

Models de treball social sanitari. La gestió i la clínica

Dolors Colom Masfret

PID_00206187

Índex

Introducció	5
1. Teories i aproximacions principals en què es desenvolupen els diferents models de treball social sanitari.	7
1.1. Teories sobre la naturalesa del treball social (sanitari)	8
1.1.1. Treball social sanitari des de l'aproximació feminista	8
1.1.2. Treball social sanitari des de l'aproximació crítica	9
1.1.3. Treball social sanitari des de l'aproximació estructural	9
1.1.4. Treball social sanitari des de l'aproximació del multiculturalisme	9
1.1.5. Treball social sanitari des de l'aproximació del multiculturalisme	10
1.1.6. Treball social sanitari des de l'aproximació postmodernista	10
1.2. Teories sobre la pràctica del treball social sanitari	10
1.3. Teories sobre el món del client del treball social sanitari	11
1.4. Revisió bibliogràfica del concepte de <i>model</i>	12
2. El treball social sanitari projectat en els models de gestió i de clínica	17
2.1. Models teòrics enfront de models pràctics	17
2.2. La influència del model sanitari de l'establiment en els models de treball social sanitari	18
2.2.1. Models relacionats amb la gestió	19
2.2.2. Models relacionats amb la clínica	21
3. Discussió i reflexió final	24
Bibliografia	31

Introducció

Fins ara hem estudiat el gran canvi que va suposar passar d'un model de prestació d'ajuda caritativa a un model de prestació d'ajuda professional, concretament des del treball social sanitari. Hem vist que una de les claus identificatives d'aquesta nova ajuda professional és la intervenció basada en un diagnòstic social sanitari o prediagnòstic, a partir dels punts forts i febles del cas social sanitari.

També hem estudiat diferents models sanitaris i hem vist el punt d'inflexió quan es passa d'un model filantròpic, caritatiu, a un model professional, i en concret, de treball social sanitari.

En aquest mòdul estudiarem les teories de treball social, que precedeixen o alimenten els models de treball social sanitari i, també, desenvoluparem el concepte de *model* per comprendre'l en tota la seva dimensió i així poder-lo aplicar tant pel que fa a la gestió com a la clínica.

El terme *model* en la teoria és relativament fàcil de comprendre; tanmateix, en la pràctica, dins la complexitat dels casos, quan els professionals tenen consciència d'això, té moltes accepcions i usos. El primer és comprendre que, lluny d'excloure's els uns als altres com es considerava al principi, avui s'accepta que diferents models de treball social sanitari solen convergir en el mateix cas social sanitari. Ens referim tant a models de gestió com a models clínics. Sovint, el terme *model* esdevé un tòpic o un concepte comodí, precisament perquè és més fàcil assumir-lo des de la teoria que des de la pràctica. Es parla de *models*, però aquests queden circumscrits, a tot estirar, a l'àmbit teòric; en la pràctica se'n troba poca cosa. Avala aquesta afirmació la falta d'estadístiques relatives als beneficis obtinguts amb un model o un altre, la falta d'anàlisis comparatives i la falta d'índexs d'eficàcia i eficiència d'un model respecte a uns altres.

Exemple

Troblem un primer escenari quan ens preguntem què sabem, quantitativament, sobre els beneficis del model biopsicosocial enfront del model biològic o mèdic. Hi ha diverses dades sobre aquest tema, ho veurem més endavant, però totes se circumscriuen a experiències aïllades i totes, de fa molts anys. Per tant, això indica que una de les funcions del treball social sanitari, la de recerca, en gran manera s'incompleix.

Quan analitzem la bibliografia existent sobre el terme *model* veurem aquesta variabilitat aplicativa *in crescendo* de models de tota classe. N'esmentem uns quants a manera d'exemple: el model mèdic, el model social, el model de família, el model productiu, el model de creixement d'un país, el model d'atenció sociosanitària, el model d'atenció a domicili, el model d'atenció a la salut mental, el model de serveis socials, el model d'atenció a la dependència, el model de finançament, el model econòmic, el model lingüístic, el model pedagògic o el model meteorològic. I una llarga llista de models que el progressiu desenvolupament social amplia d'acord amb les noves complexitats de les realitats i necessitats humanes. A aquests models, hi afegim el model de treball social sanitari que es basa, com no pot ser d'una altra manera, en diversos models de treball social bàsic, però aplicats al sistema sanitari.

No obstant això, quan parlem de *model*, independentment de l'àrea, a què ens referim exactament? Per partir del mateix punt, de primer busquem la definició bàsica de *model*. Després, per mitjà d'una revisió bibliogràfica en matisarem el contingut per arribar, finalment, a l'aplicació que té dins el treball social sanitari. En aquest mòdul ens centrarem en la gestió i la clínica:

- La gestió basada en els criteris del *management*, una convergència entre la direcció, l'administració i la gestió, en què conviuen coneixements i recursos humans diversos amb recursos materials i urbanístics articulats per cobrir les necessitats psicosocials derivades de la malaltia.
- La clínica com a activitat professional directa que assumeix l'observació de símptomes, relacions que es generen i circumstàncies, observables i indentificables i el tractament. L'*Oxford English Dictionary* defineix la paraula *clínica* de la manera següent:

"en relació amb l'observació i el tractament dels pacients, en comptes de la teoria o estudis de laboratori [d'una malaltia o condició] que causa símptomes observables i reconoscibles."

C. Soanes; A. Stevenson (ed.) (2008). *The Concise Oxford English Dictionary* (12a. edició). Oxford University Press.

Més endavant, en l'assignatura *Eines de treball per a la intervenció* dedicarem un mòdul als models de treball social sanitari per a la intervenció i, concretament, a la gestió del cas.

Referència bibliogràfica

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

Model mèdic

En la primera assignatura, *Context històric, antropològic i filosòfic en el treball social sanitari*, s'han estudiat amb el professor Xavier Allué els diferents models sanitaris.

Nota

No hi ha unanimitat en la traducció de *management* al català. Alguns ho tradueixen com a 'direcció', d'altres com a 'gestió' i encara uns altres com a 'administració'. No obstant això, el *management* és la suma de tots tres conceptes, si bé el de gestió és el que, tenint-ne en compte el contingut, més s'hi aproxima.

1. Teories i aproximacions principals en què es desenvolupen els diferents models de treball social sanitari

Sovint ens referirem a *teories del treball social sanitari*. Primer ens endinsarem a entendre què és una teoria, de què parlem específicament quan ens referim a teories o enfocaments. El *Gran diccionari de la llengua catalana* defineix *teoria*, en la primera accepció, de la manera següent:

"Construcció intel·lectual elaborada amb independència de tota aplicació pràctica."

I en la segona accepció:

"Suposició especulativa conforme a la qual hom es comporta pràcticament, sense pretendre, però, excloure altres alternatives."

El *Diccionario de la lengua española* de la Reial Acadèmia Espanyola presenta tres accepcions de *teoría* que ens són vàlides a l'efecte de contextualitzar el concepte dins del camp del treball social sanitari:

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 treball social –en concret, el sanitari– les teories neixen a la fi del segle XIX i, com és obvi, els diferents corrents de pensament i èpoques històriques n'afavoreixen el dictat de noves. Sempre situats en el camp del treball social sanitari, aquestes teories sorgeixen de l'estudi de la pràctica i de l'estudi del medi on es desenvolupen les persones, un medi ambient i un medi polític; de la recerca aplicada i, com succeeix en les disciplines de caràcter social i psicosocial, els corrents de pensament de cada moment històric les afecten.

Malcolm Payne, en la *Blackell Encyclopaedia of Social Work*, defineix la teoria del treball social de la manera següent:

"El cos de pensament que aporta una descripció organitzada i explicada de les propostes i els continguts del treball social, tots dos, com a fenomen social i com a activitat."

