

De l'ajuda filantròpica al malalt i la seva família a l'ajuda del treball social sanitari

Dolors Colom Masfret

PID_00206184

Índex

Introducció	7
1. Revisió bibliogràfica sobre els antecedents i els orígens del treball social sanitari	11
1.1. Els orígens	15
1.2. La Graduate Library University of Michigan Preservation Office	17
2. Abans del 1900, des del treball social sanitari	19
2.1. Zilpha Drew Smith	19
2.1.1. 1884: Zilpha Drew Smith, secretària de la Poughkeepsie Charity Organization Society	19
2.1.2. 1915: directora associada de l'Escola per a Treballadors Socials de Boston	20
2.2. Mary E. Richmond	21
2.2.1. 1890, Charity Organization Society, Baltimore	21
2.2.2. 1891, Charity Organization Society, Baltimore	21
2.2.3. 1910, M. E. Richmond, directora del Charity Organization Department of the Russell Sage Foundation	22
2.3. Jane Addams	22
2.3.1. 1895, Jane Addams a Hull House, Chicago, citada per Glen Wood	23
2.3.2. 1897, Jane Addams a Hull House, Chicago	23
3. Abans del 1900, altres professionals capdavanters que van donar suport de manera indirecta al treball social sanitari.	25
3.1. C. R. Henderson	25
3.1.1. 1895, "German Inner Mission"	25
3.2. C. S. Loch	26
3.2.1. 1885, C. S. Loch, secretari de la London Charity Organization Society	26
3.2.2. 1895, C. S. Loch a la Society for Organizing Charitable Relief and Reprising Mendicity	27
3.2.3. 1896, C. S. Loch, secretari de la London Charity Organization Society	28
4. Abans del 1917, des del treball social sanitari	29
4.1. Mary E. Richmond	29
4.1.1. 1903, Mary E. Richmond, secretària d'Associated Charities, Filadèlfia	29

4.1.2.	1911, M. E. Richmond. Fundació Russell Sage	29
4.2.	Ida M. Cannon	30
4.2.1.	1903, I. M. Cannon, cuidadora visitadora del St. Paul, Minnesota	30
4.2.2.	1908, Ida M. Cannon, representant del Departament de Treball Social Sanitari de l'Hospital General de Massachusetts	31
4.3.	Mary M. Ogilvie	31
4.3.1.	1908, Mary M. Ogilvie, Social worker of dispensary of University of Pennsylvania	31
4.4.	Garnet Isabel Pelton	32
4.4.1.	1910, Wellesley, Massachusetts	32
5.	Abans del 1917. Altres professionals que van donar suport al treball social sanitari	35
5.1.	Intervenció de James Minnick	35
5.1.1.	1908, Secretary COS, Providence, R. I.	35
5.2.	Intervencions del doctor Michael M. Davis Jr.	36
5.2.1.	1911, director of the Boston Dispensary	36
5.2.2.	1912, director of the Boston Dispensary	36
5.3.	Intervencions del doctor Richard Cabot	37
5.3.1.	1912, Boston	37
5.3.2.	1915, Report of the chairman of the committee on health	37
5.4.	Intervencions de Sidney E. Goldstein	38
5.4.1.	1910, director of Social Service, Free Synagogue, Nova York	38
6.	Després del 1917, des del treball social sanitari	40
6.1.	Aportacions de Gordon Hamilton	40
6.1.1.	1923, Charity Organization Society, Nova York	40
6.1.2.	1931, New York School of Social Work, ciutat de Nova York	41
6.2.	Aportacions de Florence Hollis	42
6.2.1.	1936, School of Applied Sciences, Western Reserve University, Cleveland	42
6.3.	Aportacions de Helen Harris Perlman	43
6.3.1.	1957, professor of Social Work at the University of Chicago	43
6.3.2.	1962, professor of Social Work at the University of Chicago	43
6.3.3.	1971, professor of Social Work at the University of Chicago	43
7.	El nostre passat recent a l'Estat espanyol: la introducció del treball social sanitari en la institució sanitària	45

8. La segona meitat del segle XX: els treballadors socials sanitaris a l'Estat espanyol.....	51
8.1. 1986, un any clau per al treball social sanitari	52
8.2. Observacions sobre el nou marc legal que afecta el treball social sanitari i el seu reconeixement	53
Bibliografia.....	55

Introducció

L'ajuda als altres, l'ajuda als membres més fràgils d'un grup, tant si es tracta de la pròpia família com de la comunitat o de la societat en general, forma part de la relació natural que, excepte en sociopaties o en altres trastorns de la personalitat, s'estableix entre les persones. La prestació d'ajuda és present allà on hi hagi un ésser humà i al llarg de la història aquesta prestació d'ajuda s'ha anat sofisticant. Hi ha molts matisos que constitueixen aquesta *ajuda a l'altre* al llarg del temps, tot i que en els últims cent cinquanta anys aquesta ajuda s'ha bifurcat i ha generat un nou model professional que es fonamenta en el mètode científic.

Exemple

L'atenció i l'assistència mèdica als pobres i als malalts es comença a considerar necessària per a la comunitat quan socialment es comencen a veure com a força de treball. El malalt, en l'antiguitat clàssica, era vist com una càrrega, ja que, sempre segons la concepció clàssica, no aportava res a la seva comunitat i requeria molt d'ella.

F. González i altres (2005). "Los hospitales a través de la historia y el arte". *Ars Medica* (pàg. 16-18).

Segons la classe social a la qual es pertanyés, i segons l'època, l'ajuda tenia més o menys sentit, i es considerava que l'ésser humà adquiria més o menys valor. Però, en termes generals, el fet d'ajudar els altres forma part de l'eix central de les societats que es defineixen com a modernes i avançades. En totes elles hi ha una cosa innata en l'impuls d'ajudar que és sempre present.

No obstant això, tots els tipus d'ajuda, si bé es poden considerar socials i s'esdevenen en l'àmbit social, no es poden considerar ajudes des del treball social sanitari. Moltes d'elles, ni tan sols des del treball social generalista. Encara que tinguin relació amb la malaltia o amb els problemes econòmics, familiars i laborals, i encara que es donin en els establiments sanitaris i les prestin professionals del treball social sanitari, si no se segueixen els mètodes, els procediments i els protocols del treball social sanitari, no es poden considerar ajudes especialitzades.

Nota

Com diferenciem l'ajuda professional de l'ajuda espontània, és a dir, de l'ajuda que es basa en una reacció i no en un diagnòstic o en un prediagnòstic? Quan ens referim a l'ajuda que es presta des del treball social sanitari estem fixant els paràmetres d'aquesta ajuda, alhora que garantim els principis i els valors del treball social sanitari que reuneix els requisits que el converteixen en professió. Elizabeth N. Agnew situa l'origen del treball social com a professió el 1898, any en què es crea l'Escola de Filantropia de Nova York.

E. N. Agnew (2004). *From Charity to Social Work. Mary E. Richmond and the Creation of an American Profession*. Champaign: University of Illinois Press.

Per tant, un primer aspecte és considerar l'ajuda ordinària o convencional una ajuda diferent de la que es presta des del treball social sanitari. Diferent perquè la segona es basa en el coneixement i en teories provades, i implica operacions intel·lectuals i accions racionals. L'ajuda professional és una ajuda diferent de l'ajuda comuna i ha de resultar més eficaç i eficient.

Cal fer-se una primera pregunta: com es va anar organitzant l'ajuda professional des del treball social sanitari? En aquest mòdul estudiarem els antecedents històrics, els primers passos que es van fer des de les primeres organitzacions i societats de la caritat cap a l'establiment i la consolidació de la professió del treball social sanitari, que basa la seva activitat i el seu desenvolupament en el mètode científic, per mitjà de l'aplicació de tècniques, el seguiment de procediments i protocols, el desenvolupament de nous models d'intervenció, l'avaluació dels resultats de les seves intervencions i la reorganització d'acord amb les noves necessitats socials de les persones malaltes i de les seves famílies, i d'acord amb les noves estructures del sistema sanitari. Veurem parts del recorregut, estudiarem una part dels arguments, ens trobarem amb els principis inspiradors que van portar les pioneres i els pioners, dones sobretot però també homes, a matisar i concretar la prestació d'ajuda professional deixant per a altres col·lectius la prestació d'ajuda procedent de la caritat i la procedent de la filantropia.

P. R. Lee, president de l'Escola de Filantropia de Nova York, en la conferència "The professional basis of social work" (1915) oferia sobre aquest tema la reflexió següent:

"Els treballadors socials, quan pensen en si mateixos com a homes o dones professionals, tendeixen a aliar-se amb els metges, els advocats, els mestres i els clergues en comptes d'altres grups vocacionals.

Fins avui, els treballadors socials s'han classificat com a treballadors socials perquè han participat de certes ocupacions. És a dir, dos homes amb unes habilitats naturals aproximadament similars i una preparació general poden escollir una carrera al mateix temps. L'un entra a treballar en un banc i l'altre esdevé secretari de l'Associació de Lluita contra la Tuberculosi. Immediatament aquest darrer és reconegut com a treballador social, mentre que el primer no. Les diferències d'opinió sobre quin dels dos és un treballador social, per tant, són realment les diferències d'opinió sobre el que és el treball social. És a dir, el títol s'ha unit al caràcter de l'ocupació i no a la qualificació dels treballadors socials. Això és totalment legítim com a mètode de classificació, però del document del senyor Flexner es desprèn que no és la base de les distincions professionals."

P. R. Lee (1915). "Committee report: the professional basis of social work". A: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second annual session held in Baltimore* (pàg. 598).

P. R. Lee assenyala la importància d'aclarir el factor diferencial del treball social, hi afegim gairebé sanitari, què ens diferencia d'altres professionals del sistema sanitari. Però, a més a més, reforça els punts que Abraham Flexner va indicar que s'havien de complir perquè una activitat es pogués considerar una professió destacant el fet que "la paraula professió o professional s'ha d'utilitzar poc i de manera estricta". Segons el que va dir, les professions:

The professional basis of social work

La base professional del treball social.

- "Impliquen en essència operacions intel·lectuals amb una gran responsabilitat individual.
- Deriven la seva matèria primera de la ciència i de l'aprenentatge.
- Treballen aquest material en un extrem pràctic i definit.
- Tenen una tècnica educativa comunicable.
- Tendeixen a l'autoorganització.
- Són cada vegada més altruistes en la motivació".

A. Flexner (1915). "Is social work a profession?". A: *Official proceedings of the annual meeting: 1915*. Collection: National Conference on Social Welfare Proceedings.

Què identifica el treball social sanitari com a disciplina i com a professió? En aquest postgrau, i en aquest mòdul, estudiarem els factors que converteixen el treballador social sanitari en especialista del treball social en el camp sanitari. Ens podem preguntar, a més a més, quins factors diferencien un treballador social sanitari d'un altre que no ho és. *Grosso modo*, actualment podem assenyalar diversos punts:

- La formació especialitzada. Aquest màster n'és un exemple. El treball social sanitari no obté la denominació de *professió* per la seva ocupació, sinó per la derivació corresponent del coneixement i la ciència.
- El coneixement de la institució sanitària pel que fa a l'organització i les funcions socials que apleix.
- El coneixement de la legislació que regula les funcions dels professionals, l'acte assistencial en el sistema sanitari.
- El coneixement de les malalties i dels efectes psicosocials que tenen en la vida social de les persones que les pateixen, i també en la família i l'entorn.
- La capacitat i l'habilitat per a diagnosticar i, per tant, tractar aquests efectes seguint plans de treball específics en cada cas.
- La recerca aplicada en el camp sanitari per tal d'intervenir en la generació de coneixement i la creació de nous programes.
- La capacitat de liderar i proposar nous programes de caràcter interdisciplinari considerant la funció preventiva i assistencial.

La lectura dels fragments de textos originals que segueixen ha d'estimular a consultar, en algun moment, les fonts, per a introduir-se en els pensaments, els arguments i les inquietuds dels pioners i pioneres. I, sobretot, per a aprendre i interioritzar que el treball social sanitari representa i dóna representativitat

El treballador social sanitari

Hi apliquem el qualificatiu *sanitari* perquè, si bé aquest màster és el primer que es realitza a l'Estat espanyol sobre aquest tema, l'acció del treball social sanitari, encara que no hagi estat reconeguda, es manifesta en la pràctica.

als aspectes socials de la malaltia en la persona que la pateix, en la seva família i en el seu entorn, i recupera i destaca els aspectes socials dels pacients i les seves famílies dins la institució sanitària.

Alguns dels textos que segueixen han estat publicats abans en algun mitjà professional, si bé per a la transcripció actual s'han revisat i, en alguns casos, s'han ampliat.

1. Revisió bibliogràfica sobre els antecedents i els orígens del treball social sanitari

M. E. Woods i F. Hollis (2000) escriuen el següent:

"És important entendre la història del *casework* psicosocial (mètode de treball social de cas). El coneixement del passat i el sentit de continuïtat il·lumina el present; si sabem on hem estat, podem avaluar més bé on som i cap a on anem". Des del coneixement de les missions, les perspectives i les lluites dels nostres predecessors, podem aprendre dels seus assoliments i errors a mesura que construïm i establim coneixement."

M. E. Woods; F. Hollis (2000). "Casework". A: *Psychosocial therapy*. Boston: McGraw-Hill.

Això és el que farem. Per a aquest mòdul, especialment, partim de diferents fonts documentals. Sobretot tenim en compte les fonts originals, els documents i actes literals. Atès que és impossible garantir la consulta a totes les fonts, de les consultades, n'extraurem els fragments més importants i decisius en el desenvolupament del treball social sanitari. Com a primera observació, en els textos antics es parla de *treball social* moltes vegades sense cap altre qualificatiu; tanmateix, cal assenyalar que la seva acció està relacionada, especialment, amb les persones pobres i malaltes. Per tant, en el context primigeni, la relació amb l'aspecte mèdic era una obvietat. Progressivament, com assenyala en un moment determinat la mateixa M. E. Richmond (1891), es parla de *prevenició*. Per a ella, aquest pas és el primer gran pas.

En aquest mòdul, també estudiarem el treball de revisió d'autors contemporanis publicats a la fi del segle XX i a l'inici del segle XXI. Les seves aportacions són importants per la interpretació que duen a terme, i són una altra font d'anàlisi, si bé és important no oblidar que es tracta d'interpretacions. D'aquesta manera anirem veient el coneixement generat pels pioners i hi aprofundirem, a partir de l'observació i la recerca, però sobretot de la pràctica filtrada pel mètode científic.

Quan parlem de les fonts, hem de saber que els textos estan situats en diversos centres de recerca. No hi ha cap centre al qual s'acudeix per agafar el que es busca com si ens estigués esperant, però les tecnologies de la informació no permeten accedir a molts d'aquests centres per mitjà de la xarxa. El que es busca sovint es troba en un segon pla dins d'altres textos. Hi ha molts fons documentals als quals es pot acudir. Cada professional pot contribuir a aquesta tasca d'una manera succinta amb les particulars cerques que realitzi. Si sabem el que busquem, amb sort i temps, ho trobarem. Després comença el veritable treball, la lectura, l'anàlisi, la interpretació, l'assimilació, etc., i la selecció. El que s'ha trobat ve acompanyat d'altres textos dels quals cal valorar igualment els continguts (hi ha una paraula en anglès per a definir aquest fenomen: *serendipity*). Molts d'aquests autors que apareixen sense buscar-los no han passat a la història ni són coneguts per nosaltres. No formen part dels autors clàssics

Referència bibliogràfica

M. E. Richmond (1891). "Eighteenth Annual Conference of Charities" (pàg. 312-313).

que hem estudiat durant la formació del primer cicle de diplomatura o grau de Treball Social. Però van aportar el seu gra de sorra. Una vegada reapareguts, comprovem que molts dels seus textos tenen un gran valor per a comprendre els fonaments del treball social, especialment el sanitari.

En aquest exercici de revisió bibliogràfica són importants els pensaments exposats en públic, les teories, els arguments i les experiències. Les descripcions de les realitats que bressolen les experiències, els estudis realitzats, les recerques i els resultats obtinguts, sempre sense deixar de banda l'època en què s'han produït. La revisió bibliogràfica implica la decisió de descartar alguns textos i prescindir d'alguns autors; això sempre succeeix segons el parer de qui revisa que ha de garantir la màxima objectivitat. És el límit de qualsevol revisió. Convindrem que no tots els autors escriuen amb el mateix rigor i que molts articles no aporten res de nou al que s'ha dit, cosa que disminueix la credibilitat i la confiança en el seu treball.

Exclusió d'un text

Un criteri clar d'exclusió d'un text de revisió bibliogràfica és quan peca de citacions sobre les referències que enuncien, o quan no és possible trobar el que diuen que ha dit "algú" o quan la ideologia predomina sobre la ciència. Com a professionals, hem de ser exigents amb els textos dels quals ens nodrim.

