
Modelos de trabajo social sanitario. La gestión y la clínica

PID_00276803

Dolors Colom Masfret

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Trabajo Social. Universidad de Barcelona. Completa su formación en el ámbito de trabajo social sanitario y en los servicios de atención al cliente con estancias, primero, en el Bellevue Hospital Center of New York University en Nueva York y posteriormente en el Departamento de Servicios Sociales y Departamento de Medicina Comunitaria, División Internacional, del Mount Sinai Medical Center, también en Nueva York. Investigadora, docente, consultora y asesora en el ámbito social de establecimientos sanitarios y sociosanitarios, así como en establecimientos residenciales y servicios de atención a domicilio. Escritora. Socia fundadora del Instituto de Servicios Sanitarios y Sociales. Directora y editora de la revista *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar*.

La revisión de este recurso de aprendizaje UOC ha sido coordinada por la profesora: Dolors Colom Masfret

Segunda edición: octubre 2020
© de esta edición, Fundació Universitat Oberta de Catalunya (FUOC)
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Autoría: Dolors Colom Masfret
Producción: FUOC
Todos los derechos reservados

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Principales teorías y aproximaciones en las que se desarrollan los diferentes modelos de trabajo social sanitario.....	9
1.1. Teorías sobre la naturaleza del trabajo social (sanitario)	10
1.1.1. Trabajo social sanitario desde la aproximación feminista	11
1.1.2. Trabajo social sanitario desde la aproximación crítica ..	11
1.1.3. Trabajo social sanitario desde la aproximación estructural	12
1.1.4. Trabajo social sanitario desde la aproximación del multiculturalismo	13
1.1.5. Trabajo social sanitario desde la aproximación del neoliberalismo	13
1.1.6. Trabajo social sanitario desde la aproximación postmodernista	14
1.2. Teorías sobre la práctica del trabajo social sanitario	14
1.3. Teorías sobre el mundo de la persona-cliente de la unidad de trabajo social sanitario	15
1.4. Revisión bibliográfica del concepto de modelo	17
2. El trabajo social sanitario proyectado en los modelos de gestión y de clínica.....	21
2.1. Modelos teóricos frente a modelos prácticos	21
2.2. La influencia del modelo sanitario del establecimiento en los modelos de trabajo social sanitario	22
2.2.1. Modelos relacionados con la gestión	23
2.2.2. Modelos relacionados con la clínica	25
3. Discusión y reflexión final.....	28
Bibliografía.....	35

Introducción

Hasta ahora hemos estudiado el gran cambio de que supuso pasar de un modelo de prestación de ayuda caritativa a un modelo de prestación de ayuda profesional, para precisar, intervención social y psicosocial, concretamente desde el trabajo social sanitario. Hemos visto que una de las claves identificativas de esa nueva intervención profesional se basa en que se apoya en un diagnóstico social sanitario o pre-diagnóstico, donde entre otras dimensiones se identifican los puntos fuertes y débiles del caso social sanitario.

También hemos estudiado diferentes modelos sanitarios y hemos visto el punto de inflexión cuando se pasa de un modelo filantrópico, caritativo, a un modelo profesional, y en concreto, de trabajo social sanitario.

En este módulo vamos a estudiar las teorías de trabajo social, que preceden o alimentan los modelos de trabajo social sanitario y, también, vamos a desarrollar el concepto de modelo para comprenderlo en toda su dimensión y así poder aplicarlo tanto en lo que se refiere a la gestión como a la clínica.

El término *modelo* que en la teoría resulta relativamente de fácil comprensión, en la práctica, no obstante, dentro de la complejidad de los casos, cuando los profesionales tienen conciencia de ello, toma muchas acepciones y usos. Una definición muy útil para el trabajo social sanitario la propone el *Dictionary of Earth Sciences*. Dice:

«Representación de la realidad en la que las características principales de algunos aspectos del mundo real se presentan en términos simplificados para facilitar la comprensión de ese aspecto y, a menudo, para facilitar la realización de predicciones».

«Model». *Oxford Reference* [en línea]. [Fecha de consulta: 1 de junio de 2020]. <https://0-www-oxfordreference-com.catalog.uoc.edu/view/10.1093/oi/authority.20110803100203164>.

Lo primero es comprender que, lejos de excluirse unos a otros como se creía al principio, hoy se acepta que diferentes modelos de trabajo social sanitario suelen converger en el mismo caso y núcleo de intervención. Nos referimos tanto a modelos de gestión como a modelos clínicos. A menudo, el término *modelo* se convierte en un tópico o en un concepto comodín, ello precisamente porque es más fácil asumirlo desde la teoría que desde la propia práctica. Se habla de *modelos*, pero estos quedan circunscritos, como mucho, al ámbito teórico, en la práctica poco se encuentra de ellos, lo cual supone una dificultad para su implementación. Somos profesionales, nos apoyamos en datos y evidencias, por ello ¿somos capaces de justificar ante la dirección por qué optamos por uno u otro modelo? Avala esta afirmación la falta de estadísticas relativas a los beneficios obtenidos con uno u otro modelo, la falta de análisis comparativos, la falta de índices de eficacia y eficiencia de uno frente a otro. La autora ha

Referencia bibliográfica

Dolors Colom Masfret (2013). *La planificación del alta: programa multidisciplinar para la coordinación socio-sanitaria* [libro electrónico]. Universitat Oberta de Catalunya / Editorial UOC. ISBN 978-84-9788-928-5. (Disponible en la biblioteca UOC).

profundizado sobre los resultados del modelo proactivo de intervención sistemática frente al modelo reactivo de intervención a demanda, pero aun así es necesario que se realicen más investigaciones en esta línea.

Ejemplo

Un primer escenario lo encontramos cuando nos preguntamos qué sabemos, cuantitativamente, acerca de los beneficios del modelo biopsicosocial frente al modelo biológico o médico. Existen algunos datos al respecto, lo veremos más adelante, pero todos ellos, se circunscriben a experiencias aisladas y todas ellas, de hace muchos años. Ello indica, entonces, que una de las funciones del trabajo social sanitario, la de investigación, en gran medida, se incumple o se expresa de manera muy limitada. Este es un reto que no caduca.

Cuando analizamos la bibliografía existente sobre el término *modelo* veremos esa variabilidad aplicativa *in crescendo* de modelos que tratan de responder, de abordar, de manera eficaz y eficiente. Solo a modo de ejemplo citamos unos cuantos: el modelo médico, el modelo social, el modelo de familia, el modelo productivo, el modelo de crecimiento de un país, el modelo de atención sociosanitaria, el modelo de atención a domicilio, el modelo de atención a la salud mental, el modelo de servicios sociales, el modelo de atención a la dependencia, el modelo de financiación, el modelo económico, el modelo lingüístico, modelo pedagógico, el modelo meteorológico, etc. Y un largo listado de modelos que el progresivo desarrollo social va ampliando de acuerdo a las nuevas complejidades de las realidades y necesidades humanas surgidas de su propia dinámica e interioridad. A ellos, le añadimos el modelo de trabajo social sanitario que se apoya, como no puede ser de otra manera, en algunos muchos modelos de trabajo social básico, pero aplicados al sistema sanitario.

Referencia bibliográfica

A. Rodríguez y E. Sobremonte (2012). «Ensayo sobre la Epistemología del Trabajo Social y los modelos de intervención: ¿un nuevo significado para la construcción disciplinar del Trabajo Social?». En: E. Sobremonte. *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social. Reflexión sobre la construcción disciplinar en España* (pág. 81-98). Bilbao. Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Sin embargo, cuando hablamos de *modelo*, sea en el área que sea, ¿de qué estamos hablando, exactamente? Para partir del mismo punto, primero buscamos la definición básica de *modelo*. Luego, a través de una revisión bibliográfica iremos matizando su contenido para llegar a su aplicación dentro del trabajo social sanitario. En este módulo nos centraremos en la gestión y la clínica:

- La gestión apoyada en los criterios del *management*, una convergencia entre la dirección, la administración y la gestión, donde conviven conocimientos y recursos humanos diversos con recursos materiales comunitarios y urbanísticos articulados para cubrir las necesidades psicosociales derivadas de la enfermedad.

Nota

No existe unanimidad en la traducción de *management* al español. Algunos lo traducen como 'dirección', otros como 'gestión', otros como 'administración'. Sin embargo, el *management* es la suma de los tres conceptos, si bien el de gestión es el que, analizando su contenido, más se le aproxima.

Modelo médico

En la primera asignatura, *Contexto histórico, antropológico, filosófico en el trabajo social sanitario*, se han estudiado con el profesor Xavier Allué los diferentes modelos sanitarios.

- La clínica como actividad profesional directa que asume la observación de síntomas, relaciones que se generan y circunstancias, observables e indetectables y el tratamiento. El *Oxford English Dictionary* define *la clínica* como:

«en relación con la observación y el tratamiento de los pacientes en lugar de lo teórico o estudios de laboratorio [de una enfermedad o condición] causando síntomas observables y reconocibles».

Catherine Soanes y Angus Stevenson (ed.) (2008). *The Concise Oxford English Dictionary* (12.ª edición). Oxford University Press

Más adelante, en la asignatura «Herramientas de trabajo para la intervención» dedicaremos un módulo a los modelos de trabajo social sanitario para la intervención y, concretamente, en la «gestión del caso».

1. Principales teorías y aproximaciones en las que se desarrollan los diferentes modelos de trabajo social sanitario

Con frecuencia nos vamos a referir a *teorías del trabajo social sanitario*. Para partir del mismo punto se va a analizar qué es una teoría, ¿de qué se habla específicamente cuando se hace referencia a teorías o enfoques? El *Diccionario de la Gran Enciclopedia Catalana* define *teoría* como:

«Construcción intelectual elaborada con independencia de toda aplicación práctica».