M. Payne (2009). "Social work theory". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 332-334). Oxford: Blackwell Publishing.

Alguns autors reserven el terme *teoria* per al pensament que ofereix l'explicació, però molts volen també acceptar la inclusió dels conceptes organitzatius i descriptius. Per exemple, el mateix Payne estableix tres categories de teories que, aplicades al treball social sanitari, queden així:

- Teories sobre la naturalesa del treball social sanitari
- Teories sobre la pràctica del treball social sanitari
- Teories sobre el món del client del treball social sanitari

1.1. Teories sobre la naturalesa del treball social (sanitari)

La naturalesa del treball social sanitari es refereix al que el defineix i li és essencial: la millora de les situacions de les persones i del conjunt de la ciutadania, en cada context social, però especialment enfront del fet d'emmalaltir i d'acord amb les seves capacitats per a gestionar els efectes secundaris que li provoca la malaltia en l'àmbit psicosocial. Segons Payne, les teories es refereixen a les perspectives de la filosofia social en general i de les polítiques, els objectius i els valors principals del treball social (hi afegim sanitari), en el context sanitari. Proposa les tres dimensions següents:

- La provisió de serveis de treball social sanitari i les regulacions socials en nom de la societat organitzada i, principalment, representada per l'Estat.
- El creixement individual en la satisfacció personal i l'estabilitat social.
- El canvi social i la millora social.

En aquest àmbit de teories sobre la naturalesa del treball social (sanitari), Mel Gray i Stephen A. Webb presenten sis autors, cadascun dels quals desenvolupa teories socials dins l'aproximació de les quals s'inscriu el treball social. Les transferirem a la perspectiva del treball social sanitari.

1.1.1. Treball social sanitari des de l'aproximació feminista

L'aproximació feminista parteix de la feminització de la professió i assenyala que aquests fets no necessàriament impliquen un pilar que reforci les teories del feminisme. Joan Orme, l'autora del capítol, assenyala que les primeres feministes eren molt crítiques amb el treball social, ja que en molts casos es responsabilitzava les dones dels problemes socials i de la falta d'atenció. Seguint en la línia argumental d'Orme, és freqüent escoltar que la incorporació de la dona al món laboral ha canviat l'estructura familiar en què ja no s'ocupa de les persones malaltes. El treball social sanitari basat en la teoria feminista promourà intervencions en què les cures de les persones malaltes es repartiran entre tots els membres de la família i es promouran recursos per a evitar que les dones siguin les que han de renunciar als seus objectius vitals.

Referència bibliogràfica

M. Gray; A. S. Webb (2009). *Social Work Theories and Methods* (pàg. 63-119). Londres: SAGE.

Referència bibliogràfica

J. Orme (2009). "Feminist social work". A: M. Gray; A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pàg. 65-75). Londres: SAGE.

1.1.2. Treball social sanitari des de l'aproximació crítica

Gray i Webb qüestionen si el treball social –en aquest cas la idea central s'adaptaria al sanitari– té alguna influència en els esdeveniments del món real. Assenyalen l'alt grau d'interdisciplinarietat que es necessita per a analitzar i dominar les jerarquies de poder i al mateix temps plantegen dues posicions: la dels professionals experts i la dels servents del sistema predominant.

"L'anàlisi del poder" és el centre de gravetat i la preocupació principal dels crítics. El treball social sanitari crític es focalitza en la manera com l'organització actual del sistema sanitari afavoreix o desfavoreix el benestar social de les persones i de les seves famílies en el moment d'emmalaltir i rebre assistència dins un sistema que tendeix a medicalitzar l'assistència i deixar de banda en alguns casos els aspectes psicosocials de les persones.

Referència bibliogràfica

M. Gray; A. S. Webb (2009). "Critical social work". A: M. Gray; A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pàg. 76-85). Londres: SAGE.

1.1.3. Treball social sanitari des de l'aproximació estructural

Aquesta aproximació sorgeix al Canadà a mitjan anys setanta. Segons Hick i Murray, el treball social estructural es focalitza en les estructures socials i econòmiques dominants: el capitalisme patriarcal, el colonialisme, el racisme i l'heterosexisme, i analitza que aquestes estructures són al darrere dels problemes socials i produeixen opressió a les persones. Per exemple, quines dificultats genera l'organització actual del sistema sanitari pel que fa als horaris de visita, les restriccions o l'organització de les proves?

Seguint el mateix fil argumental, com es veuen afectades les persones malaltes per aquestes estructures dominants o simplement diferents de les habituals, com s'organitzen els serveis d'ajuda que els han de donar suports i com s'avaluen aquests suports. El treball social sanitari és una peça clau, ja que possibilita el model biopsicosocial i integra en el seu sistema d'informació dades que permeten investigar la influència de les diverses estructures dominants sobre el benestar i la salut de la població.

Referència bibliogràfica

S. F. Hick; K. Murray (2009). "Structural social work". A: M. Gray; A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pàg. 86-97). Londres: SAGE.

1.1.4. Treball social sanitari des de l'aproximació del multiculturalisme

El multiculturalisme neix a la fi del 1800 quan el món es comença a globalitzar. La teoria subratlla el multiculturalisme com la filosofia que reconeix i valora la diversitat en la societat actual i descriu els beneficis tangibles i intangibles resultants de les diferències ètniques, culturals, racials i religioses de grups que viuen junts. Sundar estudia la ideologia del multiculturalisme i l'efecte que té en les polítiques institucionals segons la manera com els treballadors socials enfoquen el multiculturalisme en la seva feina. Per a Sundar el multiculturalisme és riquesa i creixement. Des del treball social sanitari, la teoria del multiculturalisme implica identificar el grau de diversitat en les diferents àrees sanitàries i, enfront de la globalització, assenyalar i respectar la unitat

Referència bibliogràfica

P. Sundar (2009). "Multi-culturalism". A: M. Gray; A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pàg. 98-108). Londres: SAGE.

de l'individu. El treball social sanitari esdevé un instrument per a preservar les diferències i harmonitzar-les mitjançant programes de prevenció i promoció de la salut a fi de garantir els drets humans.

1.1.5. Treball social sanitari des de l'aproximació del multiculturalisme

Penna i O'Brien assenyalen el fet que el neoliberalisme basa l'organització social emfatitzant el mercat: les lleis del mercat marquen la vida social i de les organitzacions que són vistes des del punt de vista de categories econòmiques. El corrent neoliberal defensa que l'Estat no ha d'interferir en els afers individuals; per tant, mostra preferència per la privatització dels serveis de l'estat del benestar que es veuen afectats per la demanda. És obvi que moltes persones que necessiten serveis de suport no disposen d'una economia solvent per a afrontar els costos dels serveis privats, però en aquest cas l'Estat garanteix uns mínims (com és el cas de Medicare i Medicaid als Estats Units).

Aplicada al treball social sanitari, la filosofia del neoliberalisme no és una cosa estranya, ja que molts serveis socials de suport a les persones malaltes provenen d'entitats privades en què les mateixes persones i les seves famílies són les que afronten les despeses.

1.1.6. Treball social sanitari des de l'aproximació postmodernista

Barbara Fawcett parla del postmodernisme amb la mirada en el modernisme i el postmodernisme crític. El modernisme inclou grans moviments i corrents de pensament com el liberalisme, el marxisme, la psicoanàlisi, el racionalisme econòmic, etc.

El postmodernisme qüestiona tots els enfocaments anteriors i se centra en àrees com la desconstrucció, la pluralitat, la relativitat de les formes d'anàlisi, etc. Aplicat al treball social sanitari, implica una actitud oberta i crítica, que revisa els procediments i els protocols aplicats i introdueix els canvis necessaris admetent la pluralitat de les teories.

1.2. Teories sobre la pràctica del treball social sanitari

Gordon Hamilton parlava de "necessitats individuals i solucions individuals, necessitats familiars i solucions familiars..."

