
Models d'intervenció en el treball social sanitari. La gestió de casos

PID_00272728

Dolors Colom Masfret

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Professora associada i directora científica del màster universitari de Treball social sanitari dels Estudis de Ciències de la Salut de la UOC. Professora associada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formació en l'àmbit del treball social sanitari i en les unitats d'atenció al client amb estades, primer al Bellevue Hospital Center de la Universitat de Nova York, i després al Departament de Serveis Socials i el Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. És investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i sociosanitaris, i també d'establiments residencials i programes d'atenció a domicili. Escriptora. Sòcia fundadora el 1994 de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials, des del qual dirigeix i edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, i l'editorial Agathos Ediciones. Ha exercit la direcció acadèmica i com a professora col·laboradora del postgrau de Treball social sanitari de la UOC. Consultora del màster de Direcció executiva d'hospitals de la UOC (2009-2019).

Segona edició: març 2020
© Dolors Colom Masfret
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció.....	5
1. Models d'intervenció en treball social sanitari.....	9
1.1. Models de resposta	10
1.2. Models de gestió dels casos en treball social sanitari	11
1.2.1. Models d'ajuda: del model de beneficència al model professional	11
1.2.2. Models de treball social: reflexions i aportacions de Woods i Hollis	12
1.2.3. Models de treball social: reflexions i aportacions d'altres autors	17
1.2.4. Models de treball social sanitari en salut mental	21
2. La gestió de casos.....	23
3. Tècniques d'intervenció en el treballador social sanitari.....	25
3.1. Observació	25
3.2. Documentació i registre en suport de paper i digital	26
3.3. Entrevistes i qüestionaris	26
3.4. Escales funcionals, instrumentals	28
3.5. Classificacions	28
3.6. Reunió	28
3.7. Estadística	29
3.8. Altres tècniques	29
4. El model Agathos: model integrat de gestió de la unitat de treball social sanitari i dels casos socials.....	30
4.1. Bases teòriques fonamentals de la gestió de casos en treball social sanitari	30
4.2. Alguns antecedents històrics que avalen el treball social sanitari com l'element clau en la gestió del cas	30
4.3. La gestió de casos com a model interdisciplinari integrador de la gestió de les cures	32
4.3.1. El model psicosocial	33
4.3.2. El model funcionalista i d'autodeterminació	33
4.4. Proposta d'un model de gestió de casos, per a la pràctica actual del treball social sanitari, basat i desenvolupat a partir del diagnòstic social sanitari dins d'un procediment de la planificació de l'alta	33
4.5. La gestió de casos compartida entre la primària i l'especialitzada de salut i els serveis socials. Cronograma	35

4.6. Reflexió final sobre la gestió de casos i la gestió de cures	35
Resum	38
Bibliografia	39

Introducció

La intervenció

A *The Social Work Dictionary* el terme *intervenció* és definit de la manera següent:

«1. Venint de grups de gent, intercedint en grups de gent, esdeveniments, planificació d'activitats, o en conflictes interns individuals. 2. En treball social, el terme és anàleg al terme mèdic *tractament*. Molts treballadors socials s'estimen més fer servir el terme *intervenció* perquè inclou *tractament* i altres activitats per a solucionar o prevenir problemes o aconseguir objectius. Així es refereix a psicoteràpia, advocacia, mediació, planificació social, organització comunitària, recerca i desenvolupament de recursos i moltes altres activitats».

Lectura recomanada

R. L. Barker (2003). *The Social Work Dictionary* (pàg. 226-227). Washington: NASW Press.

Florence Hollis i Mary E. Woods, en la tercera edició del seu llibre *Casework, a Psychosocial Therapy*, dediquen el capítol 4 a les classificacions d'intervenció, «Classifications of Casework Treatment». Hi escriuen el següent:

«El tractament, sigui el que sigui, és un procés adreçat a una meta dirigida. En els diversos enfocaments [models] [...] Es fan servir diferents mitjans en els diversos enfocaments per a aconseguir l'efecte volgut. Hi ha moltes maneres de classificar aquests mitjans. Hem trobat que és útil basar la classificació en els passos que permetin de posar en joc un tractament dinàmic».

F. Hollis i M. E. Woods (pàg. 85-107)

Referència bibliogràfica

F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework, a Psychosocial Therapy* (3a. ed.). Nova York: Random House.

Per a il·lustrar el text, posen l'exemple d'una dona vídua que està espantada per la seva intervenció, exposen diferents motius que la porten a patir d'ansietat i, en paral·lel, exposen diferents abordatges i enfocaments perquè es redueixi aquesta ansietat. Cada enfocament té la seva pròpia dinàmica. Continuen les autores:

«Els serveis tenen un objectiu comú –reduir l'ansietat– però la dinàmica que els envolta és diferent. En un cas parteix de l'estímul per a reduir l'ansietat, s'orienta a mesures ambientals; en un altre es dona la seguretat, depenent del client i a partir de la confiança amb el treballador social; en un altre rep suport perquè compregui d'una manera més real la situació; en un altre l'ajuda a prioritzar les seves emocions embolcallades en les seves relacions personals i les seves conseqüències si produeixen reaccions comunes».

F. Hollis i M. E. Woods, *op. cit.* (pàg. 85-107)

Les autores es refereixen a l'expansió del coneixement del diagnòstic social diferencial, i assenyalen que en la primera edició del llibre Hollis ja va elaborar una classificació sobre els serveis de treball social sanitari.

«Abans de discutir aquesta tipologia hem de revisar el desenvolupament general de les classificacions en la teoria del diagnòstic diferencial. Els canvis en la classificació reflecteixen el creixement del coneixement. Cada nova tipologia es construeix sobre les antigues i mira de definir l'abast del tractament de treball social de casos tan bé com descriure els processos emprats en els diferents períodes. [...] Hi ha hagut un gran nombre de classificacions de tractament de treball social de casos. Mary E. Richmond ben aviat va destacar una simple distinció. El 1922 va parlar de "tractament directe" i "indirecte". Això significava els processos directes entre el client i el treballador social –la influència d'una ment sobre una altra– i després els canvis que el treballador social portava a l'ambient psicosocial del client».

F. Hollis i M. E. Woods, *op. cit.* (pàg. 85-107)

Les autores, en el capítol esmentat, indiquen les classificacions següents:

El 1947, Grete Bibring, psicoanalista que va treballar estretament amb equips de treballadors socials de casos, va establir cinc grups de tècniques de procediments emprades en tot tipus de teràpies, i hi va incloure professionals del treball social de cas, *caseworkers*: 1) suggeriment, 2) alleujament emocional, 3) influència immediata (o maneig), 4) clarificació, 5) interpretació.

El mateix 1947, Hollis va suggerir una altra classificació de mètodes d'intervenció: 1) la modificació ambiental, 2) el suport psicològic, 3) la clarificació, 4) el desenvolupament interior.

El 1948, Lucille Austin va elaborar una nova classificació d'intervenció en la qual apuntava dos àmbits: la teràpia social i la psicoteràpia. En aquest darrer cas la va dividir de la manera següent: 1) teràpia de suport, que té com a objectiu prevenir la ruptura interna; 2) teràpia de desenvolupament intern, que té com a objectiu aconseguir el canvi en l'ego incrementant l'habilitat de gestionar les dificultats; 3) teràpia experimental, vista com un intermedi entre les metes de la primera i de la segona.

En la cinquena edició (2000) del mateix llibre, les autores abunden en els arguments de la tercera i també amplien i precisen les vies de tractament. En aquest llibre assenyalen quatre maneres d'anomenar l'acció recollida en el pla de treball: 1) tractament, 2) procediment d'ajuda o servei, 3) teràpia, 4) intervenció. Cada terme té la seva pròpia aplicació i contingut encara que s'emprin indiferentment.

Tractament: actuar o comportar-se amb una altra persona d'una manera determinada. La paraula és molt adequada per a les activitats del treball social de casos (*case work*) i no la volem emprar en els mateixos termes que la medicina.

Procediment d'ajuda o servei: es fa servir més àmpliament que *tractament* per a cobrir totes les formes de la pràctica del treball social de casos, incloent-hi actes específics de pràctica d'ajuda.

Teràpia: es refereix al treball en què en l'àmbit social i l'àmbit psicosocial s'empren els mitjans per a permetre a individus de fer front als dilemes ambientals, interpersonals o intrapsíquics i la interacció entre uns i altres, que són causa d'estrès personal.

Intervenció: es prefereix com un terme general. És comú i no exclusiu dels terapeutes de família o grups.

F. Hollis i M. E. Woods, *op. cit.* (pàg. 4 i 5)

La intervenció en treball social sanitari està orientada en la direcció que marca el diagnòstic social sanitari, però des de la primera trobada entre la persona malalta, la seva família i el treballador social sanitari, ell o ella, ha de resultar terapèutica.

1. Models d'intervenció en treball social sanitari

La intervenció comença amb la primera mirada entre la persona afectada i el treballador social sanitari, ell o ella. En realitat, en aquesta primera trobada es tracen les bases de la futura intervenció i segons transcorrin els primers minuts les probabilitats d'aconseguir motivar la persona i fer-la partícip de tot el procediment o protocol de treball social sanitari s'incrementen o es redueixen. Estem en l'aspecte humà, en l'empatia, en les primeres impressions. Per això és tan important que cada professional es prepari per a afrontar aquests primers moments amb tota la seva capacitat de generar empatia i, amb ella, confiança i credibilitat. Hi ha dos models bàsics d'intervenció, esmentats en altres mòduls.

- **Model proactiu.** Es basa en l'atenció a les persones que presenten determinades variables que s'han definit prèviament com de risc. Quan parlem de risc, hauríem d'haver calculat el grau de risc, no és quelcom narratiu. El risc implica atendre problemes potencials, que requereixen un estudi per a descartar-los o per a actuar-hi. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix *risc* de la manera següent:

«La probabilitat d'un resultat advers o un factor que augmenta aquesta probabilitat. [...] Per a protegir la població –i ajudar-la a protegir-se a si mateixa– els governs han de poder avaluar els riscos i triar les intervencions més eficaces i assequibles per a evitar que es produeixin aquests riscos».

