

LA PRÁCTICA PROFESIONAL DESDE EL SABER Y PARA EL SABER “UNA APROXIMACIÓN AL TRABAJO SOCIAL SANITARIO”

M^a Antònia Rocabayera Andreu
Diploma en Trabajo Social
EAP Sant Adrià de Besòs-1
Institut Català de la Salut

A aquellos que con su saber han conseguido que viva la profesión con mayor ilusión que cuando era una profesional novel, me refiero a M.Richmond, a Ida Canon, al Dr. Cabot ,... a M.Miranda, a Dolors Colom,....gracias por permitirme disfrutar de la profesión.

RESUMEN

La presentación parte de un breve recorrido por la historia del trabajo social para ir concretando hacia el trabajo social sanitario. Analizar la historia del trabajo social nos permite reconocernos en nuestros antecesores, compartir conocimientos científicos, experiencia y, además nos da sentido de continuidad y pertenencia e identidad como grupo profesional.

Desde este saber aprendido, con nuestra competencia profesional y poniendo en marcha ese sexto sentido intuitivo en la práctica del trabajo social podremos delimitar y afrontar los desafíos futuros; trabajar nuestra proyección profesional tanto a nivel interno como externo, dar visibilidad a la profesión, partiendo de los fundamentos científicos, con rigor metodológico y con intervenciones técnicas lo que permitirá reafirmarnos en nuestra singularidad.

PALABRAS CLAVE: Trabajo social sanitario, identidad profesional, sexto sentido

Desde el Saber....

¿De qué saber partimos?, ¿A que nos referimos al hablar de saber?. El diccionario de la Real Academia Española lo define como: Ser docto en alguna cosa, tener habilidad para una cosa o estar instruido y diestro en un arte o facultad, ser muy sagaz....y Sabiduría como el conocimiento profundo de alguna materia, ciencia,.. Recuerdo mis años en la Universidad, (les confieso que todavía guardo los apuntes de la carrera que he vuelto a ojear últimamente), en mi primer día en la clase de trabajo social, la profesora Alicia Irazabal, nos preguntó por qué queríamos ser trabajadores sociales y resultó que queríamos arreglar el mundo, solucionar los problemas de los necesitados,...en fin el grupito era bastante idealista y utópico; a lo largo de los tres años de la Diplomatura la visión de la finalidad del Trabajo Social y la identidad del trabajador social se fue construyendo a partir de los conocimientos que fuimos adquiriendo sobre las teorías psicológicas, la

antropología, la sociología, las políticas sociales y... el trabajo social que nos ofreció los instrumentos básicos para ejercer la profesión y he utilizado el concepto básicos porque está era la sensación que tuvimos al finalizar los estudios; sentíamos (algunos, unos cuantos, la mayoría..) que nos faltaban conocimientos troncales, en los que hemos ido profundizando a partir de la formación post-grado en la que también hemos ido perfilando nuestra especialización en el trabajo social sanitario.

¿Qué sabemos?, sabemos que el trabajo social es una disciplina (tiene definido su objeto de intervención) a partir de la que se deriva la actividad profesional, que dispone de un método de trabajo y una metodología específica en la que utilizamos las diferentes técnicas que nos son propias. Todo ello conforma los pilares de afianzamiento profesional y de reconocimiento del rol de experto en “lo social”.

Este saber que hemos mencionado y que nos ayuda a entender el presente y orientarnos hacia el futuro parte de los conocimientos teóricos que hemos adquirido, de nuestra experiencia profesional y de la historia, aquella que empezaron a construir unos pocos en el siglo XVIII y que se fue afianzando a finales del siglo XIX .

¿De dónde venimos? Ya que.....conocernos mejor es imprescindible para entendernos mejor...

A lo largo de la historia y según el momento político-social se ha dado una respuesta diferente a las necesidades de la población, entendidas éstas desde aquellas más básicas, así nos encontramos con la idea de caridad para pasar posteriormente a la de solidaridad hasta llegar a finales del siglo XIX en que aparece el derecho social y surgen los primeros profesionales del trabajo social (Mary Richmond, Jane Addams- por cierto premio Nobel de la Paz) y también la primera bibliografía especializada. En el año 1899 se inaugura en Holanda la que es considerada como la primera escuela de Trabajo Social.