Otra acepción:

«Suposición especulativa conforme a la que uno se comporta prácticamente, sin pretender, sin embargo, excluir otras alternativas».

El *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* presenta tres acepciones de *teoría* que nos son válidas a los efectos de contextualizar en concepto dentro del campo del trabajo social sanitario:

«1. Conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación».

«2. Serie de las leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos».

«3. Hipótesis cuyas consecuencias se aplican a toda una ciencia o a parte muy importante de ella».

En *Salem Press Encyclopedia of Science*, se puede encontrar:

«Una teoría científica resume una hipótesis que ha sido probada repetidamente y está respaldada por evidencia. Una teoría científica explica el cómo y el por qué de las cosas. Una teoría científica solo puede formularse después de que se hayan completado los cuatro pasos del método científico. Estos pasos incluyen la observación de un fenómeno, la formulación de una hipótesis, la predicción de resultados y la realización de experimentos para probar estas predicciones. Si los experimentos prueban las hipótesis, nace una teoría. Las teorías científicas tienen sentido de una gran cantidad de datos observados. Una vez confirmadas, las teorías científicas pueden usarse para ayudar a predecir otros fenómenos».¹

⁽¹⁾Nota del editor: traducción propia.

C. Caffrey (2019). «Scientific theory». *Salem Press Encyclopedia of Science* [en línea]. [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2020]. <http://search.ebscohost.com/biblioteca-uoc.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=89408614&site=eds-live&scope=site>.

En trabajo social, el sanitario en particular, las primeras teorías nacen a finales del siglo XIX y como es obvio, las diferentes corrientes de pensamiento y épocas históricas van favoreciendo el dictado de nuevas líneas de interés lo que lleva por ejemplo a introducir a la atención individual, la atención grupal y la atención comunitaria. Siempre situados en el campo del trabajo social sanitario éstas surgen del estudio de la práctica y del estudio del medio en donde se

desarrollan las personas, un medio ambiente y un medio político; de la investigación aplicada y como sucede en las disciplinas de carácter social y psicosocial, las corrientes de pensamiento de cada momento histórico, las afectan.

Malcolm Payne, en la Blackell Encyclopaedia of Social Work, define la Teoría del Trabajo Social como:

«El cuerpo de pensamiento que aporta una descripción organizada y explicada de las propuestas y los contenidos del trabajo social, ambos, como fenómeno social y como actividad».

M. Payne (2009). «Social work theory». En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 332-334). Oxford: Blackwell Publishing.

Algunos autores reservan el término *teoría* para el pensamiento que ofrece la explicación, pero muchos quieren también aceptar la inclusión de los conceptos organizativos y descriptivos. Por ejemplo, el mismo Payne contempla tres categorías de teorías que aplicadas al trabajo social sanitario; quedan así:

- Teorías sobre la naturaleza del trabajo social sanitario
- Teorías sobre la práctica del trabajo social sanitario
- Teorías sobre el mundo del cliente del trabajo social sanitario

Se va a seguir la propuesta y esquema de Payne.

1.1. Teorías sobre la naturaleza del trabajo social (sanitario)

La naturaleza del trabajo social sanitario se refiere a lo que lo define y le es esencial: la mejora de las situaciones de las personas y del conjunto de la ciudadanía, en cada contexto social, pero en especial, frente al hecho de enfermar y de acuerdo a sus capacidades para gestionar los efectos secundarios que la enfermedad le provoca en lo psicosocial. Payne dice que las teorías se refieren a las perspectivas de la filosofía social en general y de las políticas, los objetivos y los valores principales del trabajo social, añadimos, sanitario, en el contexto sanitario. Propone tres dimensiones:

- La provisión de servicios de trabajo social sanitario (siempre avalados por el diagnóstico social sanitario) y las regulaciones sociales en nombre de la sociedad organizada y, principalmente, representada por el Estado.
- El crecimiento individual en la satisfacción personal y estabilidad social.
- El cambio social orientado a la mejora social: mejorar los índices de salud y bienestar. (Cuando se habla de cambio y mejora no es una idea abstracta).

En este ámbito, teorías sobre la naturaleza del trabajo social (sanitario) Mel Gray y Stephen A. Webb presentan seis autores cada uno de los cuales desarrolla teorías sociales dentro de cuya aproximación se inscribe el trabajo social. Las transferiremos a la perspectiva del trabajo social sanitario.

1.1.1. Trabajo social sanitario desde la aproximación feminista

La aproximación feminista se sustenta en la feminización de la profesión y señala que estos hechos, no necesariamente suponen un pilar que refuerce las teorías del feminismo. Joan Orme, la autora del capítulo, señala que las primeras feministas eran muy críticas con el trabajo social, pues en muchos casos se responsabilizaba a las mujeres de los problemas sociales y de la falta de atención a los miembros de la familia. Siguiendo en la línea argumental de Orme, es frecuente escuchar que la incorporación de la mujer al mundo laboral ha cambiado la estructura familiar en la que ya no se ocupa de las personas enfermas. El trabajo social sanitario basado en la teoría feminista promoverá intervenciones en las que los cuidados de las personas enfermas se repartirán entre todos los miembros de la familia, se promoverán recursos para evitar que sean las mujeres las que tengan que renunciar a sus objetivos vitales frente a los hombres. En otras palabras, en nuestro ejercicio profesional no se asignarán roles preestablecidos, nada viene predeterminado por el hecho de ser mujer o de ser hombre. Simone de Beauvoir revolucionó la vida social cuando afirmó: «No se nace mujer, se llega a serlo», en su obra *El segundo sexo* publicada en 1949.

1.1.2. Trabajo social sanitario desde la aproximación crítica

Gray y Webb cuestionan si el trabajo social, en este caso la idea central se adaptaría al sanitario, tiene alguna influencia en los acontecimientos del mundo real. Señalan el alto grado de interdisciplinariedad que se necesita para analizar y dominar las jerarquías de poder y al mismo tiempo plantean dos posiciones: las de los profesionales expertos y la de los sirvientes del sistema predominante.

«El análisis del poder» es el centro de gravedad y la principal preocupación de los críticos. El trabajo social sanitario crítico se focaliza en cómo la organización actual del sistema sanitario favorece o desfavorece en bienestar social de las personas enfermas, de sus familias en el momento de enfermar y recibir asistencia dentro de un sistema que tiende hacia medicalizar la asistencia dejando, a veces de lado, los aspectos psicosociales de las personas personas obviando que su vida transcurre en sociedad.

Mientras se escriben estas líneas el mundo está colapsado por la COVID-19 y los medios han dejado de lado el trabajo social sanitario a pesar de que sus profesionales estaban actuando tanto en primera línea que se han convertido en ejecutores de órdenes sin participar en su desarrollo.

Referencia bibliográfica

M. Gray y A. S. Webb (2009). *Social Work Theories and Methods* pág. (63-119). London: SAGE.

Referencia bibliográfica

J. Orme (2009). «Feminist social work». En: M. Gray y A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pág. 65-75). London: SAGE.

Pero también podemos afirmar que este máster universitario de Trabajo social sanitario nace para cambiar la realidad formativa de la profesión, el trabajo social sanitario, que hasta la puesta en marcha de este programa, carecía de titulación universitaria, requisito imprescindible para que en un futuro próximo se llegase a reconocer la profesión como profesión sanitaria.

Se ponen estos dos ejemplos para dar relieve al hecho de que nada se da linealmente y mientras por una parte se da una invisibilidad, por la otra se pone en marcha una nueva titulación universitaria de carácter exclusivo para profesionales del trabajo social sanitario.

1.1.3. Trabajo social sanitario desde la aproximación estructural

La aproximación surge en Canadá a mediados de los setenta. Según Hick y Murray, el trabajo social dentro de la aproximación estructural focaliza en las estructuras sociales y económicas dominantes: el capitalismo patriarcal, el colonialismo, el racismo, el heterosexismo, etc. y analiza cómo estas estructuras subyacen a todas las raíces de los problemas sociales y producen opresión a las personas. Por ejemplo ¿qué dificultades genera la organización actual del sistema sanitario en cuanto a los horarios de visita, restricciones, organización de las pruebas, etc.? o ¿cómo se puede hablar del modelo biopsicosocial cuando la unidad de trabajo social sanitario carece de medios humanos y debe intervenir a demanda? No debemos olvidar en este punto que la intervención a demanda discrimina a aquellas personas que no demandan ayuda.

Dentro del mismo hilo argumental, cómo las personas enfermas se ven afectadas por estas estructuras dominantes o simplemente diferentes a las habituales, cómo se organizan los servicios y recursos de ayuda que les deben dar apoyos, cómo se evalúan estos apoyos. El trabajo social sanitario es una pieza clave ya que permite, cuando los recursos humanos están bien dimensionados, el modelo biopsicosocial e integra en su sistema de información datos que permiten investigar la influencia de las diferentes estructuras dominantes sobre el bienestar y salud de la población. Las evidencias necesarias para promover los cambios se logran mediante el diseño de sistemas de información propia con capacidad para integrarse al sistema de información general de la institución. Sistemas de información que deberían tener variables comunes para permitir comparar poblaciones y comunidades autónomas, incluso entre áreas sanitarias.

Referencia bibliográfica

M. Gray y A. S. Webb (2009). «Critical social work». En: M. Gray y A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pág. 76-85). London: SAGE.