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo.*

Les característiques principals del model proactiu són les següents:

- Se segueixen programes amb indicadors de risc provats. No cal la demanda, solament la presència dels indicadors definits (generalment recollits mentre s'ha intervingut amb el model reactiu o demostrats en altres recerques).
- És un model equitatiu basat en la planificació de la intervenció, sense que aquesta intervenció impliqui l'ús de recursos materials.
- No deixa a la persona afectada o a la seva família la responsabilitat de saber o de reconèixer que presenta una necessitat.
- Permet d'analitzar les dades en un sentit ampli i representatiu relativitzant els problemes reals en relació amb els potencials.
- Facilita el disseny de programes preventius.

- **Model reactiu.** Es basa en l'atenció de problemes. Si no es detecta un problema, si no hi ha una demanda explícita, no hi ha intervenció. Les característiques principals del model reactiu són les següents:
 - Es fa la intervenció a demanda de la persona malalta o d'altres.
 - Les persones són les que decideixen, segons la seva resiliència (*resilience*), quan demanen ajuda.
 - Es basa en la improvisació; no permet la programació de l'activitat.
 - Està subjecte a l'emocionalitat de la persona i de la seva xarxa, cosa que afavoreix la desproporció de la realitat.
 - Els resultats sempre són esbiaixats i no es poden considerar per a prendre determinades decisions.
 - No permet la prevenció.

1.1. Models de resposta

Continuant amb la metàfora de la intervenció com a porta d'entrada, la resposta és la porta de sortida, és la solució que es dona al cas que ha motivat la intervenció.

- **Model proactiu gestionat.** Atén les necessitats adaptant i ajustant les solucions més bones possibles. Es retroalimenta amb sistemes d'informació que són la base de futures preses de decisions. S'acostuma a basar en el diagnòstic social sanitari. Les característiques d'aquest model són les següents:
 - És flexible.
 - Redueix la distància entre la necessitat plantejada i detectada i els recursos emprats per a resoldre-la.
 - És democràtic i permet d'ajustar la intervenció considerant la participació dels protagonistes, les persones que tenen els problemes.
- **Model reactiu administratiu.** Les solucions són les que estan previstes. No implica que es resolguin casos socials; es resolen problemes d'acord amb la necessitat expressada. No s'acostuma a basar en el diagnòstic social sanitari. No té en compte excepcions. Aplica normatives, escales. Un exemple d'aquest model és l'atenció a la dependència. Les característiques més destacables són les següents:
 - És un model rígid.
 - Els professionals d'aquest model són executors d'ordres, però no participen en el disseny de la normativa ni poden fer més del que fan, encara que vulguin.
 - Els resultats es mesuren en funció del que s'ha fet, no del que s'hauria de fer o es podria fer.

1.2. Models de gestió dels casos en treball social sanitari

Abans d'introduir-nos en els models en la gestió de casos a l'última part del mòdul, recordarem com defineix Gordon Hamilton què és un cas social.

«Un cas social no està determinat pel tipus de client (família, infància, persona gran, adolescent), no està determinat pel tipus de problema (problemes econòmics, problemes de conducta). El cas social és un esdeveniment vital en el qual sempre hi ha proporcions, variables econòmiques, físiques, mentals, emocionals i dels factors socials. El cas social està compost de factors interns, externs o mediambientals. Un no tracta les persones en un sentit físic o en un sentit mediambiental; les tracta en relació amb les seves experiències socials i en relació amb els seus sentiments pel que fa a aquestes experiències».

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. Nova York / Londres. The New York School of Social Work / Columbia University Press.

Hamilton assenyala que sovint les persones pensen que un cas social, pel fet de presentar característiques semblants, és igual que un altre. Adverteix que això no és cert, ja que les persones tenen objectius diferents, vivències diferents, i això deixa empremtes diferents en cadascun dels casos socials. Si ens situem en el camp sanitari, el treballador social sanitari, ell o ella, es troba, a més, que el cas social sanitari està tenyit d'una malaltia, un diagnòstic mèdic, un pronòstic, amb les seves pròpies característiques socials i influències. Assenyala, Hamilton, no és fàcil de conèixer un altre ésser humà, i això els professionals ho hem d'acatar. Aquesta dificultat la salvem aplicant tècniques per a obtenir la informació necessària i analitzar-la. Podem afegir a això que la gestió del cas social sanitari és una de les competències del treball social sanitari. La bibliografia sobre els models de treball social és extensa i en aquests darrers anys ocupa un espai important per al debat professional. L'adaptació al camp sanitari és una feina pendent que estem començant en aquest màster.

1.2.1. Models d'ajuda: del model de beneficència al model professional

Aquesta és la primera baula en què ens aturarem, perquè hi ha el nostre origen com a professionals del treball social sanitari. Ho va assenyalar Noel Timms, professor de ciències socials aplicades, de la Universitat de Bradford:

«El diagnòstic o l'exercici d'alguns professionals de jutjar un problema és part del concepte modern de treball social. Una de les maneres en què podem datar l'inici d'aquest tipus de treball social és demanant-nos en quin moment els filantrops, sistemàticament, van començar a dubtar abans de respondre, en la mesura del possible, a la sol·licitud dels demandants, en el seu valor nominal; quan van començar a comprendre la demanda individual».

N. Timms (ed.). A: E. Sainsbury (1970). *Social Diagnosis in Casework*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Com evolucionen els models d'ajuda i de la prestació de l'ajuda? Ens trobem, ho hem vist en el crèdit d'antecedents històrics, que algunes formes de la beneficència, de la filantropia, van evolucionar cap a formes professionalitzades recolzades, cada vegada més, en el mètode científic. El 1890 es parlava de la nova caritat, un model que combinava creences religioses amb pràctiques ca-

Lectures complementàries

D. Colom (2007). «El "management", el "case management" y el "care management" en trabajo social». *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 79).

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

Referència bibliogràfica

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

ritatives. L'ajuda girava al voltant de la pobresa. La malaltia, tard o d'hora, es manifestava per evolució natural, i era suportada i alimentada per aquesta pobresa i les males condicions de vida d'aquesta població. Sabem la vinculació que es dona entre aquestes dues realitats. Al principi solament es responsabilitzava l'individu de la seva precarietat, de la seva marginació, però no van trigar a arribar teories noves que atorgaven a la societat, al seu model, una part de la responsabilitat en la generació d'aquestes borses de pobresa.

El 1910 Garnet I. Pelton va assenyalar aquesta diferència entre la filantropia que reposa en un model d'ajuda immediat i sense altre objectiu que cobrir la necessitat i la intervenció des de treball social hospitalari que recolzava en el diagnòstic social sanitari i sobre un pla de treball. La beneficència i la filantropia ajuden la persona i la família amb regals, però no l'ajuden a sortir de la pobresa, ans al contrari, la hi mantenen. El treball social hospitalari, deia Pelton, estableix el diagnòstic social i segueix un pla terapèutic per mitjà del treball social de casos, que cerca la transformació de les realitats.

Grosso modo, en el treball social sanitari ens recolzem en models integrats i integradors que cerquen el canvi, la millora psicosocial de la persona partint de la persona mateixa, alimentant les seves capacitats, els seus aspectes positius i les seves fortaleses perquè sigui ella mateixa la que vagi fent aquest gir que li permetrà d'aconseguir l'autonomia social. També intervenim, però, en l'entorn, tant social com d'estructura de serveis. Proponem programes, alternatives, etc.

1.2.2. Models de treball social: reflexions i aportacions de Woods i Hollis

Hollis i Woods, en el seu conegut *Casework, a Psychosocial Therapy*, del qual es continuen fent reedicions, fan un recorregut reflexiu pels diferents models (teories) de treball social que, al llarg dels anys, han sortit a la llum. N'hi ha molts, diuen.

Atribueixen aquesta eclosió al fet que els equips de treballadors socials han estat en contacte amb altres camps terapèutics i presents en els nous desenvolupaments de les ciències socials. Assenyalen que, a partir d'aquí, han investigat i han formulat les seves pròpies idees basades en l'observació i l'experiència pràctica des del treball social.

Referència bibliogràfica

G. I. Pelton (1910). «The history and status of hospital social work». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.

«En el mig segle passat ha aparegut un ventall ampli de teories o models¹ de tractament de treball social [...]. En la pràctica dels treballadors socials que segueixen diferents models hi ha moltes superposicions; cada grup d'aquests treballadors socials sovint manleva idees i tècniques dels altres. Això ens pot justificar, en part, l'observació que les diferències en la pràctica no són, sovint, tan grosses com ho suposen les teories que se'n segueixen [...]. Les teories varien de moltes maneres. Difereixen molt; per exemple, segons l'èmfasi entre la relació client - treballador social: la naturalesa i la importància que tenen en el tractament. Hi ha teories que es refereixen sovint a conceptes com acceptació, cura, simpatia, empatia i respecte. N'hi ha, fins i tot quan no necessàriament s'oposen a aquestes idees, que sembla que els donen poca prioritat en el tractament.

Hi ha aproximacions que depenen força de donar directives i assessorament, i n'hi ha que encoratgen els clients a arribar a la seva pròpia comprensió i presa de decisions. El concepte d'autodeterminació també és acceptat àmpliament, però hi ha grans variacions en el grau amb el qual s'emfatitza aquesta qualitat o al qual s'adhereixen a la pràctica.

Les nocions de mutualitat i col·laboració s'interpreten diferent, depenent del punt de vista».

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

La reflexió, sobre aquesta variabilitat, posa en relleu la gran quantitat de models de treball que podem aplicar en funció del punt de vista professional, per descomptat, dels corrents o escoles que seguim. Per a això, però, els hem de conèixer.

Woods i Hollis assenyalen les diferències que hi ha sobre la manera més adequada d'ajudar les persones. En el seu llibre no cerquen, diuen elles, de limitar l'acció professional des del treball social [sanitari] a mesures cognitives o educatives, o a tècniques de la conducta. Consideren que totes conformen un marc més ampli. També assenyalen la falta d'acord, sovint sobre quin és el problema, «el problema que s'ha de diagnosticar». Situen la figura de Richmond al principi del treball social, i en el seu llibre *Friendly Visiting among the Poor: A Handbook for Charity Workers*, publicat el 1899, s'augurava la teoria moderna del treball social de casos. Seguint el fil conductor de Hollis i Woods, extraïem que el primer model de treball social va ser el treball social de casos. Assenyalen que als anys vint Richmond i els seus anàlegs van començar una tasca de crítica constant examinant les històries de casos, analitzant dins de quin cos de coneixement es podien associar les accions fetes per cada professional.

