

# El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario

**Dolors Colom Masfret<sup>1</sup>**

Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS)

**El trabajo social sanitario es la especialización del trabajo social ejercido en el sistema sanitario. Este artículo señala la necesidad de diferenciar la ayuda específica que se presta desde la profesión de la que obedece a los principios generales de la filantropía, centrandó dicha diferencia en la elaboración del diagnóstico social sanitario. Además, expone la necesidad de definir, desde el trabajo social sanitario, el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios para evitar, en este caso, que su acción y funciones se confundan con la del trabajo social general que se practica en otros ámbitos. A juicio de la autora, la puesta en marcha en España del primer postgrado de trabajo social sanitario abre un nuevo horizonte a la profesión que, por primera vez, se encuentra avalada por el mundo académico y universitario.**

## 1. Introducción breve al concepto de trabajo social sanitario

El trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. El uso del término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado del bienestar dentro del cual se inscribe. La correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias, y no otras. Es preciso evitar la confusión del trabajo social sanitario con el practicado en otros ámbitos, como los servicios sociales, la educación, el trabajo o la justicia.

Igualmente, el concepto de salud traspasa los límites y las acciones particulares del sistema sanitario, y sería un reduccionismo funcional imperdonable constreñir la salud de la población a lo exclusivamente sanitario. La salud, tal como la definió la OMS (1978), se extiende a lo largo de todo del arco vital de la persona, la familia, la comunidad con la que se relaciona. Y aparte de la responsabilidad individual, todos los sistemas del Estado del bienestar por igual, bajo una gestión y planificación eficaz, promocionan y contribuyen, directa o indirectamente, a la mejora o mantenimiento de la salud individual y colectiva.

El ejercicio del trabajo social sanitario engloba, como toda profesión sanitaria, servicios y prestaciones y, por otra parte, procedimientos y técnicas que se aplican para facilitar los primeros. Este esquema organizativo básico para presentar dicho servicio cala, poco a poco, entre las y los profesionales que lo confor-

---

<sup>1</sup> Dolors Colom (<dolors.colom@revista-agathos.net>) es directora de la revista *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* y directora académica del posgrado Trabajo Social Sanitario, del Área de Ciencias de la Salud del Instituto Internacional de Posgrado de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

man. Ello se inscribe en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que define los contenidos del catálogo de prestaciones<sup>2</sup> y de la cartera servicios<sup>3</sup> de éste. Es importante ver y comprender la diferencia entre ambos conceptos, el catálogo y la cartera, saber aplicarlos y darles contenido práctico, para que la ciudadanía sepa qué es el trabajo social sanitario y pueda, a su vez, solicitar sus servicios y beneficiarse de ellos. La comprensión de ambos conceptos, la habilidad para dotarlos de contenidos prácticos, evitará errores funcionales y valoraciones sesgadas en los resultados. La ley no obliga en concreto al servicio de trabajo social sanitario a aplicar dicho esquema, pero, como profesión que se desarrolla en el sistema sanitario, es una obviedad que debe asumirlo *motu proprio* para ir caminando el camino que corresponde al momento actual. La legislación es el pilar sobre el que se acotan realidades en un momento determinado, pero la legislación no es un corsé; la propia dinámica y transformación de la sociedad, la constante generación de conocimiento, la creación de nuevos servicios obliga a la adecuación de la legislación a las nuevas realidades (Brezmes, 2009). La definición del catálogo de prestaciones y de la cartera de servicios, por ejemplo, se modificó tres años más tarde en el Real Decreto 1.030/2006, que establecía “la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización”. En el propio título surge el hecho necesario de la actualización.

Algunos servicios y prestaciones identitarias del trabajo social sanitario son, entre otros y a modo de ejemplo (Bracht, 1983):

- la ayuda en la elaboración del duelo;
- la intervención de crisis en los cuidados de enfermos agudos ante determinadas enfermedades;
- el fomento y el apoyo a los grupos de ayuda formados por personas con diagnósticos médicos específicos (diabetes, insuficiencia renal, AVC u otros);
- el apoyo, la educación y la promoción de conductas sanas para mantener la salud ganada con el tratamiento médico;
- la planificación del alta sanitaria;
- el diseño y aplicación de programas preventivos.

<sup>2</sup> Catálogo de prestaciones: “Conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario”.

<sup>3</sup> Cartera de servicios: “Las prestaciones incluidas en el catálogo se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la cartera de servicios”.

Todos estos servicios y prestaciones se ofrecen siguiendo procedimientos y técnicas, siempre adecuadas a los objetivos del trabajo social sanitario. También a modo de ejemplo se citan los más comunes: procedimiento de trabajo social sanitario de caso (*casework*), procedimiento de trabajo social sanitario de familia, procedimiento de trabajo social sanitario de grupo, procedimiento de trabajo social sanitario comunitario, técnicas de diagnóstico social precoz (*screening*), etc.

Los beneficiarios de todo ello son la población, los pacientes y los usuarios, según los define la Ley 41/2002 de 15 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Por tanto, asumiendo dicha dinámica natural, cada servicio de trabajo social sanitario, dentro del establecimiento en el que se encuentre, contará con el catálogo de prestaciones propias, las suyas, las que ofrece a la población que atiende el establecimiento<sup>4</sup> y la cartera de servicios, que incluye todos los procedimientos y técnicas que aplica. Lejos de ser un instrumento cerrado, resulta, por lo general, altamente dinámico.

El objetivo de este artículo es ofrecer una visión clara y amplia del trabajo social sanitario, así como de las características principales que entraña su ejercicio, que puede, con una buena gestión y dependencia de las gerencias, contribuir a la optimización de los recursos sanitarios en general y, especialmente, a evitar usos indebidos derivados de las dificultades psicosociales de las personas enfermas y de sus familias.