Una revisió bibliogràfica, sense pretendre-ho, sempre serà parcial; tanmateix, dins d'aquesta parcialitat, és obligat que el lector pugui consultar precisament les fonts esmentades pel revisor i consultar tot el text del qual només se citen fragments. Una revisió bibliogràfica ha de quedar sempre oberta a nous punts i a nous autors. Deixar un text de revisió bibliogràfica tancat, com si ho contingués tot, és un reduccionisme impropï de professionals madurs. Per tant, aquest mòdul té com a objectiu obrir finestres, mostrar camins i construir ponts perquè cada participant els pugui recórrer i alhora descobrir-ne altres de nous que, sens dubte, trobarà.

A mesura que els fons documentals es van digitalitzant i que els propietaris dels arxius permeten l'accés a documentalistes i altres professionals, sorgeixen materials que il·luminen cada vegada més els orígens de la nostra professió, el treball social amb el seu centre de gravetat en l'àmbit mèdic, una de les àrees on es va iniciar. Com la medicina, el treball social es va instruir essent art. Un art que va evolucionar cap a la ciència sota la premissa que no es tracta d'una ciència exacta. La qualificació de *ciència del treball social sanitari* no té unanimitat, però si ens basem en els nombrosos tractats i conferències d'Einstein en què explica el que és la ciència, aquesta qualificació ens resultarà més comprensible i menys excloent. En un text escrit el 1934, Einstein assenyala el següent:

"No hay duda de que el mejor medio de sustentar cualquier convicción es basarla en la experiencia y el razonamiento claro. [...] En realidad, el método científico solo no puede mostrarnos cómo se relacionan los hechos entre sí y cómo están mutuamente condicionados. [...] Ciencia es el empeño secular de agrupar por medio del pensamiento sistemático los fenómenos perceptibles de este mundo en una asociación lo más amplia posible. Dicho esquemáticamente, es intentar una reconstrucción posterior de la existencia a través del proceso de conceptualización."

A. Einstein (2007). *Mis ideas y opiniones* (pàg. 35-43). Barcelona: Antoni Bosch.

En una publicació del 1936, Einstein afegeix sobre aquest tema el següent:

"El objetivo de la ciencia es una comprensión tan completa como sea posible de la conexión entre las experiencias sensoriales en su totalidad y el logro de ese objetivo mediante el uso mínimo de conceptos primarios y de relaciones. [...] La ciencia utiliza la totalidad de los conceptos primarios, o sea, conceptos conectados en forma directa con las experiencias sensoriales, y de las proposiciones que los relacionan. En su primera etapa de desarrollo, la ciencia no contiene nada más. Nuestro pensamiento de cada día se contenta, en términos generales, con ese nivel. No obstante, una situación así no puede resultar satisfactoria para quien posea una verdadera mentalidad científica, porque la totalidad de los conceptos y las relaciones obtenidos de esta manera carece por completo de una unidad lógica."

A. Einstein (2007). *Mis ideas y opiniones* (pàg. 264-266). Barcelona: Antoni Bosch.

Però el mateix doctor Cabot, el 1915, es referia a això. Segons paraules seves, però aplicades a la generació de coneixement científic mitjançant l'anàlisi dels casos i les pràctiques realitzades, il·lustrava la manera de generar aquest coneixement des del treball social sanitari perquè fos considerat ciència:

"a) Mitjançant l'observació del treball dels experts. b) Mitjançant l'estudi, amb una supervisió acurada, dels informes registrats de casos il·lustratius (l'esforç per a seleccionar-los és en si mateix una temptativa de classificació o agrupació, que és el començament d'una ciència). c) Mitjançant la pràctica amb la supervisió acurada del diagnòstic real (recerca) i el tractament (eliminació) dels casos. No veig cap raó per dubtar que, en la ciència i l'art d'estudi i model del caràcter, els llibres finalment ocuparan la mateixa posició útil com en la medicina, encara que com a influència educativa estaran sempre subordinats (com ho estan en la medicina) a l'observació dels experts en el treball, en l'anàlisi posterior o preliminar i la discussió dels casos publicats, i més endavant en l'aprenentatge del treball en si mateix."

R. C. Cabot (1912). "Educational aspects of medical-social work". A: *Social Service and the art of healing* (pàg. 65-75). Nova York: Moffat, Yard and Company ("NASW Classic Series").

Avui hem avançat molt més, però també sabem que ens queda molt per investigar i per fer. La retòrica i la discursivitat continuen predominant sobre els aspectes empíric i analític, sobre els assoliments i els resultats. El treball social sanitari investiga l'associació entre la malaltia, les causes socials i psicosocials d'aquesta i els efectes que té en la vida diària de les persones que afecta, i diferencia entre les formes d'ajuda prestades segons la malaltia de què es tracti i accepta que cadascuna en si mateixa genera circumstàncies particulars. Tot això sempre contextualitzat segons l'entorn de la persona. Cal assumir des del principi que qualsevol intervenció des del treball social sanitari s'inscriu dins d'un procediment o protocol segons cada cas, i ha d'estar avalada pel diagnòstic social sanitari. Així, a partir d'una malaltia determinada, s'han d'establir un seguit d'intervencions prèviament validades. A partir d'una determinada circumstància social o a partir d'una actitud psíquica, que representen un risc provat per a la persona i la seva família, s'estableix igualment una sèrie d'intervencions en els àmbits psíquic, personal o familiar, entre d'altres,

també prèviament validades. Certament, la recerca permet establir agrupacions i intervenir-hi amb patrons i models que marquen accions precises, però la unicitat de la persona comporta la unicitat del tractament.

La ciència, en comptes de ser una cuirassa impenetrable, és una membrana porosa per la qual transiten els elements essencials de l'objecte d'estudi. Qual-sevol teoria es pot convertir en invàlida quan apareix un nou aspecte que no s'havia considerat abans. El caràcter científic del treball social sanitari, com veurem al llarg del màster, pren cos d'una manera progressiva a mesura que s'estudien les repeticions dels fets que afecten, en l'àmbit social, les persones malaltes que tractem i les seves famílies.

Apliquem els mateixos procediments, per exemple el "procediment d'acolliment per a persones més grans de vuitanta anys, ingressades" i considerem el mètode de *casework* ('treball de cas'). En primer lloc veurem que davant les mateixes circumstàncies, per exemple "viure sol", no obtenim els mateixos resultats (el factor humà és irrepetible); cada persona més gran de vuitanta anys que viu sola té unes vivències diferents d'aquestes mateixes circumstàncies. Tanmateix, veurem que determinades reaccions i respostes de la persona són molt semblants. A mesura que apliquem mètodes comparatius i podem estudiar les diferències i les tendències, ens podem aproximar més a la realitat i a les maneres d'intervenir-hi. Els pioners, homes i dones, fruit de l'observació, van començar a reflexionar sobre l'organització social al voltant de la malaltia i les persones malaltes, i sobre com aquesta organització generava patiment als més febles, als malalts, als pobres i als desprotegits. I això com a reacció a les noves formes d'exclusió a conseqüència de la industrialització, que creava nous pobres, nous malalts i nous desprotegits. Ara bé, igual que la medicina, el treball social sanitari tampoc no és una ciència exacta. No ho pot ser. No obstant això, l'observació, l'anàlisi de les repeticions esmentades i l'avaluació dels resultats tenint en compte els nostres plans de treball permeten parlar de ciència pel fet de poder prevenir i avançar-se a dificultats inherents a les circumstàncies objectives i, per mitjà de la ciència i del mètode científic, promoure les millors pràctiques professionals i liderar els programes i els serveis més eficients.

Dit això, quan un treballador social sanitari no segueix els procediments ni els protocols del treball social sanitari, quan la seva acció no es fonamenta en cap teoria de treball social, quan no té identificats els processos de treball social sanitari que ha de seguir, quan no té al catàleg de prestacions ni a la cartera de serveis i en la intervenció que duu a terme resol les situacions que se li presenten sobre la marxa i improvisa, quan no disposa de suports conceptuals, hem de considerar que aleshores aquest treballador social sanitari no segueix cap mètode científic i, per tant, no podem considerar la seva intervenció treball social sanitari. No obstant això, la mala pràctica d'aquest "professional" concret no pot desacreditar tota una professió ni el seu col·lectiu.

El treball social sanitari, com a especialització del treball social generalista, és estudi, diagnòstic i intervenció, i també observació de les persones malaltes i de les seves famílies, de manera que relaciona la malaltia que pateixen amb els desequilibris que es produeixen en el seu nucli familiar i ambiental. En el passat, i també en el present, l'observació pacient i la constància en els registres creats pels pioners, homes i dones, juntament amb els metges amb qui treballaven, són els elements que van permetre establir els primers paradigmes, indicadors i estàndards. Certament, en el treball social sanitari no es poden establir determinismes quant a la intervenció, ja que som dins del factor humà, però sí que hi ha circumstàncies i realitats que s'esdevenen amb més freqüència quan es manifesten determinades malalties que penetren, més o menys, en l'àmbit social. La intervenció des del treball social sanitari, amb independència de l'àmbit de què es tracti (primari o especialitzat), com es veurà en els textos que se citen, s'ha d'ajustar i respondre a les necessitats de les persones i del seu entorn, diagnosticades per un treballador social sanitari. El diagnòstic social sanitari, com a aval dels processos d'intervenció, sempre s'inscriu dins d'un procediment o protocol de treball social sanitari.

Però, tot això, com es va anar construint? No es pot pensar en el desenvolupament del treball social sanitari aïllat del desenvolupament de les altres disciplines socials i mèdiques (la sociologia, l'antropologia, la medicina, l'economia, la psicologia o la psiquiatria, entre d'altres). Tampoc no es pot separar dels moviments socials que es van produir a la fi del segle XIX i a l'inici del segle XX que tractaven de donar resposta i posar remei a les noves bosses de malestar. Les guerres. La gran depressió econòmica. Tot dins el seu context permet establir analogies amb el temps actual, en què, més que mai, el treball social sanitari representa un gran suport tant per a la gestió de casos, com per a la gestió de programes i per al lideratge, i n'impulsa altres de nous.

1.1. Els orígens

Trobem els orígens de la professió pròpiament dits a Anglaterra, però sobretot als Estats Units. No en va les primeres autores, les més llegides, són de manera majoritària, si bé no exclusiva, nord-americanes. Certament hi van estar influïdes, i moltes d'elles van conèixer Europa, la Gran Bretanya o Alemanya. Els viatges transoceànics que desplaçaven professionals i líders socials d'una banda a l'altra de l'Atlàntic van ser un fet, tal com demostren algunes cartes.

En la preparació d'aquest mòdul, com s'ha comentat al principi, prioritzem les transcripcions literals de les sessions i les conferències, els articles originals que van sorgir de la mateixa efervescència social, sorgits per a donar forma al nou estat del benestar, nodrits tots ells pel que succeïa al final del segle XIX i a l'inici del segle XX. Molts dels textos consultats, segurament, van anar creixent

fins a convertir-se en llibres de capçalera del treball social en general, i del sanitari en concret, ja que molts dels exemples, com diem, estan basats en la malaltia física i mental.

Ens hem de fixar en la connexió que les líders socials, després treballadores socials, del moment van mantenir amb la realitat dels problemes socials que tractaven, de manera individual i col·lectiva, als hospitals i en la comunitat; com hi entraven des de l'empirisme i no des de l'àmbit especulatiu; com, al seu torn, formaven part de les institucions que lideraven els grans canvis que es produïen, i com moltes de les seves aportacions es basaven en el mètode científic. Però sobretot és important veure-les en el paper de defensa de la dignitat humana i de la llibertat. En els textos següents trobem el que s'ha de dir i el que no s'ha de dir, i entenem que s'han d'evitar els tòpics, que sempre són a l'abast de qualsevol. Veurem les tècniques amb les quals van implicar els voluntaris i els visitadors amistosos en la prestació d'ajuda i la realització d'un bon seguiment de les famílies de les quals eren responsables.

Així, una primera observació és que el treball social sanitari té l'origen en l'ajuda a les persones que pateixen problemes socials associats amb la malaltia i amb el fet d'emmalaltir, als membres de les seves famílies, que sempre es veuen afectats, i també al veïnat. I una segona observació és que clarament diferencien l'atenció individual en el *casework*, el treball social de cas, de la planificació de programes col·lectius per mitjà del treball social de grup i comunitari. Per tant, traslladat al nostre temps, diferenciem la gestió del cas social sanitari (cal no confondre-ho amb la gestió de la cura, amb una gran rellevància de la infermeria) de la gestió dels programes psicosocials.

Molts exemples i casos presentats en aquestes conferències estan relacionats amb problemes generats per la malaltia o agreujats per aquesta, uns problemes que, sorgits de la insalubritat, de la mala nutrició, de la falta d'higiene personal i a les cases, de l'excés d'hores de feina, etc., són a la base de la malaltia. La majoria tenen a veure amb les noves formes de vida adquirides per una societat que abandona el camp per viure la revolució industrial més descarnada a les ciutats, sovint amb l'explotació dels treballadors, homes, dones, nens i ancians; una societat poc sensible que, gràcies a consciències més refinades, que es van organitzar en societats de la caritat, es va sensibilitzar. Podem pensar que són realitats ja superades, però si ens aturem a mirar el nostre entorn veiem que el malestar, la injustícia social, l'amuntegament, els problemes de salut pública, etc. són presents actualment en moltes ciutats. N'és un exemple l'arribada de persones estrangeres, immigrants, sense permís de residència ni de treball, que escapen de la misèria dels seus països. O és que potser els anomenats *pisos pastera* no són llocs totalment insans? I els tallers clandestins, noves expressions de l'esclavitud i la seva explotació?

L'objectiu d'aquest mòdul és situar l'especialització del treball social sanitari en el context històric en què es va fundar, l'àmbit sanitari, i recuperar-ne els principis filosòfics, les intervencions i les accions que els acompanyaven i com, any rere any, buscaven perfeccionar-se prenent com a referent el que havia succeït l'any anterior.

En el llibre *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos* es descriu el recorregut social que es va produir en el segle XIX fins a arribar a la professió actual. El llibre parla del treball social en general, però s'hi fan moltes al·lusions als problemes de malaltia ocasionats per la marginació i la pobresa. M. J. Vázquez escriu el següent:

"Pero no sólo estaba sometida la clase obrera a pésimas condiciones de vivienda; la historia nos demuestra que, sobre la salud de este sector de población, incidían de forma permanente las malas condiciones de trabajo: bajos salarios, jornada laboral interminable, inseguridad... En suma, desprotección y desregulación, e incluso una regulación a favor del *laissez faire* patronal. A esto, habría que añadir la *calidad* de los productos alimentarios a los que podían acceder."

M. J. Vázquez (2004). "Orígenes del trabajo social". A: A. Capilla; J. C. Villadóniga. *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos*. Huelva: Universidad de Huelva.

1.2. La Graduate Library University of Michigan Preservation Office

Un dels arxius més importants actualment i una de les fonts més significatives de documentació que utilitzarem per a rescatar els antecedents del treball social sanitari, com va sorgir, els debats que es van produir al voltant de la professionalització i la necessitat de formació és la Graduate Library University of Michigan Preservation Office. Hi trobem arxius des del 1874 fins al 1982. En la seva extensa documentació trobem l'evolució que ha acompanyat el desenvolupament de l'estat del benestar als Estats Units, però també a Europa, ja que molts líders europeus, com es veurà, viatjaven per assistir a les conferències anuals sobre benestar. Hi trobem els serveis i els principis filosòfics bàsics portats a peu de carrer. Educació per a infants desprotegits, cases de convalescència, visites a domicili per a conèixer l'entorn social, etc. I, a banda d'aquests serveis i programes de serveis socials, inclouen un gran nombre de textos de treball social sanitari¹ que inclouen.

L'arxiu s'inicia amb un volum del 1874 (originalment publicat a *Journal of Social Science*, núm. 6) que es va publicar sense títol per l'American Social Science Association. Es va reimprimir el 1885 amb el títol *Proceedings of the First Conference of Charities and Correction*². Després es van donar blocs temàtics que indiquen les diverses èpoques. En els diferents blocs trobem textos inèdits, dones i homes que reflexionen sobre la transformació d'una part de la filantropia caritativa en una professió que reconstruïa la vida de les persones, les ajudava a ajudar-se a partir del diagnòstic social. Els textos mostren el valor de l'avaluació per a assegurar el camí correcte de les intervencions professionals i, alhora, saber per a què servia tot el que es duia a terme.

Referència bibliogràfica

A. Capilla; J. C. Villadóniga (2004). *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos*. Huelva: Universidad de Huelva.

⁽¹⁾Inicialment anomenat *mèdic (medical social work)*.

