

De la ayuda filantrópica al enfermo y su familia a la ayuda del trabajo social sanitario

Dolors Colom Masfret

PID_00206199

Índice

Introducción.....	7
1. Revisión bibliográfica sobre los antecedentes y orígenes del trabajo social sanitario.....	11
1.1. Los orígenes	15
1.2. La Graduate Library University of Michigan Preservation Office	17
2. Antes de 1900, desde el trabajo social sanitario.....	19
2.1. Zilpha Drew Smith	19
2.1.1. 1884: Zilpha Drew Smith secretaria de la Poughkeepsie Charity Organization Society	19
2.1.2. 1915: directora asociada de la Boston School for Social Workers	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	23
2.3.1. 1895, Jane Addams en Hull House, Chicago, citada por Glen Wood	23
2.3.2. 1897, Jane Addams en Hull House, Chicago	23
3. Antes de 1900, otros profesionales líderes que apoyaron indirectamente el trabajo social sanitario.....	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 secretario de la London Charity Organization Society	26
3.2.2. 1895, C. S. Loch en la Society for Organizing Charitable Relief and Repressing Mendicity	27
3.2.3. 1896, C. S. Loch secretario de la London Charity Organization Society	27
4. Antes de 1917, desde el trabajo social sanitario.....	29
4.1. Mary E. Richmond	29
4.1.1. 1903, Mary E. Richmond secretaria de Associated Charities, Filadelfia	29

4.1.2.	1911, M. E. Richmond. Fundación 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 representante del departamento de trabajo social sanitario del 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.	Antes de 1917. Otros profesionales que apoyaron el trabajo social sanitario.....	35
5.1.	Intervención de James Minnick	35
5.1.1.	1908, Secretary COS, Providence, R. I.	35
5.2.	Intervenciones del Dr. 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.	Intervenciones del Dr. 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.	Intervenciones de Sidney E. Goldstein	38
5.4.1.	1910, Director of Social Service, Free Synagogue, Nueva York	38
6.	Después de 1917, desde el trabajo social sanitario.....	40
6.1.	Aportaciones de Gordon Hamilton	40
6.1.1.	1923, Charity Organization Society, Nueva York	40
6.1.2.	1931, New York School of Social Work, ciudad de Nueva York	41
6.2.	Aportaciones de Florence Hollis	42
6.2.1.	1936, School of Applied Sciences, Western Reserve University, Cleveland	42
6.3.	Aportaciones 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.	Nuestro pasado reciente en España: el trabajo social sanitario penetrando en la institución sanitaria.....	45

8. Segunda mitad del siglo XX: los trabajadores sociales sanitarios en España	51
8.1. 1986, un año clave para el trabajo social sanitario	52
8.2. Algunas observaciones sobre el nuevo marco legal que afecta al trabajo social sanitario y a su reconocimiento	53
Bibliografía	55

Introducción

La ayuda a los otros, la ayuda a los miembros más frágiles de un grupo, ya se trate de la propia familia o de la comunidad, de la sociedad en general, forma parte de la relación natural que, salvo en sociopatías u otros trastornos de personalidad, se establece entre las personas. La prestación de ayuda está presente allá donde se encuentre un ser humano y dentro de la historia, esa prestación de ayuda se ha ido sofisticando. Son muchos los matices que conforman esta *ayuda al otro* a lo largo de los tiempos, pero en los últimos ciento cincuenta años esta ayuda se ha bifurcado y ha generado un nuevo modelo profesional que se apoya en el método científico.

Ejemplo

La atención y asistencia médica a los pobres, a los enfermos, se empieza a considerar necesaria para la comunidad cuando socialmente comienzan a verse como fuerza de trabajo. El enfermo, en la antigüedad clásica, era visto como una carga, puesto que, siempre según la concepción clásica, no aportaba nada a su comunidad y requería mucho de ella.

F. Gonzalez *et al.* (2005). "Los hospitales a través de la historia y el arte". *Ars Médica* (pág. 16-18).

Según la clase social a la cual se perteneciera, y según la época, la ayuda tenía más o menos sentido, considerando que el ser humano adquiriría más o menos valor. Pero en términos generales, el hecho de ayudar a los semejantes forma parte de la médula espinal de las sociedades que se definen como modernas y avanzadas. En todas ellas existe algo innato en el impulso de ayudar que está siempre presente.

No obstante, todos los tipos de ayuda, si bien se pueden considerar sociales y se dan en el ámbito de lo social, no pueden considerarse ayudas desde el trabajo social sanitario. Muchas de ellas, ni siquiera desde el trabajo social generalista. Aunque tengan relación con la enfermedad, con los problemas económicos, familiares, laborales, aunque se den dentro de los establecimientos sanitarios y la presten profesionales del trabajo social sanitario, si no se siguen los métodos procedimientos y protocolos del trabajo social sanitario, no puede considerarse ayuda especializada.

Nota

¿Cómo diferenciamos la ayuda profesional de la ayuda espontánea, de la ayuda que se basa en una reacción y no en un diagnóstico o en un pre-diagnóstico? Cuando nos referimos a la ayuda que se presta desde el trabajo social sanitario estamos acotando los parámetros de esta ayuda a la vez que en ella, garantizamos los principios y valores del trabajo social sanitario que reúne los requisitos que lo convierten en profesión. Elizabeth N. Agnew sitúa el nacimiento del trabajo social como profesión en 1898, año en que se crea la New York School of Philanthropy.

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

Por tanto, un primer aspecto es considerar la ayuda ordinaria, la ayuda convencional, como una ayuda diferente a la que se presta desde el trabajo social sanitario. Diferente porque la segunda se apoya en el conocimiento, en teorías probadas, supone operaciones intelectuales y acciones racionales. La ayuda profesional es una ayuda diferente a la ayuda común y debe resultar más eficaz y eficiente.

Una primera pregunta: ¿cómo se fue organizando la ayuda profesional desde el trabajo social sanitario? En este módulo vamos a estudiar los antecedentes históricos, cómo se fueron dando los primeros pasos desde las primeras organizaciones y sociedades de la caridad hacia el establecimiento y consolidación de la profesión del trabajo social sanitario, que basa su actividad y desarrollo en el método científico, aplicando técnicas, siguiendo procedimientos y protocolos, desarrollando nuevos modelos de intervención, evaluando los resultados de sus intervenciones y reorganizándose de acuerdo a las nuevas necesidades sociales de las personas enfermas y de sus familias, y de acuerdo a las nuevas estructuras del sistema sanitario. Veremos partes del recorrido, estudiaremos parte de los argumentos, nos encontraremos con los principios inspiradores que llevaron a las pioneras y pioneros, mujeres sobre todo pero también hombres, a matizar y concretar la prestación de ayuda profesional dejando para otros colectivos la prestación de ayuda procedente de la caridad y la procedente de la filantropía.

P. R. Lee, presidente de la Escuela de Filantropía de Nueva York, en su conferencia "The professional basis of social work" (1915) ofrecía la siguiente reflexión al respecto:

"Los trabajadores sociales, cuando piensan en sí mismos como hombres o mujeres profesionales, se inclinan a aliarse con los médicos, abogados, maestros y clérigos en lugar de con otros grupos vocacionales.

Hasta el momento presente, los trabajadores sociales se han clasificado como trabajadores sociales porque han estado participando de ciertas ocupaciones. Es decir: dos hombres con unas habilidades naturales aproximadamente similares y una preparación general pueden escoger una carrera al mismo tiempo. Uno entra a trabajar en un banco, el otro deviene secretario de la Asociación de lucha contra la tuberculosis. Inmediatamente al último se le reconoce como trabajador social, al primero no. Las diferencias de opinión en cuanto a cuál de los dos es un trabajador social, por lo tanto, son realmente las diferencias de opinión en cuanto a lo que es el trabajo social. Es decir, el título se ha unido al carácter de la ocupación y no a la cualificación de los trabajadores sociales. Esto es totalmente legítimo como método de clasificación, pero se desprende del documento del Sr. Flexner que no es la base de las distinciones profesionales."

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

P. R. Lee señala la importancia de clarificar el factor diferencial del trabajo social, en este casi añadimos sanitario, ¿qué es lo que nos diferencia de otros profesionales del sistema sanitario? Pero además, refuerza los puntos que Abraham Flexner señaló se debían cumplir para que una actividad pudiera

The professional basis of social work

La base profesional del trabajo social.

considerarse una profesión dando relieve al hecho de que "La palabra profesión o profesional debe emplearse poco y de manera estricta". Las profesiones, dijo:

- Implican en esencia operaciones intelectuales con una gran responsabilidad individual.
- Derivan su materia primera de la ciencia y del aprendizaje.
- Este material lo trabajan en un extremo práctico y definido.
- Poseen una técnica educativa comunicable.
- Tienden a la autoorganización.
- Llegan a ser cada vez más altruistas en la motivación".

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

¿Qué identifica al trabajo social sanitario como disciplina y como profesión? En este posgrado y en este módulo, estudiaremos los factores que convierten al trabajador social sanitario en especialista del trabajo social en el campo sanitario. Podemos preguntarnos, además, ¿qué factores diferencian a un trabajador social sanitario de otro que no lo es? *Grosso modo*, actualmente podemos señalar varios puntos:

- La formación especializada. Este master es un ejemplo. El trabajo social sanitario no alcanza la denominación de profesión por su ocupación, sino por su derivación del conocimiento y la ciencia.
- El conocimiento de la institución sanitaria en su organización y sus funciones sociales.
- El conocimiento de la legislación que regula las funciones de los profesionales, el acto asistencial en el sistema sanitario.
- El conocimiento de las diferentes enfermedades y de los diferentes efectos psicosociales que éstas imprimen sobre la vida social de las personas que las padecen y sobre su familia y entorno.
- La capacidad y habilidad para diagnosticar y, por ende, tratar dichos efectos siguiendo planes de trabajo específicos en cada caso.
- La investigación aplicada dentro del campo sanitario interviniendo así en la generación de conocimiento y la creación de nuevos programas.
- La capacidad de liderar y proponer nuevos programas de carácter interdisciplinario considerando la función preventiva y asistencial.

Trabajador social sanitario

Aplicamos el calificativo *sanitario* porque, si bien éste es el primer master que se realiza en España, la acción del trabajo social sanitario, aunque no haya sido reconocida, se manifiesta en la práctica.

La lectura de los fragmentos de textos originales que siguen debe estimular a acudir, en algún momento, a las fuentes, para penetrar en los pensamientos, los argumentos y las inquietudes de los pioneros y pioneras. Y, sobre todo, para aprender e interiorizar que el trabajo social sanitario representa y da representatividad a los aspectos sociales de la enfermedad en la persona que la sufre, en su familia, en su entorno, y rescata y da relieve a los aspectos sociales de los pacientes y sus familias dentro de la institución sanitaria.

Algunos de los textos que siguen han sido publicados con anterioridad en algún medio profesional, si bien para su transcripción actual se han revisado y, en algunos casos, ampliado.

1. Revisión bibliográfica sobre los antecedentes y orígenes del trabajo social sanitario

Escriben M. E. Woods y F. Hollis (2000):

"Es importante entender la historia del *casework* psicosocial (método de trabajo social de caso). El conocimiento del pasado y el sentido de continuidad ilumina el presente; cuando sabemos dónde hemos estado, podemos evaluar mejor dónde estamos y hacia dónde vamos". Desde el conocimiento de las misiones, perspectivas y luchas de nuestros predecesores, podemos aprender de sus logros y errores a medida que vamos construyendo y fundando conocimiento."

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

Eso es lo que vamos a realizar. Para este módulo en especial, nos apoyamos en diferentes fuentes documentales. Preferentemente, acudiremos a las fuentes originales, a los documentos y actas literales. Siendo imposible garantizar acudir a todas las fuentes, de las consultadas, extraeremos aquellos fragmentos más importantes y decisivos en el desarrollo del trabajo social sanitario. Una primera observación es que, en los textos antiguos, se habla de *trabajo social* muchas veces sin más calificativo, pero cabe señalar que su acción está vinculada, especialmente, a las personas pobres y enfermas. Por tanto, en aquel contexto primigenio, la vinculación con lo médico era una obviedad. Progresivamente, como señala en un momento dado la misma M. E. Richmond (1891), se habla de *prevención*. Para ella, éste es el primer gran paso.

En este módulo, también estudiaremos el trabajo de revisión de autores contemporáneos publicados a finales del siglo XX y principios del siglo XXI. Sus aportaciones son importantes a partir de la interpretación que realizan, resultando ésta otra fuente diferente de análisis, siendo importante no perder de vista que se trata de interpretaciones. Es así como vamos tejiendo el conocimiento generado por los pioneros y lo vamos afinando, apoyados en la observación e investigación, pero sobre todo en la práctica filtrada por el método científico.

Cuando hablamos de las fuentes, debemos saber que los textos están ubicados en diversos centros de investigación. No existe un sólo centro al cual se acude para tomar lo que se busca como si estuviera allí esperándonos, pero las tecnologías de la información no permiten acceder a muchos de ellos a través de la red. Ello, lo que se busca, muchas veces está ahí discreto en un segundo plano dentro de otros textos. Son muchos los fondos documentales a los cuales se puede acudir. Éste es un trabajo al que cada profesional puede contribuir someramente con sus particulares búsquedas. Sabiendo lo que buscamos, con suerte y tiempo, lo encontraremos. Luego empieza el verdadero trabajo, la lectura, el análisis, la interpretación, la asimilación, etc. y la selección. Sucede también que ello, lo encontrado, viene acompañado de otros textos que están ahí y cabe valorar igualmente los contenidos (existe una palabra en inglés pa-

Referencia bibliográfica

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

ra definir ese fenómeno: *serendipity*). Muchos de estos autores que aparecen sin buscarlos no han atravesado los días de la historia, ni son conocidos por nosotros. No forman parte de los autores clásicos que estudiamos durante la formación del primer ciclo de diplomatura o grado de trabajo social. Pero estuvieron ahí aportando su granito de arena. Una vez reaparecidos, comprobamos que muchos de sus textos son de gran valor para la comprensión de los fundamentos del trabajo social, en especial el sanitario.

Lo que importa en este ejercicio de revisión bibliográfica son los pensamientos expuestos en público, las teorías, los argumentos y las experiencias. Las descripciones de las realidades que acunan las experiencias, los estudios realizados, las investigaciones y sus resultados, siempre sin dejar de lado la época en la que se dieron. La revisión bibliográfica implica la decisión de descartar algunos textos, prescindir de algunos autores; esto siempre ocurre según el juicio de quién revisa que debe garantizar la máxima objetividad. Es el límite de cualquier revisión. Convendremos en que no todos los autores escriben con el mismo rigor y que muchos artículos no aportan nada nuevo a lo dicho, lo que disminuye la credibilidad y confianza en su trabajo.