Referencia bibliográfica

S. F. Hick y K. Murray (2009). «Structural social work». En: M. Gray y A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pág. 86-97). London: SAGE.

1.1.4. Trabajo social sanitario desde la aproximación del multiculturalismo

El multiculturalismo nace a finales de 1800 cuando el mundo se empieza a globalizar. La teoría subraya el multiculturalismo como la filosofía que reconoce y valora la diversidad en la sociedad actual y describe los beneficios tangibles e intangibles resultantes de las diferencias étnicas, culturales, raciales y religiosas de grupos que viven juntos.

Sundar estudia la ideología del multiculturalismo y su impacto en las políticas institucionales según la manera como las y los trabajadores sociales, en nuestro caso trabajo social sanitario, enfocan el multiculturalismo en su ejercicio. Para Sundar el multiculturalismo es riqueza y crecimiento. Desde el trabajo social sanitario la teoría del multiculturalismo implica identificar el grado de diversidad de culturas en las diferentes áreas sanitarias, frente a la globalización señalar y respetar la unicidad del individuo siempre y cuando no se viole ningún derecho humano. Por ejemplo el respeto por la multiculturalidad no significa justificar la ablación genital en las niñas, pero sí que puede implicar respetar las costumbres alimentarias. El trabajo social sanitario se convierte en un instrumento para preservar las diferencias y armonizarlas mediante programas de prevención y promoción de la salud garantizando los derechos humanos.

1.1.5. Trabajo social sanitario desde la aproximación del neoliberalismo

Penna y O'Brien señalan el hecho de que el neoliberalismo basa la organización social enfatizando en el mercado: las leyes del mercado marcan la vida social y de las organizaciones que son vistas desde el prisma de categorías económicas. La corriente neoliberal defiende que el Estado no debe interferir en los asuntos individuales, muestra, por tanto, preferencia por la privatización de los servicios del estado y recursos del bienestar que se ven afectados por la demanda. Es obvio que muchas de las personas que necesitan servicios de apoyo no disponen de economías solventes para afrontar los costes de los recursos privados, pero en este caso el Estado garantiza unos mínimos (como es el caso del Medicare y Medicaid en Estados Unidos. Dicho esto, muchas personas que se encuentran en el limbo, que no cuentan con capacidad económica para afrontar los costes derivados de la asistencia médica por ejemplo, pero tampoco pueden acogerse a las ayudas públicas de unos recursos básicos. Ello puede inducir a que mucha población deja de asistir al sistema sanitario y ante determinados diagnósticos de enfermedades contagiosas pueden poner, involuntariamente, en riesgo a la población de su círculo social.

Referencia bibliográfica

P. Sundar (2009). «Multi-culturalism». En: M. Gray y A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pág. 98-108). London: SAGE.

Aplicada al trabajo social sanitario la filosofía del neoliberalismo no es algo extraño, pues muchos de los servicios sociales de apoyo a las personas enfermas provienen de entidades privadas siendo las mismas personas, sus familias, las que afrontan los gastos. Determinados servicios y recursos, por su naturaleza no se pueden privatizar porque su finalidad es el bienestar social y ello resulta muy incompatible con el ánimo de lucro. No debe confundirse la gestión privada de los recursos de su privatización. La gestión privada es un modelo más, como lo es la pública.

1.1.6. Trabajo social sanitario desde la aproximación postmodernista

Barbara Fawcett explica el postmodernismo con la mirada en el modernismo. El modernismo incluye grandes movimientos y corrientes de pensamiento como el liberalismo, el marxismo, el psicoanálisis, el racionalismo económico, etc.

El postmodernismo cuestiona a todos los enfoques anteriores y enfatiza en áreas como la deconstrucción, la pluralidad, la relatividad de las formas de análisis, etc.

Aplicado al trabajo social sanitario el postmodernismo implica una actitud abierta, crítica, que revisa los procedimientos y protocolos aplicados e introduce los cambios necesarios admitiendo la pluralidad de las teorías. Cuestiona el *establishment* y lo preestablecido.

Las Oxford Reference lo explican como sigue: «La creencia de que los individuos son construcciones de fuerzas sociales y que no existe una verdad trascendente absoluta que pueda conocerse».

1.2. Teorías sobre la práctica del trabajo social sanitario

Gordon Hamilton hablaba de «necesidades individuales y soluciones individuales, necesidades familiares y soluciones familiares...»

Payne define las teorías de la práctica del trabajo social, añadimos el calificativo de sanitario, como:

«Conjuntos discretos de ideas que prescriben las acciones de trabajo social sanitario adecuadas en cada situación particular. Las explicaciones psicosociales y sociales de la conducta humana son aplicadas a situaciones de trabajo social y las acciones se prescriben basadas en el asesoramiento del trabajador social acerca de la situación».

M. Payne (2009). «Social work theory». En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 332-334). Oxford: Blackwell Publishing.

Cada realidad de las personas atendidas justifica unos servicios frente a otros: recordad que estos se encuentran reflejados en el diagnóstico social sanitario. Cada intervención de trabajo social sanitario viene justificada por el conoci-

Referencia bibliográfica

S. Penna y M. O'brien (2009). «Neoliberalism». En: M. Gray y A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pág. 109-118). London: SAGE.

Referencia bibliográfica

B. Fawcett (2009). «Post-modernism». En: M. Gray y A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pág. 119-128). London: SAGE.

Referencia bibliográfica

A. Gordon Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work*. Nueva York / Londres. The New York School of Social Work, Columbia University Press.

miento de lo que ocurre y se articula dentro de los procedimientos o protocolos de trabajo social sanitario previamente definidos e incluidos en la cartera de servicios.

Payne señala el desarrollo de las teorías del trabajo social, (se incluye sanitario) en las siguientes fases:

«

- Entre 1900 y 1920 predomina la "teoría psicosocial" basada en Mary E. Richmond.
- Entre 1920 y 1960 predomina la "teoría psicodinámica" basada en las teorías de Freud.
- Entre 1960 y 1970 aparecen dos nuevas teorías, primero la conocida como "el movimiento de la práctica empírica" y luego, la "teoría del aprendizaje social".
- En 1980 aparece la "teoría cognitiva».

M. Payne (2009). «Social work theory». En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 332). Oxford: Blackwell Publishing.

1.3. Teorías sobre el mundo de la persona-cliente de la unidad de trabajo social sanitario

Payne define estas teorías como sigue:

«Son conjuntos de ideas y argumentos que hacen referencia al comportamiento humano y a la vida social. El trabajo social, el sanitario en particular, se nutre de un conjunto de disciplinas: medicina social, salud pública, filosofía, psicología, sociología, economía, antropología, política social, etcétera».

M. Payne (2009). «Social work theory». En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 332-334). Oxford: Blackwell Publishing.

Combinados el estudio y la intervención, desde el trabajo social sanitario resultan en una tercera vía que mantiene vivos dos principios:

- La dotación a las personas afectadas y sus familias de los recursos psíquicos y sociales, institucionales necesarios, para seguir con sus vidas cuando la enfermedad les genere alteraciones a las que no pueden hacer frente.
- La generación e evidencias para sensibilizar al sistema sanitario (otros equipos profesionales, gerencias y las autoridades políticas) sobre las necesidades psicosociales de las personas enfermas y los nuevos servicios y recursos necesarios para cubrirlas. Por ejemplo la falta de apoyos post alta puede sugerir la puesta en marcha de un programa de atención temporal de domicilio dependiente de la unidad de trabajo social sanitario para atender (por un tiempo limitado) a las personas afectadas cuando regresan a su casa.

Otra autora que ha profundizado en este caso sobre la teoría social y el trabajo social es Sue White que, muy resumidamente, considera tres grandes corrientes de pensamiento primigenio que en los últimos dos siglos han nutrido (no en exclusiva) las bases filosóficas del mundo del trabajo social en general:

- La influencia de Marx de finales del siglo XIX que señala a los individuos como seres constreñidos por las demandas del capitalismo. Para él existen estructuras derivadas de la economía y las tecnologías asociadas a la revolución industrial que pueden explicar muy bien porque hay personas con poder y personas sin él. El poder que deriva del sistema capitalista se ve esencialmente opresivo. Retrata los equipos de trabajo social, se puede añadir, de trabajo social sanitario, como sirvientes involuntarios del estado capitalista. Es obligado señalar que el trabajo social sanitario no es una ideología sino una disciplina, una profesión, sigue el método científico, y por tanto no sigue las directrices de nadie ni sirve a ningún tipo de estado. Los trabajadores sociales sanitarios, ellos y ellas, siguen procedimientos y protocolos vienen de trabajo social sanitario, no es redundante especificarlo porque procedimientos y protocolos los siguen muchas profesiones sanitarias pero cada cual se ajusta a sus cometidos y responsabilidades, si bien todos avalados por el método científico. Los principios del trabajo social sanitario deberían ser garante de no caer en esa «servidumbre involuntaria» porque ello denotaría una inconsciencia de lo que es el trabajo social sanitario a la vez que sería falsificar los motivos inspiradores.
- La influencia de Weber se sitúa en un plano muy diferente. Enfatiza sobre el ser humano como agente que tiene efectos sobre la construcción social. Señala que las profesiones son dominantes porque controlan el acceso de las personas para recibir formación, lo que genera áreas de especialización monopolista. Para él el trabajo social y el trabajo social sanitario pueden ser vistos como profesiones que pueden no alcanzar su propio estatus profesional por estar sometidas a otras profesiones como la medicina o el derecho. Pero aquí conviene recordar las palabras de Mary E. Richmond cuando en *Social Diagnosis* advierte precisamente de ello, diciendo que ni desde la medicina ni la abogacía se debe ver estas profesionales como adjuntas que cubren aquello que nadie más cubre. Y precisamente establece la diferencia con el rol de la enfermería, entonces, sometida a la orden del personal médico.
- La influencia de Durkheim, que está en la línea de Marx, se observa en que a diferencia de Marx enfatizó en la solidaridad social. Durkheim señala que la sociedad es más que la suma de individuos y que todos están sujetos a una «conciencia colectiva». En su caso ve el trabajo social como una profesión que es como el «cemento» que sostiene el tejido social.

