

El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión

» Dolors Colom Masfret

» *ISSIS (Institut de Serveis Sanitaris i Socials). Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar.*

Resumen

El artículo expone la filosofía básica que sostiene los pilares de la teoría y la acción del Trabajo Social Sanitario tanto en la Atención Especializada como en la Atención Primaria. En él se aborda no sólo la intervención desde la esfera de lo individual, sino también su potencialidad como herramienta de ayuda a la gestión de la Gerencia en la esfera de la planificación de servicios, de lo cual se presentan algunos ejemplos prácticos extraídos del trabajo diario. A través de literatura científica se recorre un breve itinerario por su historia, tanto la fundacional en Estados Unidos como en España.

Palabras Clave: *Trabajo Social Sanitario. Trabajo Social Sanitario y apoyo a la gerencia. Gestión social sanitaria.*

Introducción

Salvo algunas excepciones, las personas enfermas tratadas dentro del sistema sanitario proceden de su entorno social habitual, éste puede ser su casa o un establecimiento residencial. Lo deseable es que una vez las personas dejan el sistema sanitario, sea en el centro de salud o en la atención especializada, regresen a ese entorno del cual provinieron.

La enfermedad suele alterar en diferentes grados las dinámicas sociales más básicas de los enfermos y de quienes se relacionan o conviven con ellos. Básicamente, cabe considerar dos tipologías de clientes: aquéllos que se ven sorprendidos por una enfermedad aguda con

pronósticos variados, y aquéllos que padecen una enfermedad crónica, degenerativa e incapacitante que periódicamente se ve descompensada.

Cuando uno de los miembros de la familia se enferma, ya sea en el primer caso o en el segundo, ya sea necesitando un ingreso o siendo suficiente la atención ambulatoria, surge todo un rosario de pequeñas roturas con ese antes "habitual" que ha precedido al proceso sanitario. Para que éste surta efecto, más allá de la persona enferma, y mejore su calidad de vida sin perjudicar la de los miembros de su red social, precisa apoyos de esa familia próxima o personas que componen el núcleo de convivencia. Ello con independencia de otros de carácter profesional que se puedan requerir. Cualquier acto sanitario, en su mayor o menor complejidad, continúa más allá del sistema sanitario y se proyecta sobre los nudos del tejido social particular de cada persona enferma. Los recursos y medios invertidos en la mejora de su calidad de vida, ya sea con la curación o mediante el mantenimiento, pueden perderse al abandonar el sistema sanitario si no se garantiza de una manera fehaciente que la red social de la persona podrá soportar ese momento posterior, a veces desalentador y/o continuador que sigue a toda la atención clínica.

El Trabajo Social Sanitario actúa e interviene en ese primer plano, el más básico y elemental, el que en realidad sostiene todo lo demás. Para ello aplica métodos de análisis y síntesis, de ayuda, de guía, de motivación, de prevención, tanto en el plano individual como en el plano grupal de la familia, evitando que la enfermedad, su vivencia y lo que ésta desprende según el tipo de diagnóstico y tratamiento sanitario, sea causa de disfunciones sociales, agravadas con el tiempo y que si no se atienden profesionalmente pueden dar lugar a diferentes grados de marginación y pérdida de salud. El Trabajo Social Sanitario es el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. Considera no sólo las necesidades sanitarias que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento terapéutico, el cum-

plimiento terapéutico, en las condiciones óptimas¹. Y si bien muchas personas pueden afrontar por sí mismas y con ligeras orientaciones profesionales esta nueva realidad, otras requieren un apoyo estratégico global, orientado a subsanar los nuevos desequilibrios que evidencia de su día a día particular. La investigación social sanitaria complementa el arco de probabilidades. En lo social sanitario no existe el determinismo, pero sí que se puede estudiar cómo determinadas causas derivan, atendiendo a los tipos de intervención social sanitaria. La mayoría de los casos sociales sanitarios presentan diferentes núcleos sobre los que intervenir, muchas veces en paralelo y simultáneamente al acto sanitario presente y a los derivados de éste.

Las realidades actuales de los modelos de gestión sanitaria, las exigencias de eficacia del sistema tanto en la optimización² de recursos como en el logro de la mejora del grado de salud de individuos y colectivos, los avances tecnológicos en medicina y sobre todo los cambios en la dinámica familiar y social, provocan situaciones de conflicto difíciles de resolver con organizaciones pensadas para otros tiempos y bajo el perímetro de realidades obsoletas. La sanidad de hoy es apenas comparable a la sanidad de hace diez años. Ello es en los sistemas de información. En la organización. En las políticas de calidad. En el uso y necesidad de las tecnologías de la información y comunicación. En la participación ciudadana. En la investigación aplicada y experimental. Y, también, en la necesidad de control de gastos bajo el yugo de unos presupuestos a los que, además, ahora, en este 2008, se le añade una crisis económica mundial de dimensiones todavía por determinar. Cualquiera que hubiera estado ejerciendo a finales de los años noventa y después de un lapso de diez años se asomara de nuevo a los centros de salud, a los hospitales de hoy, no creería lo que sus ojos están viendo, tanto para bien, como para mal. El sistema sanitario se ha sofisticado en gran parte gracias a las tecnologías de la información y comunicación y la imagen, pero esa sofisticación de carácter instrumental ha ido en detrimento, muchas veces, de la consi-

1 Sobremonte, E., "El casework, trascendiendo los tópicos del trabajo social sanitario". *Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*. Barcelona. 2008, número 2: 50-52.