Web

Si voleu saber més coses sobre els arxius, podeu consultar: <http://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/>.

⁽²⁾Procediments de la Primera Conferència de la Caritat i la Correcció

Trobem textos de metges, pastors, mànagers i voluntaris, i tots contribuïen a articular la professionalització en l'activitat natural d'ajuda, sense que això significués eliminar la filantropia clàssica. El treball social sanitari incloïa la intervenció social i la formació dels professionals que es duïen a terme a les escoles. Els diferents períodes dels textos es divideixen de la manera següent:

- El **1874**, Conference of Boards of Public Charities (Conferència de les Sales de Caritat Públiques).
- Entre **1875 i 1879**, Conference of Charities (Conferència de la Caritat).
- Entre **1880 i 1881**, Conference of Charities and Correction (Conferència de la Caritat i la Correcció).
- Entre **1882 i 1916**, National Conference of Charities and Correction (Conferència Nacional de la Caritat i la Correcció).
- Entre **1917 i 1956**, National Conference of Social Work (Conferència Nacional de Treball Social). Cal assenyalar que, el 1917, Mary E. Richmond publica *Social Diagnosis*.
- **A partir del 1957**, National Conference on Social Welfare (Conferència Nacional de Benestar Social).

2. Abans del 1900, des del treball social sanitari

2.1. Zilpha Drew Smith

2.1.1. 1884: Zilpha Drew Smith, secretària de la Poughkeepsie Charity Organization Society

Moltes veus van participar d'aquests primers moments que van durar uns quants anys. No obstant això, per començar, ens centrarem en la figura de Zilpha D. Smith. El seu nom segurament és desconegut per a la majoria de gent, però si diem que M. E. Richmond li va dedicar el llibre *Social Diagnosis* ens hi sentirem certament a prop. Mary E. Richmond escriu el següent:

"Per a Zilpha Drew Smith, la fe constant de la qual en les possibilitats del treball social de cas ha estat la inspiració d'aquest llibre i de la seva autora."

El seu nom apareix en els arxius consultats per primera vegada l'any 1883, en la Desena Conferència Anual de la Caritat, i ho fa com a secretària de la Poughkeepsie³ Charity Organization Society. L'última aportació que va fer en el mateix context és de l'any 1915 en la Quaranta-dosena Conferència Anual, ja com a directora associada de la nova Escola de Treballadors Socials de Boston. En aquest any, va participar en la sessió dedicada a la formació i a l'entrenament dels treballadors socials. Va ser el mateix any, i en el mateix programa de sessions, que Abraham Flexner (ja esmentat) va presentar la seva crítica conferència "És el treball social una professió?". Una sessió en què es va debatre àmpliament sobre la formació en treball social i els seus continguts, entrant molt especialment en l'associació entre la pobresa i la malaltia i en la manera de reduir-les.

El 1884, en l'Onzena Conferència Anual de la Caritat, Zilpha D. Smith presentava un treball sobre la tasca dels voluntaris visitadors i l'organització necessària que havia de suportar la seva activitat perquè aquesta visita fos el màxim d'efectiva possible.

La seva exposició va tractar sobre dos punts, segons ella bàsics. D'una banda, l'intercanvi d'informació privada entre societats sobre les famílies ateses i amb les quals podia intervenir, simultàniament, més d'una societat. De l'altra, assegurar consultes sobre temes en general i sobre famílies en particular. Assenyala que, en l'últim any, les actes d'atencions pujaven a onze mil famílies. Va introduir la figura de l'agent pagat per a supervisar el visitador amistós en casos que requerien més estudi i experiència. La importància de pagar-li es

⁽³⁾Ciutat petita situada a la vall del riu Hudson, a l'estat de Nova York.

Web

Podeu consultar la biografia de l'autora a <http://www.britannica.com/ebchecked/topic/549918/zilpha-drew-smith>.

Referència bibliogràfica

A. Flexner (1915). "Is social work a profession?" A: *National Conference of Charities and Corrections. Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second Annual Session held in Baltimore* (pàg. 576-591).

Referència bibliogràfica

Z. D. Smith (1884). "Volunteer visiting: the organization necessary to make it effective". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 69-72).

trobava en el fet que igualment se li podia exigir una responsabilitat. També va assenyalar la importància d'aprofitar la informació que hi havia a la seu central de la Societat de la Caritat per a evitar duplicar preguntes. Escrivia:

"Una família es deriva a la nostra societat per a la recerca i la visita amistosa; tota la informació que ja està registrada a l'oficina central s'envia a l'oficina del districte. Això cal afegir la visita del responsable a la llar i fora dels resultats de les recerques, a fi que el comitè tingui tots els coneixements necessaris per a decidir sobre el present recurs, i triar el visitant adequat per a crear una amistat permanent i d'ajuda a la família.[...] És un deure de la comissió i del seu agent garantir els informes freqüents dels visitadors en el seu districte i fer suggeriments basats en l'experiència. Obtenir informes freqüents pot sonar a «burocràcia», però tot pot ser administrat d'una manera amigable."

Z. D. Smith (1884). "Volunteer visiting: the organization necessary to make it effective". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 69-72).

En aquests textos, trobem les bases del que serien els primers fonaments organitzatius del treball social, tant en l'atenció directa de cas com en la gestió de la documentació pròpia resultant de l'activitat professional derivada d'aquesta atenció directa. El cas permet arribar al col·lectiu. Els anys següents, els seus textos i participacions en les discussions giraven al voltant del bé que els visitants amistosos podien aportar a les famílies que visitaven. Aquest, per a ella, n'era el sentit i la finalitat. Va tractar la millora de l'organització, de la seva eficàcia i efectivitat. En les seves explicacions, veiem que es començava a gestar el mètode de treball social de cas, el *casework*. S'havien d'aconseguir canvis en les persones des de dins de si mateixes, des de dins del seu mateix hàbitat, i això requeria estratègia en la intervenció. Una d'aquestes estratègies era que la persona fos partícip del seu tractament. Pacència i seguiment. Els canvis havien de significar una millora tangible de la seva situació social. Amb això, va introduir la importància de l'avaluació de les intervencions.

2.1.2. 1915: directora associada de l'Escola per a Treballadors Socials de Boston

L'última compareixença de Zilpha Drew Smith de la qual es té informació en els arxius consultats la va realitzar ja com a directora associada de l'Escola per a Treballadors Socials de Boston. El tema va ser *El treball de camp*. Començava l'exposició de la manera següent:

"Miss Abbott ha expressat de manera adequada la necessitat que en la formació dels treballadors socials es combini el treball de camp amb el treball a l'aula; ara parlaré de certs principis que sembla que procedeixen de la mateixa base del treball de camp, en el valor de l'educació completa i la seva aplicació a Boston, on les condicions de l'entorn difereixen una mica de les de Chicago."

Z. D. Smith (1915). "Field work". A: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second Annual Session held in Baltimore* (pàg. 622-626).

En la conferència, Zilpha Drew Smith es va centrar en el treball de camp com el lloc on realment els estudiants de treball social, dones i homes⁴, es convertien en professionals, i assumien responsabilitats d'una manera progressiva. El punt central de la seva exposició es va fonamentar en el fet que el treball de camp durant la formació permetia als estudiants complementar el vessant teòric amb

⁽⁴⁾ Crida l'atenció que reclamin la presència d'homes en els equips de voluntaris amistosos.

la pràctica dins la realitat dels casos i assumint els reptes particulars que, com a estudiants en formació, els imposava els límits de la realitat. Zilpha Drew Smith va continuar:

"Amb catorze hores a la setmana de pràctiques durant vuit mesos no es pot formar un treballador altament qualificat, però podem donar-li una comprensió pràctica del que significa la tècnica, mostrar-li quant li queda per aprendre i ajudar-lo a descobrir les seves aptituds, o bé triar el camp de treball en què aquestes aptituds estaran més ben cultivades i utilitzades."

Z. D. Smith (1915). "Field work". A: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second Annual Session held in Baltimore* (pàg. 624).

Una classe magistral de gestió, administració i formació de recursos humans. A més a més, fixem-nos que Zilpha D. Smith posa el focus sobre el camp de treball, de la qual cosa es dedueix que començava a albirar les diferents especialitats. Com es veurà, feia deu anys que s'havia inaugurat el primer despatx de treball social sanitari a l'hospital i el 1915 eren moltes les especialitats que s'havien anat creant.

2.2. Mary E. Richmond

Mary E. Richmond és la figura més representativa del treball social. Ella és la que realment va veure la necessitat d'elaborar un diagnòstic social de tots els casos que rebien alguna ajuda. La seva obra mestra *Social Diagnosis* es va publicar el 1917, però va ser una autora molt prolífica i una activista de l'estat del benestar. A continuació veurem algunes de les aportacions que va fer.

2.2.1. 1890, Charity Organization Society, Baltimore

El seu nom apareix per primera vegada en la llista de delegats en la Dissetena Conferència Anual de la Caritat de l'any 1890, com a "Richmond, Miss Mary E., Charity Organization Society, Baltimore". En aquesta conferència, no es va produir cap intervenció de part seva; per a això caldria esperar a la conferència següent, l'any 1891.

2.2.2. 1891, Charity Organization Society, Baltimore

Dins la Divuitena Conferència, després que tots els estats presentessin els seus informes, sempre es donava pas a un espai anomenat "Minutes and Discussions"⁵, en què els secretaris i secretàries de les societats realitzaven les seves alegacions i observacions. Aquesta intervenció és la primera que va fer en aquesta secció que, seguint la reproducció, es va produir el dijous 14 de maig. I va ser ella qui va demanar la paraula; va dir el següent:

⁽⁵⁾ Minutes i discussions.

"Una part molt important del meu treball és llegir els informes. He comprovat que l'observació més freqüent és «un any més, tot ha anat rodat». Una altra és «tenen motius per estar profundament agraïts, que mai en la història de la institució s'ha produït un any amb tant èxit», etc. Els informes avui han estat eminentment pràctics, però encara em sento obligada a dir, en el llenguatge dels informes que critico, que mai en la història del nostre Estat hem tingut un any reeixit.[...] L'Associació de Pobres ha tingut un gran impuls a partir de l'última conferència. L'establiment de noves organitzacions benèfiques es troba sobre una bona base en la línia de la prevenció més que de l'alleujament. [...] Com que l'educació superior i la caritat superior estan tan estretament relacionades, pot ser necessari referir-se al fet que les dones d'aquest país han recaptat diners per a l'educació mèdica de les dones, i considerem que, a Baltimore, en relació amb la Universitat Johns Hopkins, el 1892 s'establirà una escola de medicina amb igualtat d'oportunitats per a les dones i els homes."

M. E. Richmond (1891). "Minutes and Discussions". A: *Eighteenth Annual Conference of Charities* (pàg. 312-313).

Com es pot veure, l'atenció a la malaltia, però sobretot els programes preventius, formaven part dels seus ideals i també dels seus primers treballs, però no podem deixar d'assenyalar la seva referència a la igualtat d'oportunitats entre els homes i les dones amb la normalitat que seria desitjable.

2.2.3. 1910, M. E. Richmond, directora del Charity Organization Department of the Russell Sage Foundation

Mary E. Richmond ja formava part de l'equip de la Russell Sage Foundation, entitat a la qual va estar vinculada fins que va morir el 1928. En aquest cas, no obstant això i dins el marc de la trenta-setena sessió anual de les conferències de la caritat, va posar el focus en els mètodes, a separar el que és general del concret, en la necessitat de precisar les observacions i objectivar-les. Estava enfocant el diagnòstic social i plantejava la reflexió següent:

"En els vells temps havíem de lluitar molt enmig del corrent i en contra de les persones sentimentals que no seguien cap política social, ni tenien una concepció concreta del tot, o fins i tot d'una petita part del tot que es podria descriure com a concret. Ara que s'ha marcat una tendència ens trobem de nou enmig del corrent lluitant contra aquells les concepcions dels quals són inconcretes, de fet, però la devoció de les quals per alguns mitjans molt definits de progrés social no els deixa veure les línies principals de la situació."

M. E. Richmond (1891). "Families and neighbourhoods". A: *Report of the committee. National Conference on Social Welfare* (pàg. 218).

És important aturar-se en aquest punt per veure com dóna relleu Mary E. Richmond al pes dels sentimentalismes enfront de l'anàlisi racional. Els primers amb el risc de desviar la veritable acció professional i convertir-la en una resposta reactiva i caritativa que, malgrat que sigui terapèutica, manca de mètode i, per tant, d'un pla de tractament per a motivar el canvi.

2.3. Jane Addams

Jane Addams és una altra de les grans figures rellevants de l'època. Tal com succeeix amb Mary E. Richmond, la seva influència ha transcendit les èpoques i el seu pensament sociopolític continua il·luminant el treball social generalista, i moltes de les seves observacions i propostes inspiren també el treball social

sanitari. El seu punt de vista sobre la manera d'afrontar la pobresa i atendre les persones pobres i malaltes se centrava sobretot a crear establiments comunitaris, avui en diríem *serveis socials*, als barris.

Va ser una de les líders del moviment sufragista i de la defensa dels drets humans. El 1931 va rebre el premi Nobel de la pau, de manera que es va convertir en la primera dona americana a rebre'l.

2.3.1. 1895, Jane Addams a Hull House, Chicago, citada per Glen Wood

Jane Addams apareix per primera vegada citada en les conferències del 1895 per Glen Wood, que va parlar per l'estat d'Illinois. En un moment de la seva exposició diu el següent:

"L'engegada d'establiments socials a la ciutat ha crescut ràpidament. Entre ells, el Hull House és al capdavant sota la supervisió directa de la senyora Jane Addams. Actualment, hi ha set establiments a Chicago. En examinar la tasca de l'Estat, és agradable prendre nota d'un altre pas en la direcció correcta. En la sol·licitud de la Junta Estatal de Caritats, el governador ha donat instruccions que es contractin dones metges en tots els hospitals per a malalts mentals de l'Estat."

G. Wood (1895). *Twenty-Second National Conference Of Charities* (pàg. 343).

2.3.2. 1897, Jane Addams a Hull House, Chicago

El 1897 trobem dues aportacions de Jane Addams a la conferència; la primera presentava la seva anàlisi sobre els *social settlements*⁶:

"Em sento una mica compungida d'estar aquí amb tots. S'acusa els establiments que el seu treball de caritat ha fet molt mal. Ells no pretenen fer-ho així en absolut; i aleshores s'aclaparen amb els pobres i els necessitats, i actuen no com les persones capacitades que són, sinó com els veïns, d'un envers l'altre, sense ciència. Tot i que, malgrat això, crec que els establiments són útils com a organitzacions benèfiques."

J. Addams (1897). "Social settlements". A: *Twenty-Fourth National Conference of Charities Conference* (pàg. 338-346).

Addams explica la seva visita a Londres l'any anterior en què va poder escoltar, tot i que no dóna el seu nom, un conegut representant d'una societat de la caritat que, quan marxava un pobre de la seva societat, ell movia la mà mentre deia: "Adéu, que continuïs així de bé! Espero no veure't mai. Ara ets fora del meu abast". Categòricament, Jane Addams diu: "Això és exactament el que no fa un establiment". Emfatitza la relació d'afecte que sorgeix entre els que viuen a l'establiment i el sorgiment de xarxes en què els uns es preocupen dels altres. Assenyala clarament l'acció comunitària que arriba de les actituds de les mateixes persones que es troben a l'establiment i es pot afegir l'acció socialitzadora.

Referència bibliogràfica

L. W. Knight (2010). *Jane Addams. Spirit in action*. Nova York: W. W. Norton & Company.

Referència bibliogràfica

Podeu ampliar la biografia i l'obra de Jane Addams a: A. Capilla; J. C. Villadóniga (2004). *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos* (pàg. 155-171). Huelva: Universidad de Huelva.

⁶Establiments socials.

La segona intervenció d'Addams es troba en l'apartat "Minutes and Discussions"⁷. Addams va obrir la sessió amb les paraules següents, referint-se al retorn a casa gestionat de les persones, malaltes mentals, després d'una llarga hospitalització o un llarg internament i a la importància de treballar la desinstitucionalització:

⁽⁷⁾ *Minuts i discussions.*

"Vivint, com jo, en una comunitat industrial, veig una gran part de la bogeria abans que la persona vagi i torni després de l'hospital proporcionat per l'Estat. Estic constantment impressionada pel fet que és molt difícil per als pacients arribar a casa i acostumar-se a no estar en una institució. Han de ser desinstitucionalitzats, cosa que de segur serà una empresa difícil. Com a pacients, s'han acostumat durant setmanes i mesos, i potser anys, a rentar-se, vestir-se i menjar dins d'unes normes, i és difícil per a ells dur a terme les coses més senzilles de la seva vida. La família, al seu retorn, o bé està en un extrem o en l'altre. Deixen els convalescents sols per por de ferir els seus sentiments, o els observen constantment de manera directa, la qual cosa és desagradable i fa que una ment mal adaptada es desconcerti. Seria millor si poguessin anar durant un cert temps a una casa de convalescència on, a poc a poc, es poguessin acostumar a la lliure direcció, i que se separessin gradualment de la institució, on l'autodisciplina es podria restablir."