## 2. Aspectos diferenciales de la intervención desde el trabajo social sanitario

Los espacios y las competencias intrínsecas a esta disciplina tienen como centro de gravedad la atención a los aspectos psicosociales de la persona enferma en el momento en que su enfermedad está siendo tratada médicamente, o cuando, una vez finalizado el tratamiento, se requiere un seguimiento. La intervención desde el trabajo social sanitario siempre toma como punto de partida la enfermedad que sufre la persona, el diagnóstico médico que motiva su consulta sanitaria o, incluso, el ingreso hospitalario, su vivencia. Contextualiza este hecho y elabora el diagnóstico social sanitario, centro entorno al cual se articularán los diferentes procesos de atención y apoyo. Siempre con la mirada puesta en la transformación de realidades, la modificación de

<sup>4</sup> Considerando la epidemiología, la demografía y la economía de la zona, entre otros factores.

percepciones y la gestión del entorno, el plan de trabajo estará condicionado por el pronóstico médico, las necesidades de asistencia y las probabilidades de la persona para recuperar su itinerario vital. Así, se combina la atención de lo sanitario con lo social, y resulta un tercer elemento que integra y permite ver a la persona como un todo, y no como la suma de partes.

Es una evidencia que el plan de trabajo social sanitario de una persona que se diagnóstica de demencia tipo alzhéimer (Cox, 2007) no puede ser el mismo que el de una persona diagnosticada de diabetes (Engelmann, 1976), o de otra que ha sufrido un accidente de trabajo con grandes quemaduras (Brodland y Andreasen, 1976). Aunque todas ellas presenten variables sociales iguales –estado civil, ingresos económicos, problemas de trabajo, características de la vivienda, demanda de ayuda–, la enfermedad particular imprime particulares itinerarios. Los anteriores son sólo algunos ejemplos ilustrativos para señalar la importancia del diagnóstico médico en la elaboración del diagnóstico social sanitario y, por consiguiente, en la intervención que de él se derive.

Así pues, un elemento diferencial, ciertamente poco contemplado, de la intervención desde el trabajo social sanitario es que para atender los aspectos psicosociales de la persona enferma en tratamiento médico, también los de su familia, o red social próxima, que conforma su núcleo habitual de convivencia, el diagnóstico médico es un elemento esencial. El pronóstico, por su parte, es donde se dibuja el horizonte adyacente que marcará el camino singular de las ayudas para cada persona.

### 3. La especialización y formación académica en el trabajado social sanitario

Desde octubre de 2009, cuando se inició el primer postgrado en España de Trabajo Social Sanitario, el horizonte profesional se abre a grandes posibilidades, entre otras el reconocimiento de la disciplina como profesión sanitaria<sup>5</sup>. El postgrado, dirigido en exclusiva a diplomados o graduados en Trabajo Social, o a estudiantes de la disciplina, significa la introducción progresiva de cambios asistenciales en la praxis profesional, que quedará enmarcada progresivamente dentro de lo académico. Desde 2009, el trabajo social sanitario está avalado por un método formativo comunicable –tal como reclamaba en 1915 Abraham Flexner–, que siguen las y los estudiantes por igual. El postgrado, además, está impar-

tido en un 70% por profesionales del trabajo social sanitario, lo cual evita la desviación de la disciplina hacia otras materias que, bebiendo de fuentes parecidas, no son trabajo social sanitario. Con este postgrado, finalmente, se está dando una estructura formal y universitaria, un currículo, a los fundamentos teóricos y prácticos de esta disciplina que, sin ser nueva, en España sigue siendo una gran desconocida.

El postgrado, como no podía ser de otra manera, mira a 2011, fecha en la que se prevé el inicio del máster oficial de Trabajo Social Sanitario. Ése será el verdadero ecuador de la profesión, y su ejercicio se verá progresivamente respaldado por la investigación aplicada, que, obviamente, se realizará desde la Universidad. Hasta ahora en España no existía la formación universitaria especializada en trabajo social sanitario. La falta de formación reglada, no obstante, no ha impedido a las y los profesionales formarse por diferentes vías: mediante seminarios de formación profesional, realizando investigaciones en sanidad, realizando las prácticas de la diplomatura o el grado en el sistema sanitario, visitando como observadores hospitales y centros de salud de otros países y aprendiendo de sus buenas prácticas, accediendo a la literatura científica de trabajo social sanitario publicada en otros países (sobre todo en Estados Unidos y Gran Bretaña). Y, por supuesto, aprendiendo de la experiencia de las pioneras, aquellas profesionales que, allá por los años sesenta y setenta, muchas veces en soledad (Vilas, 1992) –no se debe olvidar que ello ocurría en una dictadura– abrieron los primeros caminos para la profesión en el sistema sanitario. Algunos de esos primeros nombres fueron Montserrat Gramunt, María Asunción Martínez, María Jesús Chico, Elisa Pérez de Ayala, Montserrat Colomer, María Estrada, Montserrat Castells, Rosa Roca, Mercé Fontanilles, Gloria Rubiol, Montserrat Bacardit, Josefina Bassets, María Palet, Teresa Codinach o Montserrat Solé, entre otras. La historia del trabajo social sanitario, durante años denominado en salud, a partir de los ochenta la presentó muy clara Emma Sobremonte en el X Congreso Nacional de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (Sobremonte, 2009).