2 Pacheco, R., "Equidad y sostenimiento del Servicio Nacional de Salud". *Sedisa*. Número 9. 2008:20-23.

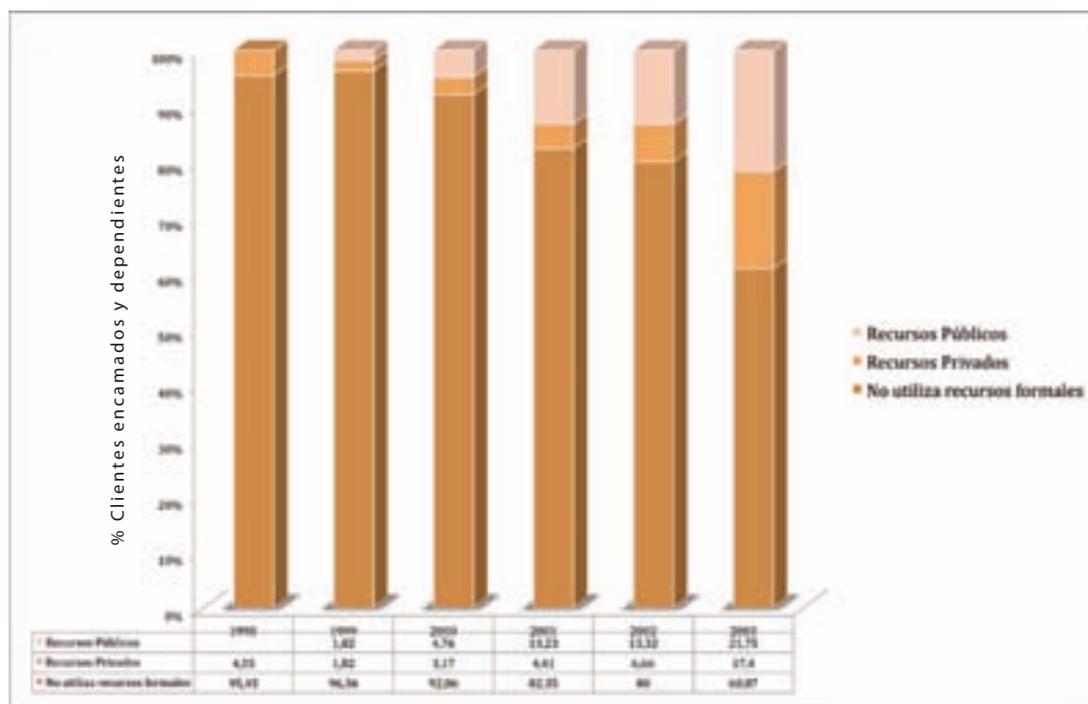
Correspondencia:

Dolors Colom Masfret
Avenida Diagonal 400 – 08037 Barcelona
✉: dolors.colom@revista-agathos.com

deración de lo “orgánico” en el plano de las dinámicas personales, tanto en lo que se refiere a los profesionales de la sanidad como a los ciudadanos que atienden. No se puede perder de vista que los profesionales son personas que atienden a otras personas que en un momento dado necesitan de su conocimiento. Los modelos organizativos de hace tan sólo diez años se han quedado antiguos y desfasados, pero los enfermos, sus familias, despojados de toda esa parafernalia tecnológica, digital y virtual, siguen estremeciéndose ante la enfermedad, el dolor y la muerte. La pérdida en cualquiera de sus posibilidades siempre provoca la convulsión de lo psicosocial. Ese espejo, o espejismo, que devuelve imágenes futuristas se rompe cuando lo humano, lo íntimo, desemboca en la desesperación que en mayor o menor grado produce la enfermedad o las secuelas de ella.

El binomio enfermedad - problema o dificultad psicosocial requiere del sistema sanitario acciones que den forma a ese suelo discursivo tan prometedor de la atención integral, convertido, a menudo, en la tabla de salvación tópica por excelencia. Basta con pasearse por los centros de salud y por los hospitales para ver que la atención integral sigue siendo ese deseo transformado en horizonte y que permanece siempre como horizonte. La vida de aquellas personas que padecen enfermedades agudas graves, crónicas y/o degenerativas se va deshaciendo y la vida de quienes forman parte de su núcleo directo de convivencia se puede ver seriamente afectada si no se previene. Los enfermos casi nunca necesitan de los discursos elocuentes que sobrevuelan los congresos, las jornadas, las reuniones profesionales y políticas. Necesitan actos, hechos, acciones. Para que los problemas cotidianos simples no

»Tabla y gráfica 1. Evolución en el uso de recursos externos al hospital durante seis años



» Fuente: Hospital Virxe da Xunqueira (Cee- A Coruña) periodo 1998 – 2003

3 Olmos, M. D., Moreno, R., Muñoz, S., *Intervención socio-terapéutica a cuidadores informales. Prevención de la claudicación del rol del cuidador.* Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar. Barcelona. 2006, número 2: 42-48.

se conviertan en patologías es preciso trabajar sobre ellos muy llanamente y ésta es una de las funciones del trabajo social sanitario, la intervención sobre lo básico para mantener a las personas en su máxima autonomía e independencia social.

La investigación desde el Trabajo Social Sanitario permite adelantarse a lo que está llegando. Un ejemplo clásico es el referido al no tan nuevo indicador social denominado “la claudicación de los cuidadores”. Hace tan sólo quince o veinte años era una realidad ocasional y desde los servicios apenas se la consideraba. Al contrario, la existencia de familia era un alivio para todos, pues la persona tendría quien le atendiera. Pero llegaban los días en que el enfermo requería más y más. Y llegaban los siguientes días en los que esa familia empezaba a romperse. La acumulación de casos sociales sanitarios con esta característica contribuyó, no únicamente, a actuar sobre ello, primero muy modestamente y bajo metodologías simples de apoyo ocasional y seguimiento. Hoy en día existen programas específicos de soporte a los cuidadores para paliar dichos efectos sobre ellos³. Las personas, su entorno social (familia, trabajo, amistades, etcétera) se va modificando y es la investigación desde el Trabajo Social Sanitario cuando se dispone de sistemas de información adecuados, la que permite, en esa esfera primaria, adelantarse a las tendencias futuras que nacen de la interioridad de las personas y, si es preciso, evitar desajustes.

