

El trabajo social sanitario en las sociedades del siglo XXI. Medios de comunicación

Dolors Colom Masfret
Julio Villalobos Hidalgo

PID_00208326

Índice

Introducción.....	5
1. Las organizaciones sanitarias del futuro.....	7
1.1. Principales tendencias sociales, políticas y económicas que condicionarán los cambios en el sistema sanitario	7
1.2. La reforma postburocrática	16
2. El trabajo social sanitario del futuro.....	19
3. Dimensiones para definir los retos básicos del trabajo social sanitario.....	24
4. El trabajo social sanitario en la sociedad de las tecnología de la información y la comunicación. El futuro, el desarrollo de competencias.....	26
5. Los retos generales en el trabajo social sanitario del futuro..	32
6. Los trabajadores sociales sanitarios del futuro y los pilares de la acción profesional.....	38
7. Líneas estratégicas básicas para alcanzar los retos y sentar las bases del trabajo social sanitario del futuro.....	42
8. La innovación en el trabajo social sanitario.....	46
9. La prensa y los medios de comunicación.....	47
Bibliografía.....	49

Introducción

El planteamiento sobre el futuro del trabajo social sanitario de este módulo se apoyará en información actual, tomando el presente como la plataforma de proyección. Sería un planteamiento erróneo proyectar este último módulo a modo de brindis al sol, como se dice coloquialmente. Nos apoyaremos sobre todo en los factores, recordando la máxima de Amy Gordon Hamilton, que dice que nuestro trabajo se apoya en los factores porque estos, los factores, son hacedores. Los hechos están dados, solo podemos analizarlos, pero en los factores encontramos todos los caminos estratégicos para alcanzar un fin.

Cuando buscamos información general sobre indicadores de trabajo social sanitario, con lo que nos encontramos es con una falta de información, con lo cual, aplicaría aquella máxima de que la ausencia de comunicación es una manera de comunicarse. En este caso diríamos que la ausencia de información nos da información.

El texto se divide en dos partes, en la primera se presenta una panorámica sobre el medio, el sistema sanitario, cómo serán las organizaciones sanitarias y los establecimientos del futuro, eso sí, apoyada en datos objetivos que brotan del presente.

En la segunda parte se presentan escenarios futuros de intervención desde el trabajo social sanitario acorde con este sistema sanitario descrito y acorde con la nueva formación especializada, como es el ejemplo de este posgrado.

El futuro debemos pensarlo dentro de una dinámica constante entre la acción, la intervención y la evaluación de los logros, considerando los nuevos retos que la misma dinámica social nos dibuja en el horizonte.

1. Las organizaciones sanitarias del futuro

1.1. Principales tendencias sociales, políticas y económicas que condicionarán los cambios en el sistema sanitario

Los cambios que han ido conformando nuestras organizaciones sanitarias y los que sin duda se producirán en el futuro son consecuencia de los cambios en la atención a la salud y el papel que se le atribuye a las organizaciones que realizan estas funciones, que a su vez es consecuencia de los cambios en su entorno social como producto de los cambios del modelo de sociedad.

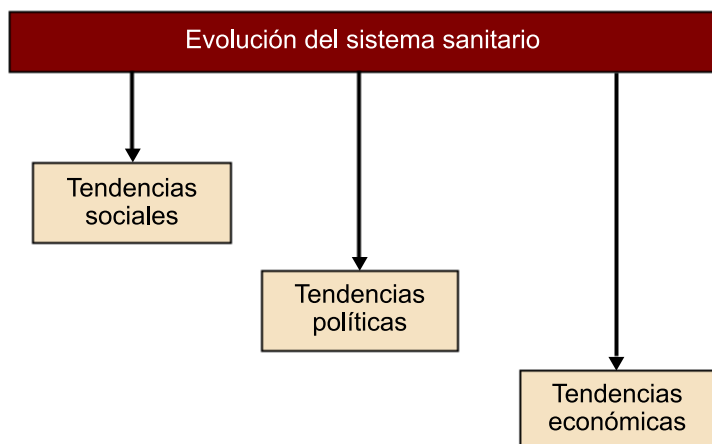
Siendo este un hecho evidente y que se ha producido desde los albores de la humanidad, tenemos una especial dificultad en prever el futuro de nuestras organizaciones y las estructuras físicas y humanas sobre las que se debe desarrollar. Parece imposible creer que Thomas Edison en 1880 no creyera en el valor comercial del fonógrafo; que lord Kelvin en 1895 afirmara que "la radio no tenía valor, que los rayos X eran una farsa y que las máquinas más pesadas que el aire nunca podrían volar"; que Harry Warner, presidente de la Warner Brother Pictures en 1927, despreciara el valor futuro de las películas sonoras, o que Ken Olsen, presidente de la Digital Equipment Corporation en 1977, no creyera en el futuro de los ordenadores personales.

Hoy en día se hacen considerables esfuerzos para intentar prever cómo van a ser las organizaciones del futuro y el sistema sanitario no es una excepción.

Utilizando como guía las Recomendaciones del Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea, vamos a ir estudiando aquellas tendencias sociales, políticas, económicas e internas organizativas que creemos que van a condicionar estos cambios y, muy especialmente, las repercusiones que tendrán estos sobre las personas que constituyen nuestras organizaciones en la doble magnitud de personas y de profesionales, que es realmente lo que nos interesa.

Referencia bibliográfica

Comité Permanente de Hospitales de la Unión Europea (1998, julio). *Recomendaciones*. Coimbra.



Las principales tendencias sociales que condicionarán los cambios en el sistema sanitario serán las siguientes:



- **Los pacientes serán cada vez más exigentes sobre sus deberes y derechos en relación con la atención a la salud.** Afortunadamente, la calidad de vida y la cultura han hecho evolucionar a los pacientes hacia usuarios, y posiblemente en el futuro hacia clientes con una conciencia clara de sus derechos. Estos derechos implican la participación en las decisiones terapéuticas, que deberán ser asumidas conjuntamente. Esta coparticipación deberá suponer un cambio de cultura en nuestros profesionales habituados a tomar decisiones unilaterales, basada en la asimetría de la información y sin contar con el paciente y sus familias. La mayor información de los pacientes a través de la tecnología de la información, especialmente Internet, abundará en esta exigencia de los pacientes. Tendremos pacientes mejor formados y más exigentes de sus derechos, que no se conformarán con una opinión superficial, sino que exigirán una información competente y una segunda opinión que contrastar con la primera.