«Aquest escrutini de materials de cas, a partir de la manera com ha evolucionat el cos de coneixements i noves teories, estableix les bases de la primera aproximació científica del tractament de treball social de casos».

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy* (pàg. 8). Nova York: McGraw-Hill.

Després va arribar el llibre *Social Diagnosis*, de Richmond, que establia l'estudi social, el diagnòstic social i el pla de tractament com la base de la pràctica d'un model, el model psicosocial. D'aquest text extraïem que el cos teòric del treball social de casos, el model psicosocial, se sustenta en el mètode científic, que ha implicat l'estudi de casos partint de la importància dels corrents psicoanalítics. Hem de bandejar la idea que *Social Diagnosis* sorgeix d'una inspira-

⁽¹⁾És important d'assenyalar que aquestes dues autores apliquen indistintament els termes *teories* i *models*.

ció inopinada sobre el treball social. Cada línia, com mostra el text original, aporta tots els materials dels treballs de camp que s'han fet en l'estudi i anàlisi dels casos atesos.

Aquest punt és un primer ensenyament: quan proposem un model nou hem d'aportar els materials en què ens basem. En quina informació i en quins estudis ens recolzem per a proposar-lo? Quina és la base científica de la nostra proposta?

- **Model psicosocial.** De primer se centrava en la persona afectada. Richmond, sempre per mitjà de l'estudi constant de casos, quan va analitzar els seus registres, va veure la importància i la influència que exercien els membres de la família sobre la persona i entre ells. Aquesta interactivitat era notòria.

Arran d'aquesta observació, ella i els seus seguidors van fer un altre pas: l'individu no es podia veure aïllat, sinó dins el seu context familiar i social, dins el seu ambient habitual. Aquesta observació, avalada per la recerca, va donar lloc a incloure la família i els factors ambientals dins el diagnòstic social. La pràctica evoluciona, i amb la pràctica els conceptes s'amplien. Aquesta evolució conceptual va molt més allà de l'àmbit narratiu, i es basa en la recerca, en la discussió professional. Les recerques fetes per Richmond proporcionen un coneixement empíric que no podem tractar com una idea abstracta. Qualsevol canvi que introduïm sobre els models, sobre els fonaments d'aquestes models, l'hem de fer partint de recerques noves, seguint els mateixos passos dels qui els van definir. Mentre no arribi aquesta recerca, continuarem donant per vàlids els resultats de Richmond i altres autors posteriors que van elaborar models.

La psicologia i la psiquiatria al principi del segle XX estaven en ple desenvolupament. En la Primera Guerra Mundial, els treballadors socials i els psiquiatres van treballar estretament. D'aquesta associació, expliquen Woods i Hollis, va néixer l'especialitat de treball social psiquiàtric en l'Smith College School of Social Work, un departament especial d'higiene mental de la New York School of Social Work i de la Pennsylvania School of Social Work.

- **Model funcionalista.** Arriba als anys trenta sota el guiatge d'Otto Rank, deixeble de Sigmund Freud, del qual es va separar professionalment per avançar en les seves pròpies tesis; per a Rank, les neurosis tenien a veure amb l'experiència traumàtica del naixement. Així va titular el seu llibre, *El trauma del nacimiento*, publicat el 1923. Partint d'aquesta teoria, la Pennsylvania School of Social Work va proposar una aproximació diferent al treball social de casos. El seu plantejament diferia del model proposat per Richmond i els seus successors en el fet que el que ja ha passat, el que ja ha viscut la persona, és pràcticament irrellevant.

«Per al funcionalisme, la història passada era considerada irrellevant i el diagnòstic va ser desproveït de valor. El dret del client a la seva autodeterminació va tenir molt suport; en poques paraules, es pensava que la voluntat del client i la capacitat per a actuar sobre els seus problemes, actuals o futurs, eren estimulats per la funció de l'agència, incloent-hi limitacions en el temps».

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy* (pàg. 10 i 11). Nova York: McGraw-Hill.

- **Model basat en l'autodeterminació.** Simultàniament es començava a debatre un tercer model, el de l'autodeterminació, seguint les teories de l'educació de John Dewey.

Woods i Hollis assenyalen l'exemple de Hamilton, que expressava el «dret de la persona a ser ella mateixa». Això implicava que la persona havia d'estar preparada, i per això era tan important l'educació. La capacitat de decisió estava relacionada amb el coneixement. Assenyalem el concepte d'*informació asimètrica*, que va arribar al gran públic el 2001 quan Akerlof, Spence i Stiglitz van guanyar el Nobel d'economia per la seva recerca en els mercats financers. Van analitzar les tares d'aquests mercats i el sistema de preus. Van parlar de la «informació asimètrica».

«Aquello en los que los distintos agentes que actúan sobre un mismo mercado manejan niveles diferentes de información que marcan sus decisiones».

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

«La distribución asimétrica de la información disponible entre los agentes que operan del lado de la oferta y los que actúan del lado de la demanda».

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

Taula 1. Models de treball social. Antecedents

Model de l'escola funcional	Impulsor: Otto Rank. El passat no importa. Estimem la persona basant-nos en el seu dret a l'autodeterminació. El mobilitzem i estimem incloent-hi limitacions en el temps.
Model de l'escola diagnòstica	Impulsor: Sigmund Freud. Considera que el passat és molt important, i també els aspectes inconscients que influeixen en el desenvolupament de la personalitat. Se sustenta en l'estudi psicosocial, en el diagnòstic i el pla de tractament.
Model basat en l'autodeterminació	Impulsor: John Dewey. El concepte d' <i>autodeterminació</i> va ser debatut àmpliament, i les teories de Dewey van tenir una gran acceptació. La mateixa Hamilton expressa el dret que té la persona de ser «ella mateixa».

Com diuen Woods i Hollis, els models de treball social que van continuar van ser el de l'escola diagnòstica i el de l'escola funcional, si bé els de la diagnòstica van tenir més ressonància i seguidors.

Als cinquanta hi va haver uns quants intents d'unir tots dos models. Els canvis socials hi eren, i això va fer que els treballadors socials dissenyessin nous models:

- Model de pràctica clínica (pública i privada), que es va ramificar en d'altres:
- El model de teràpia familiar.
- El model de la pràctica constructivista.
- El model de la perspectiva de fortaleces.
- El model recolzat en l'*empowerment*.
- El model de treball de grup.
- El model per a millorar els serveis humans, basat en l'ecologia.

Empowerment

Com s'esdevé amb molts termes anglesos, no trobem una traducció que transmeti tot el significat que té la paraula en anglès. En català es parla d'*apoderament*, però és una traducció que no té força significativa. Per això deixem el terme anglès.

Dins aquest clar canvi social i els problemes de les persones, Helen H. Perlman va elaborar el model de resolució de problemes (*problem solving*). En conjunt, tant els problemes individuals com els matrimonials o de parella augmentaven. Per això, sempre continuant en el text de Woods i Hollis, es van elaborar altres models:

- El model de teràpia familiar, ja esmentat.
- El model de crisi.
- El model de planificació a curt termini.
- El model de tasques orientades al tractament.
- En un homenatge a Charlotte Towle el 1969 es van definir quatre models de treball social de casos:
- El model funcional.
- El model de resolució de problemes.
- El model de modificació de conducta.
- El model psicosocial.

Els anys seixanta van arribar amb grans moviments socials. La influència de les masses era un fet, i això va fer considerar que el treball social de casos era escàs, insuficient, precisament perquè centrava l'acció en els individus i les famílies, quan els grans problemes de la societat, deien els nous actors, es devien a les forces del poder que oprimien la comunitat. És important que vegem de quina manera influeix la dinàmica social de cada moment històric sobre les ideologies que sustenten la definició d'un model professional o altre. L'entorn, tant institucional com social, en el qual ens movem condiciona el model final que apliquem.

Per això, els models s'han d'anar adaptant a les noves realitats, però sempre seguint el camí científic. Aquest fet posa en relleu l'alta variabilitat dels models a l'hora d'aplicar-los, i segons les èpoques i els professionals, n'hi ha que agafen més predominança que d'altres.

1.2.3. Models de treball social: reflexions i aportacions d'altres autors

María C. Romero, de l'Escola de Treball Social de la Universitat de Costa Rica, ha estudiat àmpliament els models de treball social i l'evolució que han tingut d'acord amb l'evolució de la societat mateixa. Es refereix als models terapèutics. Romero escriu el següent:

«El modelo terapéutico en trabajo social sirvió y sirve de referencia de la práctica individualizada, de pequeño grupo y de grupos familiares. El objeto de estudio e intervención del modelo terapéutico es el ser humano individual, o el conjunto de seres humanos en la familia, en los grupos, o en las comunidades, como parte de un ecosistema. Históricamente, se fue configurando bajo el concepto de modelo la forma en que se asumía la práctica con intencionalidad curativa, de tal manera que, según sea la corriente psicológica que se adoptara como referente teórico, el método desarrollado y la finalidad de la acción es posible hablar de diferentes modelos en trabajo social terapéutico desde sus inicios hasta la actualidad».

M. C. Romero. Desarrollo histórico-teórico del modelo terapéutico de intervención en trabajo social.

En aquest mateix text, Romero, com van fer Woods i Hollis, separa èpoques.

Els anys vint i trenta del segle passat i a partir dels anys quaranta fins als seixanta. La seva aportació ens ajuda a comprendre el concepte de *model* aplicat al treball social. Romero també assenyala les escoles: la «diagnòstica», encapçalada per les teories de Richmond i la seva diagnosi social, i la «funcional», basada en la filosofia de Rank. Romero agafa tot això de la filosofia d'Annamaria Campanini i Francesco Luppi. Tornem, però, al principi del text de Romero. Per començar, agafa de Ricardo Hill cinc models d'intervenció que inclou dins el model terapèutic general:

Model socialitzador. Indicat per a grups marcats per situacions de pobresa i marginalitat. Té lloc en el marc de la comunitat. L'autora explica que l'hi ha inclòs per mantenir la teoria de Hill, però que no considera que sigui un model terapèutic.