Referencia bibliográfica

S. White (2009). «Social Theory and Social Work». En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pág. 330-332). Oxford: Blackwell Publishing.

Otros teóricos y pensadores que, según White, han influenciado el trabajo social son Jürgen Habermas, Anthony Giddens, Pierre Bourdieu, Michel Foucault y Judith Butler.

1.4. Revisión bibliográfica del concepto de modelo

Estudiados los diferentes enfoques y aproximaciones, filosofías y corrientes de pensamiento que pueden condicionar los modelos, los esquemas, vamos a abordar el concepto de Modelo.

De entre las acepciones que el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua* nos ofrece de *modelo*, tomaremos las dos más apropiadas al trabajo social sanitario:

«Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo».

«Esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento».

Ambas acepciones se complementan. El arquetipo, el patrón, señalado en la primera implica, además, atomizarlo para construir un perfil que permita la sistemática y posterior evaluación, ello es, el seguimiento y la evolución de la tendencia de acuerdo a sus propios índices. En la segunda acepción, señalamos dos partes de la definición, el esquema teórico, por una parte, y la forma matemática que lo complementa, lo delimita, por la otra, ello referido siempre a una realidad compleja. La vivencia de la enfermedad, el contextualizar las dificultades existentes o sobrevenidas, los servicios prestados, etcétera, conforman realidades complejas que cabe evitar convertir en realidades que se resuelven o reequilibran mediante trámites burocráticos.

Por ejemplo, si hablamos de un modelo proactivo² debemos, además de definirlo, aplicarle los valores matemáticos (cuantitativos) que lo sustentan en ese ámbito concreto, en el procedimiento o protocolo, según se trate. Vamos a seguir avanzando en la revisión bibliográfica sobre la definición de *modelo* en trabajo social sanitario y en ciencias de la salud.

⁽²⁾Intervención centrada en las personas y capaz de adelantarse a sus problemas, sin necesidad de que ellas deban pedir ayuda. Un ejemplo de gestión proactiva es el desarrollo de programas de intervención sistemática, como por ejemplo el de la planificación del alta.

En el *Social Work Dictionary* encontramos la siguiente definición:

«Un modelo es una representación de la realidad. Por ejemplo, los trabajadores sociales usan el Modelo de la Vida para representar la interacción de fuerzas encontrada en el ambiente del cliente que le influyen y son influenciadas por el cliente».

R. L. Barker (2003). *The social work dictionary* (pág. 276). Washington: NASW Press.

Apoyados en esta definición, el modelo de la vida se basa en la teoría del «ciclo de la vida humana» que la *Blackwell Encyclopaedia of social work* explica como sigue:

«El enfoque del "Ciclo de la vida humana" en la psicología del desarrollo tiene que ver con las actitudes, los sentimientos, el pensamiento y la conducta del individuo en un contexto social a través de su vida; los cambios que ocurren; y los factores que dan lugar a estos cambios. El enfoque del ciclo de la vida se basa en cuatro premisas:

1. El desarrollo es continuo, no solo para los niños, también para los adultos.
2. La madurez es relativa. El desarrollo se da en un contexto social.
3. El desarrollo ocurre en un contexto social.

Las influencias del desarrollo involucran factores biológicos, cognitivos y emocionales, el contexto social y sus interacciones.

Cada consideración de un enfoque del ciclo de la vida debe abordar la contribución relativa de la herencia y del ambiente al desarrollo individual. La teoría del aprendizaje contribuye a nuestro entendimiento del desarrollo humano postulando mecanismos de a lo largo de la vida por los que aprendemos y adaptamos nuestra conducta. El enfoque del ciclo de la vida asume lo que hay tareas de desarrollo y emocionales comunes que todos sufrimos en cada etapa vital. Piaget, Freud y Erikson postularon cognitivos universales, estadios psicosociales y tareas».

J. Lishman (2009). «The human life-cycle». En: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of social work* (pág. 160-164). Oxford: Blackwell Publishing.

Para Juan Jesús Viscarret el modelo en ciencia es:

«El modelo para la ciencia sería un esquema básico de comportamiento que los científicos crean y generan a partir de un conjunto de enunciados teóricos y de observación considerados verdaderos».

Sobre los modelos de trabajo social en concreto, Viscarret nos dice:

«Recordemos ahora brevemente lo que la ciencia señala del modelo: "El modelo reduce el fenómeno a sus líneas fundamentales, traduciendo la realidad a un lenguaje lógico, que sirve de soporte estructural para realizar tentativas de explicación y evaluar la eficacia de las hipótesis comprobando a posteriori su funcionamiento en la realidad, y escogiendo, de entre los modelos posibles, aquellos que mejor se adapten empíricamente al fenómeno que se estudia". [...] Esto es lo que básicamente realiza un modelo en Trabajo Social. El modelo sirve para traducir las situaciones a las que se enfrenta el Trabajo Social a un lenguaje lógico que le permite comprender y explicar lo que ocurre, qué es lo que está pasando y evaluar las hipótesis comprobando su funcionamiento en la realidad. El modelo tiene, por lo tanto, incrustada la teoría o teorías de las que se sirve para dicha comprensión y predicción de la realidad. Pero también tiene una parte práctica. Como señala la segunda parte de la definición, "escogiendo de entre los modelos posibles, aquellos que mejor se adapten empíricamente al fenómeno que se estudia"».

J. J. Viscarret Garro. (2009) Modelos de intervención en Trabajo Social. En: Tomás Fernández García (coord.). *Fundamentos del trabajo social* (pág. 293-344).

Si las posibilidades de los recursos humanos de la unidad de trabajo social sanitario no permiten la aplicación de un modelo proactivo y solo permiten la aplicación de un modelo reactivo menos eficiente, pero a día de hoy el más habitual, se deberá justificar la opción del uno frente al otro.

No podemos confundir la filosofía con el modelo. La filosofía es la base conceptual y teórica que inspira el hecho. El modelo es el esquema que sostiene la intervención.

La aceptación de uno u otro modelo implica, partiendo de la definición básica, una opción dentro de las posibles para desarrollar aquella actividad, acción o conjunto de ellas relacionadas, en nuestro caso, con la práctica del traba-

jo social sanitario, en cualquiera de sus «funciones en el ámbito asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias» cuyos modelos siguen dos líneas:

- **Modelos de gestión de la unidad, área, departamento, de trabajo social sanitario.** Apenas hay experiencias sobre ello y menos que permitan ofrecer una previsión de las tendencias de las diferentes variables que se tratan en el ejercicio diario a fin de planificar actividades y programas preventivos. Se gestionan los servicios, pero no se sigue un modelo definido y estructurado. Más adelante se aporta la propuesta del modelo AGATHOS como un ejemplo que ha sido probado en pruebas piloto y se ha visto su efectividad, por ejemplo en la Fundación Guttmann. Con los modelos de gestión de la unidad de trabajo social sanitario, establecemos los perímetros y la dirección dentro de los cuales se desarrollan los procedimientos y los protocolos de trabajo social sanitario que sustentan la intervención. Estos modelos suscriben los principios fundamentales que dan soporte a la intervención, pero no son la intervención, son el andamio. De la misma forma que los instrumentos de apoyo diagnóstico no son el diagnóstico, sino que permiten su elaboración.
Los modelos de gestión de la unidad de trabajo social sanitario incluyen además de la definición de los procedimientos y protocolos de trabajo social sanitario, la definición de los servicios que prestamos, y se incluye la definición de los procesos de cada servicio, y los sistemas de evaluación. Ello como se verá en la asignatura «Estructura y funcionamiento del sistema sanitario» permite desarrollar el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios de trabajo social sanitario.
- **Los modelos de gestión de los casos sociales sanitarios.** Con ellos damos forma y contenido a la observación-investigación, al diagnóstico social sanitario, a la atención-intervención. Los modelos de gestión de casos sirven para establecer los perímetros y la dirección de todo el arco de asistencia. La intervención bajo uno u otro modelo permitirá a cada profesional encauzar la intervención que promoverá los cambios, tanto para la persona enferma, como para su familia y su entorno. Este reajuste tiene el objetivo de lograr la máxima recuperación de su autonomía psicosocial, lo que podemos denominar la *salud social*.

En el sistema sanitario se da un hecho, los servicios de trabajo social sanitario no son servicios finalistas. Ello significa que no generan demanda directa, las personas no acuden al sistema sanitario porque no pueden seguir una dieta, o no pueden pagar el alquiler, o no pueden atender a un familiar. La demanda de ayuda a la unidad de trabajo social sanitario siempre llega por medio de las personas que acuden al sistema sanitario por una enfermedad, por una dolencia. Por lo tanto, los modelos de la unidad de trabajo social sanitario, el

de gestión de la unidad y el de gestión de los casos resultarán influenciados y limitados por el modelo de gestión sanitaria aplicado en cada establecimiento. De nuevo nos encontramos con una estructura matricial con dobles entradas.