La sociedad muta, casi como lo hacen los genes sin un plan orquestado pero como respuesta a entornos. Acción-reacción. Causa-efecto. El servicio de Trabajo Social Sanitario, por su naturaleza que contempla tanto lo sanitario desde la perspectiva de lo social como lo social mismo, dispone de información valiosa para la gerencia, quien, por lo general, sólo contempla variables clínicas de carácter sanitario y presupuestario estrictamente.

Por ejemplo, la gráfica siguiente muestra la evolución entre los años 1998 y 2003, en el uso de recursos formales públicos y privados en el Hospital Virxe da Xunqueira – Cee (A Coruña) de las personas totalmente dependientes; ello era que no podían salir de la cama y que fueron dadas de alta con diferentes alternativas⁴.

La Tabla y gráfica 1, si bien sugiere muchos elementos de reflexión a los efectos que interesan en ese artículo, muestra como las familias van asumiendo cada vez menos las atenciones de sus familiares encamados. Véase como si bien en el año 1998 el 95,45 por ciento de las familias asumió en su casa las atenciones del familiar encamado, en el 2003, ese grupo se redujo al 60,87 por ciento. Este dato no puede dejar indiferente a nadie con responsabilidades. Queda patente el progresivo uso de servicios externos después del alta hospitalaria. A pesar de que el ejemplo pertenece a un hospital en particular, nada hace pensar que esa realidad sea un caso excepcional de este hospital. Dicho crecimiento en el uso de apoyos postalta presiona el propio funcionamiento del hospital y afecta a su propia eficacia pues es evidente que en el año 1998 se daban unas realidades y en el 2003 se dieron otras más complejas que, además, convierten al hospital en un establecimiento progresivamente más dependiente de otros establecimientos externos. Esta información, extraída del servicio de Trabajo Social Sanitario del centro, corresponde al sistema de información del programa de planificación del alta. El análisis de dicha evolución de lo social requiere la revisión de circuitos y sistemas internos y externos pues la transformación del entorno de los enfermos es evidente.

La misma información se puede analizar en otro sentido básico para la Gerencia. El colapso permanente de los servicios sociales públicos y la lentitud en sus respuestas es una realidad palpable, pero cuánto.

¿Qué porcentaje de los apoyos recibidos por las personas atendidas en el establecimiento “X” y por extensión en el sistema sanitario se cubren con

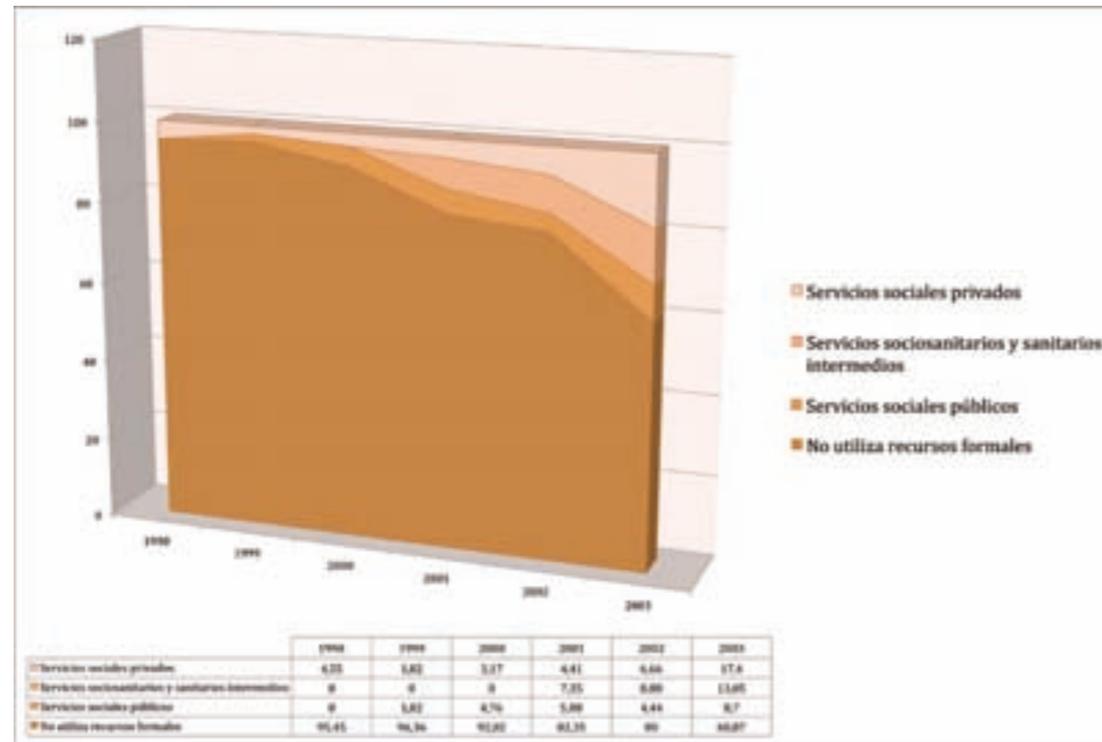
4 Un agradecimiento al Dr. José Rey Aneiros, gerente del centro en esos años y a la Sra. Luisa Andaluz Corujo, trabajadora social sanitaria responsable del Servicio de Trabajo Social y del programa de la planificación del alta.