Todo ello ha permitido estructurar en 2009 un plan docente de Trabajo Social Sanitario adecuado a las necesidades y exigencias de los sistemas sanitarios europeos del siglo XXI. Las características de la UOC, universidad desde la cual se imparte el postgrado, universidad líder en *e-learning*, rompe para muchos profesionales los muros de los cursos presenciales. La formación en línea permite la tan citada conciliación entre la vida familiar, profesional y, se puede añadir, académica. No se puede negar la gran presencia femenina en el trabajo social sanitario. En esta primera edición, todas las alumnas son mujeres. Es por ello por lo que la formación en línea ofrece grandes posibilidades.

<sup>5</sup> Postgrado de Trabajo Social Sanitario adscrito al Área de Ciencias de la Salud del Instituto Internacional de Postgrado de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) [www.uoc.edu].

El trabajo social sanitario es la disciplina. Las y los trabajadores sociales sanitarios, quienes la ejercen, aplican sus teorías, especifican sus procedimientos, definen y redefinen los procesos clásicos y los nuevos, investigan sobre caminos innovadores de prevención e intervención, forman a nuevos profesionales y, con la información que generan, resultan un gran apoyo a las gerencias y a los planificadores.

#### 4. El trabajo social sanitario como promotor del bienestar psicosocial de las personas enfermas y sus familias

Se habla de familia, si bien se contempla en esta dimensión las redes sociales próximas a la persona. El principio del que se parte es que la enfermedad siempre rompe las dinámicas personales propias e introduce interrupciones de diferente magnitud en los acontecimientos vitales (Fitzpatrick *et al.*, 1990). Esta ruptura se hace más evidente cuando la atención requiere de la estructura hospitalaria, un entorno, sin pretenderlo naturalmente, adverso y desconocido, al que nadie acude por gusto. Dichas roturas serán temporales o indefinidas, dependiendo, del tipo de patología y sus secuelas. Pero ante ello, se ponen en juego los recursos psíquicos de las personas y el soporte social del que disponen, la capacidad para recuperarse o afrontar las circunstancias que se irán sucediendo. La enfermedad es una de ellas, y su presencia le afecta en todas las esferas de su existencia. Altera sus rutinas, interrumpe el afrontamiento de sus responsabilidades diarias (laborales, económicas, estudios, familiares), genera unas vivencias y experiencias que surgen directamente del hecho de haber enfermado. La vulnerabilidad de la persona está expuesta a sí misma y a los demás, como lo están sus fortalezas, en las cuales se apoya el trabajo social sanitario.

La vida no es un recorrido lineal ni previsible; por ello, la intervención, desde el trabajo social sanitario, se nutre de la realidad del momento presente en el que se contextualiza a la persona enferma, considera sus actitudes pasadas y también sus expectativas futuras. La enfermedad, en cualquiera de sus variantes, motiva en la persona que la sufre, en su entorno, vivencias y experiencias que se desbordan en sentimientos y emociones. Todo ello pauta, tinta, tamiza y condiciona la manera –más o menos eficaz, más o menos eficiente– con la que cada persona sobrellevará y resolverá las nuevas dificultades o problemas (Hamilton, 1951). Las estadísticas de los servicios de trabajo social que intervienen por programas ponen de relieve que la mayoría de las personas, de sus familias, resuelven por sí mismas, solas o con los suyos, con mayor o menor acierto, esos desajustes sobrevenidos a la vivencia de la enfermedad. El papel que desempeñan hoy las y los trabajadores sociales sanitarios es el de adelantarse a las necesidades. Los modelos de intervención proactivos

toman como punto de inicio del estudio social los riesgos, y sobre ellos diagnostican la existencia de problemas, si los hubiere. La intervención proactiva evita, en gran medida, la improvisación y las presiones, las prisas y sobresaltos de última hora.

El acceso a la ayuda profesional que brinda el servicio de trabajo social sanitario permite, metafóricamente hablando, el encauce de las diferentes realidades antes de que se desborden. Así, se optimizan los recursos, materiales y humanos, no sólo los personales y familiares, sino también los colectivos y públicos, todos los empleados para restablecer a la persona. El trabajo social sanitario contempla todo el núcleo de convivencia, asume las proporciones o desproporciones que toman las circunstancias a medida que la enfermedad evoluciona o involuciona, e interviene según las necesidades diagnósticas y no sólo las necesidades expresadas.

Las y los trabajadores sociales sanitarios que aplican modelos proactivos se apoyan en técnicas de diagnóstico precoz (*screening*) primario que les permiten identificar a la población de más riesgo de necesitar su ayuda y apoyos. Y técnicas de diagnóstico precoz (*screening*) secundario que, sobre los riesgos y datos reales, con un breve estudio, descartan o certifican la necesidad de ayuda. La intervención proactiva en el sistema sanitario es muy factible, pues la población está plenamente identificada. Con dichas técnicas, las y los profesionales se adelantan a las dificultades que, con gran probabilidad, surgirán por la presencia de la enfermedad, la de cada persona en concreto. Ello conforma la intervención en el caso social sanitario.

En el diagnóstico social sanitario se definen las dificultades que obstaculizarán la cobertura eficiente de las necesidades terapéuticas y asistenciales de la persona cuando deje el establecimiento sanitario y la manera como se van a solventar. Por ejemplo, el plan de cuidados domiciliario puede verse afectado si no se ha garantizado previamente la presencia de algún miembro de la familia cuando tenga lugar la visita de enfermería. Una buena gestión de lo psicosocial, en tiempo real y en paralelo al desarrollo y evolución del tratamiento médico, supone una optimización tangible de los recursos sanitarios y evita, por poner ejemplos estudiados, los reingresos hospitalarios injustificados o la hiperfrecuentación en los servicios (Calvo *et al.*, 2009).