La sola presencia del trabajo social sanitario en el establecimiento es un indicativo de que este apuesta por un modelo de asistencia integral, por el modelo biopsicosocial, al menos en sus principios fundamentales y valores corporativos. Queda, no obstante, aplicar la regla de tres, los modelos en su forma práctica: cómo llegan en la acción diaria los diferentes modelos a la ciudadanía. Ello dependerá, por un lado, del plan estratégico aprobado en cada establecimiento. ¿Se reconoce en dicho plan el modelo biopsicosocial y el papel que la unidad de trabajo social desempeña en él? Si no, el modelo de gestión de la unidad que se aplique adquirirá mayor relevancia para poner en relieve su influencia y apoyo a la gestión de la gerencia. Por el otro lado, dependerá de la capacidad operativa que, siempre siguiendo el método científico, pueda asumir la propia unidad de trabajo social sanitario, tanto en su modelo de gestión de la unidad como en su modelo de gestión de los casos.

Para aplicar los modelos, recogidos y detallados en el diagnóstico social sanitario, los equipos de trabajo social sanitario nos apoyamos en técnicas de aplicación individual y/o colectiva, realizamos actividades y tareas que se orientan todas ellas a la prestación de este servicio, o servicios, finales.

2. El trabajo social sanitario proyectado en los modelos de gestión y de clínica

2.1. Modelos teóricos frente a modelos prácticos

¿Cuál es el modelo asistencial del establecimiento en el que nos encontramos? El modelo real, no el narrado. El modelo real que debemos conocer a partir de la observación de la práctica, condicionará, apriorísticamente, la aplicación de nuestros modelos de trabajo social sanitario tanto en el eje de la gestión de la unidad como en el eje de la gestión de los casos. No se trata de una pregunta retórica sino eminentemente práctica. No siempre se hace lo que se dice. Pero dado el caso de que el modelo real (el aplicado) quede muy alejado del modelo biopsicosocial, el asumido desde las instancias responsables y profesionales, también es trabajo social sanitario ir introduciendo los cambios necesarios en la organización a fin de que el modelo biopsicosocial vaya introduciéndose y asumiéndose como un modelo que resulta empíricamente beneficioso para a las personas.

Esta cuestión es el primer paso hacia la reflexión de cómo hacemos lo que hacemos y dentro de qué contexto teórico, dentro de qué modelo lo desarrollamos. A lo largo del curso hemos insistido en numerosas ocasiones (y seguiremos insistiendo) en señalar la diferencia entre el conocimiento científico, el profesional y el conocimiento ordinario, el no profesional. Como trabajadores sociales sanitarios respondemos científicamente de nuestras decisiones que deben estar avaladas por teorías probadas, investigaciones previas, por el conocimiento, etc. Nada ni nadie nos impide generar conocimiento con nuestras propias investigaciones o formando parte de investigaciones multicéntricas, analizando experiencias y casos médicos a los que aplicaremos el conocimiento y las leyes del trabajo social sanitario. Pero mientras esto no se haga, debemos asumir que estamos siempre en el territorio de las hipótesis.

Si partimos de las definiciones de modelo mostradas, podemos construir la siguiente definición de modelo asistencial sanitario: «Esquema teórico, apoyado en indicadores cualitativos y cuantitativos (estos últimos en forma matemática) en el que se basan los principios organizativos y asistenciales de los establecimientos sistema sanitario».

Asimismo, los modelos de trabajo social sanitario los definimos como:

«Esquemas teóricos de trabajo social desarrollados en el sistema sanitario, apoyados en indicadores cualitativos y cuantitativos (estos últimos en forma matemática), en los que se basan los principios organizativos y asistenciales del servicio».

Sea en el plano que sea, por supuesto en el trabajo social sanitario no podemos hablar del modelo sino de los modelos, pues como veremos podemos optar por varios a la vez. En cada caso social sanitario aplicaremos los indicados en función del diagnóstico social sanitario o pre-diagnóstico social sanitario. La corriente de pensamiento que sigamos, por ejemplo la «diagnóstica» o la «funcional» o la «educativa» nos marcará, pero en ningún caso, *a priori*, deben considerarse excluyentes. En este punto, encontramos una primera observación: cada caso social sanitario se atenderá sobre la base del modelo, o modelos, considerado más idóneo, pero este estará condicionado e influenciado por la escuela de trabajo social que sigamos (la diagnóstica, la funcional, la educativa). Desarrollaremos más adelante este aspecto, pero conviene tenerlo presente desde el principio.

Dicho esto, no vamos a caer en el reduccionismo de la exclusión; no veremos los modelos como contrapuestos, sino como que cada caso se verá mejor atendido con uno u otro. Recordemos que el diagnóstico social sanitario recoge los caminos de la recuperación y tratamiento social y, por lo tanto, ya nos señala el modelo, o modelos, requeridos.

Según la enfermedad que padezca la persona, su penetración en lo social y las alteraciones que le supongan, según el patrón de personalidad y temperamento de la persona, según sus patrones de comportamiento, según lo que la dolencia imprima en su vida y apoyados siempre en el diagnóstico social sanitario aplicaremos uno u otro modelo, o una combinación de varios. Se insiste en la necesidad de no interpretar los modelos de trabajo social sanitario como cajitas en las que acomodamos caracteres de las personas y sus problemas.

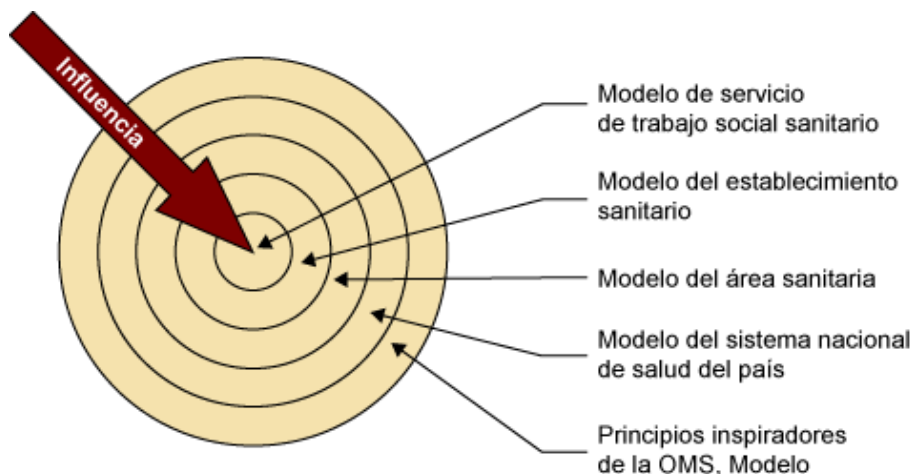
2.2. La influencia del modelo sanitario del establecimiento en los modelos de trabajo social sanitario

La organización superior siempre condiciona a la organización inferior o contenida en la primera. El modelo general de establecimiento sanitario en el cual ejercemos marca nuestro primer perímetro externo. Nos permite más o menos implicación con los profesionales sanitarios y, por lo tanto, más o menos influencia en los procesos de curación y atención. Un paréntesis para recordar que cambiar o promover el cambio de un modelo biológico a un modelo biopsicosocial también es trabajo social sanitario. Pero, dicho esto, el propio establecimiento se encuentra delimitado por el modelo del área sanitaria y ésta, a su vez, por el modelo de la región o país. Todos ellos, sin excepción, con una gran influencia por las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud).

Cuando llegamos al establecimiento en el que vamos a ejercer, los trabajadores sociales sanitarios consultaremos primero su plan estratégico para saber dentro de qué modelo asistencial este se ha inscrito. Cada equipo directivo imprime su propia idiosincrasia, tiene sus sensibilidades y motivaciones particulares. Su influencia en el modelo resultante es un hecho inevitable, pero

también tenemos que ver a dicho modelo como algo cambiante. La gestión de los establecimientos sanitarios abreva en el factor humano de la dirección, cuando ésta cambia, ese cambio tiñe a toda la organización. El modelo real es el que observamos, el practicado en el día a día en los servicios y modelo deseado es el relatado que se queda en relato.

Figura 1. Influencia de los modelos generales sobre los particulares



Fuente: elaboración propia.

Partiendo de la definición de modelo biopsicosocial, debemos preguntarnos: los servicios médicos ¿excluyen lo social?, ¿quedan atrapados en la dolencia y obvian la vivencia?, ¿consideran la importancia del entorno de la persona a la que tratan?, ¿acuden al servicio de trabajo social, o le derivan a las personas enfermas, a sus familias, para resolver cuestiones que ellos no han podido resolver?, ¿dan entrada al trabajador social sanitario desde el principio de la asistencia sanitaria?, ¿cuáles son los servicios médicos más sensibilizado en lo social?, ¿cuánto tiempo, de media, lleva la persona siendo atendida, cuando llega al servicio de trabajo social sanitario?, etc. Nos situamos, pues, en lo que hacemos, en lo que hacen los otros profesioanles, y no, en lo que decimos que hacemos, en lo que hacen los servicios sanitarios y no, en lo que dicen que hacen.

2.2.1. Modelos relacionados con la gestión

Podemos establecer muchos enfoques y clasificaciones, pero como ya hemos comentado, vamos a centrarnos en la gestión clínica. A continuación, se presenta un ejercicio de observación y análisis con categorías que surgen de la observación sobre el terreno. Es un ejercicio de observación y racionalidad que busca ayudar a clarificar la manera de ver los modelos de gestión.