5 Tubella, P., “La lotería del cáncer sacude al Reino Unido: La ubicación del domicilio determina el acceso a las novedades en fármacos” www.lavanguardia.es 12 de agosto de 2008

apoyos de los servicios sociales públicos? La respuesta tiene que ser un número, un porcentaje. Lejos de caer en argumentos filosóficos o explicaciones por todos conocidas, el Servicio de Trabajo Social Sanitario aporta los valores numéricos a esta realidad que, además, de perjudicar a las personas que necesitan apoyos formales, como se ha dicho, ralentizan la dinámica del sistema sanitario por razones que organizativamente no son de su competencia según reza el marco legal. No obstante, el sistema sanitario, moralmente, no puede desentenderse de la realidad social de las personas que atiende y que presentan a la vez problemas sanitarios y sociales. Aportando dichas magnitudes de los déficits, si los hay, el Servicio de Trabajo Social Sanitario facilita razones

empíricas a la toma de decisiones de la gerencia en ese campo, a las negociaciones que de ello se deriven con otras instituciones y políticos y a la planificación de las mejores soluciones dejando fuera la retórica de siempre. Esta información social sanitaria, su estudio, permite a las gerencias de los establecimientos sanitarios ir delineando sus puntos débiles y las dificultades sobrevenidas por el entorno de servicios sociales de la población a la cual atienden⁵. No es lo mismo hablar del colapso y las dificultades diarias de coordinación y derivación al sistema de servicios sociales que presentar una realidad empírica de dicho colapso. Si se considera la dinámica cada vez más veloz del sistema sanitario, está claro que se está ante un problema. ¿En qué medida el sistema

» Tabla y gráfica 2. Utilización de los servicios sociales públicos después del Alta hospitalaria de las personas que no pueden salir de la cama siendo totalmente dependientes. Protocolo de la planificación del alta sanitaria.



» Fuente: Hospital Virxe da Xunqueira (Cee- A Coruña) periodo 1998 – 2003

de servicios sociales incide sobre el sistema sanitario? ¿Cuántas familias, cuando requieren apoyos externos deben recurrir a servicios sociales privados como única posibilidad de garantizar la, siempre aludida, continuidad asistencial? ¿Por cuánto tiempo su economía resiste ese sangrado? ¿Cuántas de esas realidades sociales se convierten en un aumento de la actividad y de las demandas sanitarias?

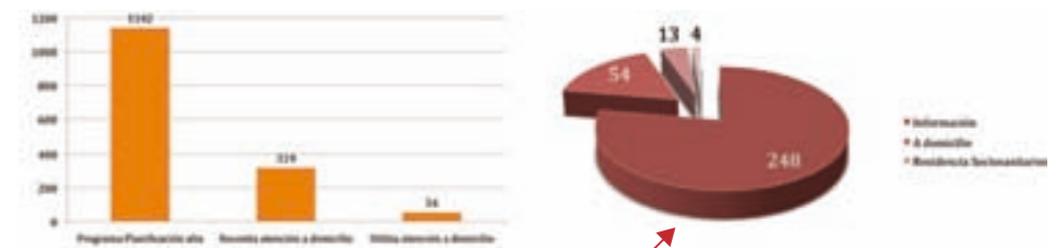
La tabla y gráfica 2 muestra este argumento sobre una realidad concreta basada en la misma población del ejemplo anterior. Se insiste en que no puede extrapolarse ese resultado a otros establecimientos, pero los resultados de otros hospitales que tuvieran disponible dicha información, en poco diferirían.

Del total de las personas que no podían salir de la cama, accedió a alguno de los servicios sociales públicos una media del 4,27 por ciento. La distribución por años muestra que, en el último de estudio, en 2003 el valor llegó hasta el 8,7 por ciento, el valor más alto. Ello también indica un cambio respecto de la respuesta de los servicios sociales de la zona. No se dispone de información posterior, pero a lo largo de estos seis años se puso de relieve que eran pocos los enfermos que, en ese hospital, se beneficiaban de los servicios sociales públicos después de recibir el alta hospitalaria.

Pero diez años antes, en 1987, en el Hospital de Sant Andreu de Manresa, hoy convertido en centro sociosanitario, después de dos años de aplicación del Programa de Planificación del Alta Hospitalaria, se puso de relieve la rotura constante de la continuidad asistencial de las personas con problemas sanitarios y sociales. La continuidad asistencial empezaba a plantearse como una realidad que cabía afrontar describiéndola como uno de los retos del sistema sanitario de los próximos años. Sin duda lo fue, pues a día de hoy casi veinte años más tarde la continuidad asistencial sigue siendo un clamor.

A continuación se muestra gráficamente el hecho que afectaba a las personas dadas de alta en el hospital y que necesitaban "Atención a domicilio" después del alta hospitalaria. El ejemplo se encuadra dentro del Programa de Planificación del Alta en los años 1986-1987.

De las 1.142 personas atendidas por el Servicio de Trabajo Social Sanitario, se habla en números absolutos, pues los porcentajes ahí desvirtúan la realidad de la unidad, 319 necesitaban atención a domicilio post alta en diferentes grados e intensidad. Ocurrió que fueron 54 las personas que recibieron estos apoyos de parte de los Servicios Sociales de base. Del resto, 13 ingresaron en una residencia, 4 en un centro sociosanitario y 248



¿Qué ocurrió con las 319 personas que necesitaban atención a domicilio post-alta?