Model clínic normatiu. Indicat per a persones amb problemes amb les normes. Ja inclou com a possible marc de desenvolupament el sanitari. Alguns exemples d'aquest model són els que aporten les autores clàssiques, en les quals ens basem, en gran manera, dins el sistema sanitari. Romero esmenta Richmond, Hamilton, Hollis i Perlman. També hi podem afegir altres autors com Mary E. Woods, que va treballar i va publicar amb Florence Hollis, Eric Sainsbury, Montserrat Colomer (referent al nostre país) i Francis J. Turner. Les teories de l'àmbit psicosocial són les que nodreixen aquest model, que troba el màxim desenvolupament en l'època de Freud. Podem dir que ha estat i és el model més aplicat comunament dins els sistemes sanitaris. Es produeix la intervenció sobre la persona malalta, però també s'aborda la família, i es poden derivar altres tractaments familiars.

Els procediments que se segueixen en aquest model són els següents: el treball social de casos, en què hem d'incloure la variant del Programa de la planificació de l'alta; el treball social de grup (*group work*); el treball social comunitari (*community work*).

Model socioconductista. Indicada per a atendre persones amb comportaments problemàtics. Com a marcs d'intervenció inclou l'hospitalari –i per extensió el sanitari– i el sistema de presons. Romero indica que recolza en tècniques de «reforç», «extinció» i «càstig».

Model d'intervenció en crisi. Orientat a situacions crítiques que es preveu que són temporals. Les centra sobretot dins el marc sanitari.

Es refereix a crisis traumàtiques o a crisis que tenen a veure amb el mateix desenvolupament existencial de la persona; es tracta de situacions crítiques temporals, però que si no es tracten poden tenir una àmplia penetració i transcendència en la vida futura de la persona o de la seva família.

Model de comunicació-interacció. Indicada per a la intervenció en famílies o xarxes i grups socials en què l'obstacle principal sigui la comunicació disruptiva que provoca la mala interacció entre els seus membres, i per tant és font de problemes. En aquest model hi ha el començament del treball de família com avui es coneix i es duu a terme. A Espanya, una de les autores que ha treballat més aquest àmbit és Elisa Pérez, que ha estudiat les teories que sustenten la intervenció i n'ha fet l'aplicació.

Aprofundirem en el seu treball més endavant. El seu marc de desenvolupament és el sistema sanitari i altres institucions comunitàries.

En el treball social sanitari sabem que la intervenció social no s'ha de pensar solament sobre l'individu. Hi hem d'incloure sempre la família o xarxa social que hi actua, ja que aquesta família o xarxa és la que l'acull i l'atén a casa. És, gairebé sempre, el seu punt de suport.

La influència de nous corrents i escoles psicològics que es van anar succeint els primers anys del segle XX van aportar noves teories als models inicials, els quals, com es pot observar en el seu desenvolupament, agafen el nom dels seus propulsors. Es poden destacar els següents:

- El **model de la teràpia psicosocial**, de Hollis i Woods, nodrit sobretot per les teories psicoanalítiques i freudianes.
- El **model funcional**, elaborat per Ruth Smalley, basat en les teories de Rank.
- El **model de resolució de problemes**, de Perlman. Recolza en la idea que cal reforçar els recursos propis de la persona i alhora poder mobilitzar

Referència bibliogràfica

E. Pérez (1999). *Trabajando con familias*. Saragossa: Certeza.

l'entorn i els seus recursos per a afavorir aquesta resolució de problemes. En aquest model hi trobem una important justificació a la integració entre els serveis de treball social d'atenció primària i l'atenció especialitzada.

- El **model rogerià**, de Carl Rogers, un humanista que parteix de la idea que les persones es construeixen a si mateixes i que creu en la seva bondat i autorealització.

Elisa Pérez, estudiosa i observadora de la família, de les seves necessitats, com a grup que dona i rep ajuda, com a grup dins el qual es generen moltes patologies i dins el qual es cura, no concep el tractament social a solament un dels membres, encara que sigui l'afectat. Per a Pérez, no es pot deixar de banda la família. Es fonamenta en les grans teòriques i porta les seves teories a la pràctica; les seves tesis tenen el suport de molts treballadors socials sanitaris que per la naturalesa de la seva pròpia feina treballen gairebé sempre, en paral·lel, amb la persona malalta i amb la seva família. Sabem que la malaltia d'un dels membres de la família afecta poc o molt els altres. Pérez escriu el següent:

«Resultan discutibles aquellas intervenciones emprendidas desde el contexto del mundo referencial aislado, que trata a veces de desmenuzar las realidades complejas de la vida particular, en la que es imposible reconocer la estructura natural de la práctica como lugar en el que se intentan propósitos sistémicos en situaciones inciertas y cambiantes».

E. Pérez (1999). *Trabajando con familias* (pàg. 13). Saragossa: Certeza.

Pérez presenta dos models bàsics d'intervenció:

- **Model d'intervenció directa o psicosocial.** És la que es fa cara a cara amb la persona, la que mira de modificar conductes.
- **Model d'intervenció indirecta o socioeconòmica.** És la que es fa des d'altres instàncies i institucions promovent accions i recerques de caràcter general i comunitari.

Una diferenciació elemental, però bàsica a l'hora de definir les diferents actuacions en cada forma. Recordem quan Richmond deia que no era la mateixa cosa atendre un nen abandonat que elaborar un programa per a prevenir l'abandonament dels nens. Aquí tindriem un exemple clar de l'atenció directa i indirecta. Classificació molt elemental que també va fer Richmond, però que assenyalava diferents models d'intervenció.

Dins el model directe o psicosocial aplica el model sistèmic i el model ecològic.

Model sistèmic. Recolza en la teoria dels sistemes de la física clàssica. La física és la ciència a què recorren sovint les ciències socials cercant analogies. La teoria dels sistemes és un exemple d'analogisme entre aquestes dues ciències, i el resultat ha estat el model sistèmic d'intervenció sobretot en teràpia de família.

En la teoria dels sistemes es defineix el sistema de la manera següent:

«El conjunto de diversos elementos que se encuentran interrelacionados entre sí. El punto clave del sistema se encuentra en las relaciones de los diferentes elementos».

F. Arias (1986). «Teoría de los sistemas». A: *Administración de recursos humanos* (pàg. 13-23). Mèxic: Trillas.

Com indica Francisco Ortega, introductor de la teràpia familiar a Espanya, cal distingir entre els sistemes tancats, que es poden estudiar seguint lleis físiques i una causalitat lineal, i els sistemes oberts, els biològics, els socials, sotmesos a la causa final aristotèlica. La teoria dels sistemes aporta als investigadors de la teràpia familiar el suport conceptual de nocions com *interacció*, *jerarquia* o *interdependència*.

Referència bibliogràfica

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

E. Pérez (1999). *Trabajando con familias* (pàg. 5-79). Saragossa: Certeza.

Un altre concepte clau que introduïrem en aquest punt, pensant en el treball social sanitari, és el del caos o moviment caòtic, que trenca el determinisme de les lleis de la mecànica. L'àmbit social, l'àmbit humà, és caòtic en essència. Tornem a recordar Richmond quan deia que els equips de treballadors socials eren com grangers que després de sembrar havien de continuar atents a altres variables fins que arribés la collita: en el cas dels grangers, al temps, a les plagues, als incendis; en el cas dels equips de treballadors socials sanitaris, al fet que es mantingui la família amb prou cohesió i salut interna perquè la persona malalta es pugui recuperar, que no es doni cap contrarietat que alteri el pla de treball, etc. Ens referim a elements inevitables en molts casos i que solament ens permeten d'estar atents en cas que es desencadenin, però no podem evitar que s'esdevinguin. Per exemple, no podem evitar de perdre una feina, no podem evitar una malaltia, un accident, una mort sobtada, una traïció. Aquesta és la diferència entre les baules sanitàries i les socials.

Què entenem per *caos* en el nostre context? Tornem a acudir a la física:

«Un sistema caótico es aquel que, partiendo de condiciones iniciales casi idénticas, evoluciona de forma muy diversa y da lugar a resultados completamente distintos. Por ejemplo, cuando lanzamos un dado es casi imposible predecir qué número vamos a obtener porque un pequeño cambio en la manera de tirarlo supone un resultado diferente».

R. González (1996). *Física para juristas, economistas... y demás gente curiosa* (pàg. 47). Barcelona: Crítica/Grijalbo/Mondadori.

Un exemple, aquest de González, que il·lustra l'àmbit psicosocial. *A priori* no podem determinar el recorregut del cas social sanitari: podem projectar-ne la tendència probable si disposem de recerques prèvies que ens la indiquin, però res més. Per això, en l'àmbit social no és possible el determinisme. Antonio Escohotado reflexiona sobre el determinisme en l'àmbit social i escriu el següent:

«El determinismo dice que las mismas causas producen los mismos efectos, siguiendo todo sistema la pauta de sus condiciones iniciales, y siendo por eso calculable o adivinable. Pero tropezamos a cada paso con sistemas "sensibles" a esas condiciones iniciales, que responden a microcambios con macrocambios y presentan la necesidad como resultado de aleatoriedades [...]. Tratándose de una sociedad como la nuestra nada sabemos a ciencia cierta, salvo que exhibe también un orden por fluctuaciones, derivado de haber ido –eligiendo– en sucesivos puntos de bifurcación».

A. Escohotado (1999). *Caos y orden* (pàg. 11-14). Madrid: Espasa Calpe.

El model sistèmic, per tant, preveu tot aquest tapís del cas social sanitari que conformen els membres de la família o d'un grup que hi està relacionat estretament i que fa de família. Quan parla de la família com a sistema, Ortega escriu el següent:

«En la familia como sistema, el principio de orden jerárquico de las estructuras se traduce sobre todo en la configuración de determinados subsistemas; por lo que el imperativo de orden de las estructuras da lugar a que al menos se delimiten algunas de éstas en relación con su definición en los diferentes niveles de la toma de decisiones, del establecimiento de acuerdos, en definitiva, de su diferente capacidad ejecutiva. Con relación al orden jerárquico de las funciones da lugar a que en las familias se establezcan pautas que regulen las relaciones entre los miembros que las componen y entre los subsistemas en los que se han organizado».

F. Ortega. «Teoría familiar sistémica». A: E. Pérez de Ayala (1999). *Trabajando con familias* (pàg. 69). Saragossa: Certeza.

1.2.4. Models de treball social sanitari en salut mental

Assenyalem ara els models més indicats dins la salut mental; per a fer-ho, ens fixem en el treball d'Adolfo Jarne i altres.

«Un modelo representa una orientación para explicar en este caso, la conducta anormal, guiar la investigación, interpretar sus resultados, marcar variables sobre las cuales hay que intervenir, etcétera».