Payne defineix les teories de la pràctica del treball social (hi afegim el qualificatiu *sanitari*) de la manera següent:

Referència bibliogràfica

S. Penna; M. O'Brien (2009). "Neoliberalism". A: M. Gray; A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pàg. 109-118). Londres: SAGE.

Referència bibliogràfica

B. Fawcett (2009). "Post-modernism". A: M. Gray; A. S. Webb. *Social Work Theories and Methods* (pàg. 119-128). Londres: SAGE.

Referència bibliogràfica

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

"Conjunts discrets d'idees que prescriuen les accions de treball social sanitari adequades en cada situació concreta. Les explicacions psicosocials i socials de la conducta humana són aplicades a situacions de treball social i les accions es prescriuen basades en l'assessorament del treballador social sobre la situació."

M. Payne (2009). "Social work theory". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 332-334). Oxford: Blackwell Publishing.

Cada realitat justifica una pràctica enfront d'una altra, sense oblidar-nos de la necessitat d'elaborar el diagnòstic social sanitari. Cada intervenció és justificada per l'assessorament professional que, alhora, s'articula dins els procediments o protocols, segons el que correspongui, de treball social sanitari. Payne assenyala el desenvolupament de les teories del treball social (hi incloem sanitari), en les fases següents:

"

- Entre el 1900 i el 1920 predomina la *teoria psicosocial* basada en Mary E. Richmond.
- Entre el 1920 i el 1960 predomina la *teoria psicodinàmica* basada en les teories de Freud.
- Entre el 1960 i el 1970 apareixen dues noves teories; en primer lloc la coneguda com *el moviment de la pràctica empírica* i després, la *teoria de l'aprenentatge social*.
- El 1980 apareix la *teoria cognitiva*."

M. Payne (2009). "Social work theory". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 332). Oxford: Blackwell Publishing.

1.3. Teories sobre el món del client del treball social sanitari

Payne defineix aquestes teories de la manera següent:

"Són conjunts d'idees i arguments que fan referència al comportament humà i a la vida social. El treball social, en concret el sanitari, es nodreix d'un conjunt de disciplines: la medicina social, la salut pública, la filosofia, la psicologia, la sociologia, l'economia, l'antropologia, la política social, etcètera."

M. Payne (2009). "Social work theory". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 332-334). Oxford: Blackwell Publishing.

Combinats l'estudi i la intervenció, des del treball social sanitari resulten en una tercera via que manté vius dos principis:

- La dotació a les persones del màxim nombre de recursos psíquics i socials per a seguir amb la seva vida quan la malaltia els generi alteracions de caràcter social i psicosocial.
- La sensibilització del sistema sanitari (altres professionals i les autoritats polítiques) sobre les necessitats socials de les persones malaltes i els nous serveis per a cobrir-les.

Una altra autora que ha aprofundit en aquest cas sobre la teoria social i el treball social és Sue White, que, molt resumidament, considera tres grans corrents de pensament primigeni que en els dos últims segles han nodrit (no d'una manera exclusiva) les bases filosòfiques del món del treball social en general:

- La influència de Marx del final del segle XIX, que assenyala els individus com a éssers constrets per les demandes del capitalisme. Per a ell existeixen estructures derivades de l'economia i les tecnologies associades a la revolució industrial que poden explicar molt bé per què hi ha persones amb poder i persones sense poder. El poder que deriva del sistema capitalista es veu essencialment opressiu. Retrata els treballadors socials, hi podem afegir sanitaris, com a servents involuntaris de l'estat capitalista. És obligat assenyalar que el treball social sanitari no és una ideologia i que els treballadors socials sanitaris segueixen procediments i protocols que són avalats pel mètode científic. Els principis del treball social sanitari haurien de ser garant de no caure en aquesta "servitud involuntària", perquè això denotaria una inconsciència del que és el treball social sanitari.
- La influència de Weber se situa en un terreny molt diferent. Posa èmfasi en l'ésser humà com un agent que té efectes sobre la construcció social. Assenyala que les professions són dominants perquè controlen l'accés de les persones per a rebre formació, cosa que genera àrees d'especialització monopolista. Per a ell el treball social pot ser vist com una professió que pot ser que no assoleixi un estatus professional propi perquè està sotmesa a altres professions com la medicina o el dret.
- La influència de Durkheim està en la línia de Marx, però a diferència d'ell posa èmfasi en la solidaritat social. Assenyala que la societat és més que la suma d'individus i que tots estan subjectes a una "consciència col·lectiva". En el seu cas, considera el treball social una professió que és com el "ciment" que sosté el teixit social.

Altres teòrics i pensadors que, segons White, han influenciat el treball social són Jürgen Habermas, Anthony Giddens, Pierre Bourdieu, Michel Foucault i Judith Butler.

1.4. Revisió bibliogràfica del concepte de *model*

Un cop estudiats els diferents enfocaments i aproximacions, les filosofies i corrents de pensament que poden condicionar els models i esquemes, analitzarem el concepte de *model*.

D'entre les accepcions que el *Diccionario de la lengua española* (DRAE) de la Reial Acadèmia Espanyola ens ofereix de *model*, agafarem les dues que més s'adeqüen al treball social sanitari:

Referència bibliogràfica

S. White (2009). "Social Theory and Social Work". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 330-332). Oxford: Blackwell Publishing.

"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."

Totes dues accepcions es complementen. L'arquetip o patró assenyalat en la primera implica, a més, atimitzar-lo per a construir un perfil que permeti l'avaluació sistemàtica i posterior; és a dir, el seguiment i l'evolució de la tendència d'acord amb els seus propis índexs. En la segona accepció, assenyalem dues parts de la definició; d'una banda, l'esquema teòric, i de l'altra, la forma matemàtica que el complementa o el delimita, això referit sempre a una realitat complexa. La vivència de la malaltia, el fet de contextualitzar les dificultats existents o sobrevingudes, els serveis prestats, entre d'altres, constitueixen realitats complexes que cal evitar convertir en realitats que es resolen o reequilibren mitjançant tràmits burocràtics.

Per exemple, si parlem d'un model proactiu¹, a més de definir-lo, hi hem d'aplicar els valors matemàtics (quantitatius) que el fonamenten en aquest àmbit concret, en el procediment o protocol, segons de què es tracti. Continuem avançant en la revisió bibliogràfica sobre la definició de *model* en treball social sanitari i en ciències de la salut.

⁽¹⁾Intervenció centrada en les persones i capaç d'avançar-se als seus problemes, sense necessitat que hagin de demanar ajuda. Un exemple de gestió proactiva és el desenvolupament de programes d'intervenció sistemàtica, com per exemple el de la planificació de l'alta.

En el *Social Work Dictionary* trobem la definició següent:

"Un model és una representació de la realitat. Per exemple, els treballadors socials utilitzen el model de la vida per a representar la interacció de forces oposada en l'ambient del client que l'influencien i són influenciades pel client."

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

A partir d'aquesta definició, el model de la vida es basa en la teoria del "cicle de la vida humana" que la *Blackwell Encyclopaedia of social work* explica de la manera següent:

"L'enfocament del «cicle de la vida humana» en la psicologia del desenvolupament té a veure amb les actituds, els sentiments, el pensament i la conducta de l'individu en un context social al llarg de la seva vida; els canvis que es produeixen, i els factors que donen lloc a aquests canvis. L'enfocament del cicle de la vida es basa en quatre premisses:

1. El desenvolupament és continu, no solament per als infants sinó també per als adults.
2. La maduresa és relativa. El desenvolupament s'esdevé en un context social.
3. El desenvolupament es produeix en un context social.
4. Les influències del desenvolupament impliquen factors biològics, cognitius i emocionals, el context social i les interaccions corresponents.