6 Richmond, M., Social Diagnosis. New York. Russell Sage Foundation. 1917: 35.

recibieron algún tipo de información. Ello dio pie a proponer a los Servicios Sociales de base y a la Regiduría de Sanidad y Bienestar Social el apoyo económico y logístico para realizar una prueba piloto para implementar, vinculado al Programa de Planificación del Alta, un Programa temporal de Atención a Domicilio dependiente funcional y jerárquicamente del Servicio de Trabajo Social Sanitario del hospital. En agosto de 1990, a partir de un Plan Ocupacional del Instituto Nacional de Empleo (INEM), el Hospital General de Manresa, la entonces ya nueva figura jurídica del Hospital de Sant Andreu fusionado con el Hospital de Sant Joan de Déu, con el apoyo del Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Manresa, iniciaba la primera experiencia en el Estado español de un Programa Social de Atención a Domicilio (PAD), integrado a un hospital de agudos y dependiente, como se ha señalado, funcional y jerárquicamente del Servicio de Trabajo Social Sanitario.

Una de las primeras conclusiones que se pueden extraer de estos tres ejemplos es que el Servicio de Trabajo Social Sanitario interviene en el plano individual, atendiendo los problemas de las personas en el momento en que se dan, pero, además, potencialmente su función traspasa lo individual para actuar sobre lo colectivo. Históricamente se asume que los trabajadores sociales son agentes promotores de recursos. El Servicio de Trabajo Social Sanitario es un servicio al que, si se le facilitan los medios y la práctica de su ejercicio, puede ser una extraordinaria herramienta de apoyo a la gestión de la gerencia promoviendo e innovando fórmulas asistenciales orientadas a resolver eficaz y eficientemente las necesidades sociales y sanitarias de la población del área de influencia del establecimiento. Se subraya ese "si se le facilita", pues muchas veces es un servicio, a priori, estigmatizado y condenado a un ostracismo forzoso al dejarlo dependiendo de otras divisiones que están mediatizadas por sus propios problemas y sus particulares visiones, sea la división médica, sea la división de enfermería, sea la división administrativa.

El Servicio de Trabajo Social Sanitario reúne realidades de todas ellas, como la misma gerencia en su ámbito correspondiente.

En términos generales se reconoce un conocimiento ordinario y un conocimiento científico. Una observación ordinaria y una observación científica. Una ayuda espontánea, ordinaria y una ayuda estratégica. Los Trabajadores Sociales Sanitarios, ante los problemas sociales de las personas enfermas, de sus familias, aplican el conocimiento científico (siguen metodologías diversas), realizan una observación científica (buscan y obtienen la información que necesitan) y prestan una ayuda estratégica (con intenciones y objetivos medibles) apoyándose en procedimientos, protocolos y procesos. Su acción es tanto sobre el individuo como sobre el colectivo. Ello solo justifica la dependencia directa de la gerencia, puesto que la visión y perspectiva de ésta también es mucho más amplia que la visión particular de cada dirección del organigrama.

Antecedentes históricos y fundamentos filosóficos del Trabajo Social Sanitario

Fue en 1905 cuando el Massachussets General Hospital implementó el primer Servicio de Trabajo Social Sanitario, por aquel entonces denominado Servicio Social Médico. El Dr. Richard C. Cabot, no sin detractores que apostaban por una medicina centrada en la enfermedad más que en el enfermo, e Ida M. Cannon, fueron sus impulsores. Pero el Trabajo Social Sanitario se apoya, además, en otros autores que, desde sus inicios, han contribuido a su expansión.

Richard C. Cabot

Se le conoce como el padre del trabajo social sanitario. En una nota a pie de página de Social Diagnosis, Mary E. Richmond toma un artículo publicado en *Social Work in Hospitals* por Ida M. Cannon en donde recoge las siguientes palabras del Dr. Cabot: "En nuestro depar-

tamento de servicio social del Massachussets General Hospital, estamos acostumbrados a resumir en una estadística mensual las historias sociales y nos hacemos cuatro preguntas de cada enfermo: ¿Cuál es su estado físico? ¿Cuál es su estado mental? ¿Cuál es su medioambiente? ¿Cuál es su medioambiente mental y espiritual? [...] El médico es apto para conocer mucho acerca de la primera pregunta y algo de la segunda, del estado mental, pero de las otras dos no conoce casi nada. El experto en trabajo social es quien, de cada caso, conoce estos cuatro puntos, los tiene en su mente"⁶.

El Dr. Cabot impulsó en la Universidad de Harvard los estudios sobre los aspectos sociales en la práctica de la medicina. Los alumnos eran los médicos del Massachussets General Hospital. Otras Universidades estadounidenses siguieron el ejemplo de Boston. En una conferencia dictada en 1915, el Dr. Cabot reflexionaba sobre lo que los médicos podían enseñar a los trabajadores sociales y viceversa. Su argumento era el siguiente: "La frontera entre la medicina y el trabajo social es a veces difícil de distinguir. Los doctores tratan con hechos sociales; y los trabajadores sociales tratan con hechos médicos. [...] La Sra. Sheffield acentuó el fracaso de algunos trabajadores sociales difíciles de notar en el trabajo de caso del día a día, la repetición de un solo factor. Usted puede realizar un trabajo social de caso espléndido y no dar importancia, cuando usted ve al siguiente caso, a los puntos de semejanza con los anteriores. [...] Se deben mirar las repeticiones. No tengo que decir que el trabajo social es más difícil y delicado que el trabajo médico y que el factor individual es mucho más difícil de calcular. Lo sé bien. Sin embargo, sé que estos estudios de las repeticiones pueden hacerse y deberían hacerse. [...] Este método es algo que usted aprende de los médicos en la medida en que usted está en contacto con ellos. [...] ¿Qué pueden los doctores aprender de los trabajadores sociales? Ello no es tanto los métodos sino los puntos de vista. El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido

y estudiarlo minuciosamente. El trabajador social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de vida"⁷.