Tabla 1. Ejemplo de dimensiones en las cuales se inscriben los diferentes modelos

Dimensión	Modelo	Descripción
La unidad	Gestión	La gestión entendida dentro de los parámetros del <i>management</i> implica adecuación, investigación, nada está establecido si bien puede estar protocolizado. Pero en cada caso se estudian las necesidades y las respuestas se adecuan a ellas. Nada está preestablecido y las combinaciones resultantes infinitas.
	Administración	La administración significa la aplicación de normas, y baremos. La existencia de criterios que no pueden alterarse. Interesa cumplir la normativa para que no pueda darse ninguna sanción. Las particularidades quedan fuera del campo de acción.
La organización	Centralizado	La dependencia jerárquica se da de una jefatura única o un equipo directivo. Pero cada vez más se requiere de mandos intermedios que proliferan. La organización crece verticalmente con muchos núcleos de decisión.
	Descentralizado	Los equipos de trabajo gozan de autonomía. Se da una autogestión y una autoevaluación. Dependen del equipo directivo, pero se trata de una organización que crece en horizontal. Los equipos pueden competir entre ellos.
La información	Integrado	El sistema de información del establecimiento integra todos los documentos de las diferentes divisiones pudiendo realizar investigaciones interdisciplinarias a partir de los propios registros de los diferentes bancos de datos. La información integrada facilita los estudios multicéntricos.
	Disociado	Cada servicio dispone de sus sistemas de información o solo algunos servicios la comparten. Suelen ser los sanitarios que dejan fuera la información social que no debe confundirse con tener registrados datos de carácter social. La información social en este punto se refiere a aquella que ha sido filtrada por la unidad de trabajo social sanitario.
La financiación	Público	La persona acude a los servicios y no abona ninguna cantidad. Estos se financian mediante los presupuestos generales del Estado.
	Copago-Mixto	La persona abona un porcentaje del pago por el servicio recibido. El informe Abril Martorell en 1991 introdujo el copago. Si bien los servicios sanitarios no tienen en España y hasta hoy copago, los servicios sociales siempre lo han tenido.
	Privado	La persona acude por su cuenta al servicio en el que desea ser atendido y asume la totalidad del pago de su atención.

Fuente: elaboración propia.

Lectura complementaria

Para ampliar la información sobre el informe Abril podéis consultar las siguientes referencias:

Conferencia Abril Martorell (2000). *Sanidad pública y sociedad moderna*, [Valencia 22 octubre de 1999]. Valencia: Generalitat Valenciana.

Congreso de los Diputados (1991). «Informe y recomendaciones». En: *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Congreso de los Diputados.

E. Spagnolo de la Torre (1993). «Análisis y comentarios en torno al informe Abril Martorell». *Medicina Clínica* (vol. 100, núm. 7).

Las dimensiones pueden atomizarse tanto como se crea conveniente y de todas ellas, en su conjunto, podemos definir los modelos general que generan los modelos específicos.

El equipo directivo del establecimiento sanitario, hospital, centro de salud, etc. debe posicionarse en los modelos asistenciales que va a propiciar con su dirección. *Grosso modo* hablamos de dos:

- El **modelo biomédico**. Centrado básicamente en la enfermedad, en reorganizar la desorganización orgánica, en recuperar las constantes vitales y el buen funcionamiento del cuerpo. Según este modelo, cualquier enfermedad tiene solo una base biológica por ello se centra en las dificultades propiamente biológicas. El entorno ejerce poca influencia y no es desde el sistema sanitario que debe tratarse. Dentro de este modelo, podemos deducir que la unidad de trabajo social sanitario tendrá difícil el ejercicio de su práctica y seguramente solo se le asignarán funciones relacionadas con la tramitación de recursos y servicios sociales, pero éstas (como hemos visto) no son funciones de trabajo social sanitario. El modelo biomédico vela por el buen funcionamiento del cuerpo humano y todo queda sujeto a la biología. Su origen se debe al médico Ricardo Bright³, urólogo del Hospital Guy de Londres.
- El **modelo biopsicosocial**. Aparte de la atención de los problemas orgánicos –por supuesto, no podemos socializar lo sanitario–, considera el entorno como una base sobre la que se ha desarrollado la dolencia. La desnutrición tiene que ver con la mala alimentación y esta puede tener su origen en la precariedad económica, o en la mala gestión de los dineros, o con la falta de autonomía social para garantizarse la buena alimentación, etc. pero todas ellas son circunstancias sociales que han desembocado en la desnutrición. Su origen se debe al médico psiquiatra George Engel⁴, profesor de la Universidad de Rochester de New York.

⁽³⁾Ricardo Bright fue uno de los clínicos más renombrados de su época y es el que refiere y relaciona por primera vez en el mundo de la medicina un trastorno químico como la albuminuria.
Fuente: <http://caibco.ucv.ve> [Consulta 17 de abril de 2013].

⁽⁴⁾Podéis encontrar un artículo sobre George Engel en la web del *American Journal of Psychiatry*

2.2.2. Modelos relacionados con la clínica

Tabla 2. Dimensiones y descripciones de los modelos relacionados con la clínica

Dimensión	Modelo	Descripción
La asistencia	Biomédico	Toda la actividad sanitaria gira alrededor de la enfermedad, de las pruebas diagnósticas, del tratamiento. La enfermedad es el centro de la acción profesional que se rige por criterios médicos y de enfermería. Busca la sanación o el equilibrio y una vez que la persona ha recuperado su estado físico el personal sanitario deja de intervenir.

Fuente: elaboración propia.

Dimensión	Modelo	Descripción
	Biopsicosocial	Se contextualiza la atención a los estados físicos y biológicos de la persona en su medio habitual y se estudia cómo ese medio puede influir, positiva o negativamente, en el estado de salud. En él, los diferentes profesionales se saben parte del equipo de salud.
La observación	Tavistock	Desarrollado por Esther Bick y Wilfred Bion dentro de la corriente psicodinámica fue presentado en 1961. Sin embargo, su aplicación databa de 1948 en la clínica Tavistock de Londres. Es un modelo de observación aplicado sobre todo a la infancia, a los recién nacidos. Consiste en observaciones repetidas por largos periodos de tiempo en los que el observador facilita oportunidades para la reflexión crítica. La información generada se debate en seminarios que ayudan al observador en la reflexión sobre lo que observa y sobre como actúa.
	De igualdad	Lo proponen Le Riche y Tunner en 1998. Se apoya en la congruencia entre las observaciones y su paralelismo con los valores el trabajo social, añadimos sanitario. Habla de igualdad, pero sobre todo reconoce la desigualdad que viene generada por aspectos como la raza, el género, la orientación sexual. Incluye la perspectiva del poder imperante. «Los observadores usan las oportunidades que les brinda la observación para reflejar críticamente la dinámica de las relaciones de poder y el impacto de éstas sobre las decisiones».
La intervención	Proactivo	La intervención se sustenta en criterios de riesgo que han sido probados y se centra en las personas que los presentan. Es proactiva porque se adelanta a los posibles problemas de las personas. Ejemplo de ello es la intervención por programas de riesgo.
	Reactivo	La intervención se da como reacción a la aparición de un problema sobre el que cabe actuar. Problema-reacción, pero no se da una previsión aunque se dé una repetición de dichos problemas. El ejemplo clásico es la intervención a demanda siendo este más estridente en la atención especializada cuando se realiza la demanda de atención, una vez que la persona ya no necesita estar ingresada.
La respuesta	Proactivo	Se apoya en la intervención proactiva; la respuesta se adelanta igualmente a las posibles necesidades que haya que atender. Busca entre diferentes alternativas la mejor. Investiga.
	Reactivo	Apoyado en la intervención reactiva, se sostiene en las disponibilidades de los recursos más que en la búsqueda de su idoneidad. Como tal programa está colapsado, proponemos otro que, sin ser el adecuado, es el único que puede prestar algún servicio.
La evaluación	Individual	Se localiza en el caso social sanitario y, siempre en base a los objetivos terapéuticos, se analizan los logros de estos, considerando los inconvenientes sobrevenidos que hayan podido retrasarlos. La evaluación solo es posible cuando se han formulado los objetivos específicos para que los miembros implicados recuperen su equilibrio. Se realiza individuo (caso) a individuo.

Dimensión	Modelo	Descripción
	Comunitario	Como su nombre indica, se focaliza en la comunidad, en los programas desarrollados para paliar determinados problemas comunitarios. La metodología es la misma, para que la evaluación tenga validez, antes deben haberse definido los objetivos. Mary E. Richmond lo explicó de manera muy sencilla cuando dijo que «no era o mismo atender a un niño huérfano que desarrollar un programa de atención a los niños huérfanos».

Fuente: elaboración propia.

3. Discusión y reflexión final

La recuperación física de la persona y la ignorancia de su medio, al que volverá, asegura el inicio de un círculo vicioso de atención-desatención. El modelo biopsicosocial atiende ese entorno, interviene sobre él en el ámbito que corresponda. La aplicación del modelo biopsicosocial es básica para el trabajo social sanitario porque condiciona, positiva o negativamente, la aplicación de los demás.

Encontramos multitud de ejemplos, la mayoría, en que el restablecimiento o el equilibrio sanitario requiere de una red social fuerte. Dicho modelo contempla la vivencia de la persona que sufre la enfermedad, de su familia, estudia su medioambiente, etc. como elementos que se influyen y afectan a lo orgánico. Si bien, como ya se ha comentado, el modelo biopsicosocial fue definido por primera vez por George Engel en 1977, su ideología de fondo viene suscrita desde mucho antes, nos remontamos al periodo comprendido entre 1890 y 1920, siendo el Dr. William Osler, el Dr. Charles P. Emerson y el Dr. Richard C. Cabot, algunos de sus grandes exponentes teóricos y prácticos.