A. Jarne i altres

Jarne proposa els models teòrics següents en psicopatologia:

1) Model biològic

«[...] en las bases de las alteraciones psicopatológicas se encuentran anomalías biológicas (de tipo genético, bioquímico y neurológico)».

2) Model psicodinàmic

«Es el primero en reconocer los factores psíquicos en la conducta, tanto anormal como normal, y en plantear una continuidad entre la normalidad y la patología. [...] Reconoce las emociones en la vida psíquica. [...] Da una dimensión de normalidad-anormalidad. [...] Da gran importancia a la biografía de la persona».

3) Model humanístic existencial

Lectura recomanada

A. Jarne i altres (2006). *Psicopatología* (pàg. 32-37). Barcelona: Editorial UOC.

«Cada persona cuenta con un potencial innato de conocimiento y actualización que actualiza su motor de conducta. [...] Tiende a la autorrealización y a la autenticidad y cuando estas se ven distorsionadas o bloqueadas aparece la patología. [...] Para ellos el método científico no resulta natural pues interfiere. [...] Plantea buscar alternativas al sufrimiento y a la existencia más que estudiar la conducta».

Assenyalat tres punts importants:

- Introdueix una posició optimista i esperançadora.
- Emfatitza els factors psicosocials.
- Assenyalat la importància de la teràpia com a finalitat essencial de la intervenció.

4) Model cognitivoconductual

«Parte del principio de que la conducta desequilibrada ha sido aprendida. [...] Se trata de hábitos desadaptativos condicionados a ciertos estímulos. [...] Se apoya en lo que se ve, en lo que se puede observar, no en lo inconsciente».

2. La gestió de casos

El terme *gestió (management)* ja el va fer servir Adam Smith a *La riquesa de les nacions*, obra publicada el 1776. En els establiments i serveis de l'estat del benestar –per tant, els serveis sanitaris– distingim dues dimensions clàssiques de gestió: la gestió de casos o *case management* (la gestió, direcció, administració del cas social sanitari) i la gestió de cures o *care management* (la gestió, direcció, administració de la cura). La gestió de casos implica tot l'univers del cas social sanitari, en el qual es reuneixen les diverses intervencions, cadascuna de les quals s'expressa mitjançant la gestió de les diferents cures; per exemple, la gestió de la cura sanitària (*health care management*). La visió de l'especialista (*care manager*), la seva intervenció, es tradueix en el tot, però des de la visió del gestor, director o administrador del cas (*case manager*) continua essent una part especialitzada dins el cas social sanitari. La gestió del cas social sanitari inclou sempre la gestió de les cures, que són part d'una organització superior. En totes dues intervencions s'estableixen jerarquies dissenyades partint de la perspectiva general (el cas) cap a l'específica (la cura), la formació acadèmica (el desenvolupament de les habilitats i del coneixement) i la funció (la responsabilitat que exigeix el coneixement). Se subratlla la formació acadèmica com a garant bàsic per a l'exercici professional de màxima qualitat.

La gestió del cas és el més pròxim a l'excel·lència. L'excel·lència com a evidència de la bona pràctica, equiparable al concepte de *valors B*, definits per Abraham M. Maslow com «la veritat, la bellesa, la perfecció, la justícia». La gestió del cas solament aconsegueix l'excel·lència quan ha superat l'àmbit bàsic, l'àmbit reactiu, i se situa en l'àmbit proactiu.

Una primera al·lusió a la gestió de casos dins l'espai professional que ens ocupa, el treball social sanitari, la trobem el 1915, i arriba sota el guiatge d'Abraham Flexner en la seva famosa conferència, esmentada en la primera assignatura, «Is social work a profession?». Després d'elaborar els conceptes de *professió* i *professional*, fa la reflexió següent, pel que fa a la manera com veu ell què és el treball social.

«El treballador social agafa un cas, el d'una família que es desintegra, el d'un individu arruïnat, o una indústria poc socialitzada. Havent detectat el problema, havent decidit sobre la naturalesa particular d'aquest problema, en general no demana ajuda a l'agència, al professional o un altre especialista, el que està més ben preparat per a cuidar-se'n?».

Davant una malaltia fa falta el metge. Davant la ignorància cal una escola. Davant la pobresa es crida l'Administració, la caritat organitzada, i així successivament. Davant l'emergència, fins a quin punt la intervenció del treballador social com un agent –o entre agències particulars, establint el més bon repartiment possible– es converteix en professional? No és la intel·ligència la que crida els professionals per a l'acció concreta?

A. Flexner

Lectura recomanada

A. H. Maslow (2005). *El management según Maslow* (pàg. 70). Barcelona: Editorial Paidós.

Referència bibliogràfica

A. Flexner (1915). «Is social work a profession?». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting: 1915* («National Conference on Social Welfare Proceedings»).

En gran manera i amb gran apreciació del treball diari, Flexner assenyalava el paper de gestor de casos que assumien les treballadores socials sanitàries, i afegim-hi sanitàries perquè les places eren en hospitals. El dubte que tenia era si aquesta activitat era una professió, i ho qüestionava partint dels principis que hem vist en la primera assignatura. D'allò que no en tenia cap dubte, però, era que es tractava de professionals del treball social, podem afegir-hi sanitari. Malgrat això, s'ha vist amb el temps que aquesta responsabilitat recau en altres professionals que han sabut assumir el paper amb més efectivitat, sobretot infermeria.

Agafarem la teoria de la piràmide de necessitats de Maslow, reconegut erudit en l'estudi de la gestió que basa la feina de les organitzacions, de la societat, en l'autorealització de les persones, en la sinergia entre elles, accepta el fet que el coneixement s'encomana, i en la gestió il·lustrada, la presa de decisions es basa en les aspiracions i el saber dels equips professionals, de les persones afectades. Les necessitats bàsiques per ordre d'importància primària són les següents:

- Les necessitats fisiològiques.
- Les necessitats de seguretat.
- Les necessitats socials.
- Les necessitats d'estima.
- Les necessitats d'autorealització.

Podem interpretar que l'ajuda filantròpica, caritativa, se centra a cobrir les necessitats que ocupen els primers llocs de la llista, i el treball social sanitari, a més d'encarregar-se d'això, ajuda la persona perquè sigui part de la solució, penetra en la satisfacció de les necessitats finals de la llista, les socials, les d'estima i, fins i tot, les d'autorealització.

Demetrio Casado explica la gestió de casos de la manera següent:

«En el frente de los servicios, se registra el progresivo desplazamiento de los formatos totales (hospital de crónicos, hospital psiquiátrico de internamiento perpetuo, residencia asistida..., asistencia en familias sin ayuda) por las combinaciones de recursos de cobertura parcial (hospital de agudos, hospital de convalecencia, hospital de día, hospitalización domiciliaria, ayuda a domicilio, centros de día, residencia temporal...). La convergencia de los dos fenómenos apuntados da lugar a una fuerte y variada demanda de coordinación».

D. Casado

Cada professional que gestiona casos reuneix en un centre d'operativitat tots els professionals, ells i elles, de les diferents àrees que convergeixen en l'atenció a la persona afectada i la seva família. La gestió de casos encaixa en el perfil professional del treball social sanitari, però –com hem assenyalat– avui en dia és una responsabilitat que poden assumir altres professionals. Malgrat això, la pròpia naturalesa del treball social sanitari el segueix assenyalant als seus professionals com la figura més adequada per a assumir aquesta competència.

Lectura recomanada

A. Maslow (1982). «Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa». *Más allá del Ego* (pàg. 182-197). Barcelona: Editorial Kairós.

Lectura recomanada

D. Casado (coord.) (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales* (pàg. 5 i 6). Barcelona: Editorial Hacer.

3. Tècniques d'intervenció en el treballador social sanitari

Per a la consecució de les nostres finalitats professionals, sia per a la planificació, o per a la gestió, o per a l'assistència, per a la intervenció, fem servir tècniques. Com a professionals diplomats o graduats en Treball Social, i amb aquest màster en Treball social sanitari, sabem per endavant l'aplicació d'aquestes tècniques.

De manera molt resumida recordem que les tècniques són recursos professionals que permeten d'aconseguir més amb menys. Així, trobem tècniques d'entrevista quan cerquem una reacció específica, quan hem de canalitzar les emocions, quan hem de ser incisius amb un tema específic, etc. Les tècniques estadístiques, per exemple, permeten, estudiant-ne una, de conèixer una mostra de la població en el seu univers amb molta exactitud.

En l'avenç de les ciències socials s'ha inclòs el desenvolupament de tècniques generals o pròpies de les diferents disciplines que faciliten les seves finalitats. En molts casos no es pot parlar de tècniques exclusives de tal disciplina o tal altra, ja que en totes els professionals les apliquen. La diferència i l'exclusivitat són degudes als objectius de cada professional. Des del treball social sanitari, segons la finalitat, emrem tècniques com les següents:

- L'observació (directa i indirecta).
- La documentació i el registre, en suport de paper o digital.
- L'entrevista i els qüestionaris.
- Les escales.
- Les classificacions.
- La reunió: reunió de grup, tècnica de grups nominal i tècnica Delphi.
- L'estadística.

3.1. Observació

Una de les tècniques més aplicades en treball social sanitari és la d'observació, que és part del procediment d'atenció, ja que aplicant-la s'obté molta informació. Com indica Teresa Anguera:

«El observador se distingue del testigo ordinario de los hechos, ya que este último no intenta llegar al diagnóstico de uno de ellos y, además, son muchos los sucesos que pasan desapercibidos».

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

Sobre aquesta tesi basem la diferència entre la mirada ordinària, aquella que simplement s'esdevé dins el fluir mateix de l'existència i que no pretén res en si mateixa –és la mirada dels actors que formen part del cercle social de la per-

sona-, i la mirada estratègica, aquella que basada en aquest mateix fluir analitza les accions dels actors per refinar el diagnòstic social sanitari. Ens referim a l'evidència captada per cada professional.

3.2. Documentació i registre en suport de paper i digital

Richmond es va referir al registre de casos dels equips de treball social de la manera següent:

«Al principi les seves temptatives eren poc menys que una crònica confusa de fets esdevinguts en el curs de la seva feina, però gradualment van aprendre a construir el registre cronològic dels processos essencials aplicats i de les observacions sobre les quals estaven basats aquests processos. Un registre tan complet no és solament una guia indispensable a la futura acció sobre la persona atesa; pot ser el material sens igual per a entrenar altres treballadors socials de casos».