Ida M. Cannon

"La política que hemos seguido es conocer nuestra comunidad y sus agencias... [...] Nuestros pacientes provienen de diferentes médicos de los dispensarios. [...] Cuando empezamos nuestro trabajo en el Massachussets General Hospital nos vimos inundados con el problema de la tuberculosis. Sentimos que el trabajo social sanitario era la cuña que entraba en el trabajo médico. [...] El trabajo psiquiátrico es una especialidad del Dr. Cabot. Ningún grupo de personas sufre más que los pacientes nerviosos. Muchas de sus familias no son capaces de comprender que ello es una enfermedad"⁸.

Mary M. Ogilvie

"... A causa de esta inhabilidad de conocer los ambientes de su paciente, sus circunstancias financieras y todos sus cuidados peculiares, el médico es incapaz de hacer su tratamiento a fondo eficaz. En algunos casos él es incapaz de hacer un diagnóstico positivo. Esto es sobre todo cierto en casos nerviosos. El trabajador social que acude con cuidado a la casa puede ganar la confianza del paciente, investigar las circunstancias financieras y las condiciones sanitarias, aprender la historia de la familia y estudiar los hábitos personales del paciente"⁹.

Garnet I. Pelton

"El Trabajo Social primero debe diferenciarse del de los agentes de organizaciones de la caridad o del trabajo de seguimiento que realizan las cuidadoras clínicas. Ellos usan un entrenamiento técnico y herramientas en el tratamiento de los pacientes, pero apelando a los principios de la filantropía moderna para los enfermos pobres, cuidando y enseñando en los hogares. Y éstos son métodos que raramente subyacen en las propuestas del servicio

7 Cabot, R. C., Report of the chairman of the committee on health. National Conference on Social Welfare. 1915; 220.

8 Cannon, I. M., "Social Work at Massachusetts General Hospital". Minnick, J., Social work of General Hospitals. National Conference on Social Welfare. Official proceedings of the annual meeting: 1908: 153-154

9 Ogilvie, M. M. University of Pennsylvania, Citada por Minnick "Social Work of General Hospitals" National Conference on Social Welfare. 1908: 150-153

10 Pelton, G. I., "The history and status of Hospital Social Work" National Conference on Social Welfare. 1910: 332-341

11 Davis, M. M., "Medical and social co-operation" National Conference on Social Welfare. 1911:278-281.

12 Hamilton, G., "Basic concepts upon which case-work practice is formulated", Official proceedings of the annual meeting: New York. 1937: 138-149

social hospitalario. Los botánicos y los biólogos a menudo usan instrumentos y técnicas similares pero sus objetivos fundamentales difieren. El objetivo del Trabajo Social Hospitalario es el diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento del enfermo pobre, en el hospital o el dispensario, allí donde lo indique la necesidad¹⁰.

Dr. Michael M. Davis

“La Ciencia Médica ha percibido más allá de la enfermedad las condiciones sociales que la causan: más allá del bebé enfermo, está la leche impura; más allá de la leche impura, está la suciedad atestando a la casa y la lechería que no es inspeccionada. Detrás del brazo roto del obrero nosotros vemos las largas horas de trabajo junto a la maquinaria y sin protección. La medicina moderna ha venido para dar, desde el punto de vista preventivo, con las causas sociales de la enfermedad”¹¹.

Gordon Hamilton

Si bien en 1937 faltaban ocho años para la creación de las Naciones Unidas (octubre de 1945) y once años para la Declaración Universal de los Derechos Humanos (diciembre de 1948), Gordon Hamilton escribió: “Como los movimientos humanitarios han tenido tanta identificación con los privilegios económicos y la ayuda, fácilmente, se alía con el poder o el patrocinio, los críticos de la ideología de trabajo del casework tienden a sustituir el concepto de derechos por el concepto de necesidades, como si los dos estuvieran opuestos. Nosotros no deberíamos engañarnos con esto. Las necesidades humanas no son menos importantes porque hayamos clarificado y decidido sobre el establecimiento de derechos humanos. Los derechos humanos implican la definición, la clasificación y el tratamiento común; las necesidades humanas implican la individualización dentro de las más amplias clasificaciones y el tratamiento diferencial”¹².

13 Gramunt, M., Conclusiones de la tesina presentada en la Escola Catòlica d'Ensenyament Social de Barcelona. “El problema de la deshumanización del hospital y el servicio social hospitalario”. Publicada en la Revista, Estudios sobre Hospitales y Beneficencia. Tercer trimestre de 1961. Nº 7.

14 Puntos del artículo 13. Derecho a la asistencia social y médica: 1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. 2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales. 3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar. 4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes partes contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

15 Puntos del artículo 14. Derecho a los beneficios de los servicios sociales: 1. A fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así como a su adaptación al medio o entorno social. 2. A estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios.

16 Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Número 4940 – 10 de Octubre de 2007

17 Colomer, M., Método de Trabajo Social. “Experiencias de aplicación del Método de Trabajo Social: Clínica Mental”. RTS. Número 55. Barcelona, 1974: 51-52

18 Hamilton, G., “Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work”. National Conference on Social Welfare. 1923: 334-337

19 Casado, D.; Guillen, E., Manual de Servicios Sociales. Madrid. Editorial CCS. 2001.

20 Woods, M. E., Hollis, F., Casework. A psychosocial therapy”. Boston. McGraw Hill. 2000

21 Rocabayera, M. A., Rodríguez, P., “La atención grupal en el ámbito de la atención primaria de salud”. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Edita el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Madrid. Número 64. 2003: 113-117

22 Richmond, M. E., “Families and neighborhoods” Report of the committee. Official proceedings of the annual meeting: 1910; 218.