- **Aumentarán las preocupaciones por los problemas éticos y sociales.** Los sistemas europeos, tanto en los países que tienen un sistema nacional de salud como en aquellos que tienen un sistema de seguros sociales, mantienen una razonable equidad y accesibilidad a la atención sanitaria, situación que no se da en otros países donde la equidad y accesibilidad es función de la capacidad adquisitiva de los ciudadanos, situación que afecta negativamente a las clases más desfavorecidas de la sociedad. Las nuevas tecnologías van por delante de la legislación e incluso de las normas morales regladas, por lo que nos enfrentamos, tanto personal como colectivamente, a dilemas éticos tales como la eutanasia, la ingeniería genética, la eficiencia social, etc., que acentuarán los dilemas éticos entre los conceptos hipocráticos de la medicina y los intereses a veces no convergentes con los profesionales, las empresas, las organizaciones y el propio Estado.
- **La atención sanitaria se hará más próxima al entorno del paciente.** Hasta hace algunos años el sistema sanitario estaba fundamentado en la asistencia a la enfermedad, y esta se llevaba a cabo fundamentalmente en los hospitales con internamiento, que acaparaba un alto porcentaje del presupuesto sanitario, o en la atención primaria, que era un ámbito con poca capacidad resolutive y de mera conducción de los pacientes hacia los hospitales. La nueva orientación hacia la atención de la salud condiciona un cambio trascendental en la forma de realizar la producción de los servicios sanitarios y, por tanto, las estructuras en las que se realizan y especialmente la tipología y formación de los profesionales necesarios para atender a otros ámbitos de atención, que acerquen la atención a la salud al entorno natural del paciente, lo que sin duda mejorará su confort y la eficiencia de los recursos utilizados. Las nuevas tecnologías posibilitarán la extensión de la atención hasta los domicilios de los usuarios y permitirán en un mayor grado el autocuidado.
- **Se prestará una mayor atención a la calidad de los procesos.** Se hará una mayor incidencia sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos. La gestión y la medicina de la evidencia se impondrán como una norma de trabajo para no solo hacer con calidad lo que hacemos, sino hacer solo aquello que la evidencia y la sostenibilidad económica nos dicten hacer. Esto pasa por hacer converger los intereses de los profesionales con los intereses del sistema de atención a la salud, que a su vez tienen que converger con los del sistema sanitario dictados por el financiador/asegurador del mismo.
- **Mayor descentralización de la gestión y mayor centralización de las decisiones de planificación.** A medida que el financiador/asegurador tenga una mayor legitimidad y una mayor capacidad de planificar, mayor será su capacidad de descentralizar los procesos de producción de los servicios sanitarios. De este hecho dimana la necesidad de equipos de dirección y profesionales más preparados central y periféricamente.

Existe unanimidad entre los expertos sobre la necesidad de descentralizar la gestión y dar una mayor autonomía a los profesionales. Este proceso tiene que discurrir paralelo a la oportunidad de participación y motivación de los mismos. La separación de la financiación y la compra de la provisión de los servicios sanitarios es condición indispensable para que la autogestión bajo un mercado de competencia vigilada se produzca.

- **Mayor preocupación por el aumento de los costes de la sanidad.** El aumento de los costes sanitarios, muy por encima del aumento de la riqueza de los países, es un problema de gran preocupación para todos ellos, y respecto al cual se han tomado medidas de contención. Nuestros profesionales deben ser conscientes de que son ellos quienes inducen una parte importante del coste sanitario y que una adecuada formación por su parte puede optimizarlo, así como la educación del paciente, que debe racionalizar el uso que hace de las prestaciones del sistema sanitario y ser consciente de que en un futuro es probable que tenga que pagar una parte de los servicios, especialmente aquellos que no son puramente sanitarios, como la hostelería hospitalaria, medicación, etc.

Esta situación se ha puesto de manifiesto en el contexto de la grave crisis económica que afecta a todos los países de nuestro entorno y en especial a España. Esta necesidad de ajuste afecta particularmente a la financiación del sistema sanitario, con medidas de contención que comportan reducciones de sueldo de los profesionales, disminución de las prestaciones y copagos en algunas prestaciones sanitarias.

- **Cambios demográficos de la población.** El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y los movimientos migratorios (inmigrantes y turistas) constituyen factores que hay que contemplar para definir el futuro del sistema sanitario.

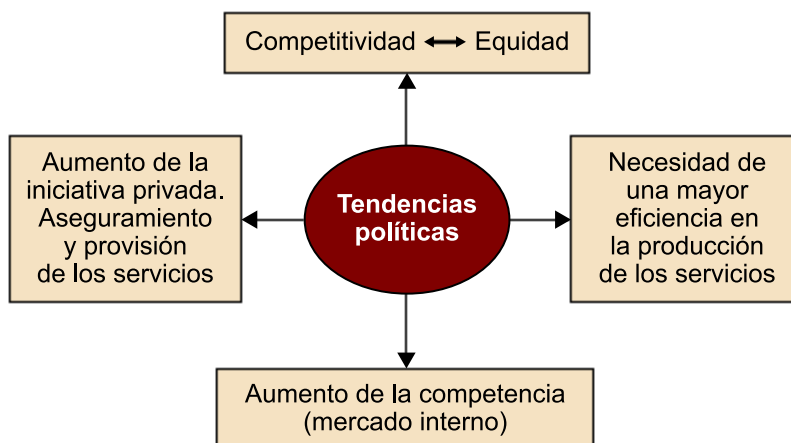
La esperanza de vida casi se ha doblado en los últimos 150 años, con una población creciente de personas mayores de 65 años, pero asociadas a patologías crónicas y a múltiples intervenciones que hoy posibilita la tecnología y que hasta hace algunos años eran imposibles de realizar: prótesis articulares, prótesis intraoculares, cirugía cardíaca, etc.

Para poder realizar adecuadamente todos estos procesos, se necesitan unos importantes espacios y estructuras, además de aumentar considerablemente el coste del sistema para atender a unos pacientes que hasta hace algunos años no existían, ya que habían muerto o vivían con estas patologías. La disminución de la natalidad, una variable importante a la hora de planificar puede ser coyuntural, pero debemos tenerla en cuenta. Al igual que hemos asistido en Europa a una disminución drástica de la natalidad, en los próximos años podemos asistir a un aumento de la misma, como de hecho ya está ocurriendo en algunos países de la Comunidad Económica Europea, tanto por el aumento interno de la tasa de natalidad como por la contribución de la población inmigrante con índices de natalidad muy superiores a la de los países europeos.

El gran aumento de la inmigración en España no solo afecta a la tasa de natalidad, sino también al aumento de las personas a las que hay que atender, ya que este colectivo genera una mayor atención tanto cuantitativa como cualitativa, al manifestar una serie de patologías hasta ahora poco frecuentes en nuestro entorno.

- **Un mayor impacto de los estilos de vida en los servicios que debe prestar el sistema sanitario.** Hace algunos años las enfermedades infecciosas eran las patologías dominantes pero han ido disminuyendo al tiempo que han aumentado las patologías crónicas.
Los nuevos estilos de vida están condicionando la aparición de nuevas patologías infecciosas, especialmente el sida, pero también otras patologías consecuencia de los estilos de vida, tales como el consumo de drogas, el estrés, las enfermedades de la malnutrición, las enfermedades debidas a la polución y a la contaminación, el aumento de la iatrogenia, el aumento de la obesidad, etc.
- **Aumento continuo de la demanda de servicios sanitarios.** Ya comentamos con anterioridad que la demanda de servicios sanitarios es imparable y esto se produce por las expectativas de los usuarios y los profesionales de la sanidad, la evolución tecnológica que posibilita cambios reales en la atención de determinadas patologías y otras menos identificables pero de las que la propia presión de los usuarios, profesionales y de las casas comerciales al respecto ha generado su propia demanda.