Cada consideració d'un enfocament del cicle de la vida ha de tenir en compte la contribució relativa de l'herència i de l'ambient al desenvolupament individual. La teoria de l'aprenentatge contribueix al nostre enteniment del desenvolupament humà mitjançant la postulació de mecanismes pels quals aprenem i adaptem la nostra conducta al llarg de la vida. L'enfocament del cicle de la vida assumeix que hi ha tasques de desenvolupament i emocionals comunes que tots patim en cada etapa vital. Piaget, Freud i Erikson van postular elements cognitius universals, estadis psicossocials i tasques.

J. Lishman (2009). "The human life-cycle". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of social work* (pàg. 160-164). Oxford: Blackwell Publishing.

Per a Juan Jesús Viscarret el model en ciència correspon al següent:

"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 els models de treball social en concret, Viscarret assenyala:

"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 adaptan empíricamente al fenómeno que se estudia»."

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

Si les possibilitats dels recursos humans del servei de treball social sanitari no permeten l'aplicació d'un model proactiu i només permeten l'aplicació d'un model reactiu menys eficient –per bé que avui és el més habitual–, s'ha de justificar l'opció d'un model enfront de l'altre.

No podem confondre la filosofia amb el model. La filosofia és la base conceptual i teòrica que inspira el fet, i el model és l'esquema que sosté la intervenció.

L'acceptació d'un model o d'un altre implica, a partir de la definició bàsica, una opció dins les possibles per a desenvolupar aquella activitat, acció o conjunt d'aquestes relacionades, en el nostre cas, amb la pràctica del treball social sa-

nitari, en qualsevol de les seves "funcions en l'àmbit assistencial, investigador, docent, de gestió clínica, de prevenció i d'informació i educació sanitàries", els models de la qual segueixen les dues línies següents:

- **Models de gestió del servei, unitat, àrea o departament de treball social sanitari.** Amb prou feines hi ha experiències sobre això i encara menys que permetin oferir una previsió de les tendències de les diferents variables que es tracten en el treball diari a fi de planificar activitats i programes preventius. Es gestionen els serveis, però no se segueix un model definit i estructurat. Més endavant s'aporta la proposta del model ISSIS com un exemple que ha estat provat en proves pilot i del qual s'ha vist l'efectivitat. Amb els models de gestió del servei, establim els perímetres i la direcció en què es desenvolupen els procediments i els protocols que sustenten l'acció. Aquests models subscriuen els principis fonamentals que donen suport a la intervenció, però no són la intervenció sinó la bastida. De la mateixa manera que els instruments de suport diagnòstic no són el diagnòstic, sinó que en permeten la construcció.

Els models de gestió del servei de treball social sanitari inclouen a més de la definició dels procediments i protocols, la definició dels processos (serveis) més habituals i els sistemes d'avaluació. Això, com es veurà en l'assignatura *Estructura i funcionament del sistema sanitari*, permet desenvolupar el catàleg de prestacions i la cartera de serveis de treball social sanitari.

- **Models de gestió dels casos socials sanitaris.** Amb aquests models donem forma i contingut a l'observació i la recerca, al diagnòstic social sanitari, a l'atenció i la intervenció. Els models de gestió de casos serveixen per a establir els perímetres i la direcció de tot l'arc d'assistència. La intervenció des d'un model determinat permetrà al professional canalitzar l'ajuda que promourà els canvis, tant per a la persona malalta com per a la família d'aquesta i el seu entorn. Aquest reajustament facilitarà la màxima recuperació de la seva autonomia psicosocial.

En el sistema sanitari s'esdevé un fet, els serveis de treball social sanitari no són serveis finalistes. Això significa que no generen demanda directa; les persones no acudeixen al sistema sanitari perquè no poden seguir una dieta, o no poden pagar el lloguer o no poden atendre un familiar. La demanda al servei del treball social sanitari sempre arriba per mitjà de les persones que acudeixen al sistema sanitari per una malaltia o per una dolència. Per tant, els models del servei de treball social sanitari, el de gestió del servei i el de gestió dels casos seran influenciats i limitats pel model de gestió sanitària aplicat en cada establiment. Novament ens trobem amb una estructura matricial amb dobles entrades.

La sola presència del treball social sanitari en l'establiment és un indicatiu que aquest aposta per un model d'assistència integral, pel model biopsicosocial, si més no pel que fa als principis fonamentals i els valors corporatius. No obstant això, queda aplicar-hi la regla de tres, els models en la seva forma pràctica:

com arriben en la pràctica diària els diferents models a la ciutadania. Això depèn, d'una banda, del pla estratègic aprovat en cada establiment. Es reconeix en aquest pla el model biopsicosocial i el paper que hi exerceix el servei de treball social? Si no, el model de gestió del servei que s'apliqui adquirirà més rellevància per a posar-ne en relleu el valor i el suport a la gestió de la gerència. D'altra banda, depèn de la capacitat operativa que, sempre seguint el mètode científic, pugui assumir el mateix servei de treball social sanitari, tant en el model de gestió del servei com en el model de gestió dels casos.

Per aplicar els models, els treballadors socials sanitaris ens basem en tècniques d'aplicació individual o col·lectiva i duem a terme activitats i tasques que s'orienten a la prestació d'aquest servei, o serveis, finals.

2. El treball social sanitari projectat en els models de gestió i de clínica

2.1. Models teòrics enfront de models pràctics

Quin és el model assistencial de l'establiment on ens trobem? El model real, no el narrat. El model real que hem de conèixer a partir de l'observació de la pràctica condiona *a priori* l'aplicació dels nostres models de treball social sanitari tant en l'eix de la gestió del servei com en l'eix de la gestió dels casos. No es tracta d'una pregunta retòrica sinó eminentment pràctica. No sempre es fa el que es diu. Ara bé, si el model real (l'aplicat) queda molt allunyat del model biopsicosocial, l'assumit des de les instàncies responsables i professionals, també és treball social sanitari anar introduint els canvis necessaris en l'organització a fi que el model biopsicosocial es vagi introduint i assumint com un model que resulta empíricament beneficiós per a les persones.

Aquesta qüestió és el primer pas cap a la reflexió de com fem el que fem i en quin context teòric, dins de quin model ho desenvolupem. Al llarg del curs hem insistit diverses vegades (i continuarem insistint) a assenyalar la diferència entre el coneixement científic, el professional i el coneixement ordinari o no professional. Com a treballadors socials sanitaris responem científicament de les nostres decisions, que han d'estar avalades per teories provades, per recerques prèvies, pel coneixement, etc. Res ni ningú no ens impedeix generar coneixement amb les nostres pròpies recerques o formant part de recerques multicèntriques, analitzant experiències i casos mèdics als quals aplicarem el coneixement i les lleis del treball social sanitari. Però si això no es fa, hem de considerar que estem sempre en el terreny de les hipòtesis.

Si partim de les definicions de *model* mostrades, podem construir la definició següent de *model assistencial sanitari*: "esquema teòric, fonamentat en indicadors qualitatiu i quantitatiu (aquests darrers en forma matemàtica) en què es basen els principis organitzatiu i assistencials dels establiments sistema sanitari".

Així mateix, definim els models de treball social sanitari de la manera següent:

"Esquemes teòrics de treball social desenvolupats en el sistema sanitari, fonamentats en indicadors qualitatiu i quantitatiu (aquests darrers en forma matemàtica), en què es basen els principis organitzatiu i assistencials del servei."

Amb independència del pla de què es tracti, en el treball social sanitari per descomptat no podem parlar del model sinó dels models, ja que com veurem podem optar per diversos models alhora. En cada cas social sanitari aplicarem els models indicats segons el diagnòstic social sanitari o prediagnòstic social

sanitari. El corrent de pensament que seguim, per exemple el "diagnòstic" o el "funcional" o l'"educatiu", ens marcarà, però *a priori*, en cap cas no s'han de considerar excloents. En aquest punt, cal fer una primera observació: cada cas social sanitari s'atindrà tenint en compte el model, o models, que es consideri més idoni, però aquest estarà condicionat i influenciat per l'escola de treball social que seguim (la diagnòstica, la funcional o l'educativa). Veurem aquest aspecte més endavant, però convé tenir-lo present des del principi.