23 Pérez de Ayala, E., Trabajando con familias. Teoría y práctica. Edita el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Editorial Certeza. Zaragoza. 1999: 79-82

24 Colom, D., “La planificación el alta hospitalaria: el primer eslabón en la continuidad asistencial”. Sedisa. Numero 3. 2006:26-33

Algunos antecedentes históricos en España

Un texto de Montserrat Gramunt, asistente social, escrito en el año 1961, se refería al Servicio Social Hospitalario así: “En los grandes hospitales, el perfeccionamiento técnico y la especialización dificultan las relaciones humanas entre el enfermo y el personal sanitario. [...] El Servicio Social Hospitalario consigue perfeccionar su eficacia cuando establece una constante y metódica colaboración entre todas las asistentes sociales que trabajan en instituciones sanitarias. [...] Cabe admitir como indispensable que el asistente social del sector resuma el informe social del cliente y lo envíe al asistente social hospitalario. Y a la inversa, cuando el enfermo sea dado de alta, los datos obtenidos durante su estancia deben ser enviadas al asistente social del sector”¹³.

En este mismo año de 1961, el 18 de octubre, se firmaba en Turín la Carta Social Europea. Sus artículos 13 y 14 se referían por una parte a la “Asistencia social y médica”, y al “Derecho a los beneficios de los servicios sociales”, respectivamente:

- En su artículo 13, “Derecho a la asistencia social y médica”¹⁴, se refuerza que la “asistencia social”, hoy por la evolución del lenguaje “trabajo social”, ya se contemplaba muy vinculada a lo médico.
- En su artículo 14, “Derecho a los beneficios de los servicios sociales”¹⁵, se pone de relieve que los Servicios Sociales son otro ámbito de la atención del Estado del Bienestar en donde el trabajo social puede o no estar presente. En el primer punto del artículo se infiere su presencia cuando menciona la utilización de “métodos del servicio social”, lo cual se interpreta como “Métodos de trabajo social” según reza en el Preámbulo de la nueva Ley de Servicios Sociales de Cataluña aprobada el pasado octubre de 2007¹⁶.

En 1974, Montserrat Colomer pionera indiscutible de la teoría y la práctica del trabajo social en España, en la RTS presentaba la “Experiencia de aplicación del Método de trabajo social en una Clínica de Salud Mental”¹⁷.

El Trabajo Social Sanitario: Definición

El Trabajo Social Sanitario es la teoría que guía la práctica, la especialización del trabajo social, como indica el calificativo, en el ámbito sanitario. Su acción se apoya en el estudio social sanitario, el diagnóstico social sanitario y la intervención social sanitaria para ello sigue diferentes procedimientos. Hablar de Trabajo Social Sanitario es hablar de Diagnóstico Social Sanitario, su seña de identificación. En el ámbito sanitario, cualquier acción social o ayuda, si no se apoya en el Diagnóstico Social Sanitario siempre emitido por un trabajador social sanitario, ésta no pasa de ser una acción filantrópica. Sin duda útil para resolver el momento pero inútil para labrar el futuro. Si bien cada caso social es diferente, el común denominador de cualquier intervención desde el Trabajo Social Sanitario es la atención a personas enfermas y a sus familias, siempre tratadas en los establecimientos del sistema sanitario. El Trabajador Social Sanitario trata las realidades, los hechos que como consecuencia de la enfermedad, de su tratamiento, conforman el corolario social de las personas enfermas, de su familia o red íntima. También de las personas beneficiarias de los programas preventivos desarrollados en cada establecimiento. Por su naturaleza, el Trabajo Social Sanitario se apoya tanto en los factores sociales como en los sanitarios. Los hechos, tanto los sociales como los sanitarios, vienen dados, son los que conforman el perímetro del Caso Social Sanitario. Los factores, tanto los sociales como los sanitarios, son hacedores y conforman los contenidos y los posibles. Gordon Hamilton ya decía en 1923: “El trabajo social se apoya en los factores de cada caso social, el trabajo social debe verse como ‘hacedor’ y ‘transformador’ de situaciones”¹⁸.

El Trabajo Social Sanitario no debe confundirse con los Servicios Sociales. Dicha confusión, cada vez más generalizada y que viene de antiguo, en el plano asistencial amenaza con convertir el Trabajo Social Sanitario en un conjunto de procedimientos burocráticos que poco tienen que ver con su función y esencia. Como se ha visto en la tabla y gráfica 2, los servicios sociales continúan, después del sistema sanitario, con muy pocos casos, y como se viene resaltando, la labor desde el trabajo social sanitario va

mucho más allá de la mera prescripción de servicios sociales. Para comprender la diferencia básica entre el Trabajo Social Sanitario y los Servicios Sociales, el primero, aplica métodos de apoyo, motivación, posicionamiento, soporte, etcétera. El Trabajo Social Sanitario se apoya en los aspectos psicosociales de las personas, su centro de gravedad, las mueve e impulsa con sus propios recursos personales. Si carecen de ellos establece un plan de trabajo orientado a su regeneración o logro, orienta sus pasos ante los desajustes que la enfermedad provoca en su dinámica social, guía sus acciones hacia realidades que les ayuden a ganar independencia y mantengan su dignidad. Si bien atiende el aquí y el ahora, el Trabajo Social en general, el Sanitario en particular, con sus procedimientos, establece un plan de trabajo que señala el camino hacia la autodeterminación, la unidad del individuo. En la medida de lo posible, evita recaídas sociales. Se proyecta más allá del presente. La previsión de futuro se basa en los factores posibilitadores presentes en cada Caso Social Sanitario.