Exclusión de un texto

Un criterio claro de exclusión de un texto de revisión bibliográfica es cuando adolece de citas sobre las referencias que enuncian, o cuando no sea posible encontrar aquello que dicen dijo "alguien", o cuando la ideología predomina sobre la ciencia. Como profesionales, debemos ser exigentes con los textos de los cuales nos nutrimos.

Una revisión bibliográfica, sin pretenderlo, siempre será parcial, pero dentro de esta parcialidad, es obligado que el lector pueda acudir precisamente a las fuentes citadas por el revisor y consultar todo el texto del cual sólo se citan fragmentos. Una revisión bibliográfica debe quedar siempre abierta a nuevos puntos y nuevos autores. Dejar un texto de revisión bibliográfica cerrado, como si contuviera todo, es un reduccionismo impropio de profesionales maduros. Por tanto, este módulo tiene como objetivo abrir ventanas, mostrar caminos, construir puentes, para que cada participante pueda recorrerlos y a la vez descubrir otros nuevos que, sin duda, encontrará.

A medida que los fondos documentales se van digitalizando y que los propietarios de los archivos permiten el acceso a documentalistas y otros profesionales, surgen materiales que alumbran más y más los orígenes de nuestra profesión, el trabajo social con su centro de gravedad en lo médico, una de las áreas en donde se inició. Como la medicina, el trabajo social se instruyó siendo arte. Un arte que evolucionó hacia la ciencia bajo la premisa de que no se trata de una ciencia exacta. La calificación de ciencia del trabajo social sanitario es una afirmación que no goza de unanimidad, pero si nos apoyamos en los numerosos tratados y conferencias que dio Einstein explicando qué era la ciencia, ésta nos resultará más comprensible y menos excluyente. Explica Einstein en un texto escrito en 1934:

"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* (pág. 35-43). Barcelona: editorial Antoni Bosch.

En una publicación fechada en 1936, Einstein añade al respecto:

"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* (pág. 264-266). Barcelona: editorial Antoni Bosch.

Pero el mismo Dr. Cabot, en 1915, se refería a ello. Usando sus propias palabras, pero aplicadas a la generación de conocimiento científico mediante el análisis de los casos y las prácticas realizadas. Ilustra cómo generar dicho conocimiento desde el trabajo social sanitario para que éste fuera considerado ciencia:

a) Mediante la observación del trabajo de los expertos. b) Mediante el estudio, bajo supervisión cuidadosa, de los informes registrados de casos ilustrativos (el esfuerzo para seleccionarlos hace de por sí una tentativa de clasificación o agrupación, que es el comienzo de una ciencia). c) Mediante la práctica bajo la supervisión cuidadosa del diagnóstico real (investigación) y tratamiento (eliminación) de los casos. No veo razón para dudar de que, en la ciencia y el arte de estudio y moldeo del carácter, los libros vendrán a ocupar finalmente la misma posición útil como en medicina, aunque como influencia educativa estarán siempre subordinados (como lo están en medicina) a la observación de los expertos en el trabajo, en el análisis posterior o preliminar y la discusión de los casos publicados, y más tarde en el aprendizaje del trabajo en sí."

R. C. Cabot (1915). "Educational aspects of medical-social work". En: *Social Service and the art of healing* (pág. 65-75). New York: Moffat, Yard and Company (NASW Classic Series).

Hoy hemos avanzado mucho más, pero sabemos también que nos queda mucho por investigar y recorrer. La retórica, lo discursivo, sigue predominando sobre lo empírico y analítico, sobre los logros y resultados. El trabajo social sanitario investiga la asociación entre la enfermedad, sus causas sociales y psicosociales, y sus efectos sobre la vida diaria de las personas a las que afecta, diferenciando entre las formas de ayuda prestadas según la enfermedad de que se trate, aceptando que cada una en sí misma, genera circunstancias particulares. Ello, además, siempre contextualizado en el entorno de la persona. Es preciso asumir desde el principio que, cualquier intervención desde el trabajo social sanitario se inscribe dentro de un procedimiento o protocolo según cada caso, y deberá venir avalada por el diagnóstico social sanitario. Así, a partir de una determinada enfermedad, se establecerán una serie de intervenciones previamente validadas. A partir de una determinada circunstancia social, a partir de

una actitud psíquica, que representan un riesgo probado para la persona y su familia, se establece, igualmente, una serie de intervenciones en el ámbito psíquico, personal, familiar, etc., también previamente validadas. Ciertamente es que la investigación permite establecer agrupaciones e intervenir bajo patrones y modelos que marcan acciones precisas, pero la unicidad de la persona conlleva la unicidad del tratamiento.

La ciencia, lejos de ser una coraza impenetrable, es una membrana porosa a través de la cual transitan los elementos esenciales del objeto de estudio. Cualquier teoría puede convertirse en inválida cuando aparece un nuevo aspecto que no se había considerado antes. El carácter científico del trabajo social sanitario, como veremos a lo largo del master, toma cuerpo progresivamente a medida que se estudian las repeticiones de los hechos que afectan, en la esfera de lo social, a las personas enfermas que tratamos y a sus familias.

Aplicamos los mismos procedimientos, por ejemplo el "procedimiento de acogida para personas mayores de ochenta años, ingresadas" y asumimos el método de *casework* ('trabajo de caso'). Lo primero que veremos es que ante las mismas circunstancias, por ejemplo "vivir solo", no obtenemos los mismos resultados (el factor humano es irrepetible), cada persona mayor de ochenta años que vive sola presenta vivencias diferentes de esas mismas circunstancias. Pero, dicho esto, veremos que determinadas reacciones y respuestas de la persona son muy parecidas. A medida que aplicamos métodos comparativos y podemos estudiar las diferencias y las tendencias, podemos aproximarnos más a la realidad y a las formas de intervenir sobre ella. Los pioneros, hombres y mujeres, como fruto de su observación, empezaron a reflexionar sobre la organización social alrededor de la enfermedad y las personas enfermas, y cómo dicha organización generaba sufrimiento a los más débiles, a los enfermos, a los pobres, a los desprotegidos. Ello como reacción a las nuevas formas de exclusión resultado de la industrialización, la cual creaba nuevos pobres, nuevos enfermos, nuevos desprotegidos. Ahora bien, como la medicina, el trabajo social sanitario tampoco es una ciencia exacta. No puede serlo. Sin embargo, la observación, el análisis de las mencionadas repeticiones, la evaluación de los resultados en base a nuestros planes de trabajo, permite hablar de ciencia al poder prevenir y adelantarse a dificultades inherentes a las circunstancias objetivas y, a través de ella, del método científico, promover las mejores prácticas profesionales y liderar los programas y servicios más eficientes.

Dicho esto, cuando un trabajador social sanitario no sigue los procedimientos ni los protocolos del trabajo social sanitario, cuando su acción no se apoya en ninguna teoría de trabajo social, cuando no tiene identificados sus procesos de trabajo social sanitario, cuando no cuenta con su catálogo de prestaciones ni su cartera de servicios y en su intervención va resolviendo las situaciones que se le presentan sobre la marcha e improvisando, cuando no cuenta con apoyos conceptuales, debemos asumir que, entonces, este trabajador social sanitario no está siguiendo ningún método científico y, por tanto, su intervención no

podemos considerarla de trabajo social sanitario. Sin embargo, la mala práctica de ese "profesional" en particular, no puede desacreditar a toda una profesión ni a su colectivo.

El trabajo social sanitario, como especialización del trabajo social generalista, es estudio, diagnóstico e intervención, y también observación de las personas enfermas, de sus familias, relacionando su enfermedad con los desequilibrios en su núcleo familiar y ambiental. En el pasado como en el presente, fue la observación paciente y la constancia en los registros creados por los pioneros, ellos y ellas, junto con los médicos con quienes trabajaban, lo que hizo posible establecer los primeros paradigmas, indicadores y estándares. En el trabajo social sanitario, ciertamente, no es posible establecer determinismos en cuanto a la intervención, pues estamos dentro del factor humano, pero sí que existen circunstancias y realidades que se dan con mayor frecuencia cuando se manifiestan determinadas enfermedades que penetran, más o menos, en lo social. La intervención desde el trabajo social sanitario, sea en el ámbito que sea (primaria o especializada), como se verá en los textos que se citan, debe ajustarse y responder a las necesidades de las personas, de su entorno, diagnosticadas por un trabajador social sanitario. El diagnóstico social sanitario, avalando los procesos de intervención, siempre se inscribe dentro de un procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario.

Pero todo ello, ¿cómo se fue construyendo? No puede pensarse en el desarrollo del trabajo social sanitario aislado del desarrollo del resto de las disciplinas sociales y médicas, la sociología, la antropología, la medicina, la economía, la psicología, la psiquiatría, etcétera. Tampoco puede separarse de los movimientos sociales que tuvieron lugar a finales del siglo XIX y principios del siglo XX que trataban de dar respuesta y poner remedio a las nuevas bolsas de malestar. Las guerras. La gran depresión económica. Todo dentro de su contexto permite establecer analogías con el tiempo actual en el que, más que nunca, el trabajo social sanitario resulta un gran apoyo tanto para la gestión de casos, como para la gestión de programas y para el liderazgo impulsando otros nuevos.

1.1. Los orígenes

Los orígenes propiamente dichos de la profesión los encontramos en Inglaterra, pero sobre todo en Estados Unidos. No en vano las primeras autoras, las más leídas, son en su mayoría, aunque no exclusivamente, estadounidenses. Ciertamente estuvieron influidas, y muchas de ellas conocieron Europa, la Gran Bretaña, Alemania. Los viajes transoceánicos desplazando a profesionales, líderes sociales, de uno a otro lado del Atlántico fueron, como demuestran algunas cartas, un hecho.

Para la preparación de este módulo, como se ha comentado al principio, priorizamos las transcripciones literales de las sesiones y conferencias, los artículos originales que surgieron del mismo bullir social, gestados para dar forma al nuevo Estado de bienestar, nutridos todos ellos por lo que estaba ocurriendo en aquel final del siglo XIX y principios del siglo XX. Muchos de los textos consultados, seguramente, fueron creciendo hasta convertirse en libros de cabecera del trabajo social en general, del sanitario en particular, pues muchos de los ejemplos, como venimos diciendo, están basados en la enfermedad física y mental.

Debemos fijarnos en la conexión que las líderes sociales, luego trabajadoras sociales, del momento mantuvieron con la realidad de los problemas sociales que trataban, individual y colectivamente en los hospitales y en la comunidad; cómo penetraban en ellos desde el empirismo y no desde lo especulativo; cómo, a su vez, formaban parte de las instituciones que lideraban los grandes cambios que se iban sucediendo; cómo muchas de sus aportaciones se apoyaban en el método científico. Pero sobre es importante verlas en su papel de defensa de la dignidad humana, de la libertad. En los siguientes textos encontramos qué decir y qué no decir, entendiendo que se deben evitar los tópicos siempre al alcance de cualquiera. Descubriremos con qué técnicas implicaron a los voluntarios, los visitantes amistosos, en la prestación de ayuda y la realización de un buen seguimiento de las familias de las cuales eran responsables.

Así, una primera observación es que el trabajo social sanitario tiene su origen en la ayuda a las personas que sufren problemas sociales asociados a la enfermedad y al hecho de enfermar, a los miembros de sus familias, siempre afectados, y también al vecindario. Y una segunda observación es que claramente diferencian la atención individual en el *casework*, el trabajo social de caso, de la planificación de programas colectivos a través del trabajo social de grupo y comunitario. Diferenciamos, pues, trasladado a nuestro tiempo, la gestión del caso social sanitario (no lo confundamos con la gestión del cuidado, con gran peso de la enfermería) de la gestión de los programas psicosociales.

Muchos de los ejemplos y casos presentados en dichas conferencias están vinculados a problemas generados por la enfermedad o agravados por ella, dificultades que, surgidas de la insalubridad, la mala nutrición, la falta de higiene personal y en las casas, el exceso de horas de trabajo, etc., están en la base de la enfermedad. La mayoría tienen que ver con las nuevas formas de vida adquiridas por una sociedad que abandona el campo para vivir la revolución industrial más descarnada en las ciudades, muchas veces con la explotación de los trabajadores, hombres, mujeres y niños, ancianos, una sociedad poco sensible que, gracias a conciencias más refinadas, que se organizaron en Sociedades de la Caridad, se sensibilizó. Podemos pensar que son realidades ya superadas, pero mirando con detenimiento nuestro entorno vemos que el malestar, la injusticia social, el hacinamiento, los problemas de salud pública, etc. están presentes en muchas de nuestras ciudades. Es un ejemplo la llegada de personas extranjeras, inmigrantes, sin permiso de residencia ni de trabajo,

escapando de la miseria de sus países. ¿O acaso los denominados *pisos patera* no son lugares totalmente insanos? ¿Y los talleres clandestinos, nuevas expresiones de la esclavitud y su explotación?

El objetivo de este módulo es situar a la especialización del trabajo social sanitario en el contexto histórico en el cual se fundó, el ámbito sanitario. Recuperar sus principios filosóficos, las intervenciones y acciones que los acompañaban y cómo, año tras año, buscaban perfeccionarse tomando como referente lo ocurrido el año anterior.

En el libro *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos*, se encuentra descrito el recorrido social que tuvo lugar en el siglo XIX hasta llegar a la profesión actual. El libro habla del trabajo social en general, pero son muchas las alusiones a los problemas de enfermedad ocasionados por la marginación y pobreza. Escribe M. J. Vázquez:

"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". En: 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

Uno de los archivos más importantes a día de hoy y una de las fuentes más significativas de documentación a la cual acudiremos para rescatar los antecedentes del trabajo social sanitario, su surgimiento, los debates que se dieron alrededor de la profesionalización y la necesidad de formación es la Graduate Library University of Michigan Preservation Office. En ella, encontramos archivos desde 1874 hasta 1982. En su extensa documentación, hallamos la evolución que ha ido acompañando el desarrollo del Estado de bienestar en Estados Unidos, pero también en Europa pues muchos de los líderes europeos, como se verá, viajaban para asistir a la conferencias anuales de Bienestar. Encontramos los servicios, los principios filosóficos básicos llevados a pie de calle. Educación para niños desprotegidos, casas de convalecencia, visitas a domicilio para conocer el entorno social, etc. Y a parte de estos servicios y programas de servicios sociales, son numerosos los textos de trabajo social sanitario¹ que incluyen.