Las principales tendencias políticas que condicionarán los cambios en el sistema sanitario serán las siguientes:



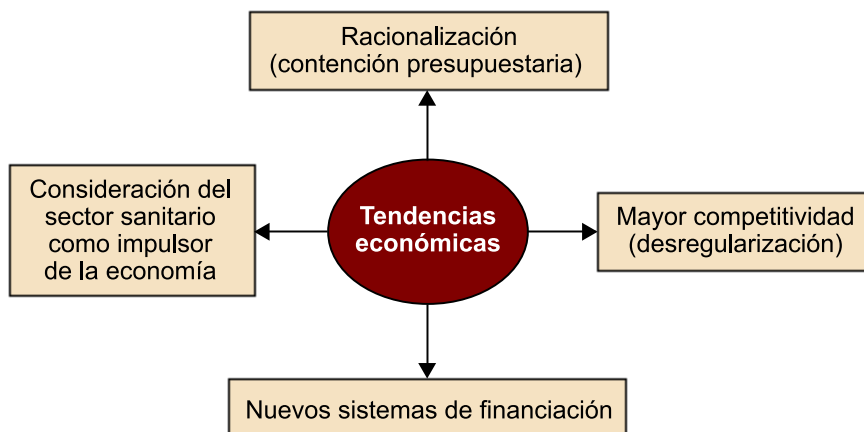
- **La confrontación entre las ideas de competitividad y equidad.** Habrá un acercamiento entre los objetivos de los sistemas europeos, tendentes al mantenimiento de la sociedad del bienestar y de los sistemas liberales más proclives a la responsabilidad personal de la financiación de la salud. Los primeros, manteniendo el principio de equidad y accesibilidad, se moverán hacia una mayor eficiencia en la producción de los servicios en aras a su sostenibilidad, mientras que los segundos necesariamente deberán aco-

modarse a la cobertura de una mayor parte de la población por presiones políticas, como ha sido la intención de muchos países que no tienen una protección estatal de su salud. Actualmente estamos ya asistiendo a esta evolución. Nuestro entorno europeo hacia un aumento de la participación de los usuarios en la sostenibilidad del sistema sanitario, y en Estados Unidos con las propuestas de la Administración del presidente Obama hacia una mayor universalización de la protección de la salud.

- **La introducción de nuevos sistemas de financiación y de aseguramiento con incentivos a la racionalización de la eficiencia.** La necesidad de avanzar hacia cambios organizativos que posibiliten una financiación que introduzca el presupuesto como una verdadera herramienta de gestión. La financiación de los hospitales era, y es todavía, mayoritariamente estructural e histórica, sin mecanismos positivos de estímulos a la eficiencia, y a veces con estímulos que, paradójicamente, podrían llegar a ser negativos. Se han ido desarrollando sistemas basados en unidades relativas de valor (UBA, UPA, etc.) y posteriormente, agrupaciones de procesos de isoconsumo del tipo de los grupos relacionados por diagnósticos (GRD) o *patient management categories* (PMC) para poder cuantificar y cualificar la producción de los servicios sanitarios hospitalarios. Igualmente, se han desarrollado otros índices para evaluar la producción de los procesos ambulatorios y de las urgencias.
- **Introducción del "mercado" para aumentar la competencia.** Las leyes puras del mercado no son aplicables a un bien como la salud que debe ser protegido por el Estado, por lo que siempre deberá haber una tutela sobre el mismo para evitar sesgos no deseables: selecciones adversas, discriminación económica, etc. Para que exista "cierto mercado", deberá haber una nítida separación entre los proveedores y los compradores de los servicios. Cada comprador (asegurador) debería tener la libertad para comprar a aquellos proveedores que le den una mejor oferta, con la consiguiente posibilidad de cerrar aquellos servicios e incluso hospitales que no tengan clientela que les elija.
- **Aumento de la iniciativa privada.** Debemos esperar, como de hecho ya está ocurriendo, una mayor participación–colaboración entre la iniciativa privada con el sector público, tanto en lo que se refiere al aseguramiento como a la provisión de los servicios sanitarios, en aras a aprovechar todos los recursos existentes en nuestro país.
Esta colaboración debería entenderse como una colaboración integral y no complementaria, utilizada frecuentemente por el financiador público en los momentos de aumento de las listas de espera o de falta de financiación, para la construcción de los nuevos hospitales.
Desde hace ya algunos años, y con objetivo de mejorar la eficiencia de la gestión de los hospitales obviando la rigidez del derecho administrativo, varias comunidades autónomas han optado por modelos de colaboración público–privados, en los que, por medio de concesiones administrativas,

las empresas adjudicatarias se responsabilizan de la atención integral de la salud de los ciudadanos del área adjudicada mediante un pago per cápita.

Las principales tendencias económicas que condicionarán los cambios en el sistema sanitario serán las siguientes:



- **Una mayor racionalización.** Esta tendencia va no solo en la dirección de fijar una cartera de servicios que se compromete a asegurar al financiador a través de los proveedores, sino que debería ir acompañada de una concienciación de los profesionales y usuarios, sobre los que se puede ofertar con el porcentaje del producto interior bruto (PIB) que cada país dedica a la sanidad. Esta cantidad debe ser distribuida en aquellos servicios que demuestren su eficiencia, independientemente de las modas o las veleidades de los políticos y los profesionales.
- **Una mayor competitividad.** Se irá produciendo una desregulación de los sistemas, que promoverá la modulación del mercado interno, pero permitirá la transferencia de riesgo del comprador al proveedor y, de esta manera, la motivación de aquellas instituciones y profesionales más eficientes. La mayor disponibilidad económica de los usuarios y la rigidez de las normativas públicas están condicionando la aparición tanto de nuevos modelos de gestión de las organizaciones sanitarias públicas en forma de concesiones administrativas, como modelos *public private partnership*, (PPP), como de una clara expansión de los grupos privados de provisión de servicios sanitarios. Esta potencialidad debería ser aprovechada por los financiadores públicos para asegurar los servicios sanitarios por parte de aquellos proveedores que puedan ofrecerlos con la máxima calidad al menor coste, independientemente de que sean públicos o privados.
- **Aparecerán, sin duda, nuevas formas de atención y nuevas formas de hospitalización que estimulen la eficiencia.** Se tenderá a hospitalizar a los pacientes lo menos posible, y dentro de los hospitales habrá una graduación de los mismos en función de los cuidados que necesiten: cirugía ambulatoria, hospitales de día, hospitalización domiciliaria, etc. Las nuevas tecnologías posibilitarán procesos y formas organizativas difícilmente

Ejemplo de desregulación de los sistemas

Un claro ejemplo de esta tendencia son los nuevos modelos para la construcción y gestión de los hospitales, iniciado por la Comunidad Autónoma de Valencia, con el denominado *Modelo Alzira*, implantado ya en otras comunidades.

concebibles actualmente, por lo que habrá que hacer un importante esfuerzo de creatividad para prever con la debida antelación estos cambios. Estos conceptos son más funcionales que estructurales porque incluso en un mismo edificio pueden coexistir diferentes estructuras.

- **Mayor atención sobre el sistema sanitario como generador de la riqueza e inversiones y no solo como generador del gasto.** Un sector como el sanitario, que en España genera alrededor del 7,5% del PIB, y que da trabajo al 7% de los trabajadores del país, es un sector que se debe tener en consideración como fuente de riqueza e inversiones y no solo como generador de un gasto incontenible como sucedía hasta ahora. La mayoría de nuestros hospitales representan las mayores empresas de la comunidad en las que están implantados, y no solo generan una gran cantidad de puestos de trabajo de alta cualificación, muy estables y bien retribuidos, sino que condicionan la existencia a su alrededor de industrias, comercios, etc.

Todas estas consideraciones nos llevan a organizaciones sanitarias:

- Más acotadas para la atención diferenciada de pacientes hiperagudos, subagudos y crónicos.
- De menor estancia media en los hospitales, aunque esta disminución tendrá un límite, ya que al realizar muchos de los actuales procesos en ambulatorio, los que requieran hospitalización serán los más complejos, por lo que la estancia media tenderá a estabilizarse.
- Con disminución del número de hospitales de agudos y aumento de los hospitales subagudos y crónicos.
- Con una concentración de alta tecnología en hospitales terciarios y aumento de camas altamente dotadas en estos hospitales (las camas equivalentes a las actuales camas de cuidados intensivos pueden llegar a ser de un 20-25%).
- Con una mayor utilización de la atención primaria como puerta de entrada al sistema, y una mayor capacidad resolutive e integración en la atención especializada y sociosanitaria.
- Con una concepción integral de la persona, en su aspecto biopsicosocial, que debe condicionar su forma de atención.
- Con un personal sanitario y especialmente de médicos a los que se les va a requerir en el futuro competencias mucho más complejas que las meramente técnicas que actualmente enseñamos en nuestras facultades, por lo que debemos prepararlos y prepararnos para este futuro que ya tenemos

cerca. En los programas de formación de los profesionales sanitarios deberán aparecer la comunicación y la gestión como partes integrantes de estos.