A principios del siglo XX el Trabajo social se organiza y difunde a nivel internacional, nos encontramos, p.e. con el movimiento *settlements* en Inglaterra y Estados Unidos a los que en los últimos años de su vida M. Richmond asumió con posiciones muy cercanas. El movimiento que en Estados Unidos puso en marcha el pastor Barnett y del que nació el Trabajo Social de grupo y la intervención colectiva; a resaltar también el liderazgo que ejerció Jane Addams en la “Escuela de Chicago”, principal escuela de pensamiento social de la época, caracterizada por su interés por los efectos indeseados de la Revolución Industrial (Bañez,2005). La Primera Conferencia Internacional de Trabajo Social se celebró en París en el año 1928 y ya en el año 1956 se creó, en Munich, la Federación Internacional de Asistentes Sociales.

En España, fue en el año 1932 cuando en Barcelona se creó la primera escuela de Asistentes Sociales, denominada Escuela de Asistencia Social para la Mujer que, amparada por la Iglesia católica, pretendía dotar de nociones y

entrenamiento técnico a quienes decidieran intervenir en la obra de mejora de la sociedad.¹

No es hasta principios de los años 60 que en España, (dada la situación política de la época –dictadura- y sumida en una idea paternalista de beneficencia), empieza a notarse un impulso en el campo de la asistencia social. En 1967 se creó en Madrid la única Escuela Oficial de Asistentes Sociales. En 1968 se celebró en Barcelona el Primer Congreso Nacional de Asistentes Sociales y en 1977 se aprobó la creación del Cuerpo Especial de Asistentes Sociales (Ley 3/1977).

La década de los 80, con el restablecimiento de los derechos de la ciudadanía impulsados por el nuevo sistema democrático y afianzados a través de la Constitución de 1978, empezó con la aprobación para la creación de los Colegios oficiales de Asistentes Sociales, se creó también el Sistema Público de Servicios Sociales, (a partir de aquí SPSS) y fue una etapa de afianzamiento profesional en la que se impulsaron a la vez el trabajo social y los servicios sociales.

El Trabajo Social se situó en el centro de la transformación de las políticas sociales del nuevo sistema democrático con trascendente relevancia en el proceso de consolidación del Sistema de protección social de los Servicios Sociales (P. de las Heras,2000). Hubo una identificación del Trabajo Social con el propio sistema de Servicios Sociales lo que comportó según Carmen Verde una “mimetización”² de consecuencias todavía perceptibles, con la reducción del Trabajo Social a las actividades realizadas por los trabajadores sociales en el SPSS, la indiferenciación de las diferentes actuaciones de otros profesionales y se obvió el que los trabajadores sociales pueden desarrollar su actividad profesional en otros sistemas de protección social.

Después de este primer momento de “euforia”, por la restauración de los derechos sociales y civiles de la ciudadanía, y al poco tiempo, se constató lo que ya estaba sucediendo en los países democráticos europeos, la crisis del Estado de Bienestar, que comportó la remodelación del recién creado SPSS. Surgió la llamada nueva “cuestión social” que evidenció los efectos de la quiebra del Estado de Bienestar con la degradación del ejercicio profesional que se convirtió en un simple adiestramiento burocrático-administrativo donde la gestión acabó por acapararlo todo.....hasta las ilusiones iniciales al depender la profesión de las vicisitudes internas del SPSS. Es aquí dónde empieza a aparecer el “discurso de la queja”³ o como ya lo definió E. Alonso en el año 1989 el victimismo paralizante o la lamentación improductiva.

En estos últimos años se han procurado nuevas alternativas con el objetivo de “recontextualizar”, “resituar”, “ reconceptualizar” la profesión y transformar su malestar.