El archivo se inicia con un volumen de 1874 (originalmente publicado en el *Journal of social science*, núm. 6) que se publicó sin título por la American Social Science Association. Se reimprimió en 1885 bajo el título *Proceedings of the first Conference of Charities and Correction*². Luego se van dando bloques temáticos que indican las diferentes épocas. En ellos, en los diferentes bloques, encontramos textos inéditos, mujeres y hombres reflexionando sobre la transforma-

Referencia bibliográfica

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

⁽¹⁾Inicialmente denominado *médico (medical social work)*.

Web

Para ampliar información sobre los archivos, podéis consultar: <http://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/>.

⁽²⁾Procedimientos de la primera Conferencia de la Caridad y la Corrección

ción de parte de la filantropía caritativa en una profesión que reconstruía las vidas de las personas, les ayudaba a ayudarse partiendo del diagnóstico social. Los textos muestran el valor de la evaluación para asegurar el camino correcto de las intervenciones profesionales y, a la vez, saber para qué servía todo lo que se estaba realizando.

Encontramos textos de médicos, pastores, mánagers, voluntarios, todos ellos contribuyendo a articular la profesionalización en la actividad natural de ayuda, sin que ello significara eliminar la filantropía clásica. El trabajo social sanitario incluía la intervención social y la formación de los profesionales que se llevaban a cabo en las escuelas. Los diferentes periodos de los textos se dividen de la siguiente manera:

- En **1874**, Conference of Boards of Public Charities (Conferencia de las salas de Caridades Públicas).
- Entre **1875-1879**, Conference of Charities (Conferencia de Caridades).
- Entre **1880-1881**, Conference of Charities and Correction (Conferencia de Caridades y la Corrección).
- Entre **1882-1916**, National Conference of Charities and Correction (Conferencia Nacional de Caridades y la Corrección).
- Entre **1917-1956**, National Conference of Social Work (Conferencia Nacional de Trabajo Social). Cabe señalar que, en 1917, Mary E. Richmond publica *Social Diagnosis*.
- **A partir de 1957**, National Conference on Social Welfare (Conferencia Nacional de Bienestar Social).

2. Antes de 1900, desde el trabajo social sanitario

2.1. Zilpha Drew Smith

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

Son muchas las voces que participaron de esos primeros momentos que duraron varios años. Sin embargo, para empezar, vamos a centrarnos en la figura de Zilpha D. Smith. Su nombre seguramente resultará desconocido para una mayoría, pero si decimos que M. E. Richmond le dedicó su libro *Social Diagnosis* nos sentiremos ciertamente cerca de ella. Mary E. Richmond escribe:

"Para Zilpha Drew Smith, cuya constante fe en las posibilidades del trabajo social de caso ha sido la inspiración de este libro y de su autora."

Su nombre en los archivos consultados aparece por primera vez en 1883, en la Décima Conferencia Anual de Caridades, y lo hace como secretaria de la Poughkeepsie³ Charity Organization Society. Su última aportación en el mismo contexto la realizó en el año 1915 en la Cuarenta y dos Conferencia Anual, ya como directora asociada de la nueva Escuela de Trabajadores Sociales de Boston. En este año, participó en la sesión dedicada a la formación y al entrenamiento de los trabajadores sociales. Fue el mismo año, y en el mismo programa de sesiones, cuando Abraham Flexner (ya citado) presentó su crítica conferencia *¿Es el trabajo social una profesión?*. Una sesión en la que se debatió ampliamente sobre la formación en trabajo social y sus contenidos, penetrando muy especialmente en la asociación entre la pobreza y la enfermedad y en cómo reducir las.

Referencia bibliográfica

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

En 1884, en la Onceava Conferencia Anual de Caridades, Zilpha D. Smith presentaba un trabajo sobre la labor de los voluntarios visitantes y la organización necesaria que debía soportar su actividad para que dicha visita fuera lo más efectiva posible.

Su exposición versó sobre dos puntos, según ella básicos. Por una parte, el intercambio de información privada entre sociedades sobre las familias atendidas y con las cuales podía intervenir, simultáneamente, más de una sociedad. Por la otra, asegurar consultas sobre temas en general y sobre familias

⁽³⁾Pequeña ciudad situada en el Valle del río Hudson, en el estado de Nueva York.

Web

Podéis consultar la biografía de la autora en: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/549918/Zilpha-Drew-Smith>.

Referencia bibliográfica

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

en particular. Señalaba que, en el último año, las actas de atenciones ascendían a 11.000 familias. Introdujo la figura del agente pagado para supervisar al visitador amistoso en casos que necesitaban más estudio y experiencia. La importancia de pagarle residía en que igualmente se le podía exigir una responsabilidad. También señaló la importancia de aprovechar la información existente en la sede central de la Sociedad de la Caridad para evitar duplicar preguntas. Escribía:

"Una familia se deriva a nuestra sociedad para la investigación y la visita amistosa; toda la información ya registrada en la oficina central se envía a la oficina del distrito. A esto hay que añadir la visita del responsable al hogar y fuera de los resultados de las investigaciones, a fin de que el comité tenga todos los conocimientos necesarios para decidir sobre el presente recurso, y para elegir el visitante adecuado para crear una amistad permanente y de ayuda a la familia.[...] Es deber de la comisión y su agente garantizar los frecuentes informes de los visitadores en su distrito y hacer sugerencias basadas en la experiencia. Obtener informes frecuentes puede sonar a 'burocracia', pero todo puede ser administrado de una manera amigable."

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

En estos textos, encontramos las bases de lo que serían los primeros fundamentos organizativos del trabajo social, tanto en la atención directa de caso como en la gestión de la documentación propia resultante de la actividad profesional derivada de esta atención directa. El caso permite llegar al colectivo. En los siguientes años, sus textos y participaciones en las discusiones giraban alrededor del bien que los visitantes amistosos podían aportar a las familias que visitaban. Éste, para ella, era su sentido y fin. Trató la mejora de la organización, de su eficacia y efectividad. En sus explicaciones, vemos que se empezaba a gestar el método de trabajo social de caso, el *casework*. Se tenían que lograr cambios en las personas desde dentro de sí mismas, desde dentro de su mismo hábitat, y ello requería estrategia en la intervención. Una de estas estrategias era que la persona fuera participe de su tratamiento. Paciencia y seguimiento. Los cambios debían significar una mejora tangible de su situación social. Con ello, introdujo la importancia de la evaluación de las intervenciones.

2.1.2. 1915: directora asociada de la Boston School for Social Workers

La última comparecencia de Zilpha Drew Smith de la cual se dispone de información en los archivos consultados la realizó ya como directora asociada de la Escuela para Trabajadores Sociales de Boston. El tema fue *El trabajo de campo*. Empezaba su exposición así:

"Miss Abbott ha expresado adecuadamente la necesidad de que en la formación de los trabajadores sociales se combine el trabajo de campo con el trabajo en el aula; de lo que hablaré ahora es de ciertos principios que parece proceden de la misma base del trabajo de campo, en el valor de la educación completa y su aplicación en Boston, donde las condiciones del entorno difieren algo de las de Chicago."

Z. D. Smith (1915). "Field work". En: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second annual session held in Baltimore* (pág. 622-626).

En la conferencia, Zilpha Drew Smith se centró en el trabajo de campo como el lugar donde realmente los estudiantes de trabajo social, mujeres y hombres⁴, se convertían en profesionales, asumiendo progresivamente responsabilidades. El punto central de su exposición se apoyó en que el trabajo de campo durante la formación permitía a los estudiantes complementar lo teórico con la propia práctica dentro de la realidad de los casos y asumiendo los retos particulares que, como estudiantes en formación, les imponía los límites de la realidad, Zilpha Drew Smith continuó:

⁽⁴⁾Llama la atención que reclamen la presencia de hombres en los equipos de voluntarios amistosos.

"Con catorce horas a la semana de prácticas durante ocho meses, no se puede formar a un trabajador altamente cualificado, pero podemos darle una comprensión práctica de lo que significa la técnica, mostrarle cuánto le queda por aprender y ayudarlo a descubrir sus aptitudes, o bien elegir el campo de trabajo en el que estas aptitudes estarán mejor cultivadas y usadas."

Z. D. Smith (1915). "Field work". En: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second annual session held in Baltimore* (pág. 624).

Una clase magistral de gestión, administración y formación de recursos humanos. Además, fijémonos en que Zilpha D. Smith pone el foco sobre el campo de trabajo, de lo cual se deduce que empezaba a vislumbrar las diferentes especialidades. Como se verá, hacía diez años que se había inaugurado el primer despacho de trabajo social sanitario en el hospital y en 1915 eran muchas las especialidades que se habían ido creando.

2.2. Mary E. Richmond

Mary E. Richmond es la figura más representativa del trabajo social. Fue ella la que realmente vio la necesidad de elaborar un diagnóstico social de todos aquellos casos que recibían alguna ayuda. Su obra cumbre *Social Diagnosis* se publicó en 1917, pero fue una autora muy prolífica y una activista del Estado del Bienestar. A continuación veremos algunas de sus aportaciones.

2.2.1. 1890, Charity Organization Society, Baltimore

Su nombre aparece por primera vez en la lista de delegados en la Decimoséptima conferencia anual de caridades del año 1890, como: "Richmond, Miss Mary E., Charity Organization Society, Baltimore". En esta conferencia, no se produjo ninguna intervención de su parte; para ello habría que esperar a la siguiente conferencia, en el año 1891.

2.2.2. 1891, Charity Organization Society, Baltimore

Dentro de la décimo octava conferencia, después de que todos los Estados presentaran sus informes, siempre se daba paso a un espacio denominado *Minutes and Discussions*⁵, en donde los secretarios y secretarías de las sociedades rea-

⁽⁵⁾Minutos y discusiones.

lizaban sus alegaciones y observaciones. Ésta fue su primera intervención en dicha sección que, siguiendo la reproducción, tuvo lugar el jueves 14 de mayo. Y fue ella la que pidió la palabra; dijo:

"Una parte muy importante de mi trabajo es leer los informes. He comprobado que la observación más frecuente es 'un año más, todo ha ido rodado'. Otra es 'tienen motivos para estar profundamente agradecidos, que nunca en la historia de la institución se ha producido un año con tanto éxito', etc. Los informes hoy han sido eminentemente prácticos, pero aún me siento obligada a decir, en el lenguaje de los informes que critico, que nunca en la historia de nuestro Estado hemos tenido un año exitoso.[...] La Asociación de Pobres ha tenido un gran impulso a partir de la última conferencia. El establecimiento de nuevas organizaciones benéficas se encuentra sobre una buena base en la línea de la prevención más que del alivio. [...] Como la educación superior y la caridad superior están tan estrechamente ligadas, puede tener lugar hacer de referencia al hecho de que las mujeres de este país han recaudado dinero para la educación médica de las mujeres, y creemos que, en Baltimore, en relación con la Universidad Johns Hopkins, se establecerá, en 1892, una escuela de medicina con igualdad de oportunidades para mujeres y hombres."

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

Como puede verse, la atención a la enfermedad, pero sobre todo los programas preventivos, formaban parte de sus ideales y también de sus primeros trabajos, pero no podemos dejar de señalar su referencia a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres con la normalidad que sería deseable.

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

Mary E. Richmond ya formaba parte del equipo de la Russell Sage Foundation, entidad a la que estuvo vinculada hasta su muerte en 1928. En esta ocasión, no obstante y dentro del marco de la treinta y siete sesión anual de las Conferencias de la caridad puso el foco en los métodos, en separar lo general de lo concreto, en la necesidad de precisar las observaciones y objetivarlas. Estaba enfocando el diagnóstico social y planteaba la siguiente reflexión:

"En los viejos tiempos teníamos que luchar duro en medio de la corriente y en contra de las personas sentimentales que no seguían ninguna política social, ni tenían una concepción concreta del todo, o incluso de una pequeña parte del todo que podría describirse como concreto. Ahora que se ha marcado una tendencia nos encontramos de nuevo en medio de la corriente luchando contra aquellos cuyas concepciones son inconcretas, de hecho, pero cuya devoción por algunos medios muy definidos de progreso social no les deja ver las líneas principales de la situación."

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

Es importante detenerse en este punto para ver cómo Mary E. Richmond da relieve al peso de los sentimentalismos frente al análisis racional. Los primeros bajo el riesgo de desviar la verdadera acción profesional y convertirla en una respuesta reactiva y caritativa que, aun siendo terapéutica, carece de método y, por tanto, de un plan de tratamiento para motivar el cambio.

2.3. Jane Addams

Jane Addams es otra de las grandes figuras relevantes de la época. Como ocurre con Mary E. Richmond, su influencia ha trascendido las épocas y su pensamiento sociopolítico sigue alumbrando el trabajo social generalista y muchas de sus observaciones y propuestas inspiran también el trabajo social sanitario. Su punto de vista de cómo afrontar la pobreza y atender a las personas pobres y enfermas se centraba sobre todo en crear establecimientos comunitarios, hoy diríamos servicios sociales, en los barrios.

Fue una de las líderes del movimiento sufragista y de la defensa de los derechos humanos. En 1931 recibió el Premio Nobel de la Paz, convirtiéndose en la primera mujer americana en recibirlo.

2.3.1. 1895, Jane Addams en Hull House, Chicago, citada por Glen Wood

Jane Addams aparece por primera vez citada en las conferencias de 1895 por Glen Wood, quien habló por el Estado de Illinois. En un momento de su exposición dice:

"La puesta en marcha de establecimientos sociales en la ciudad ha crecido rápidamente. Entre ellos, el Hull House se encuentra a la cabeza bajo la supervisión directa de la Sra. Jane Addams. En la actualidad, hay siete establecimientos en Chicago. Al examinar la labor del Estado, es agradable tomar nota de otro paso en la dirección correcta. En la solicitud de la Junta Estatal de Caridades, el gobernador ha dado instrucciones de que se contarten mujeres médicos en todos los hospitales para enfermos mentales del Estado."

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

2.3.2. 1897, Jane Addams en Hull House, Chicago

En 1897 encontramos dos aportaciones de Jane Addams a la conferencia, la primera presentando su análisis sobre los *Social Settlements*⁶:

"Me siento un poco compungida de estar aquí con todos. Se acusa a los establecimientos de haber hecho muy mal su trabajo de caridad. Ellos no pretenden hacerlo así en absoluto; y entonces se abruma con los pobres y los necesitados, y actúan no como las personas capacitadas que son, sino como los vecinos, de uno para con el otro, sin ciencia. A pesar de que, sin embargo, los establecimientos son, creo, útiles como organizaciones benéficas."