Dit això, no caurem en el reduccionisme de l'exclusió; no veurem els models com a contraposats, sinó que cada cas es veurà millor en relació amb un model o un altre. Recordem que el diagnòstic social sanitari recull els camins de la recuperació i el tractament social i, per tant, ja ens assenyala el model, o models, requerits.

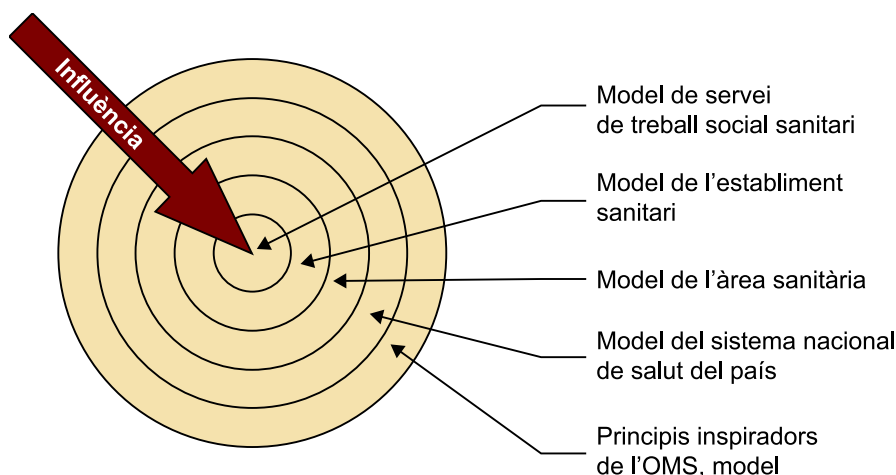
Segons la malaltia que pateixi la persona, la penetració que tingui en l'àmbit social i les alteracions que li comporti, segons el patró de personalitat i el temperament de la persona, segons els seus patrons de comportament, segons el que la dolència l'afecti en la seva vida i a partir sempre del diagnòstic social sanitari, hi aplicarem un model o un altre, o una combinació de diversos models. S'insisteix en la necessitat de no interpretar els models de treball social sanitari com si fossin capsetes on fiquem caràcters de les persones i els seus problemes.

2.2. La influència del model sanitari de l'establiment en els models de treball social sanitari

L'organització superior sempre condiona l'organització inferior o continguda en la primera. El model general d'establiment sanitari en el qual exercim marca un primer perímetre extern. Ens permet més o menys implicació amb els professionals sanitaris i, per tant, més o menys influència en els processos de curació i atenció. Fem un parèntesi per recordar que modificar o promoure el canvi d'un model biològic a un model biopsicosocial també és treball social sanitari. Dit això, el mateix establiment es troba delimitat pel model de l'àrea sanitària i aquesta, al seu torn, pel model de la regió o país. Tots ells, sense excepció, amb una gran influència per les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'Organització Panamericana de la Salut (OPS).

Quan arribem a l'establiment on exercirem, els treballadors socials sanitaris hem de consultar en primer lloc el pla estratègic que tenen per a saber el model assistencial en què s'ha inscrit. Cada equip directiu fixa una idiosincràsia pròpia i té unes sensibilitats i motivacions concretes. La seva influència en el model resultant és un fet inevitable, però també hem de veure aquest model com una cosa canviant. La gestió dels establiments sanitaris es basa en el factor humà de la direcció; quan aquesta canvia, aquest canvi afecta tota l'organització. El model real és el que observem, el que es practica en el dia a dia en els serveis, i el model desitjat és el relat que es queda en relat.

Figura 1. Influència dels models generals sobre els particulars



A partir de la definició de *model biopsicosocial*, ens hem de fer unes quantes preguntes: els serveis mèdics n'exclouen el factor social?, queden atrapats en la dolència i obvien la vivència?, consideren la importància de l'entorn de la persona a la qual tracten?, acudeixen al servei de treball social, o hi deriven les persones malaltes i les famílies d'aquestes per a resoldre qüestions que ells no han pogut resoldre?, donen entrada al treballador social sanitari des del principi de l'assistència sanitària?, quins serveis mèdics estan més sensibilitzats en el factor social?, quant de temps, de mitjana, fa que la persona està essent atesa, quan arriba al servei de treball social sanitari?, etc. Per tant, ens situem en el que fem, en el que fan els altres professionals i en el que no fan, en el que diem que fem, en el que fan els serveis sanitaris i en el que no fan, i en el que diuen que fan.

2.2.1. Models relacionats amb la gestió

Podem establir molts enfocaments i classificacions, però com ja hem comentat ens centrarem en la gestió clínica. A continuació es presenta un exercici d'observació i anàlisi amb categories que sorgeixen de l'observació sobre el terreny. És un exercici d'observació i racionalitat que vol ajudar a aclarir la manera de veure els models de gestió.

Taula 1. Exemple de dimensions en què s'inscriuen els diferents models

Dimensió	Model	Descripció
El servei	Gestió	La gestió entesa dins els paràmetres del <i>management</i> implica adequació i recerca; res no està establert si bé pot estar protocol·litzat. Però en cada cas s'estudien les necessitats i les respostes s'hi adequen; res no està preestablert i les combinacions resultants són infinites.
	Administració	L'administració significa l'aplicació de normes i barems, i l'existència de criteris que no es poden alterar. Interessa complir la normativa perquè no es pugui produir cap sanció. Les particularitats queden fora del camp d'acció.

Dimensió	Model	Descripció
L'organització	Centralitzat	La dependència jeràrquica s'esdevé d'una direcció única o un equip directiu, però cada vegada més es requereixen comandaments intermedis que proliferen. L'organització creix verticalment amb molts nuclis de decisió.
	Descentralitzat	Els equips de treball tenen autonomia (hi ha autogestió i autoavaluació). Depenen de l'equip directiu, però es tracta d'una organització que creix horitzontalment. Els equips poden competir entre ells.
La informació	Integrat	El sistema d'informació de l'establiment integra tots els documents de les diferents divisions i pot realitzar recerques interdisciplinàries a partir dels propis registres dels diferents bancs de dades. La informació integrada facilita els estudis multicèntrics.
	Dissociat	Cada servei disposa d'uns sistemes d'informació propis o només la comparteixen alguns serveis. Solen ser els sanitaris que deixen fora la informació social que no s'ha de confondre amb tenir registrades dades de caràcter social. La informació social en aquest punt es refereix a la informació que ha estat filtrada pel servei de treball social sanitari.
El finançament	Públic	La persona acudeix als serveis i no abona cap quantitat. Aquests es financen mitjançant els pressupostos generals de l'Estat.
	Copagament o mixt	El client abona un percentatge del pagament pel servei rebut. L'informe Abril Martorell el 1991 va introduir el copagament. Si bé els serveis sanitaris no tenen a l'Estat espanyol i fins avui el copagament, els serveis socials sempre l'han tingut.
	Privat	El client acudeix pel seu compte al servei en què vol ser atès i assumeix tot el pagament de la seva atenció.

Lectura complementària

Si voleu saber més coses sobre l'informe Abril podeu consultar:

Conferència Abril Martorell (2000). *Sanitat pública i societat moderna*, [València, 22 octubre de 1999]. València: Generalitat Valenciana.

Congreso de los Diputados (1991). "Informe i recomanacions". A: *Comissió d'Anàlisi i Avaluació del Sistema Nacional de Salut*. 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).