Así surge otro argumento que justifica la presencia del trabajo social sanitario como profesión que aporta eficacia al propio sistema sanitario, y evita actividad extra derivada de soportes psicosociales débiles de las personas enfermas. Dicho de otro modo, lo psicosocial abraza lo sanitario, que siempre es una parte del caso social. En el caso social sanitario, además de lo sanitario, está lo familiar, lo laboral o lo económico. El servicio de trabajo social

sanitario, sus profesionales, se apoyan en los puntos positivos y fuertes de las personas que conforman el caso social sanitario (Munford y Sanders, 2005). Cuando su intervención se da dentro de una estructura organizativa formal, contribuye a solventar las dificultades personales que desembocan, intrínsecamente, en una mala utilización de los recursos sanitarios, la cual a veces puede comprometer, incluso, los beneficios ganados en la atención médica. El cumplimiento terapéutico (Carulla y Mergarejo, 2002) es una realidad que está ahí presente y, dicho sea de paso, lamentablemente despierta poco interés entre los gestores, políticos y los mismos profesionales. En su estudio social, las y los trabajadores sociales sanitarios incluyen la valoración de las capacidades para seguir el tratamiento y si es conveniente gestionar las ayudas.

## 5. El procedimiento clásico del trabajo social sanitario

El procedimiento básico y elemental que vertebra la acción desde el trabajo social sanitario siempre consta de tres fases: el estudio, el diagnóstico y el tratamiento. Cada fase se dividirá en múltiples sub-fases que vienen determinadas por el tipo de procedimiento o protocolo del que se trate. Sin el estudio previo, sin la investigación de las realidades, no se puede establecer el diagnóstico social sanitario y, sin éste, no se puede prescribir ningún proceso, ni plasmar ningún plan de trabajo y tratamiento fiable.

Se estudia la vivencia de la enfermedad, cómo ésta interfiere y afecta a la cotidianidad de cada persona y lo que ello supone e implica en cuanto a ayudas concretas. Lejos de lo narrativo, el trabajo social sanitario se mueve en lo empírico de lo cotidiano. Se diagnostica la vivencia, la interferencia; se detallan las dificultades y disfunciones existentes; se analiza el rol que desempeñan las diferentes personas implicadas en el caso social sanitario; y se valora los caminos y pasos que se seguirán para el apoyo y, si es necesario, la orientación a otro servicio. El tratamiento social sanitario –en argot profesional, el plan de trabajo–, materializa los apoyos, materiales y humanos, establece y asume las gestiones que se requieren para prestar el servicio. Uno de los errores más comunes entre quienes desconocen los fundamentos del ejercicio del trabajo social sanitario es minimizar su función a la tramitación de recursos que, además, dependen de los servicios sociales. Ese hilo argumental lleva a que, a veces, se prescinda del trabajo social sanitario. Cada establecimiento sanitario tendrá sus propios números, pero las realidades empíricas muestran que son muy pocas las personas que, cuando dejan el sistema sanitario, continúan el seguimiento en los servicios sociales. Éstos igualmente pueden estudiar las demandas de apoyo que reciben provenientes del sistema sanitario y su cobertura.

El error equivalente en la medicina sería pensar que su función es la tramitación de la receta médica que, además, suele escribir la enfermería. Un reduccionismo funcional que, en la práctica, resulta muy caro, pues, para realizar trámites, sólo se requieren conocimientos acerca de lo que dichos trámites implican y las habilidades y actitudes que son deseables en todos los profesionales del sistema sanitario. Para realizar trámites, ciertamente no se requiere estudiar cuatro años, lo que dura el grado, ni tres, lo que hasta ahora ocupaba la diplomatura.

## Uno de los errores más comunes es minimizar la función del trabajo social sanitario a la tramitación de recursos que, además, dependen de los servicios sociales

El diagnóstico social sanitario equivale, para las y los trabajadores sociales sanitarios, a lo que el diagnóstico médico significa para los médicos. En el diagnóstico, sea médico o social sanitario, se apoya todo tratamiento. En una situación, el tratamiento social sanitario, y en la otra, el tratamiento médico.

Las y los trabajadores sociales sanitarios promueven, en primera instancia, los recursos internos de las personas, para que ellas mismas transformen las situaciones y superen las circunstancias adversas relacionadas con la presencia de la enfermedad, aguda o crónica, tratada dentro del sistema sanitario. La ayuda desde el trabajo social sanitario aplica métodos científicos; sus teorías provienen de la ciencia experimental y aplicada, del estudio de casos, de la observación y la interpretación de muchas realidades documentadas y codificadas para su investigación. El trabajo social sanitario, como la medicina o la enfermería, no es una ciencia exacta. Está sujeto al factor humano y su acción siempre implica, activamente, a las personas afectadas. Su objetivo final es la autonomía personal y social.

## 6. La ayuda desde el trabajo social sanitario frente otros tipos de ayuda

Éste es el verdadero talón de Aquiles: el establecimiento de la diferencia de los tipos de ayuda es esencial para respetar la identidad y función del trabajo social sanitario. Cualquier tipo de ayuda no vale para calificarla como de trabajo social en general, o el sanitario en particular. Cuando no se aplican

las teorías o los procedimientos de trabajo social sanitario, no se puede considerar como tal.