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

Addams explica su visita a Londres el año anterior donde pudo escuchar, pero no da su nombre, a un conocido representante de una sociedad de la caridad que, cuando marchaba un pobre de su sociedad, él agitaba la mano diciendo: "¡Adiós, que continúes así de bien!. Espero no verte nunca. Ahora estás fuera de mi alcance". Categóricamente, dice Jane Addams: "Esto es exactamente lo que no hace un establecimiento". Enfatiza la relación de afecto que surge entre los que viven en el establecimiento y el surgimiento de redes en donde unos se

Referencia bibliográfica

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

Referencia bibliográfica

Puede ampliarse la biografía y obra de Jane Addams en: A. Capilla; J. C. Villadóniga (2004). *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos* (pág. 155-171). Huelva: Universidad de Huelva.

⁶Establecimientos sociales.

preocupan de los otros. Señala claramente la acción comunitaria que llega de las actitudes de las propias personas que se encuentran en el establecimiento y se puede añadir la acción socializadora.

La segunda intervención de Addams se encuentra en el apartado "Minutes and Discussions"⁷. Addams abrió la sesión con las siguientes palabras, refiriéndose al regreso a casa gestionado de las personas, enfermas mentales, después de una larga hospitalización o un largo internamiento y a la importancia de trabajar la desinstitucionalización:

⁽⁷⁾ *Minutos y discusiones.*

"Viviendo, como yo, en una comunidad industrial, veo una gran parte de la locura antes de que la persona vaya y regrese luego del hospital proporcionado por el Estado. Estoy constantemente impresionada por el hecho de que es muy difícil para los pacientes llegar a casa y acostumbrarse a no estar en una institución. Tienen que ser desinstitucionalizados, lo que seguro será una empresa difícil. Como pacientes, se han acostumbrado durante semanas y meses, y tal vez años, a lavarse, vestirse, comer, dentro de unas normas, y es difícil para ellos llevar a cabo las cosas más sencillas de su vida. La familia, a su regreso, o bien está en un extremo o en el otro. Dejan a los convalecientes solos por miedo a herir sus sentimientos, o los observan constantemente de manera directa, lo cual es desagradable y hace que una mente mal adaptada se desconcierte. Sería mejor si pudieran ir durante algún tiempo a una casa de convalecencia donde consiguieran, poco a poco, acostumbrarse a la libre dirección, y que se separaran gradualmente de la institución, donde la autodisciplina podría restablecerse."

J. Addams (1897). "Intervención en el apartado de Minutos y discusiones". En: *Twenty-Fourth National Conference of Charities Conference* (pág. 464-465).

Si analizamos la estructura del pensamiento de Jane Addams planteando la necesidad de ayudar a la desinstitucionalización de las personas, ella se refiere a las personas con alguna enfermedad mental, vemos que está señalando, parcialmente, el futuro procedimiento de la planificación del alta hospitalaria.

3. Antes de 1900, otros profesionales líderes que apoyaron indirectamente el trabajo social sanitario

3.1. C. R. Henderson

3.1.1. 1895, "German Inner Mission"

Dentro de la conferencia sobre "Socorro público y privado", C. R. Henderson, procedente de Alemania, presentó "German Inner Mission". Lo definió como un movimiento muy significativo en Alemania en el siglo XIX. Señaló desde el principio que no se podía reproducir en América, porque los dos países eran muy diferentes, pero invitó a aprender de sus métodos y dejarse estimular por su espíritu. Inmediatamente, desde el principio de la conferencia, el profesor Henderson introducía la importancia del método científico en las ciencias sociales para poder comparar resultados, en este caso, beneficios sociales:

"El método comparativo de estudio, que ya ha alcanzado resultados tan espléndidos en la biología y la filología, ofrece la promesa de la igual fructificación en el ámbito de las ciencias sociales y artes prácticas. Las particularidades, y en cierta medida excentricidades, de un trabajador solitario se han corregido en las conferencias locales, estatales y nacionales, y más aún por el estudio de los movimientos de extranjeros. Los elementos temporales y accidentales se eliminan y, en términos generales, se descubren los elementos humanos y los principios. El método comparativo pone tierra firme bajo nuestros pies."

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

Henderson señala varios puntos que fueron motivo de debate y reflexión profesional e intelectual, todos ellos girando alrededor del eje central, "ofrecer el mejor apoyo y que este apoyo dé el máximo rendimiento social". Con gran maestría, el profesor Henderson enlazaba las situaciones sociales sobre las que intervenir y reclamaba conciencia sobre todo lo relacionado con esa intervención. Puntos que a día de hoy siguen siendo motivo de discusión. Dice:

"La crítica socialista de todas las empresas privadas, y especialmente de la caridad de la Iglesia, no es probable que sufra un cambio radical en un plazo que la gente puede considerar práctico. Las modificaciones de la naturaleza humana y de las condiciones sociales están siempre en proceso de reconversión, pero son más lentas de lo que la mayoría de los socialistas piensan. Incluso en un sistema tan cómodo como el que pintan en sus novelas económicas, habrá huérfanos, viudas, dementes, débiles, paralíticos, personas con adicciones, que requerirán el apoyo no sólo físico, sino también personal, y por ello hay que organizar la asistencia de algún tipo de solidaridad social. El socialismo tiene razón cuando afirma que la limosna no puede encubrir un delito del necesario cambio económico y político, pero está equivocado en su mayor condena de la caridad y en su concepción, a veces materialista, de las necesidades humanas."

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

Referencia bibliográfica

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

Adicciones

Henderson utiliza en el texto la palabra *vicio*. En la traducción, se usa el término *adicción*, pues recoge muchos de los problemas que hace unos años se consideraban vicios.

Hace años que la comunidad científica integrante del sistema sanitario está de acuerdo en que el ser humano debe verse como un ser bio-psico-socio-cultural. Otro aspecto es cómo las instituciones del Estado del Bienestar se organizan para permitir a los profesionales aplicar sus conocimientos y que éstos se traduzcan en bienestar verdadero y no meramente retórico. El profesor Henderson explica las actividades de la German Inner Mission, centrada sobre todo en la educación:

"Existe el grupo de acuerdos para la educación de los niños, como guarderías, jardines de infancia, escuelas dominicales, los orfanatos, las sociedades y las escuelas para niños y niñas. La 'Inner Mission' tiene por objeto promover la educación y la protección de la juventud por medio de escuelas de economía doméstica, pensiones y asociaciones. Organiza las agencias para el salvamento de los descarriados, niñas equivocadas, vagabundos, bebedores. Ofrece ayuda amigable a las personas que están en especial peligro moral, como los marineros y emigrantes. Tiene instituciones para los enfermos y los discapacitados, los ciegos, los sordomudos, los lisiados, los niños débiles, los dementes. Suministra lectura interesante y elevada por medio de bibliotecas, salas de lectura..."

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

Hay que señalar, además, que todas estas actividades estaban financiadas con aportaciones privadas, la mayoría de ellas vinculadas a la autoridad eclesiástica. Pero los fines eran dirigirse a las causas sociales del sufrimiento y trabajarlas a través de la educación. En su exposición, defendió la interacción entre la ayuda pública y la privada.

3.2. C. S. Loch

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

Como se verá en el texto que sigue, las personas mayores, las enfermas, son el centro de la acción voluntaria pero que busca profesionalizarse. C. S. Loch empieza con una exposición acerca de las actitudes diferentes entre los "admiradores de la caridad" y los "practicantes de la caridad" señalando la importancia de evitar todo lo burocrático de la ayuda:

"La caridad tiene muchos admiradores, pero pocos amigos fieles. Sus admiradores la sirven a distancia, y están dispuestos a pagar su tributo; están ansiosos de nuevos regímenes de ayuda y, por un momento, la defienden como si hubieran encontrado en sí mismos alguna virtud peculiar y permanente; y a menudo atribuyen una exagerada importancia a las reformas que se han promulgado. Los amigos de la caridad adoptan esquemas de socorro en su verdadero valor y los usan anticipadamente con una sola condición: que se extienda la influencia de sus ideales, que la caridad y la esperanza de los pacientes sea un deber y dedicación personal, sin que este socorro se convierta en una transferencia de bienes y sociedades, conferencias y comisiones que se han convertido en anticuadas e ineficientes; se han convertido, como decimos, en madera, y endurecen los nudos de la rutina y el oficialismo."

C. S. Loch (1885). "Charitable provision for the aged". En: *Twelfth annual Conferences of Charities* (pág. 347-362).

Introduce el trabajo de *casework*, aunque no lo menciona directamente y también apela al método científico para poder comparar metodologías y resultados. Véase, sino, el siguiente párrafo:

"[...] se esforzará a través de métodos generales para dar, a los pobres y a los más expuestos al peligro, los medios para realizar por sí mismos ciertas disposiciones, y cuando no puedan hacerlo, y debe, sin embargo, interferir, tratará de eliminar el peligro siguiendo un plan especialmente concebido para satisfacer las necesidades de la persona. En el primer caso, queremos que la ciencia [...]. Tenemos que comparar los métodos y estudio de la historia de nuestro actual régimen para la promoción del ahorro y garantía mutua y, a continuación, de ser posible, para introducir y desarrollar planes que puedan afectar a la población en general."

C. S. Loch (1885). "Charitable provision for the aged". En: *Twelfth annual Conferences of Charities* (pág. 347-362).

En el texto, se reconoce que describe los procedimientos y los métodos de trabajo, y todo ello apoyándose en el método científico, el único que permite comparar realidades y generar conocimiento.

3.2.2. 1895, C. S. Loch en la Society for Organizing Charitable Relief and Reprising Mendicity

Este año, C. S. Loch no pudo asistir a la Conferencia Anual y escribió una carta en la que habla de "trabajo social". Señalando las diferencias entre Europa y América, en la carta apunta también a que los métodos son útiles en ambos continentes, de nuevo resaltando el método científico y, podemos añadir, el carácter universal del conocimiento:

"...y sabemos que, aunque los detalles del problema son diferentes porque son muy diferentes las condiciones del Este y el Oeste, de la ciudad y la montaña, los principios por los que estamos trabajando son los mismos en todas partes. Estos principios parecen claros para nosotros, aunque aún no hemos aprendido de nosotros mismos, tal vez, hasta dónde y cómo llegar a abarcar todo el campo de la caridad y del trabajo[...]. Si tenemos que ayudar a un hermano o a alguien cercano o, para elegir el camino a través de las dificultades de la carrera, al azar de algunos solicitantes de asistencia, nos damos cuenta de que no podemos hacer mucho, o más bien de que estamos casi seguros de que no podemos hacer nada, si no conocemos todos los hechos, y si no tenemos, a nuestra disposición completa, información verificada en lugar de las meras conjeturas y suposiciones."

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

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

Un año más tarde, participando en las mismas conferencias, C. S. Loch, según vemos en la documentación consultada, es el primero en mencionar la palabra *case work* ('trabajo de caso'). Todavía no se habla del trabajador social, pero sí de la filosofía, de los principios inspiradores de lo que sería el futuro "trabajo social de caso". Lo hace en estos términos:

"Ustedes no pueden en dos o tres años aprender las lecciones que se deben aprender. Es el *trabajo de caso*. Tenemos ante nosotros una serie de problemas sobre la vida de las personas a las que tratamos, y son problemas muy duros. Por la constante correspondencia entre unos y otros, podemos enseñarnos unos a otros y crear el conocimiento y la cultura, carente de la opinión pública, de cómo ayudar a otras personas. Se trata de una nueva habilidad social que tiene que ser alimentada y apreciada entre nosotros."

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

Pero, al principio de la misma conferencia, C. S. Loch se refería a la investigación, a la obtención de información:

"Me temo que puedo repetir en cierta medida lo que ya se ha dicho. Perdón si lo hago. Nuestro primer deber es investigar. Debemos tratar de ser más y más cuidadosos en la investigación. La gente dice: "¿por qué trabajar tanto preguntando tanto, que si tal y que si esto y lo otro? Sólo tomaré dos hechos, es suficiente." Creo que toda nuestra experiencia ha ido justo en la dirección opuesta. Debemos investigar no sólo los "hechos", sino las posibilidades de ayuda. Sobre el individuo en el grupo familiar y en el grupo de amigos. Usted debe confiar en el crecimiento social natural de una persona en su medio ambiente. Hay una especie de ceguera en la caridad que no se investiga, una ceguera sobre el objeto y el fin real. Una y otra vez, la sociedad, mirando con recelo a la persona, no ve cómo ésta va decayendo todos los días."

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

Poco se puede añadir. En todo caso, que es imprescindible recuperar dichos enfoques en los que la persona es realmente el centro y asumir de nuevo la teoría que encierran estas palabras. Más que nunca es necesario promover la investigación desde nuestros espacios de trabajo, tomando como base de estudio las realidades de las personas que tratamos y las de sus familias.

4. Antes de 1917, desde el trabajo social sanitario

4.1. Mary E. Richmond

4.1.1. 1903, Mary E. Richmond secretaria de Associated Charities, Filadelfia

Intervino dentro del apartado "Minutes and Discussions"⁸ sobre la importancia de contar dentro de las organizaciones de la caridad con trabajadores sociales, remunerados por su trabajo. Desarrolla su argumento, primero recordando un artículo que escribió años atrás sobre la necesidad de formar a los trabajadores de la caridad. Y en este caso, defendía que cobraran por su trabajo. La Iglesia católica dijo entonces que eso no era nuevo, que de siempre en sus instalaciones se había formado a los trabajadores de sus órdenes religiosas. Mary E. Richmond, dijo:

⁽⁸⁾Minutos y discusiones.

"Cabe replicar que las *hermanas* no cobran sueldos, sin embargo, se les paga. Ellas tienen lo que muchos de nosotros no, la absoluta seguridad económica para toda su vida, en la enfermedad y en la vejez. Nuestros trabajadores no cobran lo suficiente como para cuidar de ellos mismos en su vejez, y por eso van a depender más tarde o más temprano.[...] Es una propuesta segura para empezar, el pago a un trabajador que ha venido para quedarse. ¿Qué podemos hacer para convertirlo en la más eficiente fuerza en el cuidado de las familias necesitadas? Lo primero es para llamar la atención de la comunidad con su importancia. Debemos insistir en que ésta es la clave de la situación. Debe pagársele como servidor social. La tendencia es que ello debe verse diferenciado de la actividad comercial; es una persona apta para ser un trabajador de la caridad. Personas ineficientes se han mantenido en las posiciones con el fin de encontrar para ellos los salarios."

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

Entre otras razones para convertir a los voluntarios en profesionales pagados, arguye la necesidad de poder exigirles responsabilidades, garantizar los seguimientos de las familias y valorar los resultados de la intervención. De nuevo vemos un paso más hacia la dignificación del trabajo realizado por estos voluntarios al defender que llega un momento en que deben cobrar por su trabajo. Otros voluntarios les ayudarán, pero ellos tendrán la responsabilidad directa sobre las familias que atienden. En otro plano, está apuntando a la necesidad del seguimiento de los casos sociales.