Para que estos cambios se produzcan, tendrá que haber simultáneamente una eclosión de la cultura de la salud pública: aumento de los programas de promoción y educación para la salud, cultura de los autocuidados y la desmedicalización, desarrollo de indicadores y políticas de atención a la salud.

Asimismo, habrá que desarrollar una red de hospitales y residencias que atiendan a pacientes crónicos y sociales actualmente insuficientes en muchos países, donde España no es la excepción.

Las dos medidas descritas anteriormente pasan necesariamente por un trasvase económico en los presupuestos de sanidad de la atención aguda, básicamente intrahospitalaria, a la atención primaria y a la atención de estructuras crónicas y sociales, lo cual ha ralentizado, si no imposibilitado, esta reforma pendiente.

Con relación a los recursos humanos, debería haber una mayor especialización en cuanto a la incorporación de nuevos profesionales y de los actuales médicos y enfermeras de los hospitales terciarios, pero también deberá haber una gran demanda de médicos generales para poder atender a la mayoría de los usuarios, que no deberían llegar al hospital, sino ser tratados en las organizaciones de atención primaria (médicos de familia). Además de los profesionales clínicos, deberá haber una eclosión de otros profesionales que permitan abarcar los aspectos no exclusivamente clínicos de los usuarios. En este sentido habría que tener muy en cuenta al paciente en su globalidad biopsicosocial, por lo que la incorporación de profesionales que atiendan estos aspectos como trabajadores sociales sanitarios, psicólogos, etc. será imprescindible.

En cualquier caso, se requerirá una mayor competencia profesional con una formación continua y actualizada para seguir en el puesto de trabajo. Esta misma libertad exigirá una mayor flexibilidad, mayor movilidad y la asunción de riesgos por parte de los profesionales, que se deberían compensar con una diferenciación tanto profesional como económica (carrera profesional real) en función del aporte de cada profesional a los objetivos de su organización.

Desde un punto de vista organizativo, el hospital perderá su estructura primitiva burocrática para moverse hacia una estructura matricial donde se gestione a pacientes a los que hay asociados procesos de salud/enfermedad que debemos resolver.

Esta organización requiere la estructuración en unidades clínicas de gestión más o menos complejas, a las que los servicios centrales les aportarán valor añadido cuando el responsable del proceso se lo solicite.

Esta estructuración permite optimizar la cultura de libertad y riesgo de los profesionales de la sanidad con la necesaria planificación que requiere la complejidad de las organizaciones sanitarias.

El paso de la sociedad industrial a la sociedad de la información actual y a la sociedad futura del conocimiento condicionará este conocimiento como el instrumento estratégico de nuestras organizaciones. Este hecho condicionará asimismo la vida de la organización y la estructuración de sus recursos humanos:

- Habrá una gran flexibilidad en el uso del tiempo y el espacio, con sus consiguientes repercusiones en la flexibilidad de los horarios y la posibilidad de realizar tareas comunes sin estar físicamente presente.
- El bienestar no estará basado en poseer cosas como ahora, sino en disponer de los servicios que esas cosas nos proporcionan. Esto potenciará la subcontratación de todo tipo de servicios y la necesidad de un mayor control centralizado de los mismos.
- De la contratación por tiempo, variable fundamental en la actualidad, se pasará a la contratación por resultados, realizados en general por trabajadores autónomos, y autocontrolados por la excelencia de sus resultados.
- La capacidad de dominar técnicas genéricas y flexibles generará "empleabilidad", característica fundamental para mantenerse en el mercado de trabajo, donde el puesto vitalicio con dominio de una sola habilidad pasará a la historia.

Debemos, por lo tanto, preparar nuestras organizaciones sanitarias para este futuro que, nos guste o no, ya lo tenemos aquí.

1.2. La reforma postburocrática

La modificación de nuestras organizaciones no es ajena a la corriente de reforma de las empresas "normales", las cuales han reflexionado ya sobre su futuro.

Las principales características de esta reforma son las siguientes:

1) Vertebración del sistema

- Fortalecer la dirección estratégica centralizada
 - Fortalecer la autonomía de los entes gestores.
 - Las empresas establecerán redes de cooperación horizontal y vertical.
 - Cada empresa prestará solo aquellos servicios/productos en los que sean excelentes (*core business*).

- Las empresas públicas realizarán el control legal de los procesos y se apoyarán en empresas privadas para la prestación de los servicios.
- Simplificar estructuras y procedimientos. Las estructuras jerárquicas quedarán sustituidas por la colaboración, el trabajo en equipo y la asunción conjunta de responsabilidades.
 - Aplanar las organizaciones.
 - Eliminar controles formales.
 - Eliminar procedimientos que no aporten valor añadido a la organización.
 - Delimitar claramente las responsabilidades políticas y de gestión.

En este ámbito, será tarea de los políticos:

- Elaborar estrategias
- Asignar recursos

Y los gestores deberán:

- 1) Llevar a cabo los objetivos definidos por los políticos.
- 2) Orientarse a los resultados: orientar a la empresa hacia la mejora de los resultados más que al cumplimiento de los presupuestos.
- 3) Introducir mecanismos de competencia en la producción de los servicios públicos:
 - Separar la financiación, compra y provisión.
 - Ubicar la compra y la provisión en órganos profesionales especializados.
 - Implementar nuevas políticas de recursos humanos:
 - Flexibilizar: contratación y movilidad.
 - Incentivar en función del rendimiento.
 - Descentralizar la gestión.
 - Orientarse hacia el servicio y no hacia el producto.

Las organizaciones basadas en el conocimiento requieren una política de formación y motivación permanente:

- Lo único permanente es el cambio.
- Tenemos que preparar nuestras organizaciones para el futuro.
- Las organizaciones excelentes del futuro son cuasi antitéticas a nuestras actuales organizaciones sanitarias.
- Las organizaciones sanitarias públicas del futuro, si quieren sobrevivir, tendrán que ser organizaciones excelentes y competitivas.
- Nuestra fortaleza debe residir en la gestión del conocimiento, que será el bien más cotizado del mercado.

2. El trabajo social sanitario del futuro

El trabajo social sanitario del futuro tiene sus raíces en el presente. Y según cómo se vaya desarrollando, articulando y nutriendo éste, según cómo los trabajadores sociales sanitarios asumamos nuestras funciones y responsabilidades, gestaremos un futuro u otro. Pero cuando hablamos del futuro del trabajo social sanitario no estamos haciendo futurismo, ni nos quedamos sentados dejando en manos del azar lo que sea que vaya a ocurrir, en el desarrollo de las profesiones el azar es una parte muy menuda; todo lo contrario, estamos proyectando la profesión, los profesionales a través de unos objetivos y unas acciones ordenadas que permitirán alcanzarlos de la manera más parecida posible a como se proyectaron. No estamos retando al porvenir de cada uno, estamos planificando el desarrollo de una profesión a través del desarrollo y capacitación de sus profesionales. Estamos construyendo una nueva realidad apoyada en el método científico.