Les dimensions es poden atomitjar tant com es consideri convenient i de totes, en conjunt, podem definir els models generals que generen els models específics.

L'equip directiu de l'establiment sanitari, hospital, centre de salut, etc. s'ha de posicionar en els models assistencials que propiciarà amb la direcció. *Grosso modo* parlem dels dos models següents:

- El **model biomèdic**. Se centra bàsicament en la malaltia, a reorganitzar la desorganització orgànica i a recuperar les constants vitals i el bon funcionament del cos. Segons aquest model, qualsevol malaltia té només una base biològica; per això se centra en les dificultats pròpiament biològiques. L'entorn exerceix poca influència i no s'ha de tractar des del sistema sanitari. Dins d'aquest model, podem deduir que el servei de treball social sanitari tindrà difícil l'exercici de la seva pràctica i segurament només se li assignaran funcions relacionades amb la tramitació de recursos i serveis socials, però aquestes funcions (com hem vist) no són de treball social sanitari. El model biomèdic vetlla pel bon funcionament del cos humà i tot queda subjecte a la biologia. L'origen d'aquest model es deu al metge Ricardo Bright², uròleg de l'hospital Guy de Londres.
- El **model biopsicosocial**. A banda de l'atenció dels problemes orgànics – per descomptat, no podem socialitzar el sanitari –, considera l'entorn una base sobre la qual s'ha desenvolupat la dolència. La desnutrició té a veure amb la mala alimentació i aquesta pot tenir origen en la precarietat econòmica o en la mala gestió dels diners, o amb la falta d'autonomia social per a garantir-se la bona alimentació, etc. Tanmateix, es tracta de circumstàncies socials que han desencadenat la desnutrició. El seu origen es deu al metge psiquiatre George Engel³, professor de la Universitat de Rochester a Nova York.

⁽²⁾Ricardo Bright va ser un dels clínics més anomenats de la seva època, que va relacionar per primera vegada al món de la medicina el trastorn químic de l'albuminúria.
Font: <http://caibco.ucv.ve> [Data de consulta: 17 d'abril de 2013].

⁽³⁾Podeu trobar un article sobre George Engel a la pàgina web de l'*American Journal of Psychiatry*

2.2.2. Models relacionats amb la clínica

Dimensió	Model	Descripció
L'assistència	Biomèdic	Tota l'activitat sanitària gira al voltant de la malaltia, de les proves diagnòstiques i del tractament. La malaltia és el centre de l'acció professional que es regeix per criteris mèdics i d'infermeria. Busca el guariment o l'equilibri i una vegada que la persona ha recuperat el seu estat físic, el personal sanitari deixa d'intervenir-hi.
	Biopsicosocial	Es contextualitza l'atenció als estats físics i biològics de la persona en el seu medi habitual i s'estudia com pot influir aquest medi, d'una manera positiva o negativa, en l'estat de salut. En aquest model, els diferents professionals se saben part de l'equip de salut.

Dimensió	Model	Descripció
L'observació	Tavistock	Desenvolupat per Esther Bick i Wilfred Bion dins el corrent psicodinàmic, es va presentar el 1961. No obstant això, la seva aplicació data del 1948 a la clínica Tavistock de Londres. És un model d'observació aplicat sobretot a la infància, als nounats. Consisteix en observacions repetides durant llargs períodes de temps en què l'observador facilita oportunitats per a la reflexió crítica. La informació generada es debat en seminaris que ajuden l'observador en la reflexió sobre el que observa i sobre com actua.
	D'igualtat	El proposen Le Riche i Tunner el 1998. Es basa en la congruència entre les observacions i el seu paral·lelisme amb els valors del treball social (hi afegim sanitari). Parla d'igualtat, però sobretot reconeix la desigualtat que és generada per aspectes com la raça, el gènere i l'orientació sexual. Inclou la perspectiva del poder imperant. "Els observadors utilitzen les oportunitats que els ofereix l'observació per a reflectir críticament la dinàmica de les relacions de poder i l'efecte d'aquestes relacions sobre les decisions".
La intervenció	Proactiu	La intervenció es fonamenta en criteris de risc que han estat provats i se centra en les persones que els presenten. És proactiva perquè s'avança als possibles problemes de les persones. N'és un exemple la intervenció per programes de risc.
	Reactiu	La intervenció s'esdevé com a reacció a l'aparició d'un problema sobre el qual cal actuar. Problema i reacció, però no hi ha una previsió encara que es produeixi una repetició d'aquests problemes. L'exemple clàssic és la intervenció a demanda, que és més estrident en l'atenció especialitzada quan es realitza la demanda d'atenció, un cop la persona ja no necessita estar ingressada.
La resposta	Proactiu	Es basa en la intervenció proactiva; la resposta s'avança igualment a les possibles necessitats que calgui atendre. Cerca entre diferents alternatives la millor. Investiga.
	Reactiu	Es fonamenta en la intervenció reactiva, se sosté en les disponibilitats dels recursos més que en la cerca de la seva idoneïtat. Com a tal programa està col·lapsat; en proposem un altre que, si bé no és l'adequat, és l'únic que pot prestar algun servei.
L'avaluació	Individual	Es localitza en el cas social sanitari i, sempre basant-se en els objectius terapèutics, s'analitzen els assoliments d'aquests i es consideren els inconvenients sobrevinguts que els han pogut retardar. L'avaluació només és possible quan s'han formulat els objectius específics perquè els membres implicats recuperin el seu equilibri. Es realitza individu per individu (o cas per cas).

Dimensió	Model	Descripció
	Comunitari	Com indica el nom, se centra en la comunitat, en els programes desenvolupats per a pal·liar determinats problemes comunitaris. La metodologia és la mateixa; perquè l'avaluació tingui validesa, abans s'han d'haver definit els objectius. Mary E. Richmond ho va explicar d'una manera molt senzilla quan va dir que "no era el mateix atendre un nen orfe que desenvolupar un programa d'atenció als nens orfes".

3. Discussió i reflexió final

La recuperació física de la persona i la ignorància del seu medi, al qual tornarà, assegura l'inici d'un cercle viciós d'atenció i desatenció. El model biopsico-social té en compte aquest entorn i hi intervé en l'àmbit que correspongui. L'aplicació del model biopsicosocial és bàsica per al treball social sanitari perquè condiciona, de manera positiva o negativa, l'aplicació dels altres.

En trobem molts exemples, i en la majoria el restabliment o l'equilibri sanitari requereix una xarxa social forta. Aquest model considera la vivència de la persona que pateix la malaltia i de la seva família, estudia el medi ambient on viu, etc. com a elements que s'influeixen i afecten l'aspecte orgànic. Si bé, com ja s'ha comentat, el model biopsicosocial va ser definit per primera vegada per George Engel el 1977, la seva ideologia de fons és subscrita des de molt abans; ens remuntem al període comprès entre el 1890 i el 1920, en què el doctor William Osler, el doctor Charles P. Emerson i el doctor Richard C. Cabot n'eren alguns dels grans exponents teòrics i pràctics.

L'opció per un model o un altre, sense entrar en valoracions morals, és prendre *a priori* una estructura assistencial enfront d'una altra, uns recursos humans o uns altres, uns resultats o uns altres. És desenvolupar la prevenció o deixar-la en un segon pla, és afavorir uns programes enfront d'uns altres, etc. Però en aquesta decisió hem de considerar les conseqüències a curt, a mitjà i a llarg termini. Una part del nostre treball és, amb les dades obtingudes en l'assistència, projectar tendències i els diferents costos individuals o socials.

Hem d'assenyalar que la decisió gairebé sempre es basa en els pressupostos, en les possibilitats econòmiques de l'establiment de poder-la finançar i, també, sobretot és el resultat de diferents forces exercides per cadascun dels col·lectius professionals de l'establiment. El pes del factor sanitari és molt més gran que el pes social, si bé moltes vegades això es així perquè des del servei de treball social sanitari se segueix un model de gestió que es caracteritza per, valgui la paradoxa, l'absència de model. No té informació representativa tractada estadísticament perquè des de la direcció es puguin prendre mesures adequades a la població.