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

Explicaba Mary E. Richmond, refiriéndose a ese momento primero en el que la persona, el *cliente*, como lo llamaba ella, entra en contacto con al trabajador social:

"Hay un arte en el principio, si consideramos nuestra primera intervención tratando de averiguar qué hacer por un niño pequeño que ha quedado huérfano e indigente, o nuestro método en esa gran empresa relacionada con la tentativa de reducir el número de huérfanos indigentes en los Estados Unidos. Ambas tareas sociales exigen una investigación social, aunque la investigación que es particularmente mi tema sea la que precede a alguna forma de tratamiento social, no para un gran grupo, sino para un individuo. [...] En el intento de dejar de lado conjeturas preliminares con respecto a este arte de principio, tomo prestado para la conveniencia y la brevedad dos palabras[...]. La ciencia de la medicina se distingue claramente entre su laboratorio y sus investigaciones clínicas. Nosotros también tenemos la necesidad de tal distinción. Skeat nos dice que la forma más temprana de la palabra *laboratorio* era *elaboratorio*: ello sugiere el taller en el cual las cosas pueden elaborarse o resolverse pacientemente y con cuidado."

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

4.2. Ida M. Cannon

Ida M. Cannon es una de las primeras figuras más representativas del trabajo social sanitario cuyo legado, no sin dificultad, ha atravesado los tiempos y, hoy, un siglo después, sigue presente. Numerosa bibliografía le atribuyó la primera plaza de trabajo social sanitario, si bien el artículo de Martin Nacman sitúa a Garnet Isabel Pelton como primera trabajadora social sanitaria del Hospital General de Massachusetts. La misma Ida M. Cannon⁹ cuando explica la historia del trabajo social sanitario en su hospital deja claro que fue Garnet Isabel Pelton la primera trabajadora social sanitaria. Ambas eran cuidadoras visitadoras y reunían las habilidades y conocimientos que, años más tarde en 1908, el Dr. Armstrong del hospital Bellevue de Nueva York, pedía a los trabajadores sociales sanitarios. Ida M. Cannon, junto con el Dr. Richard Cabot, cuando sucedió a Garnet Isabel Pelton, dieron forma al departamento de trabajo social sanitario en el Hospital General de Massachusetts de Boston. Después impulsaron la formación desde la Universidad de Harvard, donde se diseñó un curso formativo para instruir en trabajo social sanitario a los médicos estudiantes del hospital.

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

En 1903, I. M. Cannon era cuidadora visitadora y sobre dicha actividad versa su aportación como representante del St. Paul. Aportación recordada por Mary E. Richmond en el apartado "'Minutes and Discussions'¹⁰". Ida M. Cannon recordó lo importante que era para las cuidadoras visitadoras de distrito contar con una formación general para poder establecer contacto con toda clase de personas:

"Es un buen plan para una cuidadora que ha tenido algún tipo de formación en temas sociológicos, antes de aceptar este trabajo especial, para que sepa cómo actuar en armonía con la organización de las sociedades sin fines de lucro y otras sociedades de la caridad."

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

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

Referencia bibliográfica

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

⁽¹⁰⁾ Minutos y discusiones.

4.2.2. 1908, Ida M. Cannon representante del departamento de trabajo social sanitario del Hospital General de Massachusetts

En 1908, Ida M. Cannon, ya como representante del departamento de trabajo social sanitario del Hospital General de Massachusetts, impartía conferencia dentro de la misma sección en la cual explicaba la acción y el funcionamiento de su servicio. El texto pone de relieve su actividad profesionalizadora del trabajo social sanitario y su influencia en las instituciones de la época:

"Hace tres años, establecimos un sistema de cuidadoras para visitar a los pacientes en sus casas y comprobar si el tratamiento era efectivo. La política que hemos seguido ha sido conocer a nuestra comunidad y sus agencias, ser un vínculo entre las necesidades del paciente en el hospital y las agencias en la comunidad dispuestas a satisfacer esas necesidades. Nuestro trabajo está enteramente sustentado por contribuciones voluntarias.[...] Nuestros pacientes provienen de diferentes médicos de los dispensarios.[...] Cuando empezamos nuestro trabajo en el Hospital General de Massachusetts, nos vimos desbordados con el problema de la tuberculosis. Sentimos que el trabajo social sanitario era la cuña que penetraba en el trabajo médico.[...] El trabajo psiquiátrico es una especialidad del Dr. Cabot. Ningún grupo de personas sufre más que los pacientes nerviosos. Muchas de sus familias no son capaces de comprender que ello es una enfermedad.[...] Las personas con discapacidad y enfermas mentales se trasladan a una institución donde están debidamente tratadas; se necesita un equipo permanente para seguir estos casos."

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

Explicó todos los programas que estaban llevando a cabo, entre otros los siguientes:

- Programa para personas con tuberculosis.
- Programa para personas con enfermedades mentales.
- Programa para chicas solteras embarazadas.
- Programa para personas con enfermedades venéreas.

Y terminaba su exposición diciendo:

"De ésta y otras maneras, estamos tratando de hacer del hospital un importante factor social, ya que no lo puede ser cuando los médicos y enfermeras simplemente asisten a la persona en lo médico y lo quirúrgico de forma independiente."

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

4.3. Mary M. Ogilvie

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

Después de la lectura de la carta del Dr. Armstrong, siguió Mary M. Ogilvie, de la Universidad de Pensilvania, la cual escribía:

"El objetivo general del dispensario del servicio social es el seguimiento del tratamiento dado por los médicos que no tienen el tiempo, además, de prestar sus servicios gratis a los pacientes, de visitarlos en sus casas. A causa de esta inhabilidad de conocer los ambientes de su paciente, sus circunstancias financieras y todos sus cuidados peculiares, el médico es incapaz de hacer su tratamiento a fondo, eficaz. En algunos casos, es incapaz de hacer un diagnóstico positivo. Esto es sobre todo cierto en casos de enfermedad nerviosa. El trabajador social [sanitario] que acude discretamente a la casa puede ganar la confianza del paciente, investigar las circunstancias financieras y las condiciones sanitarias, aprender la historia de la familia y estudiar los hábitos personales del paciente. Con este conocimiento, el médico del dispensario y el trabajador social [sanitario] pueden elaborar juntos planes inteligentes para los mejores intereses del paciente."

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

De Mary M. Ogilvie, resalta su visión, que avala la integración de lo sanitario y lo social para realizar, como ella expresa, "planes inteligentes" para el enfermo. No se puede pasar por alto su breve estadística sobre los enfermos con tuberculosis. De los 200 casos atendidos, la intervención más frecuente del trabajador social [sanitario] es la derivación de los pacientes a los sanatorios, la segunda es la gestión del tratamiento en casa y la tercera, la educación sobre el tratamiento de la tuberculosis en casa:

"Diez han encontrado plaza en el sanatorio, dos han fallecido mientras esperaban en la lista de espera, treinta y cinco han recibido ayuda de sus familiares u otros medios que han suministrado la dieta y el cuidado..." [...]. Cada primero y tercer jueves del mes, los trabajadores sociales [sanitarios] del dispensario se reúnen en un espacio común donde se dan informes, discuten los planes y los nuevos casos asignados. Hemos encontrado de utilidad para los trabajadores sociales [sanitarios] de los distritos que se reúnan con nosotras en estas ocasiones, pues muy a menudo tenemos los mismos intereses, como algunos casos de los dispensarios que se han admitido en los pabellones de barrio o algunos pacientes de los pabellones que vienen al dispensario. Si bien este nuevo trabajo se encuentra sólo en un comienzo, estamos seguros de que tiene un gran futuro..."

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

4.4. Garnet Isabel Pelton

4.4.1. 1910, Wellesley, Massachussets

Garnet Isabel Pelton primero fue visitadora cuidadora, luego, en sus intervenciones, lo hizo como trabajadora social. Martin Nacman la cita como la primera persona a la que el Dr. Cabot acudió en 1903 para introducir al trabajador social sanitario en su clínica de medicina en el Hospital General de Massachussets de Boston. Ello ocurría después de una visita del Dr. Cabot al Hospital Johns Hopkins para conocer el programa de visita domiciliaria que en 1889 había impulsado el Dr. William Osler en el que los estudiantes de medicina se interesaban por las condiciones sociales y personales de los pacientes visitándolos personalmente en su domicilio. El Dr. Cabot conoció al Dr. Charles P. Emerson, uno de los estudiantes que formó parte del programa del Dr. Olsen y que, además, fue introducido en el programa por la Charity Organization Society (COS) de Baltimore, de la cual el Dr. Emerson era el director. El Dr. Cabot vio enseguida la importancia de este programa y su valor al poder garantizar

⁽¹⁾Ello obedece a que a los tres meses Garnet Isabel Pelton enfermó de tuberculosis y tuvo que dejar el trabajo. Entonces Ida M. Cannon la sustituyó.

Referencia bibliográfica

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

la atención a los aspectos sociales de los enfermos para evitar que fueran destructores de su evolución clínica. Fue, según dicho artículo, en 1906¹¹, cuando Ida M. Cannon sucedió a Garnet Isabel Pelton.

En 1910, Garnet Isabel Pelton pronunciaba su conferencia *The History And Status of Hospital Social Work*¹², de la que cabe resaltar la diferencia que establecía entre el trabajo social, en este caso hospitalario, y otros tipos de ayuda:

⁽¹²⁾La historia y el estatus del trabajo social hospitalario.

"Parece que hay alguna diferencia de opinión, y tal vez la confusión, en cuanto a lo que es el trabajo social sanitario del hospital. Este documento se presenta desde el punto de vista de la siguiente interpretación de la palabra. El trabajo social, primero, debe distinguirse del de un agente de una organización de la caridad o del trabajo de seguimiento de una cuidadora clínica. En el tratamiento de los pacientes ambos utilizan la formación técnica y herramientas, pero la aplicación de los principios de la filantropía moderna a los enfermos pobres, el cuidado y la enseñanza en sus casas, más bien son los métodos y los objetivos principales del servicio social hospitalario. El biólogo y el botánico suelen utilizar instrumentos y técnica similares, pero sus objetivos fundamentales son diferentes. El objetivo del trabajo social hospitalario es el diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento de los enfermos pobres en el hospital o el dispensario, alla donde donde la necesidad lo indique. Al mirar hacia atrás en la historia de los hospitales y de la medicina, es imposible discernir el primer tenue destello de la idea de las relaciones inseparables del ambiente enfermo y el hombre enfermo."

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

La conferencia concluye con una guía de ayuda para la construcción del diagnóstico social sanitario que estudiaremos en el módulo correspondiente. En ella, Pelton toma diecinueve ítems que, para ella, todo trabajador social sanitario debía investigar.

"Todos estos problemas parecen estar relacionados con el diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento de los enfermos pobres en el hospital."

Avanzando en su exposición, se refiere al lema que reza sobre la puerta del hospital Virchow de Berlín, el cual, dice, visitó; el lema dice así: "Trata la enfermedad, pero no olvides tratar al hombre".

De nuevo, hay que señalar el esfuerzo de Garnet Isabel Pelton en asociar el trabajo social sanitario al diagnóstico social sanitario. Es muy ilustrativa la imagen que da al reconocer que otras entidades filantrópicas pueden usar técnicas y métodos, pero que no son del trabajo social sanitario, pues carecen del diagnóstico social sanitario y de objetivos terapéuticos. Mientras las entidades filantrópicas atienden lo inmediato, la mirada de los trabajadores sociales sanitarios va más allá, propone un plan de trabajo avalado por ese diagnóstico social sanitario. Buscan el cambio de las situaciones conflictivas y para ello deben ir a la raíz de las dificultades, a sus causas y, por supuesto, operar ese cambio con la propia persona, en realidad se tratad e ayudar a la persona a promover el cambio.

Retrocediendo a las primeras páginas, se recuerda la atención profesional individualizada, que sería una intervención similar a la que describe Garnet Isabel Pelton respecto a la acción de las entidades filantrópicas. Y también este texto

deshace la idea de que el trabajo social, en general, y el sanitario en particular, es trabajo social porque aplica técnicas. En realidad, las técnicas de trabajo no dejan de ser saberes comunes que aplican muchos otros profesionales para sus propios fines. Y de nuevo, ello lleva a la afirmación de que lo que diferencia al trabajo social sanitario de otro tipo de intervención es el diagnóstico social sanitario. Con ello, se advierte del riesgo de caer en la confusión entre el diagnóstico social sanitario (responsabilidad de los trabajadores sociales sanitarios) y la clasificación social sanitaria que puede aplicar cualquiera, pues se trata de puntuar categorías de unos parámetros sin establecer ninguna relación causal entre ellos, cosa que sí ocurre con el diagnóstico social sanitario.

5. Antes de 1917. Otros profesionales que apoyaron el trabajo social sanitario

5.1. Intervención de James Minnick

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

James Minnick, secretario de la COS de Providence, inició su exposición en la sección "Social Work of General Hospitals"¹³ argumentando toda una defensa del trabajo social en el hospital. James Minnick escribía:

(13) Trabajo social de hospitales generales.

"Para asegurar la eficiencia física con las personas que viven solas, el trabajo médico y quirúrgico de los hospitales debe complementarse con un adecuado trabajo social."

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

Minnick siguió su exposición con dos ejemplos. Uno de ellos referido a una madre que lleva a su hijo al hospital para una intervención. Regresan a su casa, pero no vuelven al hospital para la visita de control y seguimiento de tratamiento. La madre era analfabeta y no fue capaz de seguir las indicaciones. Explica que, cuatro años más tarde, el niño volvió al hospital en pésimas condiciones. Continúa Minnick ya centrado en la acción y la cooperación entre ámbitos asistenciales, en concreto entre lo social y lo sanitario visto desde la comunidad.

"A menudo, existe una gran cantidad de malentendidos entre las organizaciones de la caridad y las asociaciones de las enfermeras de distrito. Tampoco se considera el problema desde el punto de vista del otro. Encontramos en algunas de nuestras grandes ciudades que hay muy poca cooperación entre ellas. En una ciudad, la enfermera jefa declaró que prefería ir a otras organizaciones para consultar antes que acudir a las de la caridad. Hay una ventaja en contar con enfermeras capacitadas para su trabajo y que comprenden el aspecto social del problema, y en contar a la vez con trabajadores sociales que comprenden la parte asistencial-sanitaria del problema. La complementariedad del trabajo es, a menudo, el problema principal cuando el hospital ha terminado su trabajo. Cuando un paciente necesita de enfermería después de salir del hospital, hay una asociación de enfermería para ello. O, si la relación familiar debe examinarse y la familia se debe reunir, esto es un problema social para el trabajador social [sanitario]."