Vamos a concretar lo señalado en el párrafo anterior en un ejemplo muy próximo que nos afecta a todas y todos los que estamos aquí. Este master universitario de trabajo social sanitario es una evidencia de cómo se gesta el futuro de una profesión y de sus profesionales. Un futuro que no es una elucubración, ni una ocurrencia, sino que sigue una línea acorde al resto profesiones y profesionales con los cuales los trabajadores sociales sanitarios estamos trabajando. Este master universitario de trabajo social sanitario es el desarrollo natural del postgrado de trabajo social sanitario que se puso en marcha en el curso 2009-2010 y que surgía de una realidad profesional que venía marcada por la falta de formación universitaria específica y por un clamor creciente de la importancia de contar con esa formación. Una realidad que marcaba una pérdida progresiva de presencia en los órganos de decisión el sistema sanitario sobre todo después de la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Estas dos leyes, especialmente, supusieron un giro para el trabajo social sanitario, marcaron un antes y un después. Por una parte la primera establecía unas funciones de todos los profesionales sanitarios; la segunda, además, señalaba cuáles eran los requisitos para que una profesión sea considerada sanitaria. Así, por ley, el trabajo social sanitario quedaba fuera de ese reconocimiento. En la Intercolegial de sanidad celebrada el 8 de marzo de 2008 en el Consejo General de Trabajo Social, presenté una comunicación basada en la revisión de todas las leyes de las diferentes comunidades autónomas y los requisitos para que una profesión fuera considerada sanitaria. El Consejo General de Trabajo Social no atendió las sugerencias, así que fue necesario buscar apoyos en otros ámbitos.

En los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC, el Dr. Josep Estaban y el Dr. Julio Villalobos escucharon la propuesta de crear un primer Postgrado de trabajo social sanitario. La acogida fue muy satisfactoria y desde entonces cada año se ha podido celebrar una edición de postgrado. El camino se seguía andando y aquí estamos. Este presente en el que estamos, que años atrás era el futuro, es el resultado del esfuerzo de muchos profesionales, pero, sobre todo, de una estrategia de desarrollo y planificación de una nueva realidad para el trabajo social sanitario. Otro camino era el de ir hablando y debatiendo sobre ello. No obstante, ambas leyes citadas no dejaban lugar a dudas. Por tanto, es importante que en este módulo comprendamos algo elemental: la acción debe acompañar a los propósitos y estos deben apoyarse sobre la realidad cambiante que obliga a cambiar a quienes forman parte de ella.

El futuro de una profesión se construye y lo construyen sus profesionales, que con su práctica, estudio e investigación trazan caminos de evolución. Las nuevas prácticas se apoyan en las anteriores y vienen avaladas por evidencias y resultados.

Hace cuatro años, cuando preparaba esta parte del módulo escribí textualmente: "Además de la acción profesional, de la investigación aplicada y siempre aceptando la posible necesidad de reorganización del conocimiento, debemos ser conscientes de que el futuro profesional lo planificamos nosotros en gran parte. Este posgrado y su casi segura extensión a máster, con título reconocido dentro del espacio europeo, es un ejemplo de cómo el futuro se va construyendo con elementos del presente. Un presente que, a su vez, aunque sea un tópico, emerge del pasado, tanto en lo positivo como en lo negativo". El objetivo ha estado siempre claro y este master universitario no es el final, sino el principio de una nueva etapa para la profesión. Es un mapa de carreteras que cada profesional deberá recorrer por sí mismo. Lo colectivo, el entorno, está disponible, pero el camino es individual.

Que el trabajo social sanitario sea reconocido como profesión sanitaria, si bien el posgrado o el máster, añada un valor cualitativo y tangible a la aspiración, dependerá, además, de la práctica diaria repensada y reorganizada para que, como colectivo profesional, mostremos ese factor diferencial que imprime el trabajo social sanitario. Será esta realidad la que permita concluir con dicha aspiración de manera socialmente útil. Nunca debemos olvidar que nuestra profesión existe porque existen personas con dificultades o con probabilidades de tenerlas y porque estas personas necesitan ayuda profesional en un momento determinado de su vida, una ayuda profesional que se apoya en un diagnóstico social sanitario. Esta ayuda profesional sigue unos criterios, principios y valores que no son innatos sino que el profesional aprende.

Nuestro futuro como trabajadores sociales sanitarios está ligado al futuro del sistema sanitario, del cual, no podemos olvidar que formamos parte, y en el cual desarrollamos funciones estratégicas clave, asumiendo, a la vez, respon-

sabilidades con la ciudadanía, con la misma institución sanitaria y con las autoridades. Ese vínculo, no obstante, es un vínculo activo en el que participamos y que ejercemos con responsabilidad.

Debemos transformar el trabajo social sanitario en una disciplina líder por el papel fundamental que desarrolla en la médula de la sociedad cuando alguno de sus miembros enferma. La enfermedad rompe con los fundamentos básicos de la autonomía de las personas, las aparta temporal o indefinidamente, parcial o totalmente de su proyecto vital. Esto es algo que se repite a través de los tiempos y nada hace pensar que no siga ocurriendo. La irrupción de la enfermedad en la vida de las personas abre siempre un paréntesis, más o menos largo, en sus proyectos. Por tanto, el trabajo social sanitario del futuro seguirá interviniendo en ese territorio de la fragilidad y la vulnerabilidad humana, pero lo hará de acuerdo al conocimiento adquirido y generado, y mediante las técnicas más adecuadas. Los trabajadores sociales sanitarios somos los únicos profesionales que, tradicionalmente, integramos información sanitaria y psicosocial, e integramos y contextualizamos la información social de la persona. Como dijo Mary E. Richmond recordando al Dr. Cabot, con respecto a este tema: "no como una suma de disciplinas sino como su unión química". Esta unión "química" de elementos sanitarios y sociales, esta información integral contextualizada y enclavada en un entorno determinado, permite elaborar análisis en todas las direcciones y esferas, teniendo en cuenta, después, un gran número de escenarios que surgen de la realidad estudiada y no de la imaginación o de la anécdota. Escenarios que el paso del tiempo va modificando porque la misma realidad se modifica. El Servicio de Trabajo Social Sanitario del futuro, por tanto, seguirá atentamente esta evolución de los principales indicadores, siendo, por ello, un pilar importante y estratégico para la gerencia, que necesita información básica y veraz para que sus negociaciones anuales y defensa de presupuestos, resulte eficaz. La profesionalidad implica liderazgo, innovación, nuevas propuestas, desarrollo, y no una mera ejecución de tareas programadas. El trabajo social sanitario gestiona realidades de las personas enfermas y de sus familias, pero asumiendo un principio básico: las personas, sean las enfermas o las familias, siempre participan activamente en esa gestión.

Es frecuente escuchar reflexiones sobre el porvenir como si realmente fuera algo que viene de fuera y de muy lejos, como si estuviera en camino. El porvenir, al menos en las profesiones, si bien es cierto que está "por venir", también lo es que está casi "aquí", muy cerca y la información que vamos obteniendo en nuestro día a día, sea desde la gestión del servicio o desde la gestión de los casos, nos permite, en cierto modo, predecirlo. Evitaremos la confusión del término *predecir* con el término *predeterminar*. En lo social sanitario nada se puede predeterminar a priori, pero sí que, apoyados en el estudio de lo que se va dando, podemos predecir el corolario de probabilidades con respecto a la evolución de determinadas variables.