La opción por uno u otro modelo, sin entrar en valoraciones morales, es tomar *a priori* una estructura asistencial frente a otra, unos recursos humanos u otros, unos resultados u otros. Es desarrollar la prevención o dejarla en un segundo plano, es favorecer unos programas frente a otros, etc. Pero en esta decisión debemos contemplar las consecuencias a corto, medio y largo plazo. Parte de nuestro trabajo es, con los datos obtenidos en la asistencia, proyectar tendencias y los diferentes costes individuales o sociales.

Debemos señalar que la decisión casi siempre se sustenta en los presupuestos, en las posibilidades económicas del establecimiento de poderla financiar y también, sobre todo es el resultado de diferentes fuerzas ejercidas por cada uno de los colectivos profesionales del establecimiento. El peso de lo sanitario es mucho mayor que el peso de lo social, si bien muchas veces ello ocurre porque desde la unidad de trabajo social sanitario se sigue un modelo de gestión que se caracteriza por, valga la paradoja, la ausencia de modelo. Carece de información representativa tratada estadísticamente para que desde la dirección se puedan tomar medidas adecuadas a la población.

La unidad de trabajo social sanitario es un potente instrumento de apoyo a la gestión.

Todo ello, en su conjunto, irá configurando el modelo (o modelos) asistencial, particular, de aquel establecimiento en cuestión, siempre, apoyado en las teorías que soportan el modelo general. Así, podemos hablar de la cultura propia de la organización y la unidad de trabajo social sanitario, sobre la base de ello,

Referencia bibliográfica

A. Dowling (2005). «Images in Psychiatry. George Engel, M. D. (1913-1999)». *The American Journal of Psychiatry* (núm. 162). Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/11/2039>.

Lectura complementaria

Para ampliar información sobre el trabajo social sanitario como instrumento de gestión podéis consultar: D. Colom, (2008). «El trabajo social sanitario como herramienta de gestión». *Revista SEDISA* (núm. 10).

definirá y aplicará sus modelos de gestión de la unidad y sus modelos de gestión clínica teniendo presente que esa decisión debe probarse, con el tiempo, como la mejor.

Son varias las autoras y autores que a lo largo de los años han abordado ampliamente la materia de los modelos de trabajo social, algunas de ellas son:

- Mathilde du Ranquet, que publicó en 1981 (reeditado en 1991) el libro *Modelos en trabajo social. Intervención en personas y familias*. Editorial Siglo XXI.
- María José Escartín, que en 1992 publicaba *Manual de trabajo social. Modelos de práctica profesional*. Aguaclara.
- Maria Dal Pra Ponticelli, que en 1999 publicaba *Modelos teóricos del trabajo social*. Lumen-Humanitas.
- María Josefa Martínez, que en el 2001 publicaba *Modelos teóricos del trabajo social*. Universidad de Murcia.
- Jean East y Cathryne Schmitz, que en 2004 coordinaron *El trabajo social con grupos. Modelos de intervención*. Narcea.
- María Lorena Molina y María Cristina Romero, que también en 2004 publicaron *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en trabajo social*. Universidad de Costa Rica.
- Juan Jesús Viscarret Garró, que en 2009 publicaba el capítulo «Modelos de intervención en Trabajo Social» en el libro coordinado por Tomás Fernández. Alianza Editorial
- Emma Sobremonte, que en 2012 publicaba «Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social» en el libro *Ponencias y conferencias del «I Congreso Internacional sobre la construcción disciplinar del Trabajo Social»*. Ediciones de la Universidad de Deusto.

La unidad de trabajo social sanitario por su propia naturaleza aplica modelos de trabajo social, pero necesariamente los adecua y ajusta al sistema sanitario. La definición del término *modelo* realizada al principio del crédito tiene como objetivo evitar la confusión en el término, tanto en su forma como en su contenido. Cada caso social sanitario asociado a un determinado diagnóstico médico se verá condicionado por este último, sobre todo, en enfermedades cuya entidad afecte en mayor o menor medida a lo social pero dentro de esta realidad, los recursos propios de la persona, los psíquicos y los sociales conformarán lo que denominamos la resiliencia, esa elasticidad interna, esa posibilidad de afrontar cada uno sus realidades y superarlas. Por lo tanto, debemos ver

que se mezclan muchos elementos que se influyen y que *a priori* no podemos predeterminar. Por todo ello, el diagnóstico social sanitario se convierte en el elemento indispensable.

Nos encontramos, pues, ante una realidad poco tratada: los modelos de trabajo social sanitario. Es decir, los modelos de trabajo social aplicados dentro del campo sanitario. Para su estudio vamos a diferenciar dos planos:

- La gestión del servicio de la unidad social sanitario.
- La gestión del caso social sanitario.

Ambos se influyen y se ven condicionados por las coordenadas generales que conforman el ámbito sanitario, calificativo que, como hemos señalado, indica que la actividad se desarrolla para personas enfermas atendidas en el sistema sanitario y también para sus familias.

Entonces de nuevo, nos encontramos de frente con el modelo del establecimiento que casi con toda seguridad, hoy, en el siglo XXI se rige por el modelo de gestión llamado de coste-eficacia, dada la acuciante necesidad de optimizar los recursos disponibles. Ya en 1982 Helen Rehr, la que fuera durante años directora del Departamento de Trabajo Social del Mount Sinai Medical Center de New York, escribía sobre los nuevos tiempos que se avecinaban para el trabajo social sanitario para el cual el control de costes del sistema sanitario iba a marcar el desarrollo y puesta en marcha de nuevos patrones (modelos) de gestión e intervención. Señalaba la adquisición de los pequeños hospitales por los grandes, la refundación de algunos en centros de deporte, spa, etc. todo ello para afrontar el incremento de los costes de las prestaciones.

Una realidad que en España se da no por compra, sino por fusión hospitalaria avalada desde las administraciones. Cada vez más, los hospitales y los centros de salud de una zona o área determinada se ven agrupados bajo una sola estructura y una sola gerencia que suele dar el nombre de complejo «X». Pero también cada vez más se crean empresas de gestión privada de los establecimientos sanitarios.

Dentro de este modelo de optimización de recursos la dirección-gerencia realiza periódicamente análisis comparativos de coste-beneficio: ¿cuánto nos cuesta tal programa, o tal profesional? frente a ¿qué beneficios, en términos sociales y de salud, aporta su trabajo? En definitiva, ¿para qué le sirve al establecimiento dicho servicio o dicho profesional? o ¿por qué dicho profesional interviene bajo el modelo A y no bajo el modelo B? No debemos ver esta cuestión en términos económicos únicamente, aunque sin duda la escasez de financiación está ahí de mar de fondo pero, además, todos somos responsables de la gestión de los recursos disponibles en el sistema. Cabe gestionar con la máxima fiabilidad y transparencia los recursos disponibles y ello requiere de modelos que incluyan la evaluación y permitan la comparación. Así, nos preguntamos ¿en qué medida, dicho servicio, contribuye a la optimización del sistema sa-

Referencia bibliográfica

H. Rehr (1982). «More thoughts on American Health care». En: *Milestones in Social Work and Medicine*. Nueva York: Prodinst.

nitario?, ¿y del sistema de servicios sociales? La inclusión de modelos como el de «gestión clínica», «gestión por procesos sanitarios», la introducción de «la contabilidad analítica» ha supuesto grandes cambios en el sistema sanitario en el cual lo simplemente narrativo y cualitativo ya no vale.

En el plano de los modelos sociales estrictamente, estamos asistiendo a cambios en las estructuras familiares y redes sociales de apoyo. Pero eso en lo que la mayoría está de acuerdo, ¿cómo se da en cada área?, ¿cuál es su incidencia?

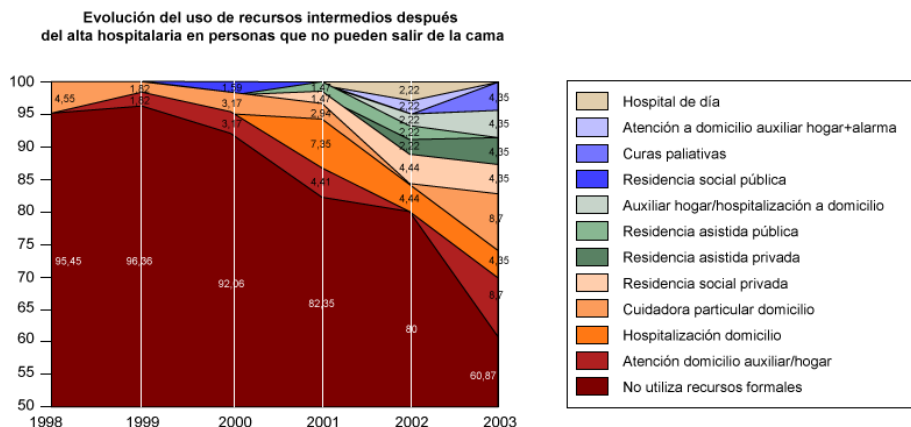
Insistimos, no vamos a entrar en juicios morales, no es nuestra función, pero sí lo es ver el cambio de tendencias de un modelo a otro en las diferentes dimensiones. Así, observamos que la sociedad tiende a la institucionalización de lo social y ello va asociado a una percepción, por parte de la persona cuando necesita ayuda, de pérdida de posibilidades de esta ayuda proveniente de la familia o red social.

A continuación, presentamos dos gráficas para ilustrar tales afirmaciones. Ambas se apoyan en un modelo gestionado de intervención proactiva aplicado desde la unidad de trabajo social sanitario de un hospital. Pertenecen a la misma población y al mismo centro aplicando, si usamos la terminología adecuada al crédito que nos ocupa, un modelo de intervención proactivo, definido como aquel que se centra en las personas y actúa antes de que ellas demanden ayuda.