J. Addams (1897). "Intervenció en l'apartat de Minuts i discussions". A: *Twenty-Fourth National Conference of Charities Conference* (pàg. 464-465).

Si analitzem l'estructura del pensament de Jane Addams plantejant la necessitat d'ajudar a la desinstitucionalització de les persones, ella es refereix a les persones amb alguna malaltia mental, veiem que, parcialment, assenyala el futur procediment de la planificació de l'alta hospitalària.

3. Abans del 1900, altres professionals capdavanters que van donar suport de manera indirecta al treball social sanitari

3.1. C. R. Henderson

3.1.1. 1895, "German Inner Mission"

Dins la conferència sobre "Socors públic i privat", C. R. Henderson, procedent d'Alemanya, va presentar "German Inner Mission". El va definir com un moviment molt significatiu a Alemanya al segle XIX. Va assenyalar des del principi que no es podia reproduir a Amèrica, perquè aquests dos països eren molt diferents, però va convidar a aprendre dels seus mètodes i deixar-se estimular pel seu esperit. Immediatament, des del principi de la conferència, el professor Henderson introduïa la importància del mètode científic en les ciències socials per a poder comparar resultats, en aquest cas, beneficis socials:

"El mètode comparatiu d'estudi, que ja ha assolit resultats tan esplèndids en la biologia i la filologia, ofereix la promesa d'una fructificació igual en l'àmbit de les ciències socials i les arts pràctiques. Les particularitats, i en certa manera excentricitats, d'un treballador solitari s'han corregit en les conferències locals, estatals i nacionals, i més encara per l'estudi dels moviments d'estrangers. Els elements temporals i accidentals s'eliminen i, en termes generals, es descobreixen els elements humans i els principis. El mètode comparatiu posa terra ferma sota els nostres peus."

C. R. Henderson (1895). "The German Inner Mission". A: *Twenty-Second National Conference of Charities* (pàg. 72-79).

Henderson assenyala diversos punts que van ser motiu de debat i reflexió professional i intel·lectual; tots ells giraven al voltant d'un eix central, "oferir el millor suport i que aquest suport doni el màxim rendiment social". Amb gran mestratge, el professor Henderson enllaçava les situacions socials sobre les quals calia intervenir i reclamava consciència sobre tot el que estava relacionat amb aquesta intervenció. Aquest punts encara avui continuen essent motiu de discussió. Diu el següent:

Referència bibliogràfica

C. R. Henderson (1896, març). "Rise of the German Inner Mission". *American Journal of Sociology* (vol. 1, núm. 5, pàg. 583-595). The University of Chicago Press.

"La crítica socialista de totes les empreses privades, i especialment de la caritat de l'Església, no és probable que experimenti un canvi radical en un termini que la gent pot considerar pràctic. Les modificacions de la naturalesa humana i de les condicions socials estan sempre en procés de reconversió, però són més lentes del que la majoria dels socialistes pensen. Fins i tot en un sistema tan còmode com el que pinten en les seves novel·les econòmiques, hi haurà orfes, vídues, dementes, febles, paralítics o persones amb addiccions que requeriran el suport no solament físic sinó també personal, i per això cal organitzar l'assistència d'algun tipus de solidaritat social. El socialisme té raó quan afirma que l'almoïna no pot encobrir un delicte del canvi econòmic i polític necessari, però està equivocada en la major condemna que fa de la caritat i en la seva concepció, de vegades materialista, de les necessitats humanes."

C. R. Henderson (1895). "The German Inner Mission". A: *Twenty-Second National Conference of Charities* (pàg. 72-79).

Addiccions

Henderson utilitza en el text la paraula *vici*. En la traducció, s'utilitza el terme *addicció*, ja que recull molts problemes que fa uns quants anys es consideraven vicis.

Fa anys que la comunitat científica integrant del sistema sanitari està d'acord que l'ésser humà s'ha de veure com un ésser biopsicosocial i cultural. Un altre aspecte és com s'organitzen les institucions de l'estat del benestar per permetre als professionals aplicar els seus coneixements i que aquests es tradueixin en benestar veritable i no simplement retòric. El professor Henderson explica les activitats de la German Inner Mission, centrada sobretot en l'educació:

"Existeix el grup d'acords per a l'educació dels infants, com ara les escoles bressol, els jardins d'infància, les escoles dominicals, els orfenats, les societats i les escoles per a nens i nenes. La Inner Mission té per objecte promoure l'educació i la protecció de la joventut per mitjà d'escoles d'economia domèstica, pensions i associacions. Organitza les agències per al salvament dels esgarriats, nenes equivocades, rodamons, bevedors. Ofereix ajuda amigable a les persones que estan especialment en perill moral, com els mariners i els emigrants. Té institucions per als malalts i els discapacitats, els cecs, els sordmuts, els lesionats, els nens febles, els dementes. Subministra lectura interessant i elevada per mitjà de biblioteques, sales de lectura..."

C. R. Henderson (1895). "The German Inner Mission". A: *Twenty-Second National Conference of Charities* (pàg. 72-79).

Cal assenyalar, a més a més, que totes aquestes activitats estaven finançades amb aportacions privades, la majoria de les quals estaven vinculades a l'autoritat eclesiàstica. Però les finalitats eren dirigir-se a les causes socials del patiment i treballar-les per mitjà de l'educació. En la seva exposició, va defensar la interacció entra l'ajuda pública i la privada.

3.2. C. S. Loch

3.2.1. 1885, C. S. Loch, secretari de la London Charity Organization Society

Com es veurà en el text que hi ha a continuació, les persones grans i les persones malaltes són el centre de l'acció voluntària però que busca professionalitzar-se. C. S. Loch comença amb una exposició sobre les actituds diferents entre els "admiradors de la caritat" i els "practicants de la caritat" i assenyala la importància d'evitar tots els elements burocràtics de l'ajuda:

"La caritat té molts admiradors, però pocs amics fidels. Els seus admiradors la serveixen a distància, i estan disposats a pagar-ne el tribut; estan ansiosos de nous règims d'ajuda i, per un moment, la defensen com si haguessin trobat en si mateixos alguna virtut peculiar i permanent; i sovint atribueixen una importància exagerada a les reformes que s'han promulgat. Els amics de la caritat adopten esquemes de socors en el seu veritable valor i els usen anticipadament amb una sola condició: que s'estengui la influència dels seus ideals, que la caritat i l'esperança dels pacients sigui un deure i dedicació personal, sense que aquest socors es converteixi en una transferència de béns i societats, conferències i comissions que han esdevingut antiquades i ineficients; s'han convertit, com diem, en fusta, i endureixen els nusos de la rutina i l'oficialisme."

C. S. Loch (1885). "Charitable provision for the aged". A: *Twelfth Annual Conferences of Charities* (pàg. 347-362).

Introdueix el treball de *casework*, encara que no ho esmenta directament i també apel·la al mètode científic per poder comparar metodologies i resultats. Vegeu, sinó, el paràgraf següent:

"[...] s'esforçarà mitjançant mètodes generals per donar, als pobres i als més exposats al perill, els mitjans per a realitzar per si mateixos certes disposicions, i quan no ho puguin fer, i, no obstant això, hi hagi d'interferir, tractarà d'eliminar el perill seguint un pla especialment concebut per a satisfer les necessitats de la persona. En el primer cas, volem que la ciència [...]. Hem de comparar els mètodes i l'estudi de la història del nostre règim actual per a promoure l'estalvi i la garantia mútua i, a continuació, si pot ser, per a introduir i desenvolupar plans que puguin afectar la població en general."

C. S. Loch (1885). "Charitable provision for the aged". A: *Twelfth Annual Conferences of Charities* (pàg. 347-362).

En el text es reconeix que descriu els procediments i els mètodes de treball, i tot això basant-se en el mètode científic, l'únic que permet comparar realitats i generar coneixement.

3.2.2. 1895, C. S. Loch a la Society for Organizing Charitable Relief and Repressing Mendicity

Aquest any, C. S. Loch no va poder assistir a la Conferència Anual i va escriure una carta en què parla de "treball social". A la carta assenyala les diferències entre Europa i Amèrica, i apunta també al fet que els mètodes són útils en tots dos continents; novament destaca el mètode científic i, també, el caràcter universal del coneixement:

"[...] i sabem que, encara que els detalls del problema són diferents perquè són molt diverses les condicions de l'Est i l'Oest, de la ciutat i la muntanya, els principis pels quals treballem són els mateixos a tot arreu. Aquests principis semblen clars per a nosaltres, malgrat que encara no hem après de nosaltres mateixos, probablement, fins on i com podem abastar tot el camp de la caritat i del treball [...]. Si hem d'ajudar un germà o algú proper o, per a escollir el camí en les dificultats de la carrera, a l'atzar d'alguns sol·licitants d'assistència, ens adonem que no podem fer gaire cosa, o més aviat que estem gairebé segurs que no podem fer res, si no coneixem tots els fets, i si no tenim, a la nostra disposició absoluta, informació verificada en comptes de les meres conjectures i suposicions."

C. S. Loch (1895). Carta enviada en el context de la *Twenty-Second National Conference of Charities* (pàg. 495-496).

3.2.3. 1896, C. S. Loch, secretari de la London Charity Organization Society

Un any més tard, participant en les mateixes conferències, C. S. Loch, segons que veiem en la documentació consultada, és el primer a esmentar la paraula *case work* ('treball de cas'). Encara no es parla del treballador social, però sí de la filosofia, dels principis inspiradors del que seria el futur "treball social de cas". Ho fa en aquests termes:

"Vostès no poden en dos o tres anys aprendre les lliçons que s'han d'aprendre. És el *treball de cas*. Tenim davant nostre una sèrie de problemes sobre la vida de les persones que tractem, i són problemes molt durs. Per la constant correspondència entre els uns i els altres, podem ensenyar-nos els uns als altres i crear el coneixement i la cultura, freturosa de l'opinió pública, de com ajudar altres persones. Es tracta d'una nova habilitat social que ha de ser alimentada i apreciada entre nosaltres."

C. S. Loch (1896). "Charity organization". A: *Twenty-third National Conference of Charities* (pàg. 245).

Tanmateix, al principi de la mateixa conferència, C. S. Loch es referia a la recerca, a l'obtenció d'informació:

"Em temo que en certa manera puc repetir el que ja s'ha dit. Perdó si ho faig. El nostre primer deure és investigar. Hem de tractar de ser més i més acurats en la recerca. La gent diu: «per què s'ha de treballar tant preguntant tant, que si això i que si això i allò altre? Només consideraré dos fets, n'hi ha prou». Crec que tota la nostra experiència ha anat justament en la direcció oposada. Hem d'investigar no solament els «fets» sinó també les possibilitats d'ajuda. Sobre l'individu en el grup familiar i en el grup d'amics. Vostè ha de confiar en el creixement social natural d'una persona en el medi ambient on habita. Hi ha una espècie de ceguesa en la caritat que no s'investiga, una ceguesa sobre l'objecte i la finalitat real. Una vegada i una altra, la societat, mirant amb recel la persona, no veu com aquesta decau cada dia."

C. S. Loch (1896). "Charity organization". A: *Twenty-third National Conference of Charities* (pàg. 243).

Poca cosa més es pot afegir. En tot cas, que és imprescindible recuperar aquests enfocaments en què la persona és realment el centre i assumir novament la teoria que enclouen aquestes paraules. Més que mai cal promoure la recerca des dels nostres espais de treball, prenent com a base d'estudi les realitats de les persones que tractem i les de les seves famílies.

4. Abans del 1917, des del treball social sanitari

4.1. Mary E. Richmond

4.1.1. 1903, Mary E. Richmond, secretària d'Associated Charities, Filadèlfia

Va intervenir dins l'apartat "Minutes and Discussions"⁸ sobre la importància de comptar en les organitzacions de la caritat amb treballadors socials, remunerats per la feina que fan. Desenvolupa el seu argument i, en primer lloc, recorda un article que va escriure anys enrere sobre la necessitat de formar els treballadors de la caritat. I, en aquest cas, defensava que cobressin per la feina que duïen a terme. L'Església catòlica va dir aleshores que això no era nou, que sempre en les seves instal·lacions s'havia format els treballadors dels seus ordes religiosos. Mary E. Richmond va dir el següent:

⁽⁸⁾Minuts i discussions.

"cal replicar que les *germanes* no cobren cap sou; no obstant això, se'ls paga. Elles tenen el que molts de nosaltres no tenim, l'absoluta seguretat econòmica per a tota la vida, en la malaltia i en la vellesa. Els nostres treballadors no cobren prou per a tenir cura d'ells mateixos en la seva vellesa, i per això dependran d'algú més tard o més d'hora. [...] És una proposta segura per a començar el pagament a un treballador que ha vingut per quedar-se. Què podem fer per convertir-lo en la força més eficient en la cura de les famílies necessitades? El primer és per a cridar l'atenció de la comunitat amb la importància que té. Hem d'insistir que la clau de la situació és aquesta. Cal que sigui pagat com a servidor social. La tendència és que això s'ha de veure diferenciat de l'activitat comercial; és una persona apta per a ser un treballador de la caritat. Persones ineficients s'han mantingut en les posicions amb la finalitat de trobar per a ells els salaris."

M. E. Richmond (1903). "Discussion on the paid worker". A: *Thirtieth National Conference of Charities* (pàg. 560-561).

Entre altres raons, per a convertir els voluntaris en professionals pagats, argumenta la necessitat de poder-los exigir responsabilitats, garantir els seguiments de les famílies i valorar els resultats de la intervenció. Novament veiem un pas més cap a la dignificació de la feina realitzada per aquests voluntaris en defensar que arriba un moment en què han de cobrar per la feina que fan. Els ajudaran altres voluntaris, però ells tindran la responsabilitat directa sobre les famílies que atenen. En un altre pla, apunta la necessitat de seguir els casos socials.

4.1.2. 1911, M. E. Richmond. Fundació Russell Sage

Mary E. Richmond, referint-se a aquest moment primer en què la persona, el *client*, com l'anomenava ella, entra en contacte amb el treballador social, explica el següent:

"Hi ha un art en el principi, si considerem la nostra primera intervenció tractant d'esbrinar el que es pot fer per a un nen petit que ha quedat orfe i indigent, o el nostre mètode en aquesta gran empresa relacionada amb la temptativa de reduir el nombre d'orfes indigents als Estats Units. Totes dues tasques socials exigeixen una recerca social, encara que la recerca que és particularment el meu tema sigui la que precedeix alguna forma de tractament social, no per a un gran grup, sinó per a un individu. [...] En l'intent de deixar de banda conjectures preliminars pel que fa a aquest art de principi, manllevo per la conveniència i la brevetat dues paraules [...]. La ciència de la medicina es distingeix clarament entre el seu laboratori i les seves recerques clíniques. Nosaltres també tenim la necessitat d'aquesta distinció. Skeat ens diu que la forma més primerenca de la paraula *laboratori* era *elaboratorio*: això suggereix el taller en què les coses es poden elaborar o resoldre de manera pacient i amb cura."

M. E. Richmond (1911). "Of the art of beginning in social work". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 373-379).

4.2. Ida M. Cannon

Ida M. Cannon és una de les primeres figures més representatives del treball social sanitari el llegat de la qual, no pas sense dificultats, ha perdurat al llarg del temps i, avui, un segle després, continua present. Nombrosa bibliografia li va atribuir la primera plaça de treball social sanitari, si bé l'article de Martin Nacman situa Garnet Isabel Pelton com la primera treballadora social sanitària de l'Hospital General de Massachusetts. La mateixa Ida M. Cannon, Ida M. Cannon⁹ quan explica la història del treball social sanitari al seu hospital, deixa clar que Garnet Isabel Pelton va ser la primera treballadora social sanitària. Totes dues eren cuidadores visitadores i tenien les habilitats i els coneixements que, al cap d'uns quants anys, el 1908, el doctor Armstrong de l'hospital Bellevue de Nova York demanava als treballadors socials sanitaris. Ida M. Cannon, juntament amb el doctor Richard Cabot, quan va succeir Garnet Isabel Pelton, van donar forma al Departament de Treball Social Sanitari a l'Hospital General de Massachusetts de Boston. Després van impulsar la formació des de la Universitat de Harvard, on es va dissenyar un curs formatiu per a instruir en treball social sanitari els metges estudiants de l'hospital.