Vamos a señalar dos maneras de aproximarnos al discurso de lo que puede ser el trabajo social sanitario del futuro:

- Una, que descartamos de entrada por su poco fundamento, es a través de la pura especulación marcada por el deseo y la elucubración, un "*brains-torming* terapéutico". Un ir repitiendo lo que se debe hacer, con una elocuencia más o menos afortunada, pero sin mover un dedo para empezar a construir nada que se sostenga. No nos corresponde como profesionales, al menos a quienes estamos participando, en el rol que corresponda, como profesorado o alumnado en ese primer eslabón de cambio, la formación académica universitaria. La respuesta del profesional tiene que ser profesional y, como tal, siempre irá más allá de la respuesta del ciudadano, que podrá quedar atrapada o mediatizada por las emociones.
- Otra, con la que nos quedamos, es aplicar la misma teoría del diagnóstico social institucional. Por una parte tenemos unos hechos tangibles de diversa índole (demandas de ayuda, personas que cumplen criterios de riesgo, utilización de servicios externos, personas desatendidas, variación de la demografía, cultura organizacional, etc.) en la información interna de nuestros servicios. Por otra parte nos apoyamos en los factores (estructuras familiares, nuevas economías, nuevas políticas, tendencias epidemiológicas y de nuevas demandas, etc.). Con esta información interpretaremos nuestro presente y determinamos los caminos a recorrer para ir evolucionando según los principios del trabajo social sanitario (la generación de bienestar para las personas enfermas y sus familias a partir de ellas mismas, la promoción de programas de apoyo para generar autonomía social, etc.) pero adecuándonos a las nuevas necesidades (las que genera el propio desarrollo social en las diferentes sociedades). Nuevas necesidades que pasan por la generación de conocimiento.

Las preguntas obligadas que deberíamos hacernos son: ¿En qué hemos modificado nuestra intervención profesional estos últimos años? ¿Cuál ha sido nuestro itinerario como trabajadores sociales sanitarios? ¿Qué elementos nuevos hemos incorporado a nuestra práctica diaria, a nuestra gestión si somos jefes de servicio? ¿Qué herramientas de trabajo hemos desarrollado para ser más eficaces y eficientes? ¿Cuáles han sido nuestros resultados en materia de bienestar? Si seguimos en lo mismo de siempre, si estamos repitiendo una y otra vez el mismo discurso, estamos ante un claro signo de estancamiento intelectual y profesional. No es ese el camino que lleva al futuro esperable y, cabe insistir, socialmente útil. Una de las funciones de los profesionales sanitarios es la investigación y es sobre esta base que propondremos los cambios necesarios para paliar desde las instituciones las dificultades y problemas de las personas enfermas, propondremos programas de prevención, educación e intervención sanitaria.

Abrimos un breve paréntesis para clarificar conceptos incluidos en el mismo significado de futuro, centrándonos en el trabajo social sanitario y en su aplicación. ¿Qué encierra la idea de lo venidero tomando elementos de continuidad? Podemos decir que un progreso sostenible y sostenido por los hechos analizados desde la perspectiva que nos corresponde, la del trabajo social sanitario.

	Definición según la RAE (de utilización población general)	Adaptación al trabajo social sanitario (de utilización por los trabajadores sociales)
Evolución	<ul style="list-style-type: none"> Proceso de cambio mediante el cual se pasa de un estado de cosas a otro de una forma gradual (se opone a revolución). 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso de cambio social por el que se pasa de unas realidades a otras, lo que lleva de unos paradigmas a otros, condicionando éstos, a la propia intervención (nuevas teorías y organización) desde el trabajo social sanitario. Puede ser positiva o negativa.
Globalización	<ul style="list-style-type: none"> Tendencia de los mercados y de las empresas a extenderse, alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras nacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Tendencia de los servicios y establecimientos a extenderse más allá de los límites de los establecimientos donde se encuentran, planteando por ejemplo estudios multicéntricos, conformando bases de datos ciegos, aplicando técnicas de <i>benchmarking</i>, etcétera, que permitan igualar procedimientos y comparar beneficios en materia de bienestar social.
Globalizar	<ul style="list-style-type: none"> Considerar (un problema, una serie de informaciones, etc.) en conjunto, sin especificar las partes. 	<ul style="list-style-type: none"> Considerar (un problema social sanitario, una serie de informaciones) en conjunto, sin especificar las partes.
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> Plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado, tal como el desarrollo armónico de una ciudad, el desarrollo económico, la investigación científica, el funcionamiento de una industria, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan general desde el trabajo social sanitario, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado, tal como la adecuación constante de los medios de apoyo al tratamiento social sanitario a las necesidades de la ciudadanía, la generación de conocimiento para lograr mayores cotas de bienestar social para las personas enfermas atendidas en el sistema sanitario incluyendo momento del alta sanitaria.
Reto	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo difícil que constituye un estímulo y un desafío para quien se lo propone. 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo difícil, pero posible, que mejorará las cotas, objetivas y subjetivas, de bienestar de las personas enfermas atendidas en el sistema sanitario.
Tendencia	<ul style="list-style-type: none"> Propensión o inclinación en los hombres y en las cosas hacia determinados fines. 	<ul style="list-style-type: none"> Propensión o inclinación en las personas enfermas, en sus familias, en las estructuras de servicios hacia determinadas necesidades.

Breve glosario de términos adaptados al trabajo social sanitario.

En la primera columna encontramos la denominación del concepto, en la segunda, su definición según el diccionario de la RAE y en la tercera, una adecuación al trabajo social sanitario.

3. Dimensiones para definir los retos básicos del trabajo social sanitario

Genéricamente contemplaremos cinco dimensiones básicas de la intervención desde el trabajo social sanitario:

- Las personas. Los enfermos, sus familias y los profesionales.
 - Población. De riesgo o susceptible de ser atendida.
 - Profesionales. Especializados en diagnósticos médicos.
 - Las autoridades políticas.

- Su entorno y medioambiente.
 - Entorno familiar y espacio donde las personas desarrollan su vida.
 - Ciudades y espacios saludables.
 - Empresas "inteligentes" y humanizadas.

- Las estructuras e instituciones.
 - Los sistemas de información.
 - Los circuitos administrativos y sistemas de valoración.
 - Los sistemas de evaluación e investigación.
 - La formación continuada y generación de conocimiento.

- Las políticas sanitarias y sociales.
 - Partidos políticos. Programas electorales y filosofías básicas de su estructura doctrinal.
 - Gobierno. Acciones desarrolladas por el gobierno para elevar las cotas de bienestar de las personas enfermas.

- Las tecnologías de la información y la comunicación y las redes sociales en Internet.
 - La robótica al servicio de las personas.
 - Redes sociales tecnológicas con finalidades de apoyos diversos.

Desde el trabajo social sanitario podemos y debemos influir en las cinco dimensiones, pues las personas a las que atendemos, sus familias, sus redes sociales comunitarias, se ven afectadas por sus propias estructuras internas (personalidad, carácter, capacidades, habilidades frente a la enfermedad), su entorno y medioambiente (vivienda, trabajo, espacios lúdicos), las estructuras sociales (las instituciones, las organizaciones, las asociaciones y las entidades), las políticas sanitarias y sociales (cómo se afrontan las situaciones de desvalimiento, de necesidad, de pérdida de autonomía social) y, finalmente, las tecnologías de la información (uso, vínculos establecidos a través de ellas con otras personas, confianza que les generan).

En cada una debemos ver la influencia positiva que el trabajo social sanitario puede ejercer apoyándose en sus propios cimientos y conocimientos.

4. El trabajo social sanitario en la sociedad de las tecnologías de la información y la comunicación. El futuro, el desarrollo de competencias

Aunque nos situemos en el futuro, no podemos ni debemos olvidar el pasado, el nacimiento de la profesión y por qué nació y cómo nació.