¹ Situación del Servicio Social en España-Instituto de sociología Aplicada-1971

² Carmen Verde-La exigencia de renovación del Trabajo Social en contextos postbienestaristas. RTS 184

³ Barbero, J.M. El Trabajo Social en España- Mira editores, 2002

En el contexto que hemos dibujado anteriormente, ¿qué papel tiene el trabajo social sanitario? Partamos otra vez de la historia como eje conductor. A nivel internacional tuvo un papel preponderante en la formación y consolidación del trabajo social. Así nos encontramos como predecesores del trabajo social sanitario a un médico, el Dr. R. Cabot, que junto a una trabajadora social, Ida Canon, implementaron el denominado Servicio Social Médico en el Massachussets General Hospital en 1905 asentando así las bases para la presencia del trabajador social en el marco sanitario y del que surgió una publicación por ésta última en el año 1915. Tal como comenta M. Miranda “fue el Trabajo social en Salud el que ayudó de manera substancial a generalizar y legitimar la profesión en los Estados Unidos” produciendo una gran cantidad de material teórico que facilitó la construcción teórica de la disciplina.

En España, ya en el año 1934, encontramos la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya en la ley de bases para la organización de los servicios de sanidad y asistencia social y que establecía un sistema sanitario mixto.

En este sentido, en el territorio español, los trabajadores sociales sanitarios (a partir de ahora TSS) están presentes desde hace mucho tiempo y se ubicaron en los centros hospitalarios, centros de salud mental,... ya en 1961 Montserrat Gramunt realizó una tesis “El problema de la deshumanización del hospital y el servicio social hospitalario”, en 1962 se aprueban “las normas reguladoras de los Hospitales”, en 1974 Montserrat Colomer, pionera indiscutible de la teoría y la práctica del trabajo social en España, presentaba en la RTS la “experiencia de aplicación del Método de trabajo social en una clínica de salud mental”. A finales de los 70 con la llegada de la democracia y la aprobación de la Constitución Española y el posterior traspaso de competencias a las Comunidades autónomas (a partir de ahora CCAA) los servicios de TSS empezaron a generalizarse.

Estas progresivas transferencias sanitarias a las CCAA, el desarrollo de la Ley de Servicios Sociales y la disolución del territorio Insalud han propiciado diferentes modelos de servicios sociosanitarios en los que las desavenencias entre los sistemas de sanidad y servicios sociales tanto en el ámbito estatal, autonómico y local han creado sistemas con recursos independientes y aunque con deseos de cooperar no han conseguido establecer criterios de continuidad de la atención por lo que sus diferencias se han convertido en importantes lagunas de atención a las personas y familias afectadas.

Dice el poeta: caminante no hay camino..... se hace camino al andar

Los años 80 fueron años de creatividad profesional, se aprobó la Ley general de Sanidad en 1986 y la Atención Primaria de Salud se estaba proyectando a partir de los principios establecidos por la OMS en 1978 en la Declaración de Alma-Ata.

En una amplia revisión legislativa realizada por Dolors Colom⁴, se constata la inexistencia explícita del TSS en las leyes estatales y en cuanto a las CCAA, a excepción de Catalunya que en la LLei d'Ordenació Sanitaria de 1990 habla de asistentes sociales de atención primaria y Asturias a través del funcionamiento de los Consejos de Salud de la zona en el que habla un diplomado en trabajo social, el resto cita funciones encaminadas a la rehabilitación funcional, la reinserción social del paciente, atención coordinada entre los servicios sanitarios y sociales (La Rioja)...

A falta de una normativa funcional común y mínima y de un encargo por parte de las Gerencias, los diferentes TSS iniciaron su camino en solitario, por lo que desarrollaron su estructura de intervención de forma discrecional y heterogénea.

A lo largo del tiempo transcurrido hasta hoy y dado que, como se ha mencionado antes, no ha habido directrices comunes que enmarcaran el TSS, éste ha ido caminando y construyendo su propia identidad. No sin avatares: el TSS creció paralelo al Sistema nacional de Servicios Sociales (SNSS) con el que no siempre ha existido una relación fluida, la confusión de algunos gestores entre los servicios sociales y el trabajo social sanitario con el consiguiente cuestionamiento de su ubicación en los equipos de salud, nos referimos aquí a la atención primaria de salud (APS), o la idea de que somos administradores de recursos, los diferentes cambios políticos con los consiguientes cambios en la organización,...también al TSS llegó la burocratización y el victimismo que hemos mencionado antes y que afectó a los trabajadores sociales de los servicios sociales.