4.2.1. 1903, I. M. Cannon, cuidadora visitadora del St. Paul, Minnesota

El 1903, I. M. Cannon era cuidadora visitadora, activitat sobre la qual tracta l'aportació que va fer com a representant del St. Paul. Aquesta aportació és recordada per Mary E. Richmond en l'apartat "Minutes and Discussions"¹⁰. Ida M. Cannon va recordar com era d'important per a les cuidadores visitadores de districte tenir una formació general per a poder establir contacte amb tota classe de persones:

"És un bon pla per a una cuidadora que ha tingut algun tipus de formació en temes sociològics, abans d'acceptar aquesta feina especial, perquè sàpiga com ha d'actuar en harmonia amb l'organització de les societats sense finalitats de lucre i altres societats de la caritat."

I. M. Cannon (1903). *Thirtieth National Conference of Charities* (pàg. 564).

⁽⁹⁾ I. M. Cannon (1917). *Social Work in Hospitals: A contribution to progressive Medicine* (pàg. 16). Nova York: Russell Sage Foundation.

Referència bibliogràfica

M. Nacman (1990). "Social work in health settings: a historical review". A: K. W. Davidson i S. S. Clarke. *Social work in health care. A handbook for practice* (pàg. 7-22). Nova York: Haworth Press.

⁽¹⁰⁾ Minuts i discussions.

4.2.2. 1908, Ida M. Cannon, representant del Departament de Treball Social Sanitari de l'Hospital General de Massachusetts

El 1908, Ida M. Cannon, ja com a representant del Departament de Treball Social Sanitari de l'Hospital General de Massachusetts, impartia una conferència dins la mateixa secció en què explicava l'acció i el funcionament del seu servei. El text posa en relleu la seva activitat professionalitzadora del treball social sanitari i la seva influència en les institucions de l'època:

"Fa tres anys vam establir un sistema de cuidadores per a visitar els pacients a casa i comprovar si el tractament era efectiu. La política que hem seguit ha estat conèixer la nostra comunitat i les seves agències, ser un vincle entre les necessitats del pacient a l'hospital i les agències en la comunitat disposades a satisfer aquestes necessitats. El nostre treball està totalment sustentat per contribucions voluntàries.[...] Els nostres pacients provenen de diferents metges dels dispensaris. [...] Quan vam començar la feina a l'Hospital General de Massachusetts, ens vam veure desbordats amb el problema de la tuberculosi. Vam sentir que el treball social sanitari era el tascó que penetrava en el treball mèdic.[...] El treball psiquiàtric és una especialitat del doctor Cabot. Cap grup de persones pateix més que els pacients nerviosos. Moltes de les seves famílies no són capaces de comprendre que això és una malaltia. [...] Les persones amb discapacitat i malalties mentals es traslladen a una institució on són tractades de la manera adequada; es necessita un equip permanent per a seguir aquests casos."

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

Va explicar tots els programes que estaven duent a terme; entre d'altres, els següents:

- Programa per a persones amb tuberculosi.
- Programa per a persones amb malalties mentals.
- Programa per a noies solteres embarassades.
- Programa per a persones amb malalties venèries.

I acabava la seva exposició dient el següent:

"D'aquesta i altres maneres, tractem de fer de l'hospital un factor social important, ja que no ho pot ser quan els metges i les infermeres simplement assisteixen la persona en els aspectes mèdic i quirúrgic d'una manera independent."

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

4.3. Mary M. Ogilvie

4.3.1. 1908, Mary M. Ogilvie, Social worker of dispensary of University of Pennsylvania

Després de la lectura de la carta del doctor Armstrong, va seguir Mary M. Ogilvie, de la Universitat de Pennsilvània; escrivia el següent:

"L'objectiu general del dispensari del servei social és seguir el tractament que donen els metges que no tenen temps, a més a més, de prestar els seus serveis de franc als pacients, de visitar-los a casa. A causa d'aquesta inhabilitat de conèixer els ambients del pacient, les circumstàncies financeres en què es troba i totes les cures peculiars que necessita, el metge és incapaç de fer un tractament a fons i eficaç. En alguns casos, és incapaç de fer un diagnòstic positiu. Això és sobretot cert en casos de malaltia nerviosa. El treballador social [sanitari] que acudeix discretament a casa del pacient pot guanyar-se la seva confiança, investigar les circumstàncies financeres i les condicions sanitàries, aprendre la història de la família i estudiar els hàbits personals del pacient. Amb aquest coneixement, el metge del dispensari i el treballador social [sanitari] poden elaborar plegats plans intel·ligents per als millors interessos del pacient."

M. M. Ogilvie (1908), citada per J. Minnick. "Social Work of General Hospitals". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 150-153).

De Mary M. Ogilvie destaca la seva visió, que avala la integració dels àmbits sanitari i social per realitzar, com ella expressa, "plans intel·ligents" per al malalt. No es pot passar per alt la breu estadística que fa sobre els malalts amb tuberculosi. Dels dos-cents casos atesos, la intervenció més freqüent del treballador social [sanitari] és la derivació dels pacients als sanatoris, la segona és la gestió del tractament a casa i la tercera, l'educació sobre el tractament de la tuberculosi a casa:

"Deu persones han trobat plaça al sanatori, dues han mort mentre s'esperaven en la llista d'espera, trenta-cinc han rebut ajuda dels seus familiars o per altres mitjans que han subministrat la dieta i la cura..." [...]. Cada primer i tercer dijous del mes, els treballadors socials [sanitaris] del dispensari es reuneixen en un espai comú on es donen informes i es discuteixen els plans i els nous casos assignats. Hem trobat que és útil per als treballadors socials [sanitaris] dels districtes que es reuneixin amb nosaltres en aquests casos, ja que molt sovint tenim els mateixos interessos, com alguns casos dels dispensaris que s'han admès als pavellons de barri o alguns pacients dels pavellons que vénen al dispensari. Si bé aquest nou treball es troba només al començament, estem segurs que té un gran futur..."

M. M. Ogilvie (1908), citada per J. Minnick. "Social Work of General Hospitals". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 150-153).

4.4. Garnet Isabel Pelton

4.4.1. 1910, Wellesley, Massachussets

Garnet Isabel Pelton primer va ser visitadora cuidadora; després, en les seves intervencions, ho va fer com a treballadora social. Martin Nacman l'esmenta com la primera persona a la qual el doctor Cabot va acudir el 1903 per introduir el treballador social sanitari a la seva clínica de medicina a l'Hospital General de Massachussets de Boston. Això passava després d'una visita del doctor Cabot a l'Hospital Johns Hopkins per a conèixer el programa de visita domiciliària que el 1889 havia impulsat el doctor William Osler en què els estudiants de medicina s'interessaven per les condicions socials i personals dels pacients i els visitava personalment al seu domicili. El doctor Cabot va conèixer el doctor Charles P. Emerson, un dels estudiants que va formar part del programa del doctor Olsen i que, a més, va ser introduït al programa per la Charity Organization Society (COS) de Baltimore, de la qual el doctor Emerson era el director. El doctor Cabot va veure de seguida la importància d'aquest programa i el

⁽¹¹⁾Això obeeix al fet que al cap de tres mesos Garnet Isabel Pelton va emmalaltir de tuberculosi i va haver de deixar la feina. Aleshores, Ida M. Cannon la va substituir.

Referència bibliogràfica

M. Nacman (1990). "Social work in health settings: a historical review". A: K. W. Davindson i S. S. Clarke. *Social work in health care. A handbook for practice* (pàg. 7-22). Nova York: Haworth Press.

valor que tenia per a poder garantir l'atenció als aspectes socials dels malalts i evitar que fossin detractors de la seva evolució clínica. Segons aquest article, el 1906¹¹, va ser quan Ida M. Cannon va succeir a Garnet Isabel Pelton.

El 1910, Garnet Isabel Pelton pronunciava la conferència *The History And Status of Hospital Social Work*¹², de la qual cal destacar la diferència que establia entre el treball social, en aquest cas hospitalari, i altres tipus d'ajuda:

⁽¹²⁾La història i l'estatus del treball social hospitalari.

"Sembla que hi ha alguna diferència d'opinió, i potser la confusió, en relació amb el que és el treball social sanitari de l'hospital. Aquest document es presenta des del punt de vista de la interpretació de la paraula següent. El treball social, de primer, s'ha de distingir del d'un agent d'una organització de la caritat o del treball de seguiment d'una cuidadora clínica. En el tractament dels pacients tots dos utilitzen la formació tècnica i eines, però l'aplicació dels principis de la filantropia moderna als malalts pobres, la cura i l'ensenyament a casa, més aviat són els mètodes i els objectius principals del servei social hospitalari. El biòleg i el botànic solen utilitzar instruments i una tècnica semblants, però tenen uns objectius fonamentals diferents. L'objectiu del treball social hospitalari és el diagnòstic social, el pronòstic i el tractament dels malalts pobres a l'hospital o el dispensari, allà on la necessitat ho indiqui. Si es mira enrere en la història dels hospitals i de la medicina, és impossible destriar la primera tènue guspira de la idea de les relacions inseparables de l'ambient malalt i l'home malalt."

G. I. Pelton (1910). "The history and status of Hospital Social Work". A: *Official proceedings of the annual meeting* (pàg. 332-341).

La conferència conclou amb una guia d'ajuda per a dur a terme el diagnòstic social sanitari, que estudiarem en el mòdul corresponent. En aquesta conferència, Pelton pren dinou ítems que, per a ella, tot treballador social sanitari havia d'investigar.

"Tots aquests problemes sembla que estan relacionats amb el diagnòstic social, el pronòstic i el tractament dels malalts pobres a l'hospital."

Avançant en la seva exposició, es refereix al lema que hi ha damunt la porta de l'hospital Virchow de Berlín, que, segons el que diu, va visitar; el lema és el següent: "Tracta la malaltia, però no oblidis de tractar l'home".

Novament, cal assenyalar l'esforç de Garnet Isabel Pelton a l'hora d'associar el treball social sanitari amb el diagnòstic social sanitari. És molt il·lustrativa la imatge que dona quan reconeix que altres entitats filantròpiques poden fer servir tècniques i mètodes, però que no són del treball social sanitari, ja que no tenen el diagnòstic social sanitari ni objectius terapèutics. Mentre que les entitats filantròpiques atenen els aspectes immediats, la mirada dels treballadors socials sanitaris va més enllà; proposa un pla de treball avalat per aquest diagnòstic social sanitari. Busquen el canvi de les situacions conflictives i per a això han d'anar a l'arrel de les dificultats, a les seves causes i, per descomptat, han d'operar aquest canvi amb la mateixa persona, en realitat es tracta d'ajudar la persona a promoure el canvi.

Retrocedint a les primeres pàgines, es recorda l'atenció professional individualitzada, que seria una intervenció similar a la que descriu Garnet Isabel Pelton pel que fa a l'acció de les entitats filantròpiques. I també aquest text desfà la idea que el treball social, en general, i el sanitari en concret, és treball social

perquè aplica tècniques. En realitat, les tècniques de treball són sabers comuns que apliquen molts altres professionals per a les seves pròpies finalitats. I, novament, això porta a afirmar que el que diferencia el treball social sanitari d'un altre tipus d'intervenció és el diagnòstic social sanitari. Amb això, s'adverteix del risc de caure en la confusió entre el diagnòstic social sanitari (responsabilitat dels treballadors socials sanitaris) i la classificació social sanitària que pot aplicar qualsevol, ja que es tracta de puntuar categories d'uns paràmetres sense establir cap relació causal entre ells, cosa que sí que succeeix amb el diagnòstic social sanitari.

5. Abans del 1917. Altres professionals que van donar suport al treball social sanitari

5.1. Intervenció de James Minnick

5.1.1. 1908, Secretary COS, Providence, R. I.

James Minnick, secretari de la COS de Providence, va iniciar la seva exposició en la secció "Social Work of General Hospitals"¹³ argumentant tota una defensa del treball social a l'hospital. James Minnick escrivia el següent:

⁽¹³⁾Treball social d'hospitals generals.

"Per assegurar l'eficiència física amb les persones que viuen soles, el treball mèdic i quirúrgic dels hospitals s'ha de complementar amb un treball social adequat."

J. Minnick (1908). "Social Work of General Hospitals". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 150-153).

Minnick va seguir la seva exposició amb dos exemples. Un es referia a una mare que porta el fill a l'hospital per a una intervenció. Tornen a casa, però no es presenten a l'hospital per fer la visita de control i seguiment del tractament. La mare era analfabeta i no va ser capaç de seguir les indicacions. Explica que, al cap de quatre anys, el nen va tornar a l'hospital en unes condicions pèssimes. Minnick continua, ja centrat en l'acció i la cooperació entre àmbits assistencials, en concret entre el social i el sanitari vist des de la comunitat:

"Sovint, hi ha una gran quantitat de malentesos entre les organitzacions de la caritat i les associacions de les infermeres de districte. Tampoc no es considera el problema des del punt de vista de l'altre. En algunes de les nostres grans ciutats trobem que hi ha molt poca cooperació entre elles. En una ciutat, la infermera cap va declarar que s'estimava més anar a altres organitzacions per consultar abans que a les de la caritat. Hi ha un avantatge si les infermeres estan capacitades per a la feina i comprenen l'aspecte social del problema, i si els treballadors socials comprenen la part assistencial i sanitària del problema. La complementarietat del treball sovint és el problema principal quan l'hospital ha acabat la seva feina. Quan un pacient requereix infermeria després de sortir de l'hospital, hi ha una associació d'infermeria per a això. O, si s'ha d'analitzar la relació familiar i s'ha de reunir la família, això és un problema social per al treballador social [sanitari]."

J. Minnick (1908). "Social Work of General Hospitals". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 150-153).

En aquesta mateixa conferència, el doctor Armstrong de l'hospital Bellevue de Nova York va fer la seva aportació per mitjà d'una carta que va llegir el mateix James Minnick. El text se centrava en el paper de la cuidadora graduada com l'element ideal per a fer seguiments de les cures en el període de convalescència.

5.2. Intervencions del doctor Michael M. Davis Jr.

5.2.1. 1911, director of the Boston Dispensary

La contribució del doctor Michael M. Davis, director del dispensari de Boston i sociòleg d'una gran reputació, va ser la següent:

"La ciència mèdica ha percebut, més enllà de la malaltia, les condicions socials que la provoquen: més enllà del nadó malalt, hi ha la llet impura; més enllà de la llet impura, hi ha la brutícia que omple la casa i la lleteria que no s'inspecciona. Darrere del braç trencat de l'obrer, hi veiem les llargues hores de feina amb la maquinària i sense protecció. La medicina moderna ha trobat, des del punt de vista preventiu, les causes socials de la malaltia; i la filantropia moderna comença a lluitar contra les causes socials de pobresa, i també amb els resultats individuals que nosaltres veiem en el pobre."

M. M. Davis (1911). "Medical and social co-operation". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 278-281).

Es tracta d'un text que permet palpar la consideració de la penetració social en la salut, en la malaltia.

5.2.2. 1912, director of the Boston Dispensary

L'any següent, el mateix doctor Michael M. Davis es referia al fet que cada professió té una manera de veure el món, centrant-se en la mirada dels metges i dels treballadors socials i en la naturalesa de la seva influència. Afegia:

"La ceguesa particular d'una institució mèdica és veure malalties en comptes de la sèrie de persones amb membres més o menys anormals i, per tant, interessants, ulls, fetges i cors, a propòsit, encara que necessàriament unit als éssers humans. Hem de tenir la mirada que veu la gent així com la malaltia i, per tant, el metge, l'especialista en la malaltia, ha de tenir al costat l'especialista en la persona, el treballador social."

M. M. Davis (1912). "Social aspects of a medical institution". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 363-369).

En el mateix treball, Davis va proposar dues classificacions sobre els aspectes socials dels malalts. Convé recordar que una classificació és una manera d'ordenar informació, tant si es tracta de la continguda en el diagnòstic social sanitari, en la història del treball social sanitari, en el registre d'evolució i avaluació de les intervencions, etcètera. Una classificació és un filtre a partir d'uns paràmetres, tan sols un instrument de treball per a facilitar l'inici i l'anàlisi posterior. La primera classificació conté les condicions i els problemes socials. La segona classificació té en compte els tipus de pacients.

5.3. Intervencions del doctor Richard Cabot

Recordem que el doctor Richard C. Cabot va ser el creador de la primera plaça de treball social sanitari en la seva consulta de l'Hospital General de Massachusetts. I, a banda d'això, va finançar amb els seus propis fons econòmics aquesta nova plaça.

5.3.1. 1912, Boston

En la seva conferència "Educational aspects of medical-social work"¹⁴ el doctor Richard C. Cabot explicava el següent:

"El pacient ve; si escau, es diagnostica, es tracta, es dona d'alta; arriba un altre pacient a l'hospital i estem molt orgullosos de les àmplies estadístiques que mostren el nombre immens de pacients que tractem cada any. Però els hospitals només s'estan començant a adonar en els últims dos o tres anys, i crec que per influència dels treballadors socials, que l'eficàcia del treball significa esbrinar el que els ha succeït realment als pacients després que vostès (els metges) se suposa que li han fet alguna cosa bona."