En ese nacimiento convergen los principios filosóficos y diferenciadores, a la vez que identificadores, de la profesión y, por tanto, aquello que los profesionales en su ejercicio deben satisfacer. ¿Cómo sabemos que el profesional que nos está atendiendo es un trabajador social sanitario? ¿Cómo lo identificamos? El diagnóstico social sanitario seguirá siendo el elemento identificativo por excelencia y sobre éste, debemos señalar que no podemos confundirlo con una descripción o listado de problemas que, dicho sea de paso, está al alcance de todos los profesionales el verlos. Dedicaremos un módulo al diagnóstico social sanitario y profundizaremos sobre ello, pero este punto (no confundir el diagnóstico social sanitario con una lista de problemas) es esencial para evitar, entre otros asuntos, el intrusismo. Otro elemento identificativo del trabajo social sanitario es que las personas implicadas siempre son parte activa de todo el servicio que se esté prestando. Cuando un profesional deja a la persona de lado, se limita a cubrir unos formularios y a acreditar que ésta cumple con los requisitos y baremos establecidos, ello no puede considerarse trabajo social sanitario.

El trabajo social sanitario, en el plano de lo micro, atiende y seguirá atendiendo a personas afectadas de enfermedades que les rompen su continuidad vital, las apoyará mediante servicios que les permitan superar, en gran parte por sí mismas, las dificultades. En el plano de lo macro, seguiremos proponiendo nuevas formas de atención, nuevas estructuras de apoyo y seguiremos siendo críticos con la eficacia y la eficiencia de los servicios y programas de apoyo. Seguiremos proponiendo soluciones y señalando déficits. Seguiremos trabajando para las personas, pero con las personas.

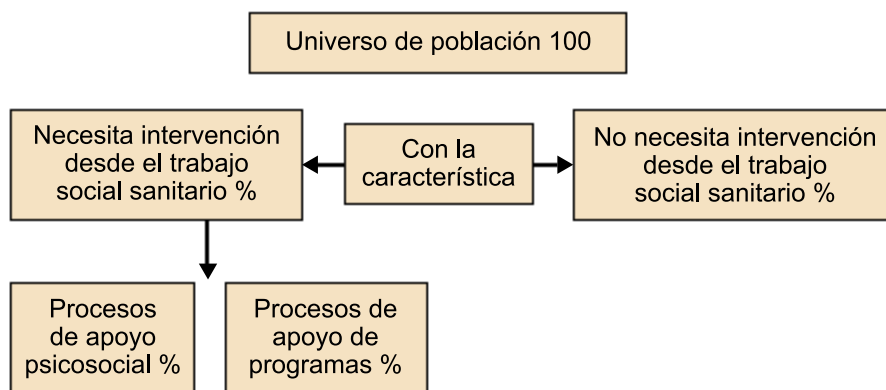
El trabajo social sanitario del futuro, no obstante, deberá ser más eficaz y eficiente en su papel como agente social de cambio. Esta eficacia y eficiencia deberá probarse partiendo de metodologías de análisis longitudinal en las que, aplicando los mismos procedimientos, protocolos y métodos, se patentizan las tendencias. Hemos visto en el módulo de modelos de gestión como evolucionó la demanda de apoyo en una comunidad concreta a lo largo de cinco años. El análisis de las tendencias es una importante herramienta de apoyo a la gestión del servicio y por ende, como se viene diciendo, a la gestión gerencial y política. Como señala y desarrolla Henrik Vejlgard en su libro *Anatomía de una tendencia*: "detrás de cada tendencia hay patrones previsibles" dejando claro que no se trata de un ejercicio de intuición sino de análisis y observa-

Referència bibliogràfica

H. Vejlgard (2008). *Anatomía de una tendencia. Una mirada fascinante a los patrones de su origen*. México: McGraw-Hill Interamericana.

ción. Para ello, las tecnologías de la información y comunicación serán herramientas esenciales que contribuirán directamente a esa eficacia organizativa, pero la eficiencia seguirá estando en nuestras manos. Las tecnologías permiten tratar grandes volúmenes de información, permiten obtener indicadores en tiempo real. La información veraz y representativa sobre la que trabajaremos será la base de la planificación y promoción de servicios y programas de acuerdo con las funciones básicas de todos los profesionales sanitarios, mencionadas con anterioridad. Es importante asumir que no podemos planificar un servicio únicamente con la información disponible si nuestra intervención se da exclusivamente a demanda. La intervención a demanda deja fuera a todas aquellas personas que, con las mismas características, no tienen la iniciativa de pedir ayuda. Por ello en el futuro, la intervención a demanda deberá ceñirse a emergencias, a acogidas, a circunstancias puntuales. Sin embargo, para el resto de la población habremos diseñado programas, procedimientos y protocolos de intervención sistemática a partir de criterios de riesgo.

Así, del universo de población atendida en nuestros servicios, diferenciaremos a aquellas personas que cumplen con la característica acreditada como de riesgo, y entre ellas, a las que no pueden afrontar su nueva realidad en solitario de las que sí pueden. Ambos grupos presentan la característica o hecho diferencial, pero su *resilience* marca diferencias en las necesidades de intervención desde el trabajo social sanitario. A continuación presentamos un esquema simple de análisis, pero que puede ser una mini guía de organización de un sistema de información para poder tener la foto del momento y la evolución de la tendencia.



Esquema de la presentación de los indicadores del proceso

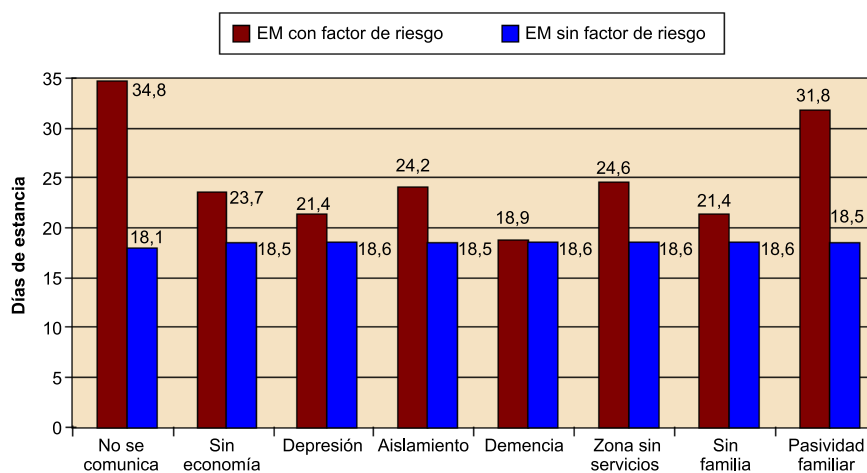
Este sencillo esquema, de momento inexistente en los Servicios de Trabajo Social Sanitario del país, nos permitirá relativizar sobre los procesos de trabajo social sanitario y la probabilidad de prestación de cada uno cuando se presenta una u otra característica o criterio, sin olvidar que todo ello quedará recogido en el diagnóstico social sanitario. Y ello siempre ajustado a la realidad de nuestra área de intervención, nuestra área sanitaria. La homogeneización

de los instrumentos y métodos de trabajo de todos los profesionales de un área o región permitirá agrupar información de diferentes establecimientos y comparar poblaciones entre sí.

La siguiente gráfica muestra una información de interés para la gestión de la gerencia: el análisis del tiempo de hospitalización de las personas que presentan alguna característica de riesgo frente a las que no la presentan. Toda la población de muestra fue atendida de acuerdo con el procedimiento del programa de la planificación del alta (también tendremos un módulo específico dedicado a ello).

Esta gráfica la debemos ver como un ejemplo aislado, cuyos resultados no son extrapolables, pero para el hospital donde se realizó la investigación en 1997, representó una información de gran ayuda a la gerencia que, después de un proceso de fusión hospitalaria, continuó apoyando el protocolo de planificación del alta hospitalaria y la intervención sistemática del Servicio de Trabajo Social Sanitario, frente a algunas voces de profesionales médicos y de enfermería del nuevo hospital que "no entendían" cómo no eran ellos los que solicitaban la intervención de los trabajadores sociales sanitarios.