El servei de treball social sanitari és un instrument potent de suport a la gestió.

Tot això, en conjunt, anirà configurant el model (o models) assistencial concret de l'establiment en qüestió, sempre, fonamentat en les teories que donen suport al model general. Així, podem parlar de la cultura pròpia de

Referència bibliogràfica

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

Lectura complementària

Si voleu saber més coses sobre el treball social sanitari com a instrument de gestió podeu consultar: D. Colom, (2008). "El trabajo social sanitario como herramienta de gestión". *Revista SEDISA* (núm. 10).

l'organització i del servei de treball social sanitari; a partir d'això, definirà i aplicarà els seus models de gestió del servei i els seus models de gestió clínica tenint present que aquesta decisió amb el temps s'ha de provar que és la millor.

Al llarg dels anys, diverses autores i autors han tractat àmpliament el tema dels models de treball social. Destaquen els següents:

- Mathilde du Ranquet, que el 1981 (reeditat el 1991) va publicar el llibre *Modelos en trabajo social. Intervención en personas y familias*. Editorial Siglo XXI.
- María José Escartín, que el 1992 va publicar *Manual de trabajo social. Modelos de práctica profesional*. Aguaclara.
- Maria Dal Pra Ponticelli, que el 1999 va publicar *Modelos teóricos del trabajo social*. Lumen-Humanitas.
- María Josefa Martínez, que el 2001 va publicar *Modelos teóricos del trabajo social*. Universidad de Murcia.
- Jean East i Cathryne Schmitz, que el 2004 van coordinar *El trabajo social con grupos. Modelos de intervención*. Narcea.
- María Lorena Molina i María Cristina Romero, que també el 2004 van publicar *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en trabajo social*. Universidad de Costa Rica.
- Juan Jesús Viscarret Garró, que el 2009 va publicar el capítol "Modelos de intervención en Trabajo Social" en el llibre coordinat per Tomás Fernández. Alianza Editorial.
- Emma Sobremonte, que el 2012 va publicar "Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social" en el llibre *Ponencias y conferencias del "I Congreso Internacional sobre la construcción disciplinar del Trabajo Social"*. Ediciones de la Universidad de Deusto.

El servei de treball social sanitari, per la seva pròpia naturalesa, aplica models de treball social tot i que necessàriament els adequa i ajusta al sistema sanitari. La definició del terme *model* que hem donat al principi del crèdit té com a objectiu evitar la confusió en el terme, tant pel que fa a la forma com al contingut. Cada cas social sanitari associat a un diagnòstic mèdic determinat es veurà condicionat per aquest darrer, sobretot en malalties l'entitat de les quals afecti més o menys l'aspecte social; tanmateix, dins d'aquesta realitat, els recursos propis de la persona, els psíquics i els socials, constituïran el que anomenem *resiliència*, que es l'elasticitat interna o la possibilitat que té cadascú d'afrontar

les seves realitats i superar-les. Per tant, hem de veure que es barregen molts elements que s'influeixen i que *a priori* no podem predeterminar. Per tot això, el diagnòstic social sanitari es converteix en l'element indispensable.

Ens trobem, doncs, davant una realitat poc tractada: els models de treball social sanitari. És a dir, els models de treball social aplicats dins el camp sanitari. Per a estudiar-los, diferenciem els dos aspectes següents:

- La gestió del servei de treball social sanitari.
- La gestió del cas social sanitari.

Tots dos s'influeixen i es veuen condicionats per les coordenades generals que constitueixen l'àmbit sanitari, qualificatiu que, com hem assenyalat, indica que l'activitat es desenvolupa per a persones malaltes ateses en el sistema sanitari i també per a les seves famílies.

Per tant, novament, ens trobem de cara amb el model de l'establiment que gairebé amb tota seguretat, avui, al segle XXI, es regeix pel model de gestió anomenat *de cost-eficàcia*, atesa la necessitat apressant d'optimitzar els recursos disponibles. Ja el 1982 Helen Rehr, que durant uns quants anys va ser directora del Departament de Treball Social del Mount Sinai Medical Center de Nova York, escrivia sobre els nous temps que s'apropaven per al treball social sanitari, per al qual el control de costos del sistema sanitari marcaria el desenvolupament i l'engegada de nous patrons (models) de gestió i intervenció. Assenyalava l'adquisició dels petits hospitals pels grans, la refundació d'alguns en centres d'esport, en balnearis, etc.; tot això per a afrontar l'increment dels costos de les prestacions.

És una realitat que a l'Estat espanyol s'esdevé no pas per la compra sinó per la fusió hospitalària avalada des de les administracions. Cada vegada més, els hospitals i els centres de salut d'una zona o àrea determinada es veuen agrupats sota una sola estructura i una sola gerència que sol donar el nom de *complex X*. Però també cada vegada més es creen empreses de gestió privada dels establiments sanitaris.

Dins d'aquest model d'optimització de recursos, la direcció o gerència fa periòdicament anàlisis comparatives de cost i benefici: quant ens costa aquest programa, o aquest professional?, respecte de quins beneficis, en termes socials i de salut, aporta la seva feina? En definitiva, per a què li serveix a l'establiment aquest servei o aquest professional?, o per què aquest professional intervé des del model A i no des del model B? No hem de veure aquesta qüestió únicament en termes econòmics, encara que sens dubte l'escassetat de finançament hi és al darrere, sinó que, a més a més, tots som responsables de la gestió dels recursos disponibles en el sistema. Cal gestionar amb la màxima fiabilitat i transparència els recursos disponibles i això requereix models que incloguin l'avaluació i permetin la comparació. Així, ens preguntem: en quina mesura aquest servei contribueix a l'optimització del sistema sanitari?, i del sistema de

Referència bibliogràfica

H. Rehr (1982). "More thoughts on American Health care". A: *Milestones in Social Work and Medicine*. Nova York: Prodist.

serveis socials? La inclusió de models com el de "gestió clínica", o el de "gestió per processos sanitaris", i la introducció de la "comptabilitat analítica" han comportat grans canvis en el sistema sanitari, en què els elements simplement narratius i qualitius ja no valen.

En el terreny dels models socials estrictament, s'estan produint canvis en les estructures familiars i en les xarxes socials de suport. Però allò en què la majoria està d'acord, com s'esdevé en cada àrea?, quina incidència té?

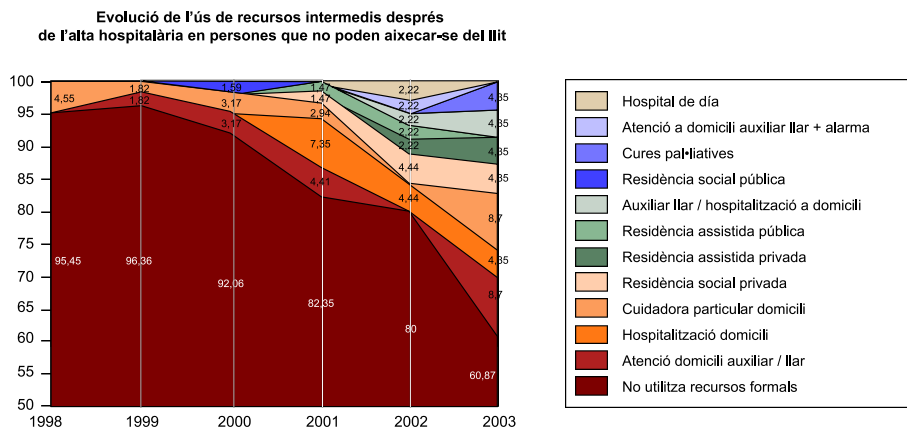
Hi insistim, no volem entrar en judicis morals, no és la nostra funció, però sí que ho és veure el canvi de tendències d'un model a un altre en les diferents dimensions. Així, observem que la societat tendeix a la institucionalització social i això va associat a una percepció, per part de la persona quan necessita ajuda, de pèrdua de possibilitats d'aquesta ajuda provinent de la família o de la xarxa social.