Pero la vida continúa y en estos más de 25 años transcurridos, España se ha configurado como una sociedad democrática, plural y abierta al exterior. Un país inmerso en nuevos contextos políticos, económicos, sociales no solo en el ámbito estatal sino en el internacional con la intensificación de la globalización, el incremento de las migraciones al llamado primer mundo, el envejecimiento de la población, la degradación de los mercados laborales, profundos cambios en los modelos de la familia, la exclusión social, las nuevas tecnologías,... y en este contexto el trabajo social en general y, el trabajo social sanitario específicamente, ha realizado un importante esfuerzo para adaptarse al “cambio” y poder dar respuesta a las nuevas necesidades emergentes.

Y en este contexto corremos el peligro de tal como dice Mafalda “nos empeñamos en atender lo urgente y esto no nos permite ver lo importante”, es decir, que el bosque frondoso no nos permita ver la luz, esta a la que me imagino hace referencia el sexto sentido en el que esta encuadrado este panel.

Cuando empecé a construir mentalmente esta comunicación, pensaba ¿por qué el sexto sentido? si con que utilizemos los cinco que culturalmente están aceptados en nuestra sociedad ya tenemos más que suficiente, en estos

⁴El Trabajo Social Sanitario: presencias y ausencias en el marco legal estatal y autonómico. Revista Servicios Sociales y Política Social nº 82

momentos pienso que si, que necesitamos un **sexto sentido** que englobe aquello menos perceptible y emocional que comporta el ser profesional, un sexto sentido llamado sentido de la responsabilidad (incluida clara esta la ética en el sentido amplio), un sentido patriótico (entendiendo aquí la patria como la identidad profesional), un sentido práctico (en el quehacer diario), el sentido de la ilusión y también una buena dosis de sentido común que como bien hemos escuchado muchas veces es el menos común de los sentidos.

Claro está, y ¿esto como se plasma en el quehacer diario, en la institución que trabajamos, con los profesionales que intentamos formar equipo, con el resto de dispositivos que cuenta la comunidad y...con los ciudadanos a los que nos debemos?

En relación al marco político: debemos de pensar que la política, los políticos, las leyes, las normas son perecederos. Las normativas oficiales son coyunturales frente a las bases estructurales de las teorías básicas de la disciplina. Es verdad que a nosotros nos toca vivir el ahora y aquí pero en el recorrido histórico que hemos efectuado lo que hemos podido constatar es que el trabajo social, a pesar de los pesares, continúa y aunque no vivimos los mejores momentos para la identidad de la profesión debemos de continuar insistiendo para estar presentes con una posición implicada y esperanzada, hacernos un espacio, realizando propuestas y sugerencias que, quizás, por insistencia terminen escuchando.

En relación al marco institucional: más de lo mismo, aunque aquí creo que tenemos más margen para actuar. Habitualmente los gestores sanitarios no ven en el trabajo social sanitario más allá que el gestor de recursos que necesita la institución (por cierto, nos podrían reemplazar por administrativos espabilados que les saldrían más económicos;¡¡¡ mejor no ofrezcamos ideas..), si somos habilidosos en nuestras propuestas y que éstas sean claras, concisas, medibles – en la medida de lo posible-, con objetivos de trabajo social sanitario bien definidos pues para ellos bienvenidas sean ya que continúan sin saber (algunos) qué hacer con nosotros. Hemos de tener claro que, aunque haya cambio de dependencia funcional de servicios (por la insistencia de los rumores, uno los acaba incorporando, aunque esperemos que al final solo sean eso, rumores) esto no ha de afectar a los métodos del trabajo social sanitario ya que las personas y las necesidades siguen ahí y el profesional ha de seguir sus patrones teóricos. Cambiará la manera de gestionar pero no el cuerpo teórico de la disciplina.

En relación al marco formativo: propongo un acercamiento bidireccional entre la Universidad y el ámbito profesional. No se me ocurriría hacer una crítica banal hacia aquellos que nos formaron a nosotros y tampoco de los docentes actuales, pero entre el colectivo profesional existe una demanda de una mayor formación académica, dice M. Miranda⁵ que en algunas escuelas universitarias los apuntes que tenían los alumnos de las asignaturas específicas de trabajo social cabían en una carpeta pequeña no así los contenidos de otras materias como sociología, derecho,... (recuerdo otra vez aquí mi paso por la

⁵ M.Miranda: Apuntes para una reflexión sobre nuestra propia historia. RTS nº 184

Universidad). Hoy la situación ha evolucionado, pero les he de confesar que los alumnos de prácticas todavía vienen ávidos por conocer los recursos de la zona y tienen manifiestas dificultades para relacionar la teoría aprendida con la práctica que observan. La verdad, tengo esperanzas puestas en el grado de trabajo social y en la posterior especialización, ampliamente reivindicada por el colectivo de trabajadores sociales sanitarios que nos permitirá reafirmarnos (hacia el exterior) en nuestra singularidad.