Todo esto, en este caso, se concreta en el «Procedimiento del Programa de la Planificación del Alta». Si se realiza el análisis comparativo entre periodos nos encontramos con las siguientes tendencias, sin duda, reveladoras de esa realidad antes narrada.

Vemos como año tras año se incrementa el uso de servicios post-alta, en este caso, estudiamos solo el grupo de población que se encuentra en una máxima dependencia dentro del hospital y que no puede salir de la cama. Así, mientras que en el año 1998 en el hospital objeto de estudio el 95 % de las personas enfermas que no podían salir de la cama regresaban a su casa con la familia, en el año 2003 esta cifra se redujo hasta el 60,87 %. Como trabajadores sociales sanitarios este dato justifica un replanteamiento para afrontar el cambio del modelo de familia, no sin antes haber realizado un estudio más a fondo del hecho. Pero los resultados están ahí y permiten dar el primer paso sobre una base sólida y real.

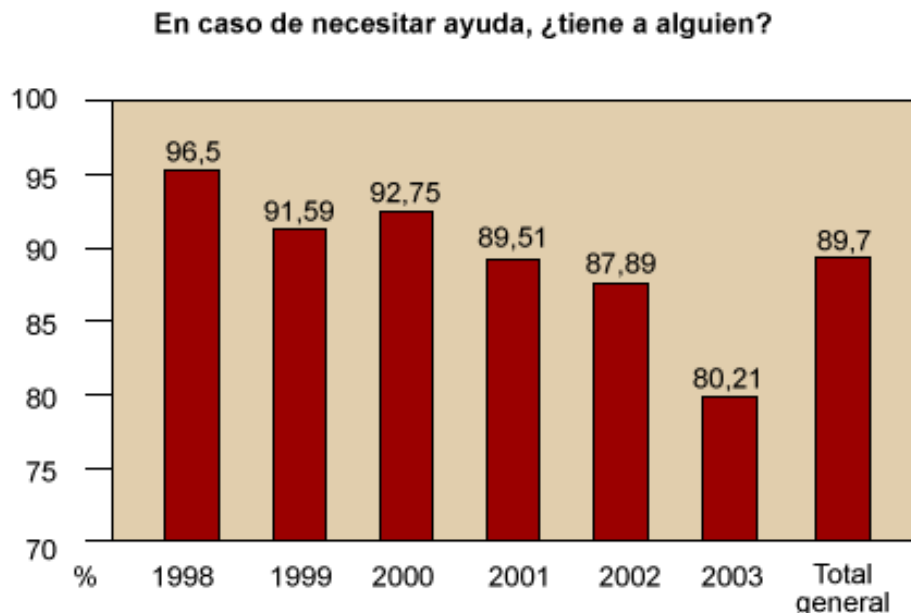
Figura 2. Evolución del uso de recursos post-alta en personas máximamente dependientes



Fuente: elaboración propia.

En la gráfica siguiente vemos cómo la percepción de «Tener a alguien en caso de necesitar ayuda» también decrece.

Figura 3. Evolución de la percepción tener a alguien en caso de necesitar ayuda



Fuente: Hospital objeto de estudio. 2003

La barras representan las respuestas afirmativas obtenidas año tras año. La obtención de esta información la permite la aplicación el modelo de gestión e intervención seguido. Vemos que la tendencia es clara. Ciertamente no podemos generalizar ni ir más allá del hospital en donde se realizó la investigación, pero nada hace pensar que la población sea muy diferente de otros lugares.

Al contrario, en todo caso la diferencia sería al alza en cuanto al uso de recursos post-alta y a la baja en cuanto al sentimiento de disponer de ayuda en caso de necesitarla, pues el hospital objeto de estudio está enclavado en una zona rural y pescadora de Galicia (Cee) en donde la familia, cuando se realizó la investigación, era un gran valuarte y fuente de apoyo.

Ello también pone de manifiesto que cuando hablamos de que el modelo familiar está cambiando no es algo narrativo, ahí tenemos la confirmación y la tendencia.

Los ejemplos anteriores muestran la importancia que adquiere desde la unidad de trabajo social sanitario poder aportar información empírica sobre las diferencias y tendencias que se dan en diferentes grupos de población sobre los que intervenimos en el sistema sanitario. Las suposiciones u opiniones no forman, aun siendo ciertas, parte del método científico. Este modelo de gestión de la unidad de trabajo social frente al modelo de administración constituye uno de los valores corporativos del establecimiento, pues vemos a la persona enferma como un ser biopsicosocial y cultural. Ello viene apoyado por el modelo biopsicosocial e integral.

Hoy en día vemos que el sistema sanitario, su organización y su funcionamiento general poco tiene que ver con el mismo sistema de hace tan solo diez o quince años. Las tecnologías de la información, tanto las de las especialidades como las de uso general, han contribuido sobremanera al cambio y estamos asistiendo solo al principio.

Otra realidad es la reducción del número de camas hospitalarias, a la vez que se incrementa el número de los procesos médicos, tanto en atención especializada como en atención primaria. Este hecho reduce el uso individual de las instalaciones a la más mínima expresión, pero, por contra, aumenta su uso colectivo. Esto es también parte del modelo de gestión sanitaria apoyado en los principios de coste-eficiencia y coste-eficacia.

Aun siendo necesario el ingreso hospitalario, los tiempos de hospitalización se acortan año tras año y aumenta, de igual forma, año tras año, la actividad, la rotación. Por ejemplo, en los indicadores sociales del INE en 2006, en el año 1994 por cada 10.000 habitantes había 40,06 camas. Diez años más tarde, en 2004, éstas se habían reducido a 34,17. Si analizamos la rotación de este mismo período vemos que en 1994 esta era de 26,56 pacientes por cama, pasando en 2004 a 34,17 pacientes.

La tendencia decreciente del número de camas es más que evidente. En diez años casi se ha reducido en seis puntos las camas hospitalarias, mientras que la población en España aumenta año tras año.

Por una parte, se reducen las camas y, por la otra, aumenta la rotación, su uso. La unidad de trabajo social sanitario no puede permanecer ajena a esta realidad y los modelos que aplique quedarán sujetos a ella. En todo caso, ampliando las miras y asumiendo que el trabajo social sanitario es una herramienta de cambio social y que el modelo de gestión de la unidad aplicado debe poder poner de relieve los déficits que ello supone. Este entorno justifica la aplicación de un modelo proactivo con la puesta en marcha de programas de carácter social que refuercen las redes familiares y personales de las personas atendidas y que

vinculen ambos servicios de trabajo social sanitario, el de atención especializada y el de atención primaria para garantizar la continuidad asistencial y el tratamiento psicosocial.

Bibliografía

(2000). *I Conferencia Abril Martorell. Sanidad pública y sociedad moderna*. [Valencia 22 octubre de 1999]. Valencia: Generalitat Valenciana.

Agnew, E. N. (2004). *From charity to Social Work*. Urbana / Chicago: University of Illinois Press.

Anguera, T. (1985). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid: Cátedra.

Arias, F. (1986). «Teoría de los Sistemas». *Administración de recursos humanos*. México: Trillas.

Casado, D. (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer.

Colom, D. (2005). *Libro Verde del Trabajo Social*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social.

Colom, D. (2007). «El "Management", el "Case Management" y el "Care Management" en Trabajo Social». *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 79).

Colom, D. (2008). «El trabajo social sanitario como herramienta de gestión». *Revista SEDISA* (núm. 10).

Congreso de los Diputados (1991). «Informe y recomendaciones». En: *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Congreso de los Diputados.

Delbecq, A. L.; Van de Ven, A. H.; Gustafson, D. H. (1984). *Técnicas Grupales para la Planeación*. México: Trillas.

Destinobles, A. G. (2001). «Los mercados con información asimétrica», tema tratado por los Premio Nóbel de Economía 2001». En: *Revista de la Facultad de Economía-BUAP* (núm. 19).

Dowling, A. (2005). "Images in Psychiatry. George Engel, M. D. (1913-1999)". *The American Journal of Psychiatry* (núm. 162).

Escohotado, A. (1999). *Caos y Orden*. Madrid: Espasa Calpe.

González, R. (1996). *Física para juristas, economistas... y demás gente curiosa*. Barcelona: Crítica, Grijalbo, Mondadori.

Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social case work*. Nueva York / Londres. The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Hayes, B. E. (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

Ortega, F. (1999). *Teoría familiar sistémica*. Zaragoza: Certeza.

Pelton, G. I. (1910). «*The history and status of Hospital Social Work*». En: *Official proceedings of the annual meeting*.

Pérez de Ayala, E. (1999). *Trabajando con familias*. Zaragoza: Certeza.

Perrotini, I. (2001). «La economía de la información asimétrica: microfundamentos de competencia imperfecta». *Revista de la Facultad de Economía-BUAP* (núm. 19).

Rehr, H. (1982). «More thoughts on American Health care». En: *Milestones in Social Work and Medicine*. Nueva York: Prodist.

Richmond, M. E. (1922). *What is Social Case Work?* Nueva York: Russell Sage Foundation.

Romero, M. C. *Desarrollo histórico-teórico del modelo terapéutico de intervención en Trabajo Social*.

Spagnolo de la Torre, E. (1993). «Análisis y comentarios en torno al informe Abril Martorell». *Medicina Clínica* (vol. 100, núm. 7).

Timms, N. (ed.) (1970). En: E. Sainsbury. *Social Diagnosis in Casework*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

Woods, M. E.; Hollis, F. (2000). *Casework, a psychosocial therapy*. Nueva York: McGraw Hill.