A continuació, presentem dues gràfiques per il·lustrar aquestes afirmacions. Totes dues es basen en un model gestionat d'intervenció proactiva, aplicat des del servei de treball social sanitari d'un hospital. Pertanyen a la mateixa població i al mateix centre, aplicant, si utilitzem la terminologia adequada al crèdit que ens ocupa, un model d'intervenció proactiu, definit com el model que se centra en les persones i actua abans que demanin ajuda.

Tot això, en aquest cas, es concreta en el "procediment del programa de la planificació de l'alta". Si es duu a terme l'anàlisi comparativa entre períodes, ens trobem amb les tendències següents, sens dubte, reveladores d'aquesta realitat que hem explicat abans.

Veiem que any rere any s'incrementa l'ús de serveis postalta. En aquest cas, estudiem només el grup de població que es troba en una dependència màxima dins l'hospital i que no es pot llevar. Així, mentre que l'any 1998 a l'hospital objecte d'estudi el 95% de les persones malaltes que no es podien llevar tornaven a casa amb la família, l'any 2003 aquesta xifra es va reduir fins al 60,87%. Com a treballadors socials sanitaris, aquesta dada justifica un replantejament per a afrontar el canvi del model de família, després de dur a terme un estudi més a fons del fet. Tanmateix, els resultats hi són i permeten fer el primer pas sobre una base sòlida i real.

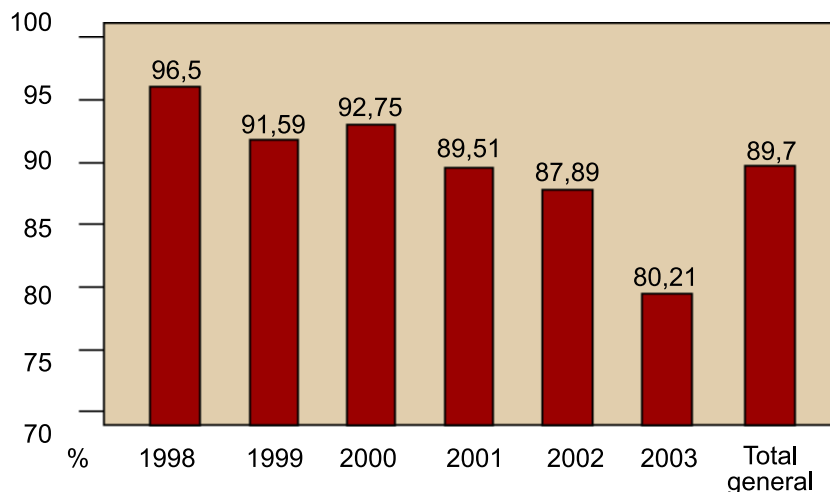
Figura 2. Evolució de l'ús de recursos postalta en persones amb una dependència màxima



En la gràfica següent observem que la percepció de "tenir algú en cas de necessitar ajuda" també disminueix.

Figura 3. Evolució de la percepció "tenir algú en cas de necessitar ajuda"

En cas de necessitar ajuda, té algú?



Font: hospital objecte d'estudi. 2003

Aquesta informació es pot obtenir mitjançant l'aplicació del model de gestió i intervenció seguit. Veiem que la tendència és clara. Certament no podem generalitzar ni anar més enllà de l'hospital on es va dur a terme la recerca, però res no fa pensar que la població sigui molt diferent d'altres llocs.

Al contrari, en tot cas la diferència seria a l'alça quant a l'ús de recursos postalta i a la baixa quant al sentiment de disposar d'ajuda en cas de necessitar-la, ja que l'hospital objecte d'estudi està situat en una zona rural i pescadora de Galícia (Cee), on la família, quan es va fer la recerca, era un gran baluard i font de suport.

Això també posa de manifest que, quan parlem del fet que el model familiar està canviant, no és una cosa narrativa; aquí en tenim la confirmació i la tendència.

Els exemples anteriors mostren la importància que adquireix des del servei de treball social sanitari el fet de poder aportar informació empírica sobre les diferències i les tendències que s'esdevenen en diferents grups de població sobre els quals intervenim en el sistema sanitari. Les suposicions o opinions, encara que siguin certes, no formen part del mètode científic. Aquest model de gestió del servei de treball social enfront del model d'administració constitueix un dels valors corporatius de l'establiment, ja que veiem la persona malalta com un ésser biopsicosocial i cultural. Això es basa en el model biopsicosocial.

Avui dia veiem que el sistema sanitari, i l'organització i el funcionament general d'aquest, poca cosa tenen a veure amb el mateix sistema de fa tan sols deu o quinze anys. Les tecnologies de la informació, tant les de les especialitats com les d'ús general, han contribuït en gran manera al canvi i tot just som al principi.

Una altra realitat és la reducció del nombre de llits hospitalaris, alhora que s'incrementa el nombre dels processos mèdics, tant en atenció especialitzada com en atenció primària. Aquest fet redueix l'ús individual de les instal·lacions a la més mínima expressió, però, per contra, n'augmenta l'ús col·lectiu. Això és també part del model de gestió sanitària basat en els principis de cost i eficiència, i cost i eficàcia.

Malgrat que l'ingrés hospitalari sigui necessari, cada any els temps d'hospitalització s'escurcen i, de la mateixa manera, l'activitat i la rotació augmenten. Per exemple, en els indicadors socials de l'INE el 2006, l'any 1994 per cada deu mil habitants hi havia 40,06 llits. Al cap de deu anys, el 2004, els llits s'havien reduït a 34,17. Si analitzem la rotació d'aquest mateix període, veiem que el 1994 era de 26,56 pacients per llit, de manera que el 2004 va passar a 34,17 pacients.

La tendència decreixent del nombre de llits és ben evident. En deu anys gairebé s'ha reduït en sis punts el nombre de llits hospitalaris, mentre que la població a l'Estat espanyol augmenta cada any.

D'una banda, es redueixen els llits i, de l'altra, augmenta la rotació o l'ús dels llits. El servei de treball social sanitari no pot romandre aliè a aquesta realitat i els models d'aplicació hi estaran subjectes. En tot cas, cal ampliar l'objectiu i assumir que el treball social sanitari és una eina de canvi social i que el model de gestió del servei aplicat ha de poder posar en relleu els dèficits que això comporta. Aquest entorn justifica l'aplicació d'un model proactiu amb l'engedada de programes de caràcter social que reforcin les xarxes familiars i personals dels pacients atesos i que vinculin tots dos serveis de treball social sanitari, el d'atenció especialitzada i el d'atenció primària, per garantir la continuïtat assistencial i el tractament psicosocial.

Bibliografia

(2000). *I Conferència Abril Martorell. Sanidad pública y sociedad moderna*. [València, 22 octubre de 1999]. València: 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*. Mèxic: 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". A: *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*. Mèxic: Trillas.

Destinobles, A. G. (2001). "Los mercados con información asimétrica", tema tractat pels premis Nobel d'economia 2001. A: *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*. Nova York / Londres. The New York School of Social Work, Columbia University Press.

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

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

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

Pérez de Ayala, E. (1999). *Trabajando con familias*. Saragossa: 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". A: *Milestones in Social Work and Medicine*. Nova York: Prodist.

Richmond, M. E. (1922). *What is Social Case Work?* Nova 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). . A: E. Sainsbury. *Social Diagnosis in Casework*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

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