¿Qué es ayudar? Éste sería un gran debate. La relación de ayuda entre personas es muy antigua, forma parte de su naturaleza y de la dinámica social en su sentido más amplio. Ha atravesado los siglos y ahí sigue presente en todas las sociedades. Lo que ha ido cambiando son las formas y los papeles que desempeñan los diferentes actores, los prestadores y los receptores. Por ejemplo, ante un mismo caso social sanitario –una persona con enfermedad terminal–, desde la medicina se desarrolla una práctica, desde la enfermería, otra, y desde el trabajo social sanitario, otra. Las tres disciplinas se complementan en la teoría y deben extender dicha complementación en la práctica. Deben compartir objetivos, pero la medicina es la medicina, la enfermería es la enfermería, y el trabajo social sanitario es el trabajo social sanitario. Compartir objetivos no significa mezclar papeles, confundir responsabilidades profesionales o hacer dejación de ellas. Detrás de toda intervención existe una formación que faculta a cada uno para responsabilizarse de dicha intervención. Ya se sabe: hay que correr como un pato, volar como un pato y graznar como un pato para asegurar que se es un pato.

En el último tercio del siglo XIX, la ‘ayuda al otro’ va diversificándose en forma y contenido. Así, va diferenciándose la ayuda ordinaria, la ayuda convencional y espontánea, la que surge de cualquier dinámica de necesidad y que puede prestar toda persona u organización, de la ayuda prestada desde el trabajo social sanitario, la cual se gesta desde el diagnóstico social sanitario y sigue un plan de intervención. ¿Cómo se dio ese paso desde la filantropía al ámbito profesional? ¿Cómo se fue organizando la ayuda profesional y conformando el conjunto de conocimientos que daría origen al trabajo social sanitario? ¿Cómo se fueron dando los primeros cambios desde la ayuda de las organizaciones de la caridad a la ayuda desde instituciones profesionales? (Richmond, 1899; Agnew, 2004).

La mayoría de los debates que promovieron este relevante cambio señalaban la necesidad de ir más allá de la atención inmediata suscitada por la necesidad que se manifestaba. Ésta debía atenderse, pero también debían estudiarse sus causas, sus razones, y actuar sobre ellas. Para los ideólogos, críticos, estudiosos, analistas de la sociedad del momento, acuciada por la desmesura derivada de los cambios provocados por la revolución industrial, era necesario ver que la persona necesitaba ayuda y ayudarla, pero sobre todo era preciso trabajar con ella, con la persona, con su familia, desde sus posibilidades y las de su entorno: había que procurar sanar la comunidad. Así, ella misma, la persona podría superar la precariedad, la merma de la que era víctima.

Algunas figuras ilustres y líderes de este movimiento sentaron las bases del trabajo social sanitario, entonces denominado trabajo social médico, al señalar que era preciso conocer el ambiente en el que se movían y vivían las personas enfermas que acudían a los hospitales, pensando sobre todo en su regreso después del alta a ese ambiente, generalmente preñado de insalubridad y pobreza, en el que habían enfermado. Ello también dio pie al trabajo social sanitario comunitario. No es lo mismo atender a un niño desnutrido que, viendo el incremento de población infantil desnutrida en la comunidad, diseñar un programa de nutrición infantil para esa comunidad. Son dos intervenciones desde el trabajo social sanitario que se desarrollan en planos diferentes, pero paralelos. Y si bien puede sorprender dicha intervención, está documentado que los grandes movimientos preventivos de la tuberculosis, fueron promovidos por las trabajadoras sociales sanitarias, que enseguida tuvieron el apoyo de los médicos. La iniciativa, no obstante, partió del trabajo social sanitario (Cabot, 1917).

Las primeras National Conference on Social Welfare, celebradas en Estados Unidos, son un ejemplo de debate público camino de la profesionalización de la ayuda. En ellas destacan figuras como Z. D. Smith (1884), C. R. Henderson (1895) o C. S. Loch (1885).

## 7. Algunos pilares que sostienen la historia del trabajo social sanitario

La historia sitúa el principio en los Estados Unidos, especialmente en Estados de la costa Este. Algunas de las figuras más representativas e influyentes<sup>6</sup> en la configuración de los primeros servicios de trabajo social sanitario –como se ha señalado, por entonces llamado médico u hospitalario– fueron el Dr. William Osler, el Dr. Charles P. Emerson, el Dr. Richard C. Cabot, Mary E. Richmond, Garnet Isabel Pelton, Ida M. Cannon, James Minnick, Jane Addams, el Dr. Michael M. Davis o Gordon Hamilton.

Muy resumidamente, la historia se desarrolló como sigue: Garnet Isabel Pelton, trabajadora social médica, formada además como visitadora cuidadora, fue la primera persona a la que el Dr. Cabot acudió en 1903 para crear esta plaza pionera en la atención hospitalaria, introduciéndola en su clínica de medicina en el Massachusetts General Hospital de Boston. Ello ocurría, sin embargo, después de una visita del doctor al Johns Hopkins Hospital de Baltimore

<sup>6</sup> Se habla de las más representativas a sabiendas de que el acceso a nuevos archivos puede revelar otros nombres no contemplados. La experiencia de estos últimos años así lo pone de relieve. Por tanto, dar unos nombres no excluye que puedan aparecer de nuevo y ocupen espacios importantes en esas bases de construcción del trabajo social sanitario.

para conocer el programa de visita domiciliar que en 1889 había impulsado otro médico, William Osler. En el programa del Dr. Osler, los estudiantes de Medicina se interesaban, realizando una visita personal, por las condiciones sociales de los pacientes que habían atendido. Uno de estos estudiantes fue el Dr. Charles P. Emerson, quien, a su vez, viendo la importancia que los aspectos sociales adquirían en las personas enfermas y hospitalizadas, introdujo la visita domiciliar de estudiantes de Medicina en la Charity Organization Society (COS) de Baltimore. El Dr. Cabot, sensibilizado en extremo por la importancia de lo social en la evolución de la enfermedad, vio la importancia de este programa de visitas a domicilio y su valor en la mejora de la eficacia de sus tratamientos.