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

En esta misma conferencia, el Dr. Armstrong del hospital Bellevue de Nueva York realizó su aportación a través de una carta que leyó el mismo James Minnick. Su texto se centraba en el papel de la cuidadora graduada como el ideal para hacer seguimientos de los cuidados en el periodo de convalecencia.

5.2. Intervenciones del Dr. Michael M. Davis Jr.

5.2.1. 1911, Director of the Boston Dispensary

El Dr. Michael M. Davis, director del dispensario de Boston y sociólogo de gran reputación, contribuía a ello en los siguientes términos:

"La ciencia médica ha percibido, más allá de la enfermedad, las condiciones sociales que la causan: más allá del bebé enfermo, está la leche impura; más allá de la leche impura, está la suciedad atestando la casa y la lechería que no se inspecciona. Detrás del brazo roto del obrero, nosotros vemos las largas horas de trabajo junto a la maquinaria y sin protección. La medicina moderna ha venido a dar, desde el punto de vista preventivo, con las causas sociales de la enfermedad; y la filantropía moderna comienza a luchar contra las causas sociales de pobreza, así como con los resultados individuales que nosotros vemos en el pobre."

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

Un texto que permite palpar la consideración de la penetración de lo social en la salud, en la enfermedad.

5.2.2. 1912, Director of the Boston Dispensary

El año siguiente, el mismo Dr. Michael M. Davis se refería a que cada profesión tiene una manera de ver el mundo, centrándose en la mirada de los médicos y de los trabajadores sociales y la naturaleza de su influencia. Añadía:

"La ceguera particular de una institución médica es ver enfermedades en vez de la serie de personas con miembros más o menos anormales y, por lo tanto, interesantes, ojos, hígados y corazones, a propósito, aunque necesariamente unido a los seres humanos. Debemos tener la mirada que ve a la gente así como a la enfermedad y, por lo tanto, el médico, el especialista en la enfermedad, tiene que tener a su lado el especialista en la persona, el trabajador social."

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

En el mismo trabajo, Davis propuso dos clasificaciones sobre los aspectos sociales de los enfermos. Conviene recordar que una clasificación es una manera de ordenar información, ya sea la contenida en el diagnóstico social sanitario, en la historia de trabajo social sanitario, en el registro de evolución y evaluación de las intervenciones, etcétera. Una clasificación es un filtro a través de unos parámetros, tan sólo un instrumento de trabajo para facilitar el abordaje y el análisis posterior. La primera clasificación contiene las condiciones y los problemas sociales. La segunda clasificación aborda los tipos de pacientes.

5.3. Intervenciones del Dr. Richard Cabot

Vamos a recordar que el Dr. Richard C. Cabot fue el creador de la primera plaza de trabajo social sanitario en su consulta del Hospital General de Massachusetts. Y no solo esto, financió con sus propios fondos económicos esta nueva plaza.

5.3.1. 1912, Boston

En su conferencia *Educational aspects of medical-social work*¹⁴ el Dr. Richard C. Cabot explicaba:

"El paciente viene; en su caso, se diagnostica, se trata, se da de alta; un nuevo paciente llega al hospital y estamos muy orgullosos de las amplias estadísticas que muestran el enorme número de pacientes que tratamos cada año. Pero los hospitales sólo están empezando en los últimos dos o tres años, y creo que bajo la influencia de los trabajadores sociales, a darse cuenta de que la eficacia del trabajo significa averiguar lo que ha sucedido realmente a los pacientes después de que ustedes (los médicos) se supone que le han hecho algo bueno."

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

Su filosofía de visión integral de las personas enfermas se vio reforzada, desde que en 1903 conociera de la mano del Dr. Charles E. Emerson el programa de visita a domicilio del hospital John Hopkins. Desde entonces, nunca se alejó de la importancia de conocer los aspectos sociales de las personas viendo la necesidad de que las intervenciones que se realizaran debían ser profesionales y no solamente de buena voluntad. Hoy día, esta variable a la que se refería el Dr. Richard C. Cabot con respecto a lo que sucede con el enfermo cuando ha dejado el hospital, la podemos estudiar desde muchos ángulos, pero la incidencia del reingreso hospitalario resulta un buen indicador, dado que en este reingreso se pueden encontrar causas sociales.

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

El Dr. Richard Cabot escribía en 1915, diez años después de la creación del Servicio de Trabajo Social Sanitario del Hospital General de Massachusetts respecto a la formación especializada de los trabajadores sociales sanitarios:

"¿Qué se pueden enseñar los doctores y los trabajadores sociales? La frontera entre la medicina y el trabajo social [sanitario] es a veces difícil de distinguir. Los doctores tratan con hechos sociales; y los trabajadores sociales tratan con hechos médicos. De ahí surge la necesidad de enseñar el uno al otro. La mejor ayuda que los doctores pueden dar a los trabajadores sociales no es tanto los hechos, sino métodos."

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

Referencia bibliográfica

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

⁽¹⁴⁾Aspectos educativos del trabajo social médico.

5.4. Intervenciones de Sidney E. Goldstein

5.4.1. 1910, Director of Social Service, Free Synagogue, Nueva York

En su conferencia "Hospital Social Service; Principles and Implications"¹⁵, Goldstein se pregunta sobre qué es el servicio social del hospital. Ésta es una conferencia de gran valor por su contenido teórico y organizativo, aunque su aportación se base en la experiencia diaria. Algunas de sus reflexiones son las que siguen:

(15) El servicio social del hospital, principios e implicaciones.

"¿Qué es el servicio social del hospital? Cuando pensamos en esta cuestión en conciencia con el tiempo, concluimos que no podemos responder por completo. La razón es que la frase "servicio social del hospital" no se corresponde en nuestras mentes con un corte limpio de una idea de un esfuerzo social como lo hace la expresión 'preparación de salida', o 'libertad', 'préstamo de remedio', o 'seguros industriales'. Que nuestras ideas sean tan indistinguibles e indefinidas no es sorprendente. El trabajo social [sanitario] en sí es todavía indefinido y, tras la investigación, resulta ser un poco caprichoso en la forma. En Boston es una cosa; en Baltimore, otra, mientras que en Nueva York puede ser una o ambas, o algo completamente diferente en cada uno de los aspectos y la intención."

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

Goldstein sigue con la reflexión de que el grupo de trabajo formado para homogeneizar no ha tenido mucho éxito entre los trabajadores sociales [sanitarios]: habla de la importancia de que los trabajadores sociales [sanitarios], en este caso hospitalarios pueden formular principios para la intervención desde el trabajo social sanitario, pero mejor dejarle de nuevo la palabra:

"... no hemos determinado exactamente para nosotros mismos los principios que deben guiarnos en nuestro progreso y que nos gobiernan como ampliación del ámbito de aplicación de los límites de nuestro servicio. De ahí que nuestro objetivo inmediato debería ser la formulación de un grupo de principios.[...] El primer principio es: la familia debe ser la unidad del tratamiento[...]. El trabajador social, sin embargo, se eleva más alto incluso que el administrador. Posee y mantiene, no un punto de vista médico e institucional, posee un punto de vista social. Sus investigaciones y su experiencia le enseñarán que, en todos los problemas sociales, la familia es la unidad del sufrimiento y, por tanto, debe ser la unidad de tratamiento. Este principio se apoya en argumentos vitales que son claros y convincentes. En primer lugar, la enfermedad raramente es un fenómeno aislado. No es, en la mayoría de los casos, más que un síntoma. Aparece como una manifestación de la desnutrición y la malnutrición, de la falta de luz, la humedad y las habitaciones en el sótano, o con cinco tramos de escalera en un bloque; pesados quehaceres domésticos o públicos, irritabilidad en la ocupación, salarios bajos y largas horas de trabajo; de la indiferencia, de la ignorancia, del abandono, la incompetencia, de la laxitud y desaliento en el que los débiles, los preocupados, los condenados, inevitablemente derivan. La enfermedad es un signo mórbido de las condiciones sociales, las condiciones en las que toda la familia está incrustada. ¿Cómo es posible señalar a cualquier miembro de esta familia para tratarlo y tener éxito?[...]. El segundo principio es el siguiente: el cuidado social debe ser rápido y continuo. El paciente debe entrevistarse y su caso ser investigado inmediatamente después de la admisión. Una solicitud para el hospital no es el comienzo de un caso que es el clímax. Presupone una larga serie de acontecimientos y una lucha mental. Los hombres y las mujeres no intentan entrar en un hospital hasta que se agotan sus recursos de origen. Tampoco dejan a sus familias sin reticencia ni reservas. Si al paciente se le dice a la vez que las personas de su familia serán protegidas y ayudadas, libera su mente y mejora sus posibilidades de recuperación. La ansiedad, debemos recordar, es una enorme desventaja en la enfermedad."

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

Da relieve a la importancia de los cuidados posteriores, durante la convalecencia y sobre todo en la sistematización del procedimiento contemplando a la familia como núcleo de intervención. El texto es una sólida base de la teoría que sustenta los principios del trabajo social sanitario también hoy en el hospital y en la atención primaria. En la discusión, el Dr. Cabot manifestaba su total acuerdo con la exposición del Dr. Goldstein:

"Ahora el cuerpo del servicio social médico me parece que consiste en complementar el trabajo del médico en su estudio de la salud en las formas que señalo: en primer lugar, con el trabajo educativo, a continuación, con la prevención en el sentido más amplio y, por último, con la investigación sociológica."

R. C. Cabot (1910). "Discusión a la conferencia de Goldstein: Hospital Social Service; Principles and Implications". En: *National Conference on Social Welfare* (pág. 348-351).

Las bases se estaban fundando y estas son además de la asistencial, tres funciones básicas del trabajo social sanitario, la educación, la prevención y la investigación.

6. Después de 1917, desde el trabajo social sanitario

El corte en el año 1917 obedece a que en éste año Mary E. Richmond cambia el rumbo del trabajo social con la publicación de *Social Diagnosis*. Pero este mismo año, también se reedita *Social Work in Hospitals: A contribution to progressive medicine*, de Ina M. I. Cannon. Ambos con el soporte de la Russell Sage Foundation.

Presentamos tres autoras imprescindibles que, con sus teorías, sentaron las bases teóricas modernas sobre las cuales estamos ejerciendo los trabajadores sociales sanitarios del presente. Debemos insistir en que son sólo unos breves apuntes para motivaros a profundizar en su obra.

6.1. Aportaciones de Gordon Hamilton

6.1.1. 1923, Charity Organization Society, Nueva York

Dentro del contexto de la conferencia que ofreció en 1923 "Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work"¹⁶, empezaba su exposición en los siguientes términos:

⁽¹⁶⁾El progreso en el trabajo social de caso. Algunos cambios en el trabajo social de caso.

"No tengo mejor manera de empezar este artículo que con la definición del *trabajo social de caso*. La Sra. Richmond dice: El trabajo social de caso consiste en aquellos procesos que desarrollan la personalidad a través de ajustes deliberadamente efectuados, individuo a individuo, entre personas y su ambiente social."

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

Se verá más ampliamente cuando estudiemos el *casework*, pero es importante señalar el peso de la estrategia e intención de la intervención. Nada se da sin un fin y ese fin lo señala el trabajador social sanitario en sus objetivos terapéuticos, siempre conjuntamente con la persona enferma. Ésta, nunca puede quedar apartada de los pasos que se vayan a dar para ayudarla. Como podemos ver en el texto siguiente, en la misma conferencia, exigía la responsabilidad profesional y sobre todo podemos deducir la importancia que da a la generación de conocimiento:

"Hoy no podemos apoyar las conjeturas ni la irresponsabilidad de la primera filantropía antes de que nos iniciáramos en el trabajo social de caso. Entonces, nadie tenía mucho conocimiento de la vida familiar, nadie tenía idea de por qué la gente necesitaba ayuda. Ellos habían estado ayudando a la pobreza, no a las personas. La Sra. Lowell hizo un llamamiento en los años noventa¹⁷ a través del conocimiento de los hechos. ¿Cuáles fueron los hechos? Lo que constituían los hechos en 1881 difiere, por supuesto, de lo que consideramos los hechos de hoy. Nosotros nos inclinamos a pensar en términos de factores. Un factor es un "hacedor", un hecho es algo ya "dado".[...] Los primeros hechos afrontados eran el empleo, la intemperancia, la pereza, la mendicidad, o similares. Una viuda era un hecho, un desertor era un hecho y, excepto el más raro de trabajadores infantiles, un niño era un hecho. Sin embargo, se hicieron ajustes asombrosos gracias a la observación paciente, la intuición y el sentido común.[...] El conocimiento de la economía, la sociología, la biología, la dietética, la medicina, la psiquiatría y la psicología irradia los hechos. Al principio, nosotros éramos profesionales apropiados para ver los hechos superficiales, los síntomas y los resultados, y nuestra metodología debía tratar un hecho a la vez, no la situación entera."

(17) Se refiere a los años noventa del siglo XIX.

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

6.1.2. 1931, New York School of Social Work, ciudad de Nueva York

En 1931, cuando Gordon Hamilton ya era profesora de la Escuela de Trabajo Social de Nueva York, introdujo la importancia de las "técnicas" y se refirió a lo que ella llamó la *técnica prioritaria*, según se tratase de trabajo social de caso (incluía a la familia) o de trabajo social comunitario. Tomando como ejemplo a la Family Welfare Society y a sus actividades, escribió:

"Ha organizado, ha promovido, ha movilizizado y ha coordinado fuerzas de la comunidad. Algunas de estas actividades ahora las han continuado los consejos de bienestar, otras, las agencias de familia, que las desarrollan para un objetivo especial. Pero en las ciudades más pequeñas y los distritos rurales, muchas de estas actividades de organización de la comunidad todavía pueden encontrarse bajo el ala de la agencia de familia. En general, sin embargo, en el campo de familia, la técnica de organización de la comunidad se ha convertido en secundaria y la técnica de trabajo social de caso en primaria. En un consejo de bienestar, es al contrario, la técnica de organización de comunidad es primaria. Esto no quiere decir que la técnica de organización comunitaria en el trabajo de familia no sea importante, pero cada vez más, el interés de la agencia de familia media ha venido ha enfocarse directamente en el tratamiento del cliente, mientras ninguna de las actividades promocionales se convierte en empresas comunes."

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

En este mismo artículo, se refirió a los "factores" y a lo poco que se conocía de ellos dentro del trabajo social.