Y para el Saber.....

El contenido expuesto hasta ahora, pienso que, nos permite delimitar los desafíos que tenemos que afrontar en la actualidad los trabajadores sociales sanitarios. Hemos de partir de nuestra IDENTIDAD profesional que viene marcada por el “objeto” de intervención, por los pilares de afirmación profesional, (diagnóstico social sanitario, método básico y técnica), por la competencia profesional y también -y no por ser enunciada la última es menos importante- por la legitimidad que nos atribuyen las personas a quienes atendemos – reconocimiento del rol experto-. Todo ello, claro está, con un compromiso ético y trabajando nuestra proyección tanto a nivel interno (en la profesión) con una imagen propia de competencia, de unificación de criterios, positiva, dinámica, creativa y mejorar nuestra imagen externa realizando una función didáctica y dando visibilidad a la profesión en el quehacer diario, también en los medios de comunicación y en los círculos científicos, intelectuales y políticos.

Claro está, pero esto ¿como lo plasmamos en el día a día? Pues a partir de los fundamentos científicos que nos ofrece nuestra disciplina, con rigor metodológico y con intervenciones técnicas eficientes, eficaces y evaluables. Siendo valientes, arriesgándonos y huyendo de la comodidad a través de intervenciones proactivas sin quedarnos en el síntoma sino en las condiciones que lo han provocado. Con abordajes globales y polivalentes, con una visión transversal y horizontal que nos permita trabajar coordinadamente y, si es necesario, en red con los otros dispositivos de la comunidad, pasando de lo individual a lo colectivo en un camino de ida y vuelta y dimensionando las voces de aquellos que no tienen voz.

Por último diría que todo ello lo debemos de condimentar con unas dosis de formación continuada a las que añadiría una pizca de participación o creación de plataformas científicas (mínimas en el campo del trabajo social sanitario) como foro de opinión para ir creando, conceptualizando y reconceptualizando el TSS y añadiría una gran cantidad de autocuidados.

Para finalizar me gustaría hablar del “auténtico sentido de la profesión” según C. de Robertis :

La profesión está actualmente atrapada entre sus lealtades a las instituciones (S. Sociales públicos) y su deber ético y los ideales democráticos de promoción, autoorganización y emancipación de las personas. Para ser consecuente (la profesión) debe de asumir una parte de ilegalidad: no estar

plenamente identificada con las instituciones aunque éstas sean su empleador y si estar en resonancia con las personas a las que trata de ayudar.

CONCLUSIONES

El estudio de la historia del trabajo social sanitario en relación a su compromiso científico nos permite solventar algunos problemas de identidad que surgen entre sectores de la profesión y también en los marcos político e institucional. El trabajo social sanitario tiene una ingente tarea a realizar y un futuro con “buena salud” si como profesión somos capaces de reafirmar nuestra especificidad con una actitud activa, involucrada , participativa y critica tanto en nuestro quehacer diario como a través de las sociedades científicas, colegios profesionales,,.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto de Sociología Aplicada- Situación del Servicio Social en España. 1971
2. Verde, Carmen. La exigencia de renovación del Trabajo Social en contextos postbienestaristas. RTS, Barcelona, 2008, nº 184, Pág. 45-47. ISSN: 0212-7210
3. Barbero, J.M.. El Trabajo Social en España- Mira editores,2002. Colección Trabajo Social Hoy. ISBN: 84-8465-112-6.
4. Miranda,M. Apuntes para una reflexión sobre nuestra propia historia- RTS, Barcelona,2008, nº 184, Pág. 9-28. ISSN:0212-7210
5. Colom, D. El Trabajo Social Sanitario: prese3ncias y ausencias en el marco legal estatal y autonómico. Revista Servicios Sociales y Política Social, Madrid: 2008, N°82, Pág. 121-152. ISSN:1130-7633