Su puesta en marcha garantizaba el estudio y la atención de los aspectos sociales de los enfermos, sobre todo de los más pobres, para que esta situación social adversa se pudiera tratar. A este respecto, años antes, en 1897, Jane Addams abrió la discusión de la vigésimo cuarta Conferencia de Bienestar Social (EE.UU.) refiriéndose a la necesidad de contar con casas de convalecencia para las personas necesitadas que dejaban los hospitales y cuyas viviendas carecían de las mínimas condiciones de habitabilidad para asegurar su recuperación (Addams, 1897). Fue en 1905 cuando Garnet Isabel Pelton puso en marcha esta primera plaza de trabajadora social hospitalaria y, debido a la tuberculosis que sufrió unos meses más tarde, tuvo que ser sustituida por Ida M. Cannon, una de las figuras más relevantes que ha dado la historia del trabajo social sanitario. Ello ocurría en el mismo año 1905. Ida M. Cannon se convirtió al poco tiempo en jefe de servicio y, a partir de 1906 se empezaron a crear nuevas plazas de esta profesión, siempre vinculadas a servicios médicos. La Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard puso en marcha un programa de formación para médicos con el fin de que conocieran la importancia de los aspectos sociales de las personas que trataban (Nacman, 1990).

El trabajo social sanitario experimentó un crecimiento exponencial en ciudades como Nueva York o Chicago, cuyos hospitales copiaron el esquema de trabajo del Massachusetts General Hospital de Boston, al considerarlo una nueva fórmula asistencial del bienestar. Cada pocos meses se creaban nuevas plazas, casi siempre vinculadas a especialidades médicas y también a grandes temas de carácter social que afectaban transversalmente a la salud de las poblaciones.

Las principales divisiones iniciales del trabajo social médico fueron, textualmente y según folletos de la época: la tuberculosis; la educación e higiene; la alimentación infantil y el cuidado de los niños delicados; las vacaciones; las excursiones y casas de convalecencia; el cuidado de jóvenes solteras, mujeres

embarazadas, moralmente expuestas o enfermas mentales; la ayuda a los pacientes que necesitaban trabajo o un cambio de trabajo; el suministro y las disposiciones para los pacientes objeto de *dumping* en el hospital; o la asistencia a los pacientes que necesitan tratamiento después del alta, entre otras.

El trabajo social sanitario había empezado su desarrollo imparable. A partir de este momento, los principales hospitales de Estado Unidos, entre ellos el Mount Sinai Medical Center de Nueva York y el Hospital de Bellevue, también en Nueva York, empezaron a crear plazas y departamentos con servicios de trabajo social sanitario especializado y participaban en la National Conference on Social Welfare, que se celebraba todos los años.

## En 1910, Garnet Isabel Pelton establecía la diferencia entre la ayuda desde el trabajo social hospitalario, y otros tipos de ayuda que llegaban de la mano de la filantropía o de las cuidadoras clínicas

Por ejemplo, en 1908 James Minnick, secretario de la COS de Providence, hablaba, en dicha conferencia, de la importancia de contar en los hospitales (en este concepto se incluía hospitalización y clínicas) con un adecuado servicio de trabajo social sanitario para completar las atenciones médicas y quirúrgicas, contextualizando las circunstancias de la persona y su entorno (Minnick, 1908). Unos años más tarde, en 1911, el Dr. Michael M. Davis, director del Dispensario de Boston, ponía sobre la mesa el hecho de que había que ir más allá de la enfermedad misma; cabía ver, estudiar y tratar el entorno social de las personas que estaban atendiendo los médicos, puesto que, si no se actuaba, era a ese ambiente enfermo al que volvían (Davis, 1911). Sobraban las explicaciones de lo que ello suponía. Davis, junto con la trabajadora social, estableció dos clasificaciones: en la primera, incluía las condiciones y los problemas sociales de los enfermos; en la segunda, diferenciaba el perfil psicosocial de cuatro tipos de pacientes (Davis, 1912).

En 1910, Garnet Isabel Pelton establecía, quizás por primera vez y de manera clara, la diferencia entre la ayuda desde el trabajo social, en este caso hospitalario, y otros tipos de ayuda que, aunque se dieran en el hospital, llegaban de la mano de la filantropía o de las cuidadoras clínicas. Aquello, señalaba ella,

no era trabajo social sanitario. En aquella conferencia pautó que el objetivo del trabajo social hospitalario era el “diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento” (Pelton, 1910). Pelton terminó su exposición mencionando el lema que rezaba sobre la puerta del Hospital Virchow de Berlín: “Trata a la enfermedad, pero no olvides tratar al hombre”. Un principio que, al menos en lo narrativo, hoy siguen asumiendo prácticamente por unanimidad profesionales y políticos sanitarios: “se tratan enfermos, no enfermedades”. Un principio que implica atender, profesionalmente, los aspectos psicosociales de las personas atendidas.

En 1917, Ida M. Cannon –como se ha mencionado, una de la figuras más representativas del trabajo social sanitario–, publicaba *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*, un tratado del trabajo social sanitario sin precedentes. Su legado crece a medida que van apareciendo archivos de su tiempo y textos descatalogados, siendo el suyo uno de los discursos narrativos más exactos y pertinaces para entender el trabajo social sanitario (Cannon, 1908). Ese mismo año, Mary E. Richmond publicaba su *Social Diagnosis*, el libro básico para el trabajo social en general, y el sanitario en particular.