"Sabemos un poco de los factores de la personalidad relacionados con la pérdida de estatus social cuando los ingresos han disminuido o cesan, un poco de cómo preparar a niños para su mantenimiento social, un poco de los problemas del padre sustituto en los casos de concesión a las madres, un poco del efecto sobre el matrimonio y la vida de familia cuando hay tensión financiera –para mencionar algunos de nuestros problemas más comunes."

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

¿Qué sabemos hoy de los factores de las personas enfermas que atendemos? De los posibilitadores y de los inhibidores, porque también los hay. La investigación es la actividad científica que nos alumbrará en este aspecto. Y seguimos con otro párrafo que refuerza el rol del trabajo social sanitario en su vertiente asistencial, pero también en su vertiente preventiva:

"El trabajo social de caso en el campo de familia, el trabajo social de caso en cualquier otro campo, está preocupado no con la enfermedad directamente o la pobreza directamente, o el analfabetismo directamente, sino en cómo estos factores contribuyen al desajuste de la personalidad. El trabajo social como una profesión está preocupado por cómo remediar las condiciones que producen la enfermedad, la pobreza y la ignorancia, pero el trabajador social de caso sanitario en su trabajo diario se ocupa de una personalidad particular dentro de una situación particular. A veces esta personalidad está, como decimos, desajustada, a veces no está suficientemente desajustada y los conflictos se deben precipitar..."

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

6.2. Aportaciones de Florence Hollis

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

En su conferencia "Emotional growth of the worker through supervision"¹⁸, sin hablar directamente del trabajo social sanitario, introduce la importancia de formarse en los aspectos emocionales que generan las situaciones que se tratan. Hollis pone sobre la mesa la capacidad, la pericia, el saber que da la experiencia profesional en la penetración de la experiencia de la persona, los miembros de la familia que atendemos:

"La práctica del trabajo social de caso no puede ser aprendida sólo a través de procesos intelectuales. Algunos de nuestros fracasos más llamativos en materia de formación cada año son personas que han adquirido un conocimiento de los mecanismos, pero que, debido a una defectuosa configuración emocional, son incapaces de relacionar este conocimiento con la comprensión de las personas con problemas o, peor aún, porque en sus propias necesidades usan el conocimiento de manera sádica y dañan al cliente. Por ejemplo, un trabajador puede recitar a veces una docena de razones por las cuales una familia puede ser exigente en su actitud hacia la ayuda y, sin embargo, podría no sentir el desarrollo de esa actitud en una familia que ella misma visita semana tras semana hasta que esa actitud le estalla como un soplo. Además, a pesar de su comprensión intelectual de por qué ocurrió esto, podría ser incapaz de transmitir a la familia su sentido de apreciación bajo la presión en la que ha estado trabajando."

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

Este párrafo resulta una observación milimétrica del proceso de intervención, de cómo el trabajador social sanitario puede nutrirse de las experiencias emocionales particulares, pero también da relieve a la necesidad de formarse y entrenarse para la práctica. Y ello aleja cualquier tipo de burocracia que, pudiendo ser necesaria para realizar alguna gestión, no deja de ser un acto administrativo que aislado y por sí mismo no debe considerarse de trabajo social sanitario.

⁽¹⁸⁾ Crecimiento emocional del trabajador a través de las supervisión.

6.3. Aportaciones 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*. Un libro de referencia que sigue vigente en nuestros días. La autora asume su orientación psicoanalítica y psicodinámica para justificar muchos de sus argumentos. En su libro señala siete puntos a considerar dentro del modelo de *problem-solving*¹⁹:

- Los componentes de la situación del *Casework*
- La persona
- El problema
- El lugar
- El proceso
- La relación del case-worker con el cliente
- El trabajo de resolución del problema

"Para conocer si se puede ayudar a una persona y conocer cómo, es necesario conocer qué quiere de si misma en el futuro, cuáles son sus aspiraciones y concepciones en el devenir."

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

⁽¹⁹⁾Resolución de problemas.

Referència bibliogràfica

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

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

Este año Helen Harris Perlman publica su libro *So you want to be a Social worker?* en que explica de una manera muy didáctica qué implica ser trabajador social, ejercer esta profesión. Destaca la siguiente manera de explicar el trabajo social:

"El Trabajo Social es la encarnación de la creencia de nuestra sociedad que las personas deben tener el derecho y la oportunidad para llevar una vida personal satisfactoria y socialmente útil."

La autora sigue analizando la evolución de la sociedad que cada vez se torna más compleja y resalta cómo el mismo trabajo social se ha ido desarrollando de acuerdo a esas nuevas necesidades humanas:

"Desde los primeros tiempos el trabajo social profesional ha estado durante mucho tiempo desarrollando diferentes sistemas de ayuda a las personas más desfavorecidas. Al principio había el convencimiento de que a las persona pobres solo había que garantizarles el estómago lleno. Las necesidades humanas han cambiado y se han vuelto más complejas."

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

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

La autora va ampliando su producción bibliográfica alrededor del trabajo social. En su libro sobre el Trabajo Social de Caso, el *Casework*, escribía:

"Periódicamente nos preguntamos unos a otros: ¿Qué es lo social acerca del caso social?[...]. Las razones que empujan una y otra vez a hacernos esta pregunta son varias. Incluyen nuestro interés en conocer el interior de la personalidad y la pérdida de perspectiva acerca del otro mundo en el que la personalidad vive, nuestra dificultad real en definir lo *social* y quizás, como ahora, la necesidad es mayor, de cara a la penetración de tratamientos a través de los programas de bienestar social, de decir otra vez quiénes somos y qué sabemos. Sin embargo, me he limitado a una tarea: la identificación de los componentes sociales por los cuales la práctica del *casework* está caracterizada y vitalmente afectada."

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

El libro aborda ampliamente el trabajo social de caso, lo cuestiona en el sentido más crítico de la palabra, apoyada en los resultados de nuestra intervención. Incluso uno de los capítulos lo titula "El *casework* ha muerto" y le sigue "¿Puede el *casework* ayudar?".

7. Nuestro pasado reciente en España: el trabajo social sanitario penetrando en la institución sanitaria

Hasta ahora hemos visto cómo la ayuda caritativa se transformó en ayuda profesional, en una acción científica. Ello es que para prestarla se debía adquirir una formación que capacitaba a la persona para intervenir dentro de la institución sanitaria. Esta formación se apoyaba en el conocimiento generado con la observación y la investigación. Ello implicaba el seguimiento de métodos de trabajo en los que el diagnóstico social [sanitario] era el elemento diferenciador con respecto a la actividad caritativa y el centro analítico que soportaba las diferentes intervenciones.

En España, la primera Escuela de Formación Social se creó en Barcelona en 1932. Habían pasado treinta y cuatro años desde que se creara, en 1898 la Escuela de Filantropía de Nueva York. Explica Montserrat Colomer:

"La señora Antonia Figueres, miembro del Comité de Millores Socials²⁰ creado en 1926, sentía la importancia de la formación del personal dedicado a obras sociales. Gracias a esta inquietud, junto con el Dr. Raul Roviralta, con la colaboración de eminentes profesores y catedráticos de la Universidad y siguiendo los consejos del canónigo Dr. Josep Maria Llovera, creó la Escola d'Assistència Social²¹ en 1932. Era la primera de esta naturaleza que se abría en España. [...] el 7 de octubre de 1932 se inició el primer curso de actividades docentes. La escuela era una filial de la de Bruselas; los estudios no eran reconocidos oficialmente por el gobierno republicano, pero tenían validez en Bélgica.

M. Colomer (2009). *El trabajo social que yo he vivido* (pág. 25). Barcelona: Editorial Impulso a la acción social.

Explica Montserrat Colomer como la Guerra Civil de 1936 interrumpió las actividades de la Escuela de Asistencia Social hasta 1939. En 1952 se creó la Escuela de Visitadoras Sociales Psicólogas, bajo la tutela del Dr. Sarró. En 1955 se funda la Escuela de Enseñanza Social (para hombres), también en Barcelona. Este mismo año, en Madrid se crea la Escuela de Asistencia Social San Vicente de Paúl. En 1957 se funda la Escuela de Formación Social Sabadell-Terrassa, destacando que ésta fue fundada por un patronato de empresarios católico.

En enero de 1960 se creaba una de las primeras plazas de "visitadora social", hoy diríamos de trabajadora social sanitaria hospitalaria, en el nuevo Hospital de Asturias, la plaza fue ocupada por María Asunción Martínez Arrojo formada en la Escuela de Visitadoras Sociales de Barcelona. La misma autora explica que su plaza fue una de las primeras renumeradas, pues si bien las había en algunos hospitales, la mayoría eran de carácter voluntario.

⁽²⁰⁾Comité de Mejoras Sociales.

⁽²¹⁾Escuela de Asistencia Social.

Referencia bibliográfica

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

Referencia bibliográfica

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

Dos años más tarde, en la España de 1962, en plena dictadura, el 21 de julio se aprobaba la Ley 37/62 sobre normas reguladoras de los hospitales. En su tercer párrafo introductorio, el texto también citaba la acción social inherente a la sanitaria:

"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."

Ley de 21 de julio de 1962, Núm. 37/62 sobre normas reguladoras de los hospitales.

Aún faltaban dos años para que se reconociera oficialmente el título de Asistente Social como técnico de grado medio. Ello sucedería en 1964.

En 1974, el artículo 6º de la Ley General de Seguridad Social de 30 de mayo, sugiere al Gobierno dictar las disposiciones que faciliten la coordinación de los organismos, servicios y entidades gestoras del sistema de Seguridad Social con los que cumplen funciones afines de sanidad pública o asistencia social.

Tres años más tarde, una circular de 1977, elaborada por el desaparecido Instituto Nacional de Previsión (INP), marcaba como objetivo del asistente social hospitalario, siguiendo el lenguaje de la época:

"Colaborar con el centro hospitalario para que cumpla sus fines y aporte al enfermo y a la sociedad lo que ambos esperan de él." Como funciones: "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.

Fue en 1978 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la *Declaración de Alma-Ata*²², da un giro a la filosofía asistencial y conceptual, también para el trabajo social sanitario y el trabajo social generalista. Se iniciaba una nueva era para la salud. Debemos recordar en este punto que la salud como tal traspasa los límites del sistema sanitario. La OMS propuso la siguiente definición:

"La salud, un estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del de salud."

OMS (1978, 6-12 de septiembre). *Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata.

Ésta es la definición por excelencia a la que los profesionales acuden con más frecuencia cuando tienen que definir el concepto de *salud*. No es la única y sin duda existen otras igualmente satisfactorias, incluso más, porque el término de "estado" puede sugerir al estático cuando se sabe que la salud es un concep-

Referencia bibliográfica

M. Colomer (2009). *El trabajo social que yo he vivido* (pág. 18). Barcelona: Editorial Impulso a la acción social.

Web

Para ampliar la información, podéis consultar: Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Disponible en la página web del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante.

⁽²²⁾Material disponible en el "Espacio de recursos del aula".

to dinámico. Sin embargo, no se puede negar la penetración que tienen los textos de la OMS en nuestras estructuras y organizaciones actuales, a la vez que en esta misma definición se presentan los ámbitos del arco biopsicosocial. La OMS, en esta misma conferencia, definió la atención primaria de salud como:

"La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye un primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."

La Declaración de Alma-Ata supuso un gran impulso a las políticas sanitarias mundiales para alcanzar el despliegue fijado para la atención primaria sanitaria.

En el documento *Principios inspiradores de una política de servicios sociales*, publicado en 1979 por Pilar Malla y Josep Arenas, se definen los servicios sociales especializados como:

"Servicios formados por equipos pluridisciplinarios, y estarían en contacto con grupos o personas que tienen unas características determinadas." Y añaden: "Es evidente que el diagnóstico preciso, en muchos casos, debería estar a cargo del servicio social especializado y posiblemente, incluso, algunos aspectos de la rehabilitación, aunque el equipo del servicio social de base también podría aplicar otras técnicas." [...] "Las personas de los servicios especializados tendrían características peculiares y frente a estas situaciones se habría de tener en cuenta dos aspectos: un aspecto individual que comprendería el diagnóstico, la rehabilitación y la ayuda psicológica; y un aspecto ambiental que partiría de la actitud del contexto que vive el interesado y en el cual la acción social debería atenuar los efectos de negatividad y de inaceptación. Esta segunda tarea correspondería a los equipos de los servicios sociales de base."

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

El texto ayuda a comprender desde dentro la convergencia entre servicios sociales generales y servicios sociales especializados. Vamos a fijarnos en el término *servicios sociales* frente al de *trabajo social* que no aparece citado. Cabe señalar que, en unos y otros, el trabajador social conceptualmente es un miembro más del equipo de trabajo. Es un error clásico confundir los servicios sociales con el trabajo social, como lo sería confundir los servicios sanitarios con la medicina.

Los servicios sociales, como los servicios sanitarios, son establecimientos en donde se desarrollan programas interdisciplinarios y los profesionales que integran sus plantillas, en este siglo XXI, intervienen, o tratan de intervenir, de acuerdo a los principios del modelo biopsicosocial.

En el capítulo "Principios" de *Social Diagnosis*, Mary E. Richmond llama la atención sobre una nueva dificultad para los trabajadores sociales de caso, la confusión de las personas entre alcanzar los objetivos por sí mismas, o llegar a un lugar donde todo está servido.

Con su observación introdujo, según sus propias palabras, dos nuevos términos: *trabajo social* y *servicio social*. En su reflexión señaló un riesgo: al disponer del servicio social, del recurso material, puede mermarse la intervención de los trabajadores sociales cuyo objetivo es trabajar las potencialidades de la persona, con la persona y su familia. De esta manera, las acciones vertebradas dentro de la intervención social para implicar a la persona en su mejora pueden verse abortadas cuando el servicio social no actúa más allá de su prestación, cuando está disponible sin más y deja de lado el tratamiento de la autonomía y unicidad de la persona.

Demetrio Casado y Encarna Guillen reconocen seis ramas con fin social:

- Sanidad o Salud
- Educación
- Protección social del trabajo
- Seguros y subsidios de renta
- Protección social de la vivienda
- Servicios sociales

Conceptúan los servicios sociales como:

"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 y E. Guillen (2001). *Manual de Servicios Sociales* (pág. 40-41). Madrid: Editorial CCS.

El concepto *aspiración de las personas* resulta clave en este espacio ya implica la labor del trabajador social como gestor de unas realidades individuales contextualizadas en su propia vida.

