enfermedad, sino también desde la autonomía, los vínculos, la participación, la inclusión y la capacidad de las personas para desarrollar proyectos de vida significativos dentro de sus comunidades.

Supone, en definitiva, consolidar un Sistema Nacional de Salud capaz de responder a la complejidad de la sociedad contemporánea y comprometido con la protección efectiva de la dignidad, el bienestar y los derechos de todas las personas.



COL·LEGI D'EDUCADORES I EDUCADORS SOCIALS DE CATALUNYA

Junio 2026

[www.ceesc.cat](http://www.ceesc.cat)

[934 521 008](tel:934521008)

[ceesc@ceesc.cat](mailto:ceesc@ceesc.cat)