Más tarde, en 1931 Gordon Hamilton se refirió al trabajo social hospitalario reflexionando sobre la gestión de casos (*casework*) en dicho ámbito, y señalando la necesidad de conocer aquello de lo social que había afectado y contribuido a la enfermedad y que podía afectar y contribuir a su recuperación. Llamó la atención sobre que todos los aspectos sociales condicionados por la enfermedad o la dolencia médica que la o el trabajador social sanitario de caso (*caseworker*) debían considerar en su intervención (Hamilton, 1931). Un texto sencillo, pero crucial para comprender la estructura interna del trabajo social sanitario, en donde se relaciona la enfermedad con los aspectos psicosociales de la persona, de la familia, de su entorno, y señala la diferencia con cualquier otro tipo de trabajo social más general.

## 8. El diagnóstico diferencial y el tratamiento en el trabajo social sanitario

En 2002, Turner definió el diagnóstico social como sigue:

“La palabra diagnóstico designa el proceso en el cual una opinión profesional proviene de la valoración de una situación que emerge en nuestra interacción con los clientes y sus ambientes significativos, una opinión en la que nosotros basamos nuestras acciones y para la cual estamos preparados para actuar con una profesionalidad responsable. La esencia de esta definición es: nuestro diagnóstico está basado en los juicios

que hacemos. Tales juicios constituyen la base de nuestras actividades profesionales. Estamos preparados para responsabilizarnos de dichos juicios”.

Dicha definición, similar a la que en 1917 elaboró Mary E. Richmond, pone de manifiesto que el diagnóstico social sanitario no se puede confundir con una enumeración de problemas o dificultades. La elaboración del diagnóstico social sanitario es compleja, pues, entre otros aspectos, estos problemas o dificultades existentes se interpretan, se contextualizan, se acompañan de lo que cabe trabajar para solventarlos.

Una de las características más importantes del diagnóstico social sanitario es que no se puede codificar, porque en su construcción resulta único en cada caso. Las necesidades de investigación se resuelven fraccionando el diagnóstico social sanitario en las partes relevantes del caso; entonces sí se toman categorías de circunstancias. Pero el diagnóstico social sanitario no es una clasificación, no es una escala, no son indicadores. Es importante no confundirlo con dichos instrumentos que, en algunos casos, han acabado suplantando el diagnóstico social sanitario.

La unicidad de la persona es uno de los principios básicos del trabajo social sanitario. Por ello, la investigación de los aspectos psicosociales en diferentes situaciones y circunstancias vitales que atraviesan los seres humanos ha nutrido numerosas teorías que permiten, desde trabajo social sanitario, ajustar sus intervenciones a aquellas realidades generadas por la enfermedad, la cual, modela cada caso.

Uno de los autores más relevantes en esta línea de trabajo, ya citado, es Francis J. Turner, quien en 1968 publicó el libro *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work* [Diagnóstico diferencial y tratamiento en trabajo social]. La primera edición fue prologada por Florence Hollis, señalando con cierta ironía lo extraño que le resultaba el hecho de que hubieran tenido que pasar cincuenta años desde que se publicara la obra más conocida de Mary E. Richmond para que apareciera un libro con el título señalado. Hollis señalaba la aportación de Mary E. Richmond cuando habló del diagnóstico social y, por aquel entonces (1917), suponía una nueva idea de enfocar y diferenciar el trabajo social sanitario. La idea central que pivotaba en el discurso de Richmond era que, de la misma forma que el médico necesitaba del diagnóstico médico para entender la naturaleza del desorden que estaba tratando, para saber cómo aliviarlo, las trabajadoras sociales sanitarias necesitaban del diagnóstico social para entender la naturaleza del desorden social del caso social que estaban tratando y saber cómo aliviarlo (Hollis, 1968).

Turner establece una clasificación de diferentes familias de circunstancias en las que el trabajo social en general –en algunos casos, el sanitario en particular–, sugiere, debe especializarse. De todas ellas, y con la ayuda de diferentes autores, profesionales del trabajo social, presenta investigaciones y estudios que avalan el diagnóstico y el tratamiento diferencial en trabajo social sanitario. Es decir, la presencia de aquella circunstancia ya abre la puerta a un procedimiento específico que viene avalado por investigaciones y estudios específicos. Las especialidades propuestas por Turner, la mayoría de ellas vinculadas estrechamente al sistema sanitario, son:

- Los estadios del desarrollo humano: la infancia, la juventud, los adultos, el matrimonio, los padres, la familia, la mediana edad, la vejez, la muerte.
- Los trastornos psicosociales: los trastornos afectivos, la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos por el uso de drogas, la enfermedad ficticia, los trastornos mentales orgánicos, los trastornos paranoides, los trastornos de personalidad, los trastornos psicosexuales, la esquizofrenia.
- Los trastornos físicos: la artritis, la ceguera, los pacientes quemados, el cáncer, los trastornos cardíacos, la sordera, la diabetes, la epilepsia, los problemas genéticos, la hemofilia, las enfermedades del riñón, la esclerosis múltiple, las enfermedades neurológicas, la pérdida de órganos, el dolor, el retraso, la anemia de células falciformes, el accidente vascular cerebral, los trasplantes.
- Los factores socioculturales: la etnia, la clase económica, los valores, la religión.
- Las circunstancias que presentan problemas psicosociales: el aborto, el abuso infantil, la ano-

mia, los desastres, el divorcio, la enuresis, el incesto, la obesidad, la violación, la fobia escolar, la crianza de los hijos, el suicidio, las madres solteras, la vasectomía.

Algunas de estas circunstancias en la actualidad han modificado su peso moral, pero individualmente cabe valorar el peso particular que suponen para la persona.