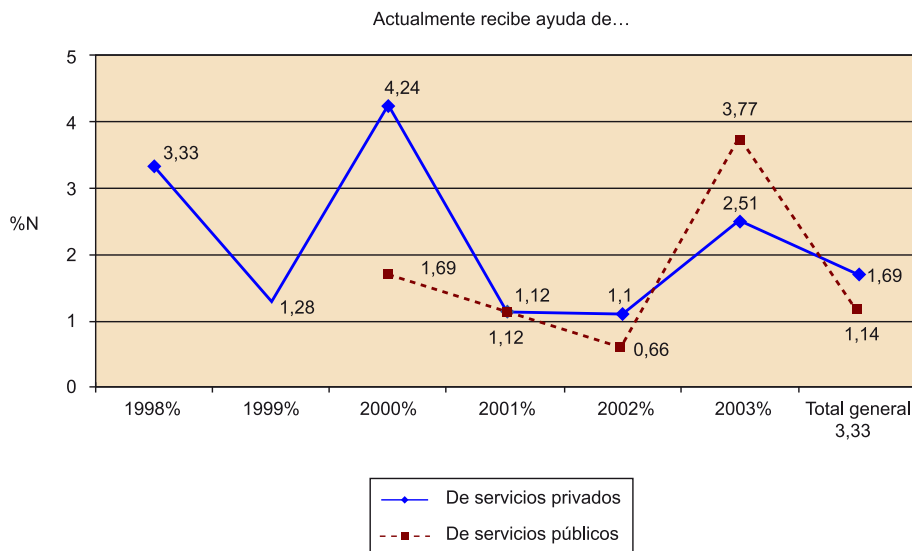
En 1984, el INSALUD abrió una nueva etapa marcada por el concepto de "humanización de los hospitales". Para ello, publica el *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*, creando en los hospitales propios, del INSALUD, las primeras unidades de atención al paciente. Éstas quedarían inicialmente bajo la responsabilidad de los trabajadores sociales del hospital. Su función, no obstante, era atender las sugerencias y las reclamaciones, en muchos casos con menoscabo de la práctica del trabajo social sanitario. La razón principal era que los recursos estaban en los servicios sociales y que los trabajadores sociales sanitarios se limitaban a solicitar a éstos los recursos necesarios casi siempre vinculados al alta. Este estereotipo, pergeñado hace ya hace más de un cuarto de siglo, sigue ahí nutriéndose de sí mismo aún hoy. De sí mismo, porque cuando uno analiza empíricamente la utilización de servicios sociales después

Referencia bibliográfica

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

de una hospitalización, ve que su frecuencia, como podemos ver en la figura adjunta, es ciertamente baja. No podemos extrapolar los resultados de un hospital a otro. Pero, a lo largo de estos años, cada vez que analizamos dicho dato, siempre se mantiene a la baja. La ilustración adjunta es un ejemplo de cómo podemos empezar a introducir el empirismo en nuestras afirmaciones:

Utilización de servicios privados *versus* utilización de servicios públicos después del alta hospitalaria



Fuente: Hospital Virxe da Xunqueira. Cee. 2003

Sigamos con la cronología. En noviembre de 1984, se celebraron en Madrid las *Primeras Jornadas sobre Humanización de la Asistencia Sanitaria*. El trabajo social en el sistema sanitario, primero en los hospitales y poco después la atención primaria, iniciaba su camino dentro de la etapa moderna.

En 1985, la Orden de 1 de marzo (BOE 55, de 5/3/85) aprobaba el *Reglamento general de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social*. Debemos resaltar que el servicio de trabajo social ya no aparecía ni mencionado.

La Orden de 18 de noviembre de 1985 de la Generalitat de Cataluña (DOGC 621, de 4 de diciembre de 1985), aparecida ocho meses más tarde regulando *La estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social en Cataluña*, tampoco hizo eco explícito del servicio de trabajo social hospitalario.

El 10 de diciembre del mismo año, el parlamento de Cataluña aprobaba la Ley de Servicios Sociales. En el apartado que definía las áreas de actuación, sólo se consideraba que los servicios sociales debían colaborar con los servicios sanitarios en la prevención de drogodependencias. En ningún caso consideraba el trabajo social sanitario. Y ciertamente, se hablaba de servicios sociales y servicios sanitarios, no de los profesionales que los integraban.

Referencia bibliográfica

Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales. Publicación del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección general de Servicios Sociales. Generalitat de Catalunya.

En 1985, se creaba el "Programa Vida als Anys", el primer programa de atención sociosanitaria de España. Lo impulsó el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, quedando enmarcado en la Orden del DOG (Diario Oficial de la Generalitat) del 29 de mayo de 1986. La principal novedad fue que, a la atención clásica de las necesidades sanitarias, se incorporaban actividades de atención integral, prevención e interdisciplinariedad. El Decreto 92/2002 (art. 2) de la Generalitat de Cataluña dice de los centros y servicios sociosanitarios:

"Son aquéllos que prestan, conjuntamente y de forma integrada, una atención especializada sanitaria y social."

La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990 cita, a su vez, la Ley de Bases para la Organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social, del año 1934, en donde la coordinación y la continuidad asistencial ya aparecían como elementos básicos de la asistencia. Dice literalmenet el texto:

"Ya en el año 1934, el Parlamento de Cataluña dictó la Ley de Bases para la Organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social, que establecía un sistema sanitario mixto configurado por servicios de titularidad pública y privada, bajo la dirección y organización de la Generalitat, y la Ley de Coordinación y de Control Sanitario Público, que instituía las fórmulas de coordinación entre los distintos organismos, instituciones y autoridades sanitarios, a los efectos del mejor desarrollo de los servicios y del encadenamiento de las funciones sanitarias."

Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña.

Referencia bibliográfica

(2003). "Entrevista a Antoni Salvà". *Revista Agathos, Atención sociosanitaria y bienestar* (núm. 3, pág. 66-69).

Ved también

En el módulo de Derecho Sanitario, el marco legal se verá sustancialmente ampliado y comentado. Aquí hemos resal-tado esos momentos desde el punto de vista histórico.

8. Segunda mitad del siglo XX: los trabajadores sociales sanitarios en España

Nos situamos de nuevo en 1960. Como hemos señalado en páginas anteriores, una de las primeras plazas remuneradas, quizás la primera, de trabajo social sanitario en España, se creó en el entonces Nuevo Hospital de Asturias y la ocupó María Asunción Martínez Arrojo. Escribe la autora:

"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.

En 1961, el mismo año en que se firmó la Carta Social Europea, en Cataluña Montserrat Gramunt concluía su tesis en los siguientes términos, refiriéndose al servicio social hospitalario:

"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'". En: *Estudios sobre hospitales y Beneficencia* (núm. 7).

En 1973, María Jesús Chico, asistente social del hospital general de Asturias, refiriéndose a la actuación profesional del asistente social en el hospital, escribía:

"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 inédito mecanografiado.

En 1974, Montserrat Colomer, pionera de la teoría y la práctica del trabajo social en España, en la RTS presentaba *Experiencias de aplicación del método de trabajo social: clínica mental*.

Referencia bibliográfica

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

8.1. 1986, un año clave para el trabajo social sanitario

En 1986, se aprobó la Ley General de Sanidad. Sus referencias a la asistencia integral, a la salud como una realidad holística, parecían marcar un camino en donde el trabajo social sanitario también caminaría de la mano de otros profesionales sanitarios.

En pleno debate intelectual sobre los modelos sanitarios, incluyendo desde el trabajo social, los modelos de trabajo social sanitario, también en pleno debate de modelos de servicios sociales, de modelos de atención sociosanitaria, los ochenta fueron años de expansión y creatividad profesional. Años de una gran riqueza intelectual. Aquel año 1986, la RTS dedicó un número monográfico al trabajo social hospitalario. La atención primaria sanitaria se estaba proyectando. Hoy, a pesar de los veintitrés años transcurridos, aquellos artículos publicados son, fundamentalmente, teorías y prácticas de máxima actualidad, ninguno de ellos puede considerarse obsoleto. Este número 104 de la RTS ofrecía un conglomerado de contenidos, apoyado en la experiencia de profesionales con muchos años de práctica en hospitales. Las funciones del trabajo social hospitalario quedaban definidas en la RTS citada como sigue:

"El trabajo social dedica su atención a las personas, grupos y comunidades para ayudar a concienciar y resolver las situaciones conflictivas y de carencias que se producen en la evolución de la sociedad. [...] El trabajo social sanitario colabora a potenciar y/o alcanzar la salud, entendida tal y como fue definida en el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana como "una forma de vivir autónoma solidaria y dichosa."

Como funciones, establece:

- "Atención directa al enfermo y/o familia: estudio socio-familiar, información u orientación, asesoramiento, motivación, apoyo, tratamiento social continuado.
- Actuación en relación con el centro hospitalario: trabajo en relación con la comunidad, programas de educación sanitaria, promoción de recursos, coordinación y colaboración con servicios sociales diversos."

Ese mismo año 1986, se celebraron en Zaragoza las Primeras Jornadas de Trabajo Social y Salud, fundándose en las mismas la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. El libro de actas de las conferencias y comunicaciones se constituyó en el primer número de la Revista Española de Trabajo Social y Salud. Observemos que se utiliza el término *salud* en vez de *sanitario*, que es el que define el trabajo social en los establecimientos sanitarios. Son muchos los puntos comunes entre lo sanitario y la salud, pero como hemos dicho en varias ocasiones, la salud va mucho más allá del sistema sanitario y lo que en este master centra la atención es el trabajo social sanitario, el que se desarrolla en el sistema sanitario.

Trabajadoras sociales sanitarias

Las trabajadoras sociales sanitarias con mayor experiencia en aquel momento y que lideraron el número de la RTS fueron: María Dolors Serra, hospital de San Juan de Dios de Manresa; Teresa Codinach, Centro hospitalario de Manresa; Montserrat Solé, hospital de Sant Pau de Barcelona; Josefina Bassets y María Palet, hospital de San Juan de Dios de Barcelona. Si bien otras muchas profesionales contribuyeron con sus experiencias, su juventud situaba su recorrido profesional muy al principio.

Referencia bibliográfica

RTS. *Revista de Treball Social* (núm. 104, dic., 1986). Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña.

En 1987, el Dr. Palafox, profesor de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, publicaba un artículo enfatizando la formación específica de las y los trabajadores sociales sanitarios para ejercer dentro del, por aquel entonces, joven sistema sanitario y gracias a esta formación, formar parte de los nacientes equipos profesionales. Señaló el peso del 36,5% de las y los trabajadores sociales sanitarios dentro de todo el colectivo, después de los que ejercían en el campo de menores, con un peso del 37,3%. En el 26,2% restante se reunían profesionales de diferentes ámbitos. Palafox puso de relieve la limitación que esta falta de formación suponía para las y los trabajadores sociales en el campo sanitario. Su análisis y previsión se patentizó con el paso de los años. Y hoy, en 2013, mientras escribo estas líneas veo el gran paso que supone para el trabajo social sanitario la puesta en marcha de este master.

Referencia bibliográfica

J. A. Palafox (1987). "Importancia del trabajador social en el campo sanitario". *Cuadernos de trabajo social*.

A partir de aquí, el trabajo social sanitario ha atravesado momentos de todo tipo, con sus luces y sus sombras, pero siempre que nos apoyemos en el empirismo, en la investigación, en el método científico, estaremos sobre una base sólida, que es la que permitirá ir avanzando en la generación de conocimiento y su validación con la práctica. Todo lo que no se apoye en el método científico es pura especulación, es ideología, es opinión. Lo profesional se apoya en el estudio, en las teorías, en la investigación.

8.2. Algunas observaciones sobre el nuevo marco legal que afecta al trabajo social sanitario y a su reconocimiento

En el año 2002 se aprueba la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Ved también

Material disponible en el "Espacio de recursos del aula".

Un año más tarde En el año 2003 se aprueban dos leyes:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad en donde se recogen los conceptos y su desarrollo, el Catálogo de prestaciones y la Cartera de servicios (ambos se desarrollan en un crédito aparte).
- Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones sanitarias. Ésta no reconoció que el trabajo social sanitario fuera una profesión sanitaria basándose en dos puntos, o ámbitos:

"Desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos."

La historia solo puede apoyarse en lo que está documentado; por ello, después de la publicación de ambas leyes, pero sobre todo la de profesiones sanitarias, el primer eslabón de esa nueva etapa profesional lo puso la puesta en marcha

del Postgrado de Trabajo Social Sanitario cuya primera promoción se inició en 2009. El Master universitario de trabajo social sanitario será el segundo. Con él se inicia una nueva andadura en 2013. Dos grandes pasos que son la gran parte de la historia de un esfuerzo para que llegue el día de ese reconocimiento del trabajo social sanitario como profesión sanitaria.

Bibliografía

(2003). "Entrevista a Antoni Salvà". *Revista Agathos*, "Atención sociosanitaria y bienestar", núm. 3 (pág. 66-69).

Addams, J. (1897). "Intervención en el apartado de Minutos y discusiones". En: *Twenty-Fourth National Conference of Charities Conference* (pág. 464-465).

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

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

Cabot, R. C. (1910). "Discusión a la conferencia de Goldstein: Hospital Social Service; Principles and Implications". En: *National Conference on Social Welfare* (pág. 348-351).

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

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

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

Cannon, I. M. (1908) "Social Work at Massachusetts General Hospital". En: Minnick, J. *Social work of General Hospitals. National Conference on Social Welfare. Official proceedings of the annual meeting* (pág. 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 inédito mecanografiado*.

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

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

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

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

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

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

Gramunt, M. (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". En: *Estudios sobre hospitales y Beneficencia*, núm. 7.

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

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

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

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

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

Lee, P. R. (1915). "Committee report: the professional basis of social work". En: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second annual session held in Baltimore* (pág. 596-606).

Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales. Publicación del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección general de Servicios Sociales. Generalitat de Cataluña.

Ley de 21 de julio De 1962, Núm. 37/62 sobre Normas Regulatoras de los Hospitales.

Loch, C. S. (1885). "Charitable provision for the aged". En: *Twelfth annual Conferences of Charities* (pág. 347-362).

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

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

Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña.

Malla, P.; Arenas, J. (1979). *Principis inspiradors d'una política de serveis socials*. Documento de trabajo. Generalitat de Cataluña. Departamento de Sanidad y Asistencia Social. Dirección General de Asistencia Social.

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

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

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

OMS. *Conferencia Internacional sobre la atención primaria de salud*. Alma-Ata URSS 6-12 septiembre. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

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

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Página web del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante. Disponible en: <http://www.coma.es/>.

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

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

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

RTS. *Revista de Treball Social*. Número 104. Diciembre de 1986. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña.

Smith, Z. D. (1915). "Field work". En: *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second annual session held in Baltimore* (pág. 622-626).

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

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

Vázquez, M. J. (2004). "Orígenes del trabajo social". En: 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* (pág. 343).

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