R. C. Cabot (1912). "Educational aspects of medical-social work". A: *Official proceedings of the annual meeting* (pàg. 351-359).

La seva filosofia de visió integral de les persones malaltes es va veure reforçada des que el 1903 conegués, per mitjà del doctor Charles E. Emerson, el programa de visita a domicili de l'hospital John Hopkins. Des d'aleshores, mai no es va allunyar de la importància de conèixer els aspectes socials de les persones i veia la necessitat que les intervencions que es realitzessin havien de ser professionals i no solament de bona voluntat. Avui dia, aquesta variable a la qual es referia el doctor Richard C. Cabot pel que fa al que succeeix amb el malalt quan ha deixat l'hospital, es pot estudiar des de molts angles, però la incidència del reingrés hospitalari n'és un bon indicador, atès que en aquest reingrés es poden trobar causes socials.

5.3.2. 1915, Report of the chairman of the committee on health

El doctor Richard Cabot, el 1915, deu anys després de la creació del Servei de Treball Social Sanitari de l'Hospital General de Massachusetts respecte a la formació especialitzada dels treballadors socials sanitaris, escrivia el següent:

"Què es poden ensenyar els metges i els treballadors socials? La frontera entre la medicina i el treball social [sanitari] de vegades és difícil de distingir. Els metges tracten amb fets socials, i els treballadors socials tracten amb fets mèdics. Per això és necessari que l'un ensenyi l'altre. La millor ajuda que els metges poden donar als treballadors socials no són tant els fets com els mètodes."

R. C. Cabot (1915). "Report of the chairman of the committee on health". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 220).

Referència bibliogràfica

S. Gehlert; T. Browne (2012). *Handbook of health social work* (pàg. 10). Hoboken, Nova Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

⁽¹⁴⁾Aspectes educatius del treball social mèdic.

5.4. Intervencions de Sidney E. Goldstein

5.4.1. 1910, director of Social Service, Free Synagogue, Nova York

En la seva conferència "Hospital Social Service; Principles and Implications"¹⁵, Goldstein es pregunta sobre què és el servei social de l'hospital. Aquesta conferència té un gran valor pel seu contingut teòric i organitzatiu, encara que la seva aportació es basi en l'experiència diària. Algunes de les reflexions que s'hi fan són les següents:

(15) El servei social de l'hospital, principis i implicacions.

"Què és el servei social de l'hospital? Quan pensem en aquesta qüestió en consciència amb el temps, concloem que no podem respondre d'una manera completa. La raó és que la frase «servei social de l'hospital» no es correspon en les nostres ments amb un tall net d'una idea d'un esforç social com ho fa l'expressió *preparació de sortida*, o *llibertat*, *préstec de remei*, o *assegurances industrials*. Que les nostres idees siguin tan indistingibles i indefinides no és sorprenent. El treball social [sanitari] en si mateix és encara indefinit i, després de la recerca, és una mica capritxós en la forma. A Boston és una cosa; a Baltimore, una altra, mentre que a Nova York pot ser una o totes dues, o alguna cosa completament diferent en cadascun dels aspectes i la intenció."

S. E. Goldstein (1910). "Hospital Social Service; Principles and Implications". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 341).

Goldstein segueix amb la reflexió que el grup de treball format per a homogeneïtzar no ha tingut gaire èxit entre els treballadors socials [sanitaris]: parla de la importància que els treballadors socials [sanitaris], en aquest cas hospitalaris, poden formular principis per a la intervenció des del treball social sanitari. És millor, novament, que vegem el que diu:

"[...] no hem determinat exactament per a nosaltres mateixos els principis que ens han de guiar en el nostre progrés i que ens governen com a ampliació de l'àmbit d'aplicació dels límits del nostre servei. Per aquest motiu, el nostre objectiu immediat hauria de ser la formulació d'un grup de principis. [...] El primer principi és: la família ha de ser la unitat del tractament[...]. El treballador social, no obstant això, va més amunt fins i tot que l'administrador. Té i manté, no pas un punt de vista mèdic i institucional, sinó un punt de vista social. Les seves recerques i la seva experiència li ensenyaran que, en tots els problemes socials, la família és la unitat del patiment i, per tant, ha de ser la unitat de tractament. Aquest principi es basa en arguments vitals que són clars i convinents. En primer lloc, la malaltia rarament és un fenomen aïllat. En la major part dels casos, només és un símptoma. Apareix com una manifestació de la desnutrició i la malnutrició, de la falta de llum, la humitat i les habitacions al soterrani, o amb cinc trams d'escala en un bloc; feines domèstiques o públiques pesades, irritabilitat a la feina, salaris baixos i moltes hores de feina; de la indiferència, la ignorància, l'abandó, la incompetència, la laxitud i el desànim en què els febles, els preocupats i els condemnats inevitablement deriven. La malaltia és un signe morbós de les condicions socials, les condicions en què tota la família està incrustada. Com és possible assenyalar qualsevol membre d'aquesta família per a tractar-lo i tenir èxit? [...]. El segon principi és el següent: la cura social ha de ser ràpida i contínua. El pacient s'ha d'entrevistar i el seu cas ha de ser investigat immediatament després de l'admissió. Una sol·licitud per a l'hospital no és el començament d'un cas que és el clímax. Pressuposa una llarga sèrie d'esdeveniments i una lluita mental. Els homes i les dones no intenten entrar en un hospital fins que s'agoten els seus recursos d'origen. Tampoc no deixen les seves famílies sense reticència ni reserves. Si al pacient se li diu alhora que les persones de la seva família seran protegides i ajudades, allibera la seva ment i millora les possibilitats que té de recuperació. Recordem que l'ansietat és un desavantatge enorme en la malaltia."

S. E. Goldstein (1910). "Hospital Social Service; Principles and Implications". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 341).

Destaca la importància de les cures posteriors, durant la convalescència i sobretot en la sistematització del procediment considerant la família com a nucli d'intervenció. El text és una sòlida base de la teoria que sustenta els principis del treball social sanitari també avui a l'hospital i en l'atenció primària. En la discussió, el doctor Cabot manifestava un acord absolut amb l'exposició del doctor Goldstein:

"Ara el cos del servei social mèdic em sembla que consisteix a complementar el treball del metge en el seu estudi de la salut en les formes que assenyalo: en primer lloc, amb el treball educatiu, a continuació, amb la prevenció en el sentit més ampli i, finalment, amb la recerca sociològica."

R. C. Cabot (1910). "Discussió a la conferència de Goldstein: Hospital Social Service; Principles and Implications". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 348-351).

S'estaven establint les bases, que, a més de l'assistencial, són tres funcions fonamentals del treball social sanitari: l'educació, la prevenció i la recerca.

6. Després del 1917, des del treball social sanitari

El tall en l'any 1917 obeeix al fet que en aquest any Mary E. Richmond canvia el rumb del treball social amb la publicació de *Social Diagnosis*. A més a més, aquest mateix any, es reedita *Social Work in Hospitals: A contribution to progressive medicine*, d'Ina M. Cannon. Tots dos amb el suport de la Russell Sage Foundation.

Presentem tres autors imprescindibles que, amb les seves teories, van establir les bases teòriques modernes a partir de les quals exercim els treballadors socials sanitaris del present. Hem d'insistir que es tracta tan sols d'anotacions breus per motivar-vos a aprofundir en la seva obra.

6.1. Aportacions de Gordon Hamilton

6.1.1. 1923, Charity Organization Society, Nova York

En el context de la conferència que va oferir el 1923 "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work"¹⁶, començava l'exposició de la manera següent:

⁽¹⁶⁾El progrés en el treball social de cas. Alguns canvis en el treball social de cas.

"No tinc cap altra millor manera de començar aquest article que amb la definició del treball social de cas. La senyora Richmond diu: «El treball social de cas consisteix en els processos que desenvolupen la personalitat per mitjà d'ajustos efectuats d'una manera deliberada, d'individu a individu, entre persones i el seu ambient social»."

A. Gordon Hamilton (1923). "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 334-337).

Ho veurem més àmpliament quan estudiem el *casework*, però és important assenyalar el pes de l'estratègia i la intenció de la intervenció. No es dóna res sense una finalitat i aquesta finalitat l'assenyala el treballador social sanitari en els seus objectius terapèutics, sempre conjuntament amb la persona malalta. Aquesta mai no pot quedar apartada dels passos que es facin per ajudar-la. Com podem veure en el text següent, en la mateixa conferència, exigia la responsabilitat professional i sobretot podem deduir la importància que dóna a la generació de coneixement:

"Avui no podem donar suport a les conjectures ni a la irresponsabilitat de la primera filantropia abans que ens iniciéssim en el treball social de cas. Aleshores ningú no tenia gaire coneixement de la vida familiar, ningú no tenia idea de per què la gent necessitava ajuda. Ells havien ajudat la pobresa, no les persones. La senyora Lowell va fer una crida en els anys noranta¹⁷ a partir del coneixement dels fets. Quins van ser els fets? El que constituïen els fets el 1881 difereix, per descomptat, del que considerem els fets d'avui. Nosaltres ens inclinem a pensar en termes de factors. Un factor és un «faedor», un fet és una cosa ja «donada». [...] Els primers fets afrontats eren l'ocupació, la intemperància, la mandra, la mendicitat, o d'altres. Una vídua era un fet, un desertor era un fet i, llevat del més rar de treballadors infantils, un nen era un fet. No obstant això, es van fer ajustos sorprenents gràcies a l'observació pacient, la intuïció i el sentit comú. [...] El coneixement de l'economia, la sociologia, la biologia, la dietètica, la medicina, la psiquiatria i la psicologia exposa els fets. Al principi, nosaltres érem professionals adequats per a veure els fets superficials, els símptomes i els resultats, i la nostra metodologia havia de tractar un fet alhora, no tota la situació."

(17) Es refereix als anys noranta del segle XIX.

A. Gordon Hamilton (1923). "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 334-337).

6.1.2. 1931, New York School of Social Work, ciutat de Nova York

El 1931, quan Gordon Hamilton ja era professora de l'Escola de Treball Social de Nova York, va introduir la importància de les "tècniques" i es va referir al que ella va anomenar la *tècnica prioritària*, segons si es tractava de treball social de cas (incloïa la família) o de treball social comunitari. Prenent com a exemple la Family Welfare Society i les activitats que realitzava, va escriure el següent:

"Ha organitzat, ha promogut, ha mobilitzat i ha coordinat forces de la comunitat. Algunes d'aquestes activitats ara les han continuat els consells de benestar, unes altres, les agències de família, que les desenvolupen per a un objectiu especial. Però a les ciutats més petites i els districtes rurals, moltes d'aquestes activitats d'organització de la comunitat encara es poden trobar sota l'ala de l'agència de família. En general, no obstant això, en el camp de la família, la tècnica d'organització de la comunitat ha esdevingut secundària i la tècnica de treball social de cas, primària. En un consell de benestar és al contrari; la tècnica d'organització de comunitat és primària. Això no vol dir que la tècnica d'organització comunitària en el treball de família no sigui important, però, cada vegada més, l'interès de l'agència de família mitjana s'ha centrat d'una manera directa en el tractament del client, mentre que cap de les activitats promocionals no es converteix en empreses comunes."

A. Gordon Hamilton (1931). "Refocusing family case work". A: *Official proceedings of the annual meeting: Nova York* (pàg. 174-188).

En aquest mateix article, es va referir als "factors" i a les poques coses que se'n coneixia dins del treball social.

"Sabem algunes coses dels factors de la personalitat relacionats amb la pèrdua d'estatus social quan els ingressos han disminuït o cessen, unes quantes coses de com cal preparar els nens per al seu manteniment social, algunes coses dels problemes del pare substituït en els casos de concessió a les mares, unes quantes coses de l'efecte sobre el matrimoni i la vida de família quan hi ha tensió financera, per esmentar alguns dels problemes més comuns que tenim."

A. Gordon Hamilton (1931). "Refocusing family case work". A: *Official proceedings of the annual meeting: Nova York* (pàg. 174-188).

Què sabem avui dels factors de les persones malaltes que atenem? Dels possibilitadors i dels inhibidors, perquè també n'hi ha. La recerca és l'activitat científica que ens ha de guiar en aquest aspecte. I seguim amb un altre paràgraf que reforça el paper del treball social sanitari en el vessant assistencial, però també en el vessant preventiu:

"El treball social de cas en el camp de la família, el treball social de cas en qualsevol altre camp, està preocupat no pas per la malaltia, per la pobresa o per l'analfabetisme d'una manera directa, sinó per la contribució d'aquests factors al desajust de la personalitat. El treball social com una professió està preocupat per la manera de remeiar les condicions que produeixen la malaltia, la pobresa i la ignorància, però el treballador social de cas sanitari en la feina diària s'ocupa d'una personalitat particular en una situació concreta. De vegades aquesta personalitat està, com diem, desajustada, de vegades no està prou desajustada i els conflictes s'han de precipitar..."

A. Gordon Hamilton (1931). "Refocusing family case work". A: *Official proceedings of the annual meeting: Nova York* (pàg. 174-188).

6.2. Aportacions de Florence Hollis

6.2.1. 1936, School of Applied Sciences, Western Reserve University, Cleveland

En la seva conferència "Emotional growth of the worker through supervision"¹⁸, sense parlar directament del treball social sanitari, introdueix la importància de formar-se en els aspectes emocionals que generen les situacions que es tracten. Hollis posa sobre la taula la capacitat, la perícia, el saber que dona l'experiència professional en la penetració de l'experiència de la persona, els membres de la família que atenem:

(18) Creixement emocional del treballador per mitjà de la supervisió.

"La pràctica del treball social de cas no pot ser apresada només per mitjà de processos intel·lectuals. Alguns dels nostres fracassos més destacats en matèria de formació cada any són persones que han adquirit un coneixement dels mecanismes, però que, a causa d'una configuració emocional defectuosa, són incapaces de relacionar aquest coneixement amb la comprensió de les persones amb problemes o, pitjor encara, perquè en les seves pròpies necessitats utilitzen el coneixement d'una manera sàdica i danyen el client. Per exemple, un treballador pot recitar de vegades una dotzena de raons per les quals una família pot ser exigent en la seva actitud envers l'ajuda i, no obstant això, podria no sentir el desenvolupament d'aquesta actitud en una família que ella mateixa visita una setmana rere l'altra fins que aquesta actitud li esclata com un buf. A més a més, malgrat la seva comprensió intel·lectual de per què va passar això, podria ser incapaç de transmetre a la família el seu sentit d'apreciació amb la pressió en què ha treballat."

F. Hollis (1936). "Emotional growth of the worker through supervision". A: *Official proceedings of the annual meeting* (pàg. 167).

Aquest paràgraf és una observació mil·limètrica del procés d'intervenció, de com el treballador social sanitari es pot nodrir de les experiències emocionals particulars, però també destaca la necessitat de formar-se i entrenar-se per a la pràctica. I això allunya qualsevol tipus de burocràcia que, malgrat que pot ser necessària per a realitzar alguna gestió, no deixa de ser un acte administratiu que, aïllat i per si mateix, no s'ha de considerar de treball social sanitari.

6.3. Aportacions de Helen Harris Perlman

6.3.1. 1957, professor of Social Work at the University of Chicago

Helen Harris Perlman publica *Social casework. A problem-solving Process*. Es tracta d'un llibre de referència que continua vigent actualment. L'autora assumeix una orientació psicoanalítica i psicodinàmica per justificar molts dels seus arguments. En el seu llibre assenyala set punts que cal considerar dins del model de *problem-solving*¹⁹:

- Els components de la situació del *casework*
- La persona
- El problema
- El lloc
- El procés
- La relació del *case-worker* amb el client
- El treball de resolució del problema

"Per saber si es pot ajudar una persona i de quina manera, cal conèixer què vol de si mateixa en el futur i quines aspiracions i concepcions té en el futur."

H. H. Perlman (1957). *Social casework. A problem-solving Process* (pàg. 22). Chicago: The University of Chicago Press.

6.3.2. 1962, professor of Social Work at the University of Chicago

Aquest any, Helen Harris Perlman publica el llibre *So you want to be a Social worker?*, en què explica d'una manera molt didàctica el que implica ser treballador social, exercir aquesta professió. Destaca la manera següent d'explicar el treball social:

"El treball social és l'encarnació de la creença de la nostra societat que les persones han de tenir el dret i l'oportunitat de tenir una vida personal satisfactòria i socialment útil."