## 9. De lo narrativo a lo empírico en el trabajo social sanitario

La sociedad del conocimiento, tal como se denomina a la sociedad actual, se encuentra cada vez más con grandes aprietos para que ese conocimiento generado desde la investigación básica o aplicada repercuta en la ciudadanía y que ésta lo perciba. El gran reto es el bienestar de las personas, no como lema, sino como algo tangible que se vivencia cuando éstas necesitan atención en alguno de los establecimientos sanitarios, ya sea atención primaria o especializada. Un bienestar que, pensando en la naturaleza del trabajo social sanitario, no se puede reducir, obviamente, a un simple papeleo o burocracia de lujo para realizar un trámite. Ese bienestar se teje en lo diario, en lo mínimo, en lo básico y el trabajo social sanitario está ahí para evitar roturas.

La exigencia del diagnóstico social sanitario es el aval de una intervención de calidad y supone el hecho diferencial de la ayuda prestada desde el trabajo social sanitario, que, como se ha venido señalando, no puede confundirse con otros tipos de ayuda vinculadas a la filantropía. El trabajo social sanitario, en su concepción y función, es una profesión de futuro, pues materializa la acción profesional apoyada en la participación de las personas.

## Bibliografía

- ADDAMS, J. (1897): "Discussion seventh session", en *National Conference on Social Welfare*, pág. 464 ss.
- AGNEW, E. N. (2004): *From Charity to Social Work*, Chicago, University of Illinois Press.
- BRACHT, N. F. (1983): "Preparing new generations of social workers for practice in health setting", en ROSENBERG, G.; y REHR, H.: *Advancing Social Work Practice in the Health Care Field*, Nueva York, Haworth Press, págs. 29-44.
- BREZMES, M. (2009): "El trabajo social en el espejo: el reflejo de la legislación", *Zerbitzuan*, nº 46, págs. 121-132.
- BRODLAND, G. A.; y ANDREASEN, N. J. C. (1976): "Adjustment problems of the family of the burn patient", en TURNER, F. J.: *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*, Nueva York, Free Press, págs. 370-379.
- CABOT, R. C. (1917): "What of medical diagnosis should the social case worker know and apply?", en *National Conference on Social Welfare*, págs. 101-104.
- CALVO, V.; et al. (2009): "La investigación como método para el desarrollo del trabajo social sanitario en atención primaria de salud. Estudio de la hiperfrecuentación como fenómeno", *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, año 9, nº 4, págs. 10-17.
- CANNON, I. M. (1908): "Social Work at Massachusetts General Hospital", en MINNICK, J.: *Social Work of General Hospitals. National Conference on Social Welfare. Official Proceedings of the Annual Meeting: 1908*.
- (1917): *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*, Nueva York, Russell Sage Foundation.
- CARULLA, L. S., y MERGAREJO, M. (2002): *Cumplimiento terapéutico*, Barcelona, Ars Medica.
- COX, C. B. (2007): *Dementia and Social Work Practice: Research and Interventions*, Nueva York, Springer.
- DAVIS, M. M. (1911): "Medical and social co-operation", en *National Conference on Social Welfare*, págs. 278-281.
- (1912): "Social aspects of a medical institution", en *National Conference on Social Welfare*, págs. 363-369.
- ENGELMANN, M. W. (1976): "The diabetic client", en TURNER, F. J.: *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*, Nueva York, Free Press, págs. 413-419.
- FITZPATRICK, R.; et al., (1990): *La enfermedad como experiencia*, México. Fondo de Cultura Económica.
- FLEXNER, A. (1915): "Is social work a profession?", en *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections*.
- HAMILTON, G. (1931): "Refocusing family case work", en *National Conference on Social Welfare*, pág. 174 ss.
- (1951): *Theory and Practice of Social Case Work*, Nueva York, Columbia University Press, 2ª ed.
- HENDERSON, C. R. (1895): "The German 'Inner Mission'", en *National Conference of Charities*, págs. 72-79.
- HOLLIS, F. (1968): "Foreword", en TURNER, F. J.: *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*, Nueva York, Free Press, pág. XVII.

- Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE, nº 274, de 15 de noviembre.
- LOCH, C. S. (1885): "Charitable provision for the aged", en *Annual Conferences of Charities*, págs. 347-362.
- MINNICK, J. (1908): "Social work of general hospitals", en *National Conference on Social Welfare*, págs. 150-153.
- MUNFORD, R.; SANDERS, J., (2005): "Working with families: Strengths-based approaches", en NASH, M.; et al.: *Social Work Theories in Action*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- NACMAN, M., (1990): "Social work in health settings: A historical review", en DAVINDSON, K. W.; CLARKE, S. S.: *Social Work in Health Care. A Handbook for Practice*, Nueva York, Haworth Press, págs. 7-22.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978): *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Alud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud [disponible en <whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>].
- PELTON, G. I., (1910): "The history and status of Hospital Social Work", *National Conference on Social Welfare*, págs. 332-341.
- RICHMOND, M. E. (1899): *Friendly Visiting among the Poor*, Baltimore, *Charity Organization Society of Baltimore*.
- SMITH, Z. D. (1884): "Volunteer visiting: The organization necessary to make it effective", en *National Conference on Social Welfare*, págs. 69-72.
- SOBREMONTA, E., (2009): "Trabajo social sanitario: entre el ayer, hoy, y el mañana", en *X Congreso Nacional de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*, Oviedo.
- TURNER, F. J., (1968): *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*, Nueva York, Free Press.
- (2002): *Diagnosis in Social Work. New Imperatives*, Nueva York, Haworth Social Work Practice Press, pág. 51.
- VILAS, M., (1992): "La soledad de los trabajadores sociales: reflexiones ante un trabajador social", *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 28, págs. 75-77.