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

Amb aquestes senzilles premisses, ella resumeix el quid de la documentació, el valor que tenen els registres, els documents, com a suports que sostenen, en format de paper o electrònic, que sobreviuen en el temps, es mantenen ancorades al moment en què es van completar i permeten, una vegada i una altra, d'accedir al contingut que tenen i així evitar-ne la desviació per alteracions de la memòria individual.

La documentació té el valor d'encaminar la immediatesa del cas social, en el nostre context sanitari. Assegurar tots els passos dels procediments assistencials i avaluar-los. En aquest cas es vinculen tècniques de documentació amb tècniques estadístiques.

Revisar la documentació permet de recuperar els passatges passats de la professió que han deixat pas a noves situacions que, sense aquests passatges, no haurien arribat mai.

La documentació té la clau del passat, acredita el perquè de les propostes que es fan. És la tècnica que estableix la segona baula; la primera baula és l'observació sobre la qual es construeix el coneixement que elabora la professió a mitjà, curt i llarg termini. En general, quan analitzem la documentació podem projectar la unitat de treball social sanitari cap al futur.

3.3. Entrevistes i qüestionaris

- **Entrevista terapèutica.** La paraula és l'instrument de treball de cada professional del treball social sanitari, ells i elles. L'entrevista ha de tenir un objectiu. No hem d'entrevistar mai cap persona sense saber què és el que volem o necessitem que ens digui.

L'entrevista no és una conversa amistosa per a entretenir. Per l'estructura que tenen, hi ha diferents tipus d'entrevistes:

- **Tancades.** En treball social sanitari, almenys en els actes assistencials no s'apliquen, ja que quedaria molta informació per saber o, al contra-

Referència bibliogràfica

D. Colom (2005). *Libro verde del trabajo social*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social.

ri, n'obtindríem en excés. A més, no ens interessa tota la informació, sinó solament aquella que ens ajuda en el diagnòstic social sanitari.

- **Semiobertes.** Davant determinades circumstàncies, mèdiques o socials, establím que hi ha una informació necessària i què hem de saber per a establir un primer diagnòstic social sanitari. Són més adequades quan es coneix el cas.
- **Obertes.** Desconeixem la persona que ens ha demanat cita. Al principi deixem que parli ella per conèixer les seves autèntiques preocupacions, per comencem a registrar informació que ens permetrà d'entrar en el cas social sanitari i començar el diagnòstic social sanitari.

- **Entrevista en treballs de camp i recerques**

- **Entrevistes semiestructurades.** Es poden fer al domicili de la persona o a l'establiment on s'està. L'entrevistador, ell o ella, amb cita prèvia, es desplaça al domicili de la persona i fa totes les preguntes prèviament dissenyades. És un mètode molt car i poc pràctic, sobretot a les grans ciutats, ja que els desplaçaments i l'aparcament són un taló d'Aquil·les que alenteix el treball de camp. Així mateix, aquest treball de camp és molt llarg perquè no es poden fer gaires preguntes al dia. Quan la persona està institucionalitzada és diferent; llavors aquest mètode és el més eficient i ràpid perquè permet el contacte directe.
- **Els qüestionaris per correu postal o electrònic.** S'envia el qüestionari a la persona per correu postal o electrònic, però tampoc no és un mètode gaire recomanable per a aquesta finalitat perquè la representativitat que té és nul·la, ja que solament responen les persones que se senten motivades o involucrades en el tema d'estudi, de manera que l'índex de no-respostes és molt alt i, a més, tampoc no es garanteix que respongui la persona titular. En un altre ordre, en emparar-se en l'anonimat es poden produir afirmacions o acusacions falses.
- **Entrevistes telefòniques professionals de telemàrqueting.** Com que cal garantir la qualitat en la recollida de la informació, gairebé *a priori*, llevat que es tracti d'empreses molt especialitzades queda descartat aquest mètode de telemàrqueting aplicat comunament per moltes corporacions que tenen productes que estan en oferta per a adquirir-los dins el procés de mercat lliure.
- **Entrevistes telefòniques professionals.** Les entrevistes telefòniques fetes per professionals requereixen habilitats dels entrevistadors, ells o elles, que garanteixin la màxima fiabilitat de la informació que obtenen. Hi ha determinats inconvenients que s'eviten amb l'experiència que habitua l'entrevistador a controlar altres elements, com el canvi en el to de veu o respostes amb pauses, silencis, actitud dubitativa, etc. Aquesta és la tècnica més recomanable per la relació cost-resultats i perquè alhora permet d'anar substituint els casos que no responen per d'altres de característiques semblants i, també, aclarir amb cada persona entrevistada els dubtes observats en les seves respostes.

3.4. Escales funcionals, instrumentals

La finalitat de les escales obeeix a dimensions molt concretes². Actualment hi ha moltes escales que han estat validades i que ajuden a processar la informació de manera sistemàtica, però cal tenir en compte el fi per al qual s'han dissenyat. La facilitat per a accedir a instruments d'aquest tipus de vegades fa que es perdi el rigor científic a l'hora d'aplicar-los. Són eines de treball, per exemple diagnòstiques, però no són el diagnòstic.

⁽²⁾Qualitat de vida, grau d'estrès, dependència funcional, etc.

3.5. Classificacions

En les classificacions hi trobem l'origen de la ciència. Per a estudiar una població, una circumstància, hem de classificar. Una classificació és un instrument de treball emprat per a agrupar i ordenar informació diversa d'una manera homogènia i alhora sistemàtica, prenent com a punt de partida paràmetres i variables que es classifiquen en categories, la qual cosa és el començament de l'activitat científica. Tota activitat científica recolza, doncs, en alguna classificació; no hi ha cap classificació que sigui una finalitat en si mateixa, sinó un mitjà per a facilitar l'estudi de les variables, en el cas del treball social sanitari, dels malalts i de les seves famílies, del seu entorn, de la influència que exerceix la malaltia sobre l'amplitud de les seves vides, sobre el suport que requereixen, etc., i així generar coneixement i, per tant, noves teories. L'ús de les classificacions permet de preservar la diversitat dels individus i dins la seva unitat agrupar-los segons les variables que resulten interessants per a fer-ne l'estudi i la posterior correlació. La classificació, per tant, no és una alineació indiscriminada. Lluny de la unificació i homogeneïtzació de les persones, és un exercici que les reconeix com a diferents i amb les seves característiques particulars, que no vol dir exclusives. Els trets que es comparteixen són els que resulten susceptibles d'estudi i comparació (en aquest darrer cas amb tècniques estadístiques específiques).

3.6. Reunió

Es tracta d'un conjunt de persones, ciutadans o professionals, que s'ajunten per a un fi. En una reunió es tracten tota mena de temes i tots els membres saben quin és l'objectiu de la reunió. No és una trobada amb finalitats socials ni de representació, sinó que es convoca per a tractar un tema específic. Per a la conducció de reunions, els professionals poden aplicar diferents tècniques (segons quins siguin els seus objectius), entre les quals hi ha les següents:

- **Reunió de grup (*focus group*).** Tècnica grupal que té com a finalitat aprofundir qualitativament en aspectes que afecten algun procediment o servei de l'establiment. Es tracta d'una tècnica que cerca aportacions qualitatives, crítiques, però constructives. Per això, la selecció dels participants es fa partint de la seva capacitat crítica i d'aportació de propostes noves. En aquest cas no se cerca l'opinió de la majoria, sinó la dels membres les

consideracions dels quals tenen més interès. No es tracta de la quantitat d'informació, sinó de la qualitat que té.

- **Tècnica de grups nominal (TGN).** Tècnica de planificació grupal emprada per un grup de professionals, ciutadans, clients d'un servei, etc., per a resoldre problemes, recollir idees, discutir-les i aprovar-les. El punt fort d'aquesta tècnica és que permet la participació de tots els membres del grup, i evita així que sigui manipulat pels participants que tenen més caràcter o capacitat de concentrar l'atenció. En aquest sentit, d'acord amb la reunió de grup, la TGN cerca abans de tot la qualitat de la informació, però s'hi afegeix la presa de decisions ordenada i ponderada.
- **Grups Delphi.** Tècnica semblant a la TGN però que fa servir l'enviament de qüestionaris per correu postal, ara per correu electrònic. En general es duu a terme amb dos o quatre qüestionaris, que es configuren a partir de les respostes que s'obtenen. El primer pas és elaborar dues o tres preguntes obertes sobre el tema de què es vol tractar.

Referència bibliogràfica

A. L. Delbecq; A. H. van de Ven; D. H. Gustafson (1984). *Técnicas grupales para la planeación*. Mèxic: Trillas.

3.7. Estadística

L'estadística és la branca de les matemàtiques que serveix per a estudiar grans sèries de dades, de població, de circumstàncies. El sistema d'informació de la unitat de treball social sanitari ofereix grans possibilitats d'anàlisis estadístiques dins l'estudi del que ha ocorregut, el descriptiu, i dins les tendències sobre les quals ens projectarem.

3.8. Altres tècniques

Ens trobem amb una llarga llista de tècniques que ens ajuden a aconseguir la nostra feina.

4. El model Agathos: model integrat de gestió de la unitat de treball social sanitari i dels casos socials

4.1. Bases teòriques fonamentals de la gestió de casos en treball social sanitari

Un dels conceptes més freqüents apareguts en els diferents plantejaments referits a la gestió de casos és el de «complexitat» de la realitat marcada per malalties, pluripatologies i dificultats psicosocials de la persona i el seu entorn social. Fa trenta anys, Abramovice, autor erudit en el sistema *long term care*, equivalent a l'atenció sociosanitària en el nostre medi, explicava la gestió de cas com:

«Un procés de servei que implementa el pla de cura, monitora els assoliments, avalua els resultats, i llavors modifica el pla necessari. A las gent gran moltes vegades no els agrada el concepte de gestió de cas perquè a ells no els agrada ser gestionats. No obstant això, el procés descrit sota la rúbrica de gestió de cas és necessari per prevenir la gent gran de "caure en les esquerdes existents en el sistema". L'atenció sociosanitària avui no és un sistema coordinat ni integrat i la cola que pot integrar el sistema en aquest moment és la gestió de cas...».