L'autora continua analitzant l'evolució de la societat que cada vegada esdevé més complexa i destaca que el mateix treball social s'ha anat desenvolupant d'acord amb aquestes noves necessitats humanes:

"Des dels primers temps el treball social professional ha desenvolupat durant molt temps diferents sistemes d'ajuda a les persones més desfavorides. Al principi hi havia el convenciment que a les persones pobres només calia garantir-los l'estómac ple. Les necessitats humanes han canviat i han esdevingut més complexes."

H. Harris Perlman (1962). *So you want to be a Social worker?*. Nova York: Harper & Row, publishers.

6.3.3. 1971, professor of Social Work at the University of Chicago

L'autora va ampliant la seva producció bibliogràfica al voltant del treball social. En el seu llibre sobre el treball social de cas, el *casework*, escrivia el següent:

⁽¹⁹⁾Resolució de problemes.

Referència bibliogràfica

H. H. Perlman (1969). *Social casework. A problem-solving Process*. Chicago: The University of Chicago Press.

"Periòdicament ens preguntem els uns als altres: què és social sobre el cas social? [...]. Les raons que porten una vegada i una altra a fer-nos aquesta pregunta són diverses. Inclouen el nostre interès a conèixer l'interior de la personalitat i la pèrdua de perspectiva sobre l'altre món en què viu la personalitat, la nostra dificultat real a definir el que és *social* i potser, com que ara la necessitat és més gran, amb vista a la penetració de tractaments per mitjà dels programes de benestar social, de dir una altra vegada qui som i què sabem. No obstant això, m'he limitat a una tasca: identificar els components socials pels quals la pràctica del *casework* està caracteritzada i vitalment afectada."

H. Harris Perlman (1971). *Perspectives on Social Casework*. Filadèlfia: Temple University Press.

El llibre tracta àmpliament del treball social de cas, el qüestiona en el sentit més crític de la paraula, fonamentada en els resultats de la nostra intervenció. Fins i tot un dels capítols es titula "El *casework* ha mort" i, a continuació d'aquest, "Pot ajudar el *casework*?".

7. El nostre passat recent a l'Estat espanyol: la introducció del treball social sanitari en la institució sanitària

Fins ara hem vist que l'ajuda caritativa es va transformar en ajuda professional, en una acció científica. És a dir, per a prestar-la s'havia d'adquirir una formació que capacitava la persona per intervenir dins la institució sanitària. Aquesta formació es fonamentava en el coneixement generat amb l'observació i la recerca. Això implicava el seguiment de mètodes de treball en què el diagnòstic social [sanitari] era l'element diferenciador pel que fa a l'activitat caritativa i el centre analític que suportava les diferents intervencions.

A l'Estat espanyol, la primera escola de formació social es va crear a Barcelona el 1932. Havien passat trenta-quatre anys des que es va crear, el 1898, l'Escola de Filantropia de Nova York. Segons Montserrat Colomer:

"La senyora Antonia Figueres, membre del Comitè de Millores Socials⁽²⁰⁾ creat el 1926, sentia la importància de la formació del personal dedicat a obres socials. Gràcies a aquesta inquietud, juntament amb el doctor Raül Roviralta, amb la col·laboració d'eminents professors i catedràtics de la Universitat i seguint els consells del canonge doctor Josep Maria Llovera, va crear l'Escola d'Assistència Social⁽²¹⁾ el 1932. Era la primera escola d'aquesta naturalesa que s'obria a l'Estat espanyol. [...] el 7 d'octubre de 1932 es va iniciar el primer curs d'activitats docents. L'escola era una filial de la de Brussel·les; els estudis no eren reconeguts oficialment pel govern republicà, però tenien validesa a Bèlgica.

M. Colomer (2009). *El trabajo social que yo he vivido* (pàg. 25). Barcelona: Impulso a la Acción Social.

Montserrat Colomer explica que la Guerra Civil del 1936 va interrompre les activitats de l'Escola d'Assistència Social fins al 1939. El 1952 es va crear l'Escola de Visitadores Socials Psicòlogues, sota la tutela del doctor Sarró. El 1955 es funda l'Escola d'Ensenyament Social (per a homes), també a Barcelona. Aquest mateix any, a Madrid es crea l'Escola d'Assistència Social Sant Vicenç de Paül. El 1957 es funda l'Escola de Formació Social Sabadell-Terrassa, que va ser fundada per un patronat d'empresaris catòlic.

El gener del 1960 es creava una de les primeres places de "visitadora social", avui diríem de "treballadora social sanitària hospitalària", al nou Hospital d'Astúries; la plaça va ser ocupada per María Asunción Martínez Arrojo, formada a l'Escola de Visitadores Socials de Barcelona. La mateixa autora explica que la seva plaça va ser una de les primeres remunerades, ja que, si bé n'hi havia en alguns hospitals, la majoria eren de caràcter voluntari.

Dos anys més tard, a l'Espanya del 1962, en plena dictadura, el 21 de juliol s'aprovava la Llei 37/62 sobre normes reguladores dels hospitals. En el tercer paràgraf introductori, el text també citava l'acció social inherent a la sanitària:

⁽²⁰⁾ Comitè de Millores Socials.

⁽²¹⁾ Escola d'Assistència Social.

Referència bibliogràfica

M. Colomer (2009). *El trabajo social que yo he vivido*. Barcelona: Impulso a la Acción Social.

Referència bibliogràfica

M. A. Martínez Arrojo (2012). *Evocaciones y Análisis. Pionera del trabajo social hospitalario en Asturias* Oviedo: Ediciones Nobel.

"El correspondiente Plan nacional de acción sanitaria y social inherente a la segunda de las tendencias expuestas, requiere, en general, una gran flexibilidad para comprender y asociar las iniciativas, fórmulas y medios más variados de realización; un desarrollo atemperado a razones de urgencia y disponibilidad de los medios de financiación; una distribución geográfica conforme a la localización de las necesidades; un orden entre las instituciones, según su carácter, ámbito y especialidades; unas normas básicas para su más eficiente régimen u organización y una función tutelar que vele por la vigencia, siempre actualizada del plan en cuestión."

Llei núm. 37/62, de 21 de juliol de 1962, sobre normes reguladores dels hospitals.

Encara faltaven dos anys perquè es reconegués oficialment el títol d'assistent social com a tècnic de grau mitjà. Això succeiria el 1964.

El 1974, l'article sisè de la Llei general de Seguretat Social, de 30 de maig, suggereix al Govern que dicti les disposicions que facilitin la coordinació dels organismes, els serveis i les entitats gestores del sistema de Seguretat Social amb els quals acompleixen funcions afins de sanitat pública o assistència social.

Tres anys més tard, una circular del 1977 elaborada pel desaparegut Institut Nacional de Previsió (INP) marcava com a objectiu de l'assistent social hospitalari, seguint el llenguatge de l'època:

"Colaborar con el centro hospitalario para que cumpla sus fines y aporte al enfermo y a la sociedad lo que ambos esperan de él." Com a funcions: "informar a los órganos de dirección y asesores de la institución de aquellos asuntos que sean de su competencia y colaborar en la solución de los mismos."

Material fotocopiado.

El 1978, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), a la *Declaració d'Alma-Ata*²², dóna un gir a la filosofia assistencial i conceptual, també per al treball social sanitari i el treball social generalista. S'iniciava una nova era per a la salut. Hem de recordar en aquest punt que la salut com a tal traspasa els límits del sistema sanitari. L'OMS va proposar la definició següent:

"La salud, un estado de complet bienestar físico mental i social, i no solament l'absència d'afeccions i malalties, és un dret humà fonamental, i que l'assoliment del grau més alt possible de salut és un objectiu social summament important arreu del món, la realització del qual exigeix la intervenció de molts altres sectors socials i econòmics, a més del de la salut."

OMS (1978, 6-12 de setembre). *Conferència Internacional sobre l'Atenció Primària de Salut*. Alma-Ata.

Es tracta de la definició per excel·lència a la qual acudeixen amb més freqüència els professionals quan han de definir el concepte de *salut*. No és l'única i, sens dubte, n'hi ha d'altres igual de satisfactòries, fins i tot més, perquè el terme *estat* pot suggerir una cosa estàtica quan se sap que la salut és un concepte dinàmic. No obstant això, no es pot negar la penetració que tenen els textos de l'OMS en les nostres estructures i organitzacions actuals, alhora que en aquesta mateixa definició es presenten els àmbits de l'arc biopsicosocial. L'OMS, en aquesta mateixa conferència, va definir l'atenció primària de salut de la manera següent:

Referència bibliogràfica

M. Colomer (2009). *El trabajo social que yo he vivido* (pàg. 18). Barcelona: Impulso a la Acción Social.

Web

Per ampliar la informació, podeu consultar: Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. Està disponible a la pàgina web de l'Il·lustre Col·legi Oficial de Metges de la Província d'Alacant.

⁽²²⁾Material disponible a l'"Espai de recursos de l'aula".

"L'assistència sanitària essencial basada en mètodes i tecnologies pràctics, científicament fundats i socialment acceptables, posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat mitjançant la seva plena participació, i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar en totes i cadascuna de les etapes del seu desenvolupament amb un esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació. L'atenció primària forma part integrant tant del sistema nacional de salut, del qual és la funció central i el nucli principal, com del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat. Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema nacional de salut, i porta tan a prop com es pugui l'atenció de salut al lloc on resideixen i treballen les persones, i constitueix un primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària."

La Declaració d'Alma-Ata va suposar un gran impuls per a les polítiques sanitàries mundials a fi d'aconseguir el desplegament fixat per a l'atenció primària sanitària.

En el document *Principis inspiradors d'una política de serveis socials*, publicat el 1979 per Pilar Malla i Josep Arenas, es defineixen els serveis socials especialitzats de la manera següent:

"Serveis formats per equips pluridisciplinaris, i estarien en contacte amb grups o persones que tenen unes característiques determinades." I afegeixen: "És evident que el diagnòstic precís, en molts casos, l'hauria de fer el servei social especialitzat i, possiblement, fins i tot, alguns aspectes de la rehabilitació, encara que l'equip del servei social de base també podria aplicar altres tècniques." [...] "Les persones dels serveis especialitzats tindrien característiques peculiars i davant d'aquestes situacions s'haurien de tenir en compte dos aspectes: un aspecte individual que comprendria el diagnòstic, la rehabilitació i l'ajuda psicològica; i un aspecte ambiental que partiria de l'actitud del context que viu l'interessat i en què l'acció social hauria d'atenuar els efectes de negativitat i d'inacceptació. Aquesta segona tasca correspondria als equips dels serveis socials de base."

P. Malla; J. Arenas (1979). *Principis inspiradors d'una política de serveis socials*. Document de treball. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Assistència Social, Direcció General d'Assistència Social.

El text ajuda a comprendre des de dins la convergència entre serveis socials generals i serveis socials especialitzats. Fixem-nos en el concepte *serveis socials* enfront del terme *treball social*, que no apareix citat. Cal assenyalar que, en tots dos, el treballador social conceptualment és un membre més de l'equip de treball. És un error clàssic confondre els serveis socials amb el treball social, com ho seria confondre els serveis sanitaris amb la medicina.

Els serveis socials, com els serveis sanitaris, són establiments on es desenvolupen programes interdisciplinaris i els professionals que integren les seves plantilles, en aquest segle XXI, intervenen, o tracten d'intervenir, d'acord amb els principis del model biopsicosocial.

En el capítol "Principis" de *Social Diagnosis*, Mary E. Richmond crida l'atenció sobre una nova dificultat per als treballadors socials de cas: la confusió de les persones entre assolir els objectius per si mateixes, o arribar a un lloc on tot està servit.

Amb la seva observació va introduir, segons paraules seves, dos nous termes: *treball social* i *servei social*. En la seva reflexió va assenyalar un risc: si es disposa del servei social, del recurs material, es pot minvar la intervenció dels treballadors socials l'objectiu dels quals és treballar les potencialitats de la persona,

Referència bibliogràfica

M. E. Richmond (1917). *Social Diagnosis* (pàg. 25). Nova York: Russell Sage Foundation.

amb la persona i la seva família. D'aquesta manera, les accions vertebrades dins la intervenció social per implicar la persona en la seva millora es poden veure avortades quan el servei social no actua més enllà de la seva prestació, quan està disponible sense més ni més i deixa de banda el tractament de l'autonomia i la unitat de la persona.

Demetrio Casado i Encarna Guillen reconeixen sis branques amb finalitat social:

- Sanitat o Salut
- Educació
- Protecció social del treball
- Assegurances i subsidis de renda
- Protecció social de l'habitatge
- Serveis socials

Conceptuen els serveis socials de la manera següent:

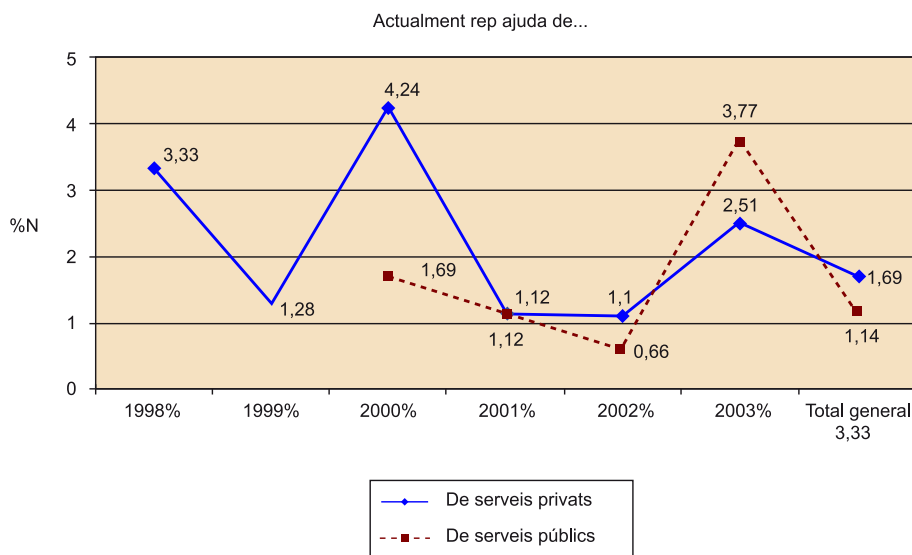
"Prestaciones y actividades en función de necesidades y aspiraciones de las personas en sus más diversas facetas (familia y menores, juventud, edad avanzada, etcétera) o en su condición global."

D. Casado i E. Guillen (2001). *Manual de Servicios Sociales* (pàg. 40-41). Madrid: CCS.

El concepte *aspiració de les persones* resulta clau en aquest espai i implica la tasca del treballador social com a gestor d'unes realitats individuals contextualitzades en la seva pròpia vida.

El 1984, l'Insalud va obrir una nova etapa marcada pel concepte d'*humanització dels hospitals*. Per a això, publica el *Pla d'humanització de l'assistència hospitalària*, i crea als hospitals propis, de l'Insalud, les primeres unitats d'atenció al pacient. Aquestes unitats quedarien inicialment sota la responsabilitat dels treballadors socials de l'hospital. La seva funció, no obstant això, era atendre els suggeriments i les reclamacions, en molts casos en detriment de la pràctica del treball social sanitari. La raó principal era que els recursos es trobaven en els serveis socials i que els treballadors socials sanitaris es limitaven a sol·licitar a aquests els recursos necessaris gairebé sempre relacionats amb l'alta. Aquest estereotip, conjuminat ja fa més d'un quart de segle, es continua nodrint de si mateix encara avui. De si mateix, perquè si s'analitza empíricament la utilització de serveis socials després d'una hospitalització, s'observa que la seva freqüència, com es veu en la figura adjunta, és certament baixa. No podem extrapol·lar els resultats d'un hospital a un altre. Però, al llarg d'aquests anys, cada vegada que analitzem aquesta dada, sempre es manté a la baixa. La il·lustració adjunta és un exemple de com podem començar a introduir l'empirisme en les nostres afirmacions:

La utilització de serveis privats enfront de la utilització de serveis públics després de l'alta hospitalària



Font: hospital Virxe da Xunqueira. Cee, 2003

Seguim amb la cronologia. El novembre del 1984, es van celebrar a Madrid les Primeres Jornades sobre Humanització de l'Assistència Sanitària. El treball social en el sistema sanitari, en primer lloc als hospitals i al cap de poc temps l'atenció primària, iniciava el camí dins de l'etapa moderna.

El 1985, l'Ordre d'1 de març (BOE 55, de 5/3/85) aprovava el Reglament general d'estructura, organització i funcionament dels hospitals de la Seguretat Social. Cal destacar que el servei de treball social ja no apareixia ni esmentat.

L'Ordre de 18 de novembre de 1985 de la Generalitat de Catalunya (DOGC 621, de 4 de desembre de 1985), que va aparèixer vuit mesos més tard i regulava l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya, tampoc no va fer ressò explícit del servei de treball social hospitalari.