Los Servicios Sociales son servicios de ayuda en diferentes ámbitos y ramas. Su ayuda proviene del exterior de la persona. Son equipos y establecimientos que tienen funciones propias y estandarizadas que les vienen definidas dentro de un marco legal o un reglamento interno. Se definen como: *“Prestaciones y actividades en función de necesidades y aspiraciones de las personas en sus más diversas facetas (familia y menores, juventud, edad avanzada, etcétera) o en su condición global”*¹⁹. Ello no significa que apliquen métodos de trabajo social, pero de la misma forma que hay quien se centra en la enfermedad y deja de lado al enfermo, en el campo social hay quien se centra en el problema social y por inverosímil que resulte, dejar de lado a la persona que lo sufre.

Los procedimientos comunes en Trabajo Social Sanitario

Los procedimientos clásicos del trabajo social sanitario son:

- El Método de trabajo social de caso, el *casework*²⁰.

- El Método de trabajo social de grupo, el *groupwork*²¹.
- El Método de trabajo social comunitario, *community work*²².
- El Método del trabajo social de familia²³.
- La planificación del alta sanitaria²⁴.

Y habiendo otras profesiones que atienden a la persona, al grupo, a la comunidad, a la familia, que intervienen en la planificación del alta, etc., lo hacen desde la perspectiva de su conocimiento y saber, de su responsabilidad funcional, desde lo que les es propio. En este sentido el Trabajo Social Sanitario reúne todas las visiones. El aquí y el ahora se proyectan en el medio y largo plazo siguiendo un riguroso plan de trabajo. Todo ello converge en el Diagnóstico Social, tal como lo define Mary E. Richmond. *“El intento de hacer una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social, de su situación y personalidad. Ello es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad”*. *“El buen diagnóstico social incluye todos los factores principales que soportan el camino de reconstrucción social, enfatizando en los rasgos que indican el tratamiento a seguir. Este énfasis del trabajador debe evitar predisponerlo hacia algún factor causal del disturbio”*²⁵. De ahí se concluye que el Diagnóstico Social Sanitario no debe confundirse con la Clasificación de Diagnóstico Social Sanitaria, la cual siempre es un instrumento de ayuda para ordenar la información diagnóstica y facilitar su estudio posterior, pero en ningún caso puede sustituirlo.

Todo ello aplicado a la realidad de la que la persona emerge y pensando en que, ésta, es la realidad a la cual volverá. El diagnóstico social indicará la acción sobre esta realidad. En la mayoría de los casos, siempre en el entorno profesional, ver los hechos, sobre todo los más evidentes, está al alcance de cualquier técnico que trata con la persona. Pero lo que ofrece el especialista, en este caso el trabajador social sanitario, es su capacidad, habilidad y conocimiento para interpretar en positivo o en negativo, si estos hechos, dentro del contexto particular de la persona son, o no, dificultades.

Bibliografía

- Cabot, R. C., Report of the chairman of the committee on health. National Conference on Social Welfare. 1915.
- Cannon, I. M., “Social Work at Massachusetts General Hospital”. Minnick, J., Social work of General Hospitals. National Conference on Social Welfare. Official proceedings of the annual meeting: 1908.
- Casado, D.; Guillen, E., Manual de Servicios Sociales. Madrid. Editorial CCS. 2001.
- Colom, D., “La planificación el alta hospitalaria: el primer eslabón en la continuidad asistencial”. Sedisa. Número 3. 2006
- Colomer, M., Método de Trabajo Social. “Experiencias de aplicación del Método de Trabajo Social: Clínica Mental”. RTS. Número 55. Barcelona, 1974.
- Davis, M. M., “Medical and social cooperation” National Conference on Social Welfare. 1911.
- Gramunt, M., Conclusiones de la tesina presentada en la Escola Catòlica d’Ensenyament Social de Barcelona. “El problema de la deshumanización del hospital y el servicio social hospitalario”. Publicada en la Revista, Estudios sobre Hospitales y Beneficencia. Tercer trimestre de 1961. Nº 7.
- Hamilton, G., “Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work”. National Conference on Social Welfare. 1923.
- Hamilton, G., “Basic concepts upon which casework practice is formulated”, Official proceedings of the annual meeting: New York. 1937
- Llei 12/2007, d’11 d’octubre, de Serveis Socials. DOG. Número 4940 – 10 de Octubre de 2007.
- Ogilvie, M. M. University of Pennsylvania, Citada por Minnick “Social Work of General Hospitals” National Conference on Social Welfare. 1908.
- Olmos, M. D., Moreno, R., Muñoz, S., Intervención socioterapéutica a cuidadores informales. Prevención de la claudicación del rol del cuidador. Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar. Barcelona. Número 2. 2006.
- Pacheco, R., “Equidad y sostenimiento del Servicio Nacional de Salud”. Sedisa. Número 9. 2008:20-23
- Pelton, G. I., “The history and status of Hospital Social Work” National Conference on Social Welfare. 1910.
- Pérez de Ayala, E., Trabajando con familias. Teoría y práctica. Edita el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Editorial Certeza. Zaragoza. 1999.
- Richmond, M. E., “Families and neighborhoods” Report of the committee. Official proceedings of the annual meeting: 1910.
- Richmond, M. E., Social Diagnosis. New York. Russell Sage Foundation. 1917.
- Rocabayera, M. A., Rodríguez, P., “La atención grupal en el ámbito de la atención primaria de salud”. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Madrid. Número 64. 2003.
- Sobremonte, E., “El casework, trascendiendo los tópicos del trabajo social sanitario”. Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar. Barcelona. 2008, número 2.
- Tubella, P., “La lotería del cáncer sacude al Reino Unido: La ubicación del domicilio determina el acceso a las novedades en fármacos” www.lavanguardia.es 12 de agosto de 2008
- Woods, M. E., Hollis, F., Casework. A psychosocial therapy”. Boston. McGraw Hill. 2000.