Referència bibliogràfica

B. Abramovice (1988). *Long term care administration* (pàg. 93). Nova York / Londres: The Haworth Press.

La realitat ha canviat poc. Les esquerdes segueixen existint. Un pas preliminar requereix assenyalar la diferència entre tres conceptes imbricats l'aplicació dels quals ha generat disfuncions en el sistema sanitari. Disfuncions perquè quan s'apliquen, a vegades, es modifiquen els seus continguts:

- **Management.** És la combinació de coneixements professionals, recursos humans i estructures.
- **Care management.** Es refereix a la gestió de l'atenció, sobretot considerant les pluripatologies que afecten determinats col·lectius de població i que reuneix equips professionals diversos.
- **Case management.** Abraça la gestió de l'atenció, però es refereix a la gestió del cas social sanitari aplicant la definició de Gordon Hamilton assenyada a les pàgines següents.

Referència bibliogràfica

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pàgs. 3-4). Nova York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

4.2. Alguns antecedents històrics que avalen el treball social sanitari com l'element clau en la gestió del cas

Com s'ha assenyalat, la primera al·lusió indirecta a la gestió de casos dins de l'espai del treball social sanitari se situa el 1915. Abraham Flexner pronuncia la seva conferència, «Is social work a profession?», i després de reflexionar sobre

el concepte de professió i de professional que hem estudiat en altres mòduls, realitza l'argumentació següent pel que fa a la comprensió del treball social, afegim-hi sanitari:

«El treballador social agafa un cas, el d'una família que es desintegra, el d'un individu arruïnat, o d'una indústria poc socialitzada. Quan ha localitzat el problema, ha decidit sobre la seva naturalesa particular, en general, no demana ajuda a l'agència, al professional o a un altre especialista, el que està millor preparat per a manejar-lo?

Davant una malaltia es necessita el metge. Davant la ignorància es requereix una escola. Davant la pobresa es truca a l'Administració, a la caritat organitzada, i així successivament. Davant l'emergència, fins a quin punt la intervenció del treballador social com un agent –o entre agències particulars, establint el millor repartiment possible– es converteix en professional? No és la intel·ligència que crida els professionals per a l'acció concreta?».

La gestió de cas sempre ha estat present en qualsevol de les intervencions en les quals s'apliquen mètodes de treball social, s'hi afegeix sanitari, ja que aquestes primeres intervencions passen en medis hospitalaris i les persones han de tornar als seus hàbitats, llocs amb característiques determinades on intervenen diferents agents sota la necessitat d'evitar contradir-se.

Una definició imprescindible per a comprendre la gestió del cas i la responsabilitat dels equips professionals del treball social sanitari la va aportar Gordon Hamilton anys més tard, el 1941. Escrivia:

«Un cas social no ve determinat pel tipus de client (família, infància, persona gran, adolescent), no pot venir determinat pel tipus de problema (problemes econòmics, problemes de conducta). El cas social és un esdeveniment vital en el qual sempre hi ha proporcions, variables de l'aspecte econòmic, físic, mental, emocional i dels factors socials. El cas social està compost de factors interns, externs o mediambientals. Hom no tracta les persones en un sentit físic o en un sentit mediambiental, les tracta en relació amb les seves experiències socials i en relació amb els seus sentiments respecte d'aquestes experiències».

Què indica Gordon Hamilton sobre el que conforma el cas? De la seva definició ressalta una línia: «el cas social és un esdeveniment vital...». En el treball social sanitari aquest esdeveniment vital és la presència de la malaltia, els desequilibris que genera en el nucli de convivència i els mitjans disponibles en cada ambient relacionat amb el cas social. El *case management* implica tot l'univers del cas social sanitari, en el qual es reuneixen les diverses intervencions, cadascuna de les quals s'expressa a través de la gestió de les diferents atencions; per exemple, la gestió de l'atenció sanitària, el *health care management*. La visió de l'especialista, *care manager*.

La gestió del cas social sanitari sempre inclourà la gestió de les atencions, les quals són part d'una organització superior, el cas social. En ambdues intervencions s'establiran jerarquies dissenyades sobre la base de la perspectiva de l'aspecte general (el cas) a l'específic (l'atenció). Demetrio Casado explica la gestió de casos com segueix:

Referencia bibliográfica

A. Flexner, *ibidem* (pàgs. 576-591).

Referencia bibliográfica

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pàgs. 3-4). Nova York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

«A l'inici dels serveis, es registra el progressiu desplaçament dels formats totals (hospital de crònics, hospital psiquiàtric d'internament perpetu, residència assistida..., assistència a famílies sense ajuda) per les combinacions de recursos de cobertura parcial (hospital d'aguts, hospital de convalescència, hospital de dia, hospitalització domiciliària, ajuda a domicili, centres de dia, residència temporal...). La convergència dels dos fenòmens apuntats dona lloc a una forta i variada demanda de coordinació».

En el context del cas social sanitari, agafant la idea de Drucker («una combinació de professionals, sabers i mitjans»), la gestió de cas és possible sobre un diagnòstic social sanitari. El contrari, prescindir del diagnòstic, converteix la gestió del cas en una administració del cas.

En la gestió de cas, el gestor de cas assumeix sobretot una actitud proactiva on pren iniciatives per avançar-se al que ve, al pronòstic social; la figura del gestor de cas es basa en els amplis coneixements que atresora en relació amb competències dels diferents actors que convergeixen en el procés de curació i/o atenció de la persona. La gestió de casos s'aplica en tots els àmbits assistencials, si bé l'àmbit de la salut mental i el de les cures pal·liatives concentren moltes experiències que posen en relleu models diferents, uns posen el focus en el cas social, segons Gordon Hamilton, mentre que altres el posen en la coordinació de serveis i recursos.

Referencias bibliográficas

C. Rimbau (2008). «La gestión de caso: Aproximación y experiencias en España». A: D. Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (pàgs. 177-192).

A. Sarabia (2008). «Los agentes de la gestión de caso. Perfil profesional». A: Demetrio Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (pàgs. 192-204).

Referencia bibliográfica

J. Montejo Candosa (2009). «El equipo de tratamiento asertivo comunitario del área sanitaria de Oviedo. Un intento de gestión de casos en la atención a personas con un trastorno mental grave». A: *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales* (pàgs. 57-68). Barcelona: Editorial Hacer.

4.3. La gestió de casos com a model interdisciplinari integrador de la gestió de les cures

El concepte de «model» implica el desenvolupament d'un esquema que cal imitar i aplicar. La filosofia que sustenta una activitat és diferent del model. La filosofia representa la base conceptual. El model és l'esquema d'intervenció aplicat. La gestió del cas social sanitari implica tenir una visió del tot i la consciència de les parts, identificant i avaluant periòdicament com aquestes es combinen i influeixen entre si, les unes a les altres.

Al llarg de la història de la professió, s'han creat dues grans famílies de models:

- La del model psicosocial.
- La del model funcionalista i d'autodeterminació.

Referencia bibliográfica

D. Casado (coord.) (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales* (pàgs. 5-6). Barcelona: Editorial Hacer.

Referencia bibliográfica

A. Agulló Porras y otros. «Trabajo Social Sanitario y gestión de casos» [article en línia]. *Documentos de Trabajo Social* (núm. 51). [Data de consulta: 28 de març de 2018].

4.3.1. El model psicosocial

Primer se centrava en la persona afectada. Mary E. Richmond, a través de l'estudi constant de casos, analitzant-ne els registres, va veure la importància i la influència que els membres de la família exercien sobre la persona i entre ells. Aquesta interactivitat era notòria. Arran d'aquesta observació, ella i els seus seguidors van donar un nou pas; l'individu no es podia veure aïllat, sinó que havia de romandre dins del seu context familiar i social, dins del seu medi ambient habitual. Es basa en el diagnòstic social (sanitari) i considera que les experiències passades influeixen sobre els comportaments presents. Considera la societat dinàmica i per aquest motiu són possibles la transformació i el canvi.

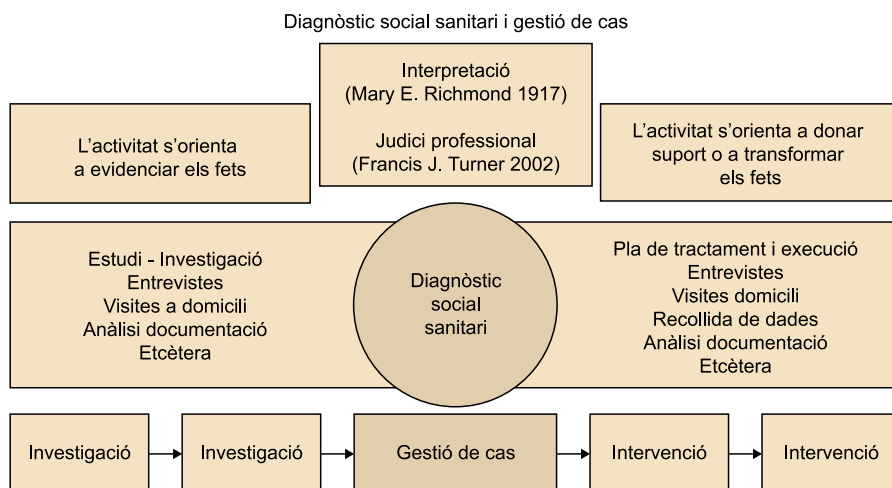
4.3.2. El model funcionalista i d'autodeterminació

Discrepa radicalment de l'aproximació de Richmond. Arriba en els anys trenta de la mà d'Otto Rank, deixeble de Freud, del que es va separar professionalment per avançar en les seves pròpies tesis: per a ell, les neurosis tenien a veure amb l'experiència traumàtica del naixement. Per als funcionalistes la història passada és irrelevant. I creix amb força la idea que la persona afectada té dret a la seva lliure determinació. Té capacitat per a decidir sobre els seus problemes. Afirmació que Gordon Hamilton, partint de les tesis de John Dewey, matisa dient que per a poder decidir s'ha d'estar completament informat. Aquesta realitat moltes vegades no es dona i per això les persones acudeixen als professionals perquè les ajudin, ja que d'aquests se'n valora especialment el coneixement.

4.4. Proposta d'un model de gestió de casos, per a la pràctica actual del treball social sanitari, basat i desenvolupat a partir del diagnòstic social sanitari dins d'un procediment de la planificació de l'alta

Al llarg del text s'ha vist la relació implícita entre el diagnòstic social sanitari i la gestió posterior del cas. En un altre mòdul d'aquesta assignatura tractarem el diagnòstic social sanitari, però és imprescindible assenyalar la vinculació de tots dos conceptes i el seu desenvolupament en la pràctica. Un dels procediments de treball social sanitari per excel·lència és el de la planificació de l'alta.