El 10 de desembre del mateix any, el Parlament de Catalunya aprovava la Llei de serveis socials. En l'apartat que definia les àrees d'actuació, només es considerava que els serveis socials havien de col·laborar amb els serveis sanitaris en la prevenció de drogodependències. En cap cas no considerava el treball social sanitari. I, certament, es parlava de serveis socials i serveis sanitaris, no dels professionals que els integraven.

El 1985 es creava el programa "Vida als anys", el primer programa d'atenció sociosanitària de l'Estat espanyol. El va impulsar el Departament de Sanitat i Seguretat Social, i quedava comprès en l'Ordre del *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* de 29 de maig de 1986. La principal novetat va ser que, a l'atenció clàssica de les necessitats sanitàries, s'hi incorporaven activitats d'atenció integral, prevenció i interdisciplinarietat. El Decret 92/2002 (art. 2) de la Generalitat de Catalunya diu dels centres i serveis sociosanitaris el següent:

Referència bibliogràfica

Llei 26/1985, de 27 de desembre, de serveis socials. Publicació del Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General de Serveis Socials, Generalitat de Catalunya.

Referència bibliogràfica

(2003). "Entrevista a Antoni Salvà". *Agathos, Atenció Sociosanitària y Bienestar* (núm. 3, pàg. 66-69).

"Són els que presten, d'una manera conjunta i integrada, una atenció especialitzada sanitària i social."

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya del 1990 cita, al seu torn, la Llei de bases per a l'organització dels serveis de sanitat i assistència social, de l'any 1934, en què la coordinació i la continuïtat assistencial ja apareixien com a elements bàsics de l'assistència. El text assenyala el següent:

"Ja l'any 1934, el Parlament de Catalunya va dictar la Llei de bases per a l'organització dels serveis de sanitat i assistència social, que establia un sistema sanitari mixt configurat per serveis de titularitat pública i privada, sota la direcció i l'organització de la Generalitat, i la Llei de coordinació i de control sanitari públic, que instituïa les fórmules de coordinació entre els diferents organismes, institucions i autoritats sanitàries, a l'efecte del millor desenvolupament dels serveis i de l'encadenament de les funcions sanitàries."

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.

Vegeu també

En el mòdul de dret sanitari, el marc legal es veurà substancialment ampliat i comentat. Aquí hem destacat aquests moments des del punt de vista històric.

8. La segona meitat del segle XX: els treballadors socials sanitaris a l'Estat espanyol

Ens situem novament a l'any 1960. Com hem assenyalat en pàgines anteriors, una de les primeres places remunerades, potser la primera, de treball social sanitari a Espanya es va crear en el que aleshores era el Nou Hospital d'Astúries i la va ocupar María Asunción Martínez Arrojo. Aquesta autora escriu el següent:

"Lógicamente, inicié mi visita a las salas de enfermos y, con suma discreción, trataba de averiguar sus dolencias, el tiempo de estancia en el centro, los familiares que les visitaban y las situaciones sociales derivadas de su enfermedad."

M. A. Martínez Arrojo (2012). *Evocaciones y análisis. Pionera del trabajo social hospitalario en Asturias*. Oviedo: Ediciones Nobel.

El 1961, el mateix any en què es va signar la Carta Social Europea, a Catalunya Montserrat Gramunt acabava la seva tesi amb les paraules següents, referint-se al servei social hospitalari:

"En los grandes hospitales, el perfeccionamiento técnico y la especialización dificultan las relaciones humanas entre el enfermo y el personal sanitario. [...] El servicio social hospitalario consigue perfeccionar su eficacia cuando establece una constante y metódica colaboración entre todos los asistentes sociales que trabajan en instituciones sanitarias.[...] Cabe admitir como indispensable que el asistente social del sector resuma el informe social del cliente y lo envíe al asistente social hospitalario. Y a la inversa, cuando el enfermo sea dado de alta, los datos obtenidos durante su estancia deben ser enviados al asistente social del sector."

M. Gramunt (1961). "Conclusiones de la tesina presentada en la Escuela Católica de Enseñanza Social de Barcelona. «El problema de la deshumanización del hospital y el servicio social hospitalario»". A: *Estudios sobre hospitales y beneficencia* (núm. 7).

El 1973, María Jesús Chico, assistent social de l'Hospital General d'Astúries, pel que fa a l'actuació professional de l'assistent social a l'hospital, escrivia el següent:

"Deberá defender el principio de la dignidad del individuo y sus derechos como ser humano, que deben anteponerse a razones económicas, de organización o incluso de interés científico. Deberá colaborar con el estudio de soluciones encaminadas a actualizar las normas existentes en pro de una mayor adaptación del hospital al mundo exterior y un mejor servicio al enfermo. [...] Sensibilizar al personal. Conseguir suprimir aquello innecesario hiriente y desagradable. Conseguir la aplicación de ciertas normas."

M. J. Chico (1973). Material inèdit mecanografiat.

El 1974, Montserrat Colomer, pionera de la teoria i la pràctica del treball social a l'Estat espanyol, en l'RTS presentava *Experiències d'aplicació del mètode de treball social: la clínica mental*.

Referència bibliogràfica

M. Colomer (1974). "Método de trabajo social". A: *Experiencias de aplicación del método de trabajo social: clínica mental* (núm. 55, pàg. 51-52).

8.1. 1986, un any clau per al treball social sanitari

El 1986 es va aprovar la Llei general de sanitat. Les seves referències a l'assistència integral, a la salut com una realitat holística, semblava que marcaven un camí en què el treball social sanitari també s'esdevindria juntament amb altres professionals sanitaris.

En ple debat intel·lectual sobre els models sanitaris, incloent-hi el treball social, els models de treball social sanitari, també en ple debat de models de serveis socials i de models d'atenció sociosanitària, els vuitanta van ser anys d'expansió i creativitat professional. Anys d'una gran riquesa intel·lectual. L'any 1986, l'RTS va dedicar un número monogràfic al treball social hospitalari. L'atenció primària sanitària s'estava projectant. Avui, malgrat els vint-i-tres anys transcorreguts, aquells articles publicats són, fonamentalment, teories i pràctiques de màxima actualitat; cap d'ells no es pot considerar obsolet. Aquest número 104 de l'RTS ofería un conglomerat de continguts, fonamentat en l'experiència de professionals amb molts anys de pràctica en hospitals. Les funcions del treball social hospitalari quedaven definides en l'RTS citada tal com segueix:

"El treball social dedica la seva atenció a les persones, grups i comunitats per ajudar a conscienciar i a resoldre les situacions conflictives i de mancances que es produeixen en l'evolució de la societat. [...] El treball social sanitari col·labora a potenciar o aconseguir la salut, entesa tal com va ser definida al Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana com «una manera de viure autònoma, solidària i joiosa»."

Com a funcions, estableix:

- "Atenció directa al malalt i a la família: estudi sociofamiliar, informació o orientació, assessorament, motivació, suport, tractament social continuat.
- Actuació en relació amb el centre hospitalari: treball en relació amb la comunitat, programes d'educació sanitària, promoció de recursos, coordinació i col·laboració amb serveis socials diversos."

Aquest mateix any 1986, es van celebrar a Saragossa les Primeres Jornades de Treball Social i Salut, en les quals es va basar l'Associació Espanyola de Treball Social i Salut. El llibre d'actes de les conferències i comunicacions es va constituir en el primer número de la *Revista Española de Trabajo Social y Salud*. Observem que s'utilitza el terme *salut*, en comptes de *sanitari*, que és el que defineix el treball social en els establiments sanitaris. Hi ha molts punts en comú entre l'àmbit sanitari i la salut, però com hem dit diverses vegades, la salut va molt més allà del sistema sanitari; aquest màster centra l'atenció en el treball social sanitari, el que es duu a terme en el sistema sanitari.

El 1987, el doctor Palafox, professor de l'Escola Universitària de Treball Social de la Universitat Complutense de Madrid, publicava un article en què emfatitzava la formació específica dels treballadors socials sanitaris per exercir dins del que aleshores era el jove sistema sanitari i, gràcies a aquesta formació, formar part dels equips professionals que s'originaven. Va assenyalar el percentatge del 36,5% dels treballadors socials sanitaris dins de tot el col·lectiu, després

Les treballadores socials sanitàries

Les treballadores socials sanitàries amb més experiència en aquell moment i que van liderar el número de l'RTS van ser: Maria Dolors Serra, Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa; Teresa Codinach, Centre Hospitalari de Manresa; Montserrat Solé, Hospital de Sant Pau de Barcelona; Josefina Bassets i María Palet, Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona. Si bé moltes altres professionals hi van contribuir amb les seves experiències, la seva joventut situava el seu recorregut professional molt al principi.

Referència bibliogràfica

RTS. Revista de Treball Social (núm. 104, 1986, desembre). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.

Referència bibliogràfica

J. A. Palafox (1987). "Importància del treballador social en el campo sanitario". *Cuadernos de Trabajo Social*.

dels que exercien en el camp de menors, amb un percentatge del 37,3%. En el 26,2% restant hi havia professionals de diferents àmbits. Palafox va posar en relleu la limitació que aquesta falta de formació suposava per als treballadors socials en el camp sanitari. La seva anàlisi i previsió es va palesar amb el pas dels anys. I avui, el 2013, l'engegada d'aquest màster representa un gran pas per al treball social sanitari.

A partir d'aquí, el treball social sanitari ha passat per moments de tota classe, amb llums i ombres, però sempre que ens fonamentem en l'empirisme, en la recerca i en el mètode científic tindrem una base sòlida, que ens permetrà anar avançant en la generació de coneixement i la seva validació amb la pràctica. Tot el que no es fonamenti en el mètode científic és simple especulació, és ideologia i és opinió. El professional es basa en l'estudi, en les teories i en la recerca.

8.2. Observacions sobre el nou marc legal que afecta el treball social sanitari i el seu reconeixement

L'any 2002 s'aprova la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Un any més tard, l'any 2003, s'aproven les dues lleis següents:

- Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat, en què es recullen els conceptes i el seu desenvolupament, el catàleg de prestacions i la cartera de serveis (tots dos es desenvolupen en un crèdit a part).
- Llei 44/2003 d'ordenació de professions sanitàries. Aquesta llei no va reconèixer que el treball social sanitari fos una professió sanitària basant-se en dos punts, o àmbits:

"Des de l'Estat, els criteris que cal utilitzar per a determinar quines són les professions sanitàries s'han de basar en la normativa preexistent. Aquesta normativa correspon a dos àmbits: l'educatiu i el que regula les corporacions col·legials. Per això, en aquesta llei es reconeixen com a professions sanitàries les que la normativa universitària reconeix com a titulacions de l'àmbit de la salut i que actualment tenen una organització col·legial reconeguda pels poders públics."

La història només es pot basar en el que hi ha documentat; per això, després de la publicació de les dues lleis, però sobretot la de professions sanitàries, la primera baula d'aquesta nova etapa professional la va posar l'engegada del Postgrau de treball social sanitari la primera promoció del qual es va iniciar el 2009. El màster universitari de Treball social sanitari serà la segona. Amb aquest màster s'inicia una nova marxa el 2013. Dos passos importants que són la gran part de la història d'un esforç perquè arribi el dia d'aquest reconeixement del treball social sanitari com a professió sanitària.

Vegeu també

Material disponible a l'"Espai de recursos de l'aula".

Bibliografia

(2003). "Entrevista a Antoni Salvà". *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar* (núm. 3, pàg. 66-69).

Addams, J. (1897). "Intervenció a l'apartat de Minuts i discussions". A: *Twenty-Fourth National Conference of Charities Conference* (pàg. 464-465).

Addams, J. (1897). "Social Settlements". A: *Twenty-Fourth National Conference of Charities Conference* (pàg. 338-346).

Cabot, R. C. (1912). "Educational aspects of medical-social work". A: *Official proceedings of the annual meeting* (pàg. 351-359).

Cabot, R. C. (1910). "Discussió a la conferència de Goldstein: Hospital Social Service; Principles and Implications". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 348-351).

Cabot, R. C. (1915). "Report of the chairman of the committee on health". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 220).

Cabot, R. C. (1915). *Social Service and the art of healing*. Nova York: Moffat, Yard & Co.

Cannon, I. M. (1903). *Thirtieth National Conference of Charities* (pàg. 564).

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

Capilla, A.; Villadóniga, J. C. (2004). *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos*. Universidad de Huelva. Biblioteca Universitaria.

Chico, M. J. *Material inèdit mecanografiat*.

Colomer, M. (1974). "Método de Trabajo Social". A: *Experiencias de aplicación del método de trabajo social: la clínica mental* (núm. 55, pàg. 51-52).

Davis, M. M. (1911). "Medical and social co-operation". *National Conference on Social Welfare* (pàg. 278-281).

Davis, M. M. (1912). "Social aspects of a medical institution". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 363-369).

Einstein, A. (2007). *Mis ideas y opiniones*. Barcelona: Antoni Bosch.

Flexner, A. (1915). "Is social work a profession?". A: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second Annual Session held in Baltimore* (pàg. 576-591).

Goldstein, S. E. (1910). "Hospital Social Service; Principles and Implications". *National Conference on Social Welfare* (pàg. 341).

Gramunt, M. (1961). Conclusions de la tesina presentada a l'Escola Catòlica d'Ensenyament Social de Barcelona. "El problema de la deshumanización del hospital y el servicio social hospitalario". A: *Estudios sobre hospitales y beneficencia* (núm. 7).

Gordon Hamilton, A. (1931). "Refocusing family case work". A: *Official proceedings of the annual meeting: Nova York* (pàg. 174-188).

Gordon Hamilton, A. (1923). "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 334-337).

Harris Perlman, H. (1971). *Perspectives on Social Casework*. Filadèlfia: Temple University Press.

Henderson, C. R. (1895). "The German Inner Mission". A: *Twenty-Second National Conference of Charities* (pàg. 72-79).

Hollis, F. (1936). "Emotional growth of the worker through supervision". A: *Official proceedings of the annual meeting* (pàg. 167).

Lee, P. R. (1915). "Committee report: the professional bases of social work". A: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second Annual Session held in Baltimore* (pàg. 596-606).

Llei 26/1985, de 27 de desembre, de serveis socials. Publicació del Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General de Serveis Socials, Generalitat de Catalunya.

Llei núm. 37/62, de 21 de juliol de 1962, sobre normes reguladores dels hospitals.

Loch, C. S. (1885). "Charitable provision for the aged". A: *Twelfth Annual Conferences of Charities* (pàg. 347-362).

Loch, C. S. (1895). Carta enviada en el context de la *Twenty-Second National Conference of Charities* (pàg. 495-496).

Loch, C. S. (1896). "Charity organization". A: *Twenty-third National Conference of Charities* (pàg. 243-248).

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.

Malla, P.; Arenas, J. (1979). *Principis inspiradors d'una política de serveis socials*. Document de treball. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Assistència Social, Direcció General d'Assistència Social.

Minnick, J. (1908). "Social Work of General Hospitals". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 150-153).

Nacman, M. (1990). "Social work in health settings: a historical review". A: **K. W. Davindson; S. S. Clarke.** *Social work in health care. A handbook for practice* (pàg. 7-22). Nova York: Haworth Press.

Ogilvie, M. M. (1978). University of Pennsylvania. Citada per Minnick, J. "Social Work of General Hospitals". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 150-153).

OMS. *Conferència Internacional sobre l'Atenció Primària de Salut*. Alma-Ata URSS, 6-12 setembre [Disponible en línia]: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

Pelton, G. I. (1910). "The history and status of Hospital Social Work". A: *Official proceedings of the annual meeting* (pàg. 332-341).

Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. Pàgina web de l'Il·lustre Col·legi Oficial de Metges de la Província d'Alacant. [Disponible en línia]: <http://www.coma.es/>.

Richmond, M. E. (1903). "Discussion on the paid worker". A: *Thirtieth National Conference of Charities* (pàg. 560-561).

Richmond, M. E. (1891). "Minutes and Discussions". A: *Eighteenth Annual Conference of Charities* (pàg. 312-313).

Richmond, M. E. (1911). "Of the art of beginning in social work". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 373-379).

RTS. *Revista de Treball Social* (núm. 104, desembre de 1986). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.

Smith, Z. D. (1915). "Field work". A: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second Annual Session held in Baltimore* (pàg. 622-626).

Smith, Z. D. (1884). "Volunteer visiting: the organization necessary to make it effective". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 69-72).

Smith, Z. D. (1884). "Volunteer visiting: The organization necessary to make it effective". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 69-72).

Vázquez, M. J. (2004). "Orígenes del trabajo social". A: A. Capilla; J. C. Villadóniga. *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos*. Huelva: Universidad de Huelva.

Wood, G. (1895). *Twenty-Second National Conference of Charities* (pàg. 343).

Woods, M. E.; Hollis, F. (2000). *Casework: A: Psychosocial therapy*. Boston: McGraw-Hill.