Figura 1. Inscripció de la gestió de cas en un procediment de treball social sanitari (la planificació de l'alta)



Font: elaboració pròpia.

Acabem d'estudiar en el mòdul anterior que qualsevol procediment, protocol segons correspongui, de treball social sanitari es desenvolupa sobre les tres fases bàsiques: estudi, diagnòstic i pla de tractament.

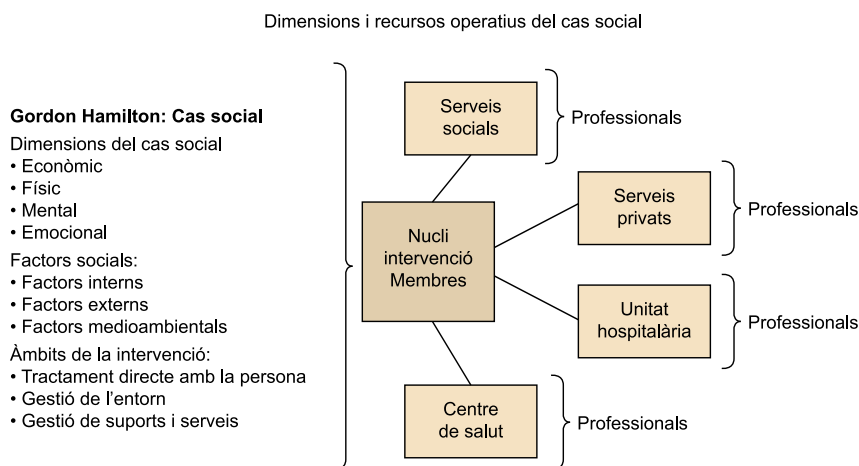
El model de gestió de cas que es proposa es basa en el model psicosocial proactiu:

- *Psicosocial* perquè es basa en evidències sobre la influència del que s'ha viscut en el que s'ha de viure. Per exemple, una mala experiència amb equips professionals genera inquietud sobre l'experiència venidora amb el nou equip. Això en la representació mental de les persones afectades, la qual cosa no significa que l'experiència hagi de seguir essent dolenta. No obstant això, sí que és cert que per al segon equip serà més difícil guanyar-se la confiança de la persona afectada.
- *Proactiu* perquè s'avança als probables problemes prenent com a indicadors criteris de risc de les persones. Això a més permet relativitzar empíricament i estadísticament l'ús final de recursos de suport sobre la base de característiques socials per donar-se la circumstància que persones amb característiques similars acabin rebent suport de recursos diferents. Aquest fet interessa molt a direccions i polítics sanitaris, ja que canvia la manera de crear recursos en funció de característiques i no de necessitats diagnòstiques.

4.5. La gestió de casos compartida entre la primària i l'especialitzada de salut i els serveis socials. Cronograma

La gestió de casos, per definició i com s'ha vist, vincula diferents agents assistencials pertanyents a diferents àmbits, essent un dels vincles més freqüents el del sistema sanitari i el de serveis socials, sense excloure el sistema de justícia, el d'educació i el de treball.

Figura 2. Dimensions i recursos operatius bàsics del cas social sanitari en funció del diagnòstic social sanitari



Font: elaboració pròpia.

La figura 2 esquematitza els pilars sobre els quals es concreta la gestió del cas. El gestor de cas, ell o ella, mantindrà comunicació amb tots els implicats, professionals i clients, quan sigui convenient i es podrà ajudar de l'ús de les tecnologies que els sistemes sanitaris i de serveis socials posin al seu abast. Per exemple, les denominades carpetes de salut, on tots els implicats poden interactuar. Es crida l'atenció sobre alternatives per a persones ateses poc familiaritzades amb les tecnologies digitals.

Això permet anar creant un cronograma automàtic on es registren els esdeveniments vitals i les accions més importants relacionades amb la gestió del cas, així com els assoliments que es van aconseguint. Aquesta informació suposa una base de dades molt important per a explotar-la amb finalitats preventives i de planificació d'accions que es manifestin necessàries.

4.6. Reflexió final sobre la gestió de casos i la gestió de cures

Encara que alguns, a la pràctica, vinculen i intercanvien tots dos conceptes, la gestió del cas i la gestió de la cura, com si un fos sinònim de l'altre, són dues competències diferents i, essent estrictes, la gestió del cas és molt més àmplia i complexa perquè inclou la gestió de la cura, sempre restringit i necessitat de menys temps que la gestió del cas en si.

Nota

Parts d'aquesta breu reflexió estan basades en el text publicat en el blog del Màster al febrer de 2015.

Per tractar-se d'un assumpte avui dia molt contaminat, el tractarem considerant els conceptes, les fonts, els continguts, els fonaments que posen al treballador social sanitari al centre de gravetat de la gestió del cas. Hem d'evitar ideologies corporatives que solament farien que contaminar des d'un gremialisme innecessari.

Com hem assenyalat, un dels primers autors que va relacionar la gestió del cas amb el treball social [sanitari] va ser Abraham Flexner. En molts escrits m'he referit als dubtes que el 1915 va exposar Flexner en relació amb si el treball social [sanitari] era una professió. Els arguments que suportaven els seus dubtes en aquell temps estaven ben fundats. Avui s'han superat clarament; aquest màster universitari de Treball social sanitari n'és una prova.

Flexner no dubtava que el treballador social [sanitari], ell o ella, per la naturalesa de la seva intervenció, fos un gestor de casos per excel·lència. Considerava que les responsabilitats dels equips professionals del treball social [sanitari] els convertien en la «intel·ligència» que, davant els problemes de les persones, reunia els diferents agents professionals (de la medicina, de l'ensenyament, de l'administració, etcètera) que actuaven i col·laboraven entre si per a ajudar la persona malalta i la seva família a recuperar la seva cota de benestar més alta possible.

En els orígens del treball social sanitari hi ha la gestió de casos, que requereix habilitats i capacitats per diagnosticar, interconnectar, relacionar, coordinar, conèixer els recursos, com accedir-hi, etc. Totes són accions relacionades amb el què fer, l'eficàcia, i amb el qui fer-ho, l'eficiència.

El 1941, Gordon Hamilton va fer un pas més en el seu llibre *Theory and practice of social case work*, assenyalat amb anterioritat.

Durant els últims vint anys molts dels conceptes relacionats amb el treball social sanitari els han assumit altres disciplines afins, tractant-los moltes vegades com a termes buits de contingut que es poden omplir amb continguts diferents i lluny de l'acadèmia.

El coneixement és universal, pertany a l'ésser humà, però l'apliquen aquells equips professionals que s'han format per a això i als qui la societat així els hi reconeix. Amb això es possibilita, no es garanteix perquè cadascú és responsable dels seus actes, però sí que es possibilita una bona praxi basada en el saber i no en l'especulació. La lectura sobre cardiologia o la pertinença a un equip de cardiologia no ens converteix en cardiólegs, abans tenim un llarg recorregut d'estudi i formació. El coneixement també és transversal, però això no significa que cadascú pugui assumir el rol que li plagui. La formació dels professionals els fa conscients de les seves responsabilitats i alhora dels seus límits.

Des de fa anys apareix la figura de la infermeria gestora de casos, però essent estrictes amb el llenguatge, la infermeria com a tal no gestiona casos, ja que aquesta, com hem vist, implica molt més que les responsabilitats que s'assumeixen en la gestió d'atencions, que sí que són competència d'infermeria. La gestió de casos no consisteix a derivar a les persones a diferents serveis, la qual cosa constituiria l'administració del cas; la gestió del cas avui respon a la definició donada per Gordon Hamilton, i que implica unes dimensions vitals: la familiar, la laboral, la relacional, l'econòmica, la mediambiental, la parental, etcètera, i òbviament, la gestió de l'atenció. Quan es parla de la *infermera gestora de casos* en realitat s'hauria de parlar de la *infermera gestora d'atencions*.

Però hem d'avaluar com assumim des de les unitats de treball social sanitari la gestió de cas, si és que l'assumim realment.

Resum

Hem vist els models d'intervenció des del treball social sanitari. Aquests models tenen els fonaments en els models clàssics de treball social, si bé els adaptem al sistema sanitari. Els dividim en dos àmbits que obeeixen a dues finalitats: d'una banda, la gestió de la unitat de treball social sanitari i, de l'altra, la gestió dels casos. Hem posat com a exemple de gestió de la unitat el model Agathos, que integra la gestió dels casos a la gestió de la unitat.

L'evolució de la societat, la progressiva complexitat que té en la vida diària, exigeix canvis o reajustaments en els models habituals. El model no s'ha de veure com un esquema rígid inamovible; precisament la mateixa anàlisi del model, les avaluacions periòdiques que se'n facin, ens permetran aquesta adequació.

Les tècniques d'intervenció i de gestió són eines de treball que permeten més amb menys. L'ús d'una tècnica o una altra obeeix al nostre objectiu principal.

L'important és saber per què apliquem un model o un altre, per què apliquem una tècnica o una altra.

Bibliografia

Abramovice, B. (1988). *Long term care administration*. Nova York / Londres: The Haworth Press.

Agulló Porras, A. i altres. «Trabajo Social Sanitario y gestión de casos» [article en línia]. *Documentos de Trabajo Social* (núm. 51). [Data de consulta: 28 de març de 2019].

Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary*. Washington: NASW Press.

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

Flexner, A. (1915). «Is social work a profession?». A: *Official Proceedings of the Annual Meeting: 1915* («National Conference on Social Welfare Proceedings»).

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

Hollis, F.; Woods, M. E. (1981). *Casework, a Psychosocial Therapy* (3a. ed.). Nova York: Random House.

Jarne, A. i altres (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.

Montejo Cadosa, J. (2009). «El equipo de tratamiento asertivo comunitario del área sanitaria de Oviedo. Un intento de gestión de casos en la atención a personas con un trastorno mental grave». A: D. Casado (coord.). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales* (pàgs. 57-68). Barcelona: Editorial Hacer.

Rimbau, C. (2008). «La gestión de caso: Aproximación y experiencias en España». A: Demetrio Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (pàgs. 177-192).

Sarabia, A. (2008). «Los agentes de la gestión de caso. Perfil profesional». A: Demetrio Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (pàgs. 192-204).