Estancia media según factores de riesgo social N=2.775



Ejemplo de "manifestación del problema" referido a la estancia media

El trabajo social sanitario en el futuro deberá contemplar, en todos los casos, ambos grupos unidos por la característica de riesgo probado, e interpretar dichas diferencias: las diversas maneras como se comportan las agrupaciones de personas que comparten un hecho relevante, una enfermedad, un problema social, etc. Puede parecer extraño presentar un ejemplo del año 1997 como muestra de futuro, pero mientras esas prácticas evaluativas no se generalicen seguirán siendo un objetivo a alcanzar y una función del trabajo social sanitario del futuro, y el año en el que se realizó la experiencia será lo de menos, seguirá siendo una buena argumentación para replantear y actualizar los sistemas de información habituales.

Para que ello sea posible empezaremos a identificar dichas realidades hoy en nuestro espacio de trabajo. Las compartiremos con aquellos otros servicios en donde sigan las mismas metodologías.

El primer paso es necesario en nuestro presente más inmediato, más reducido, para ir estableciendo, longitudinalmente, indicadores de demanda, de necesidad, de apoyo, etc. y así poder seguir dando pasos. Como la intervención se da, o se dará, por procedimientos o protocolos, los indicadores no serán algo

aleatorio ni discrecional, serán representativos de nuestro medio, de la población a la que atendemos y, por ello, servirán de justificación para determinadas propuestas que habrán reducido los sesgos de lo general. El trabajo social sanitario del futuro deberá dejar de lado lo exclusivamente narrativo e ideológico y tomará sobre todo el empirismo como fuente de sus acciones. Cuando hablamos de trabajo social sanitario del futuro hablamos de una atención ordenada, estructurada de acuerdo a procedimiento y protocolos, de acuerdo a teorías probadas, de acuerdo principios y valores, pero sobre todo de acuerdo con la legalidad vigente y a las líneas estratégicas señaladas por los organismos y entidades rectoras; hemos visto que sigue procedimientos definidos cuyas fases son estadística y funcionalmente validadas. Ese orden no debe confundirse con una estructura mecanicista: en el trabajo social sanitario combinamos métodos científicos con el vivir de las personas, por tanto, lo "en gran parte" impredecible individualmente, sin embargo, predecible dentro del colectivo del que se trate.

Pero como hemos visto, nunca vamos en contra de lo humano, "bueno" y "benéfico" para las personas. Éste es el arte que desprende nuestra disciplina y queda en nuestras manos seguir manteniéndolo vivo dentro de un entorno científico. Si burocratizamos nuestra intervención empezaremos a despersonalizarla y a quitarle competencias. Cualquiera puede completar una escala, cualquiera puede aplicar un indicador, pero no cualquiera puede ayudar profesionalmente a una persona y a su familia con problemas. Si seguimos burocratizando nuestra acción, cualquier burócrata, a la larga, podrá suplirnos.

Ante nuestras acciones, debemos ser capaces de contestarnos: ¿por qué ése y no otro paso?, ¿por qué ese programa y no otro?, ¿por qué esa intervención ahora y no más tarde o antes?, etc. Debemos plantearnos estas preguntas y deben formar parte de los controles de calidad de nuestras intervenciones.

Introducimos, además, un nuevo elemento para el futuro: diferenciaremos lo que es un problema susceptible de ser atendido desde el trabajo social sanitario, ya sea desde la jefatura de servicio o desde la misma asistencia, de la manera como se manifiesta este problema en los casos sociales sanitarios y en el entorno, en el sistema sanitario, en el establecimiento en el cual ejercemos.

Vamos a precisar. Un *problema* según la RAE es "una dificultad, un conjunto de circunstancias que impiden la consecución de un fin u objetivo". La manifestación de un problema se da a partir de síntomas, de conductas, de indicadores, de demandas, etc.

Ejemplo

Un problema de saturación de los servicios sociales se manifiesta (cabe realizar el cálculo en cada establecimiento) con una mala utilización del hospital que por falta de drenaje se puede ver obligado a anular algunas altas, lo que aumenta la estancia hospitalaria. En la gráfica anterior sobre el tiempo de hospitalización tenemos un ejemplo de manifestación de un problema de servicios de soporte para esta población que presenta dicha característica y está ingresada en un hospital. Ello sería un ejemplo simple de intervención desde la jefatura del Servicio de Trabajo Social Sanitario, pues dichos datos se encuentran en su sistema de información.

Otro ejemplo, éste en el ámbito asistencial, sería un caso social sanitario en el que la mala relación (discusiones, agresiones verbales, abusos económicos por parte del hijo) entre padre e hijo lleva a que el padre no siga las indicaciones terapéuticas, no cumpla con la medicación, se niegue a vivir, se encuentre en un estado depresivo y por tanto, ponga en riesgo su vida.

Normalmente nos enfrentamos a la manifestación del problema y averiguar cuál es el problema forma parte de la primera investigación del caso.

Así iremos identificando problemas y sus manifestaciones que, previo diagnóstico social sanitario, acompañaremos de las intervenciones que se hayan probado como las más eficientes y eficaces.

Si pensamos en términos generales, la operativa de atención desde el trabajo social sanitario se activa a partir de la manifestación del problema o de su prevención. Esta expresión de desajuste, ya dado o probable, es la que en un inicio permite al trabajador social sanitario adentrarse en la realidad del núcleo de intervención, la persona y/o familia, siempre siguiendo el procedimiento más adecuado o el protocolo si está definido. El primer paso lleva al trabajador social sanitario a investigar sobre la manifestación del problema.

Reingresos frecuentes

Si la investigación es correcta, se sabrá definir y diagnosticar el problema, sus elementos, y con ello se desarrollará un buen plan de trabajo casi siempre de intervención múltiple.



Esquema de estudio de la "manifestación del problema" y sus posibles causas

La figura anterior es un ejemplo que permite ver los entresijos escondidos en la manifestación del problema. Si nos limitamos a compensar la enfermedad y a dar de alta nuevamente a la persona una vez recuperada, estamos atendiendo, maquillando la manifestación del problema, pero no trabajamos para resolver o aminorar los problemas que llevan a la persona a esa situación de "reingresos frecuentes".

5. Los retos generales en el trabajo social sanitario del futuro

Vamos a reflexionar sobre los retos a los que nos enfrentamos en un futuro inmediato y más a largo plazo:

- **Reto 1. De la intervención a demanda a la intervención sistemática según criterios de riesgo.** La intervención a demanda (reactiva) debe cambiar por la intervención por programas definidos por factores de riesgo (proactiva). La generación constante de conocimiento nos permitirá adelantarnos y, por tanto, la intervención proactiva (sistemática) irá suplantando a la intervención reactiva (cuando se observa el problema). En cualquier caso, la intervención a demanda debe verse como una manera obsoleta de intervenir; al contrario de la intervención sistemática, en la que ante la presencia de determinados diagnósticos médicos o criterios de riesgo intervendremos sin necesidad de demanda. La intervención a demanda es una manera de exclusión, dado que dejamos en manos de las personas su conciencia de problema: la que no demanda no recibe atención. Desde el trabajo social sanitario sabemos que muchas veces uno de los problemas con los que nos enfrentamos en la ausencia de conciencia de la presencia de problemas por parte de la persona o su familia. Ello da paso al segundo reto.

- **Reto 2. La elaboración del diagnóstico social sanitario.** Después de la atención del síntoma o manifestación del problema, seguiremos estudiando el caso para establecer el diagnóstico social sanitario y poder elaborar un plan de trabajo cuyos pasos vayan resolviendo los problemas siempre con la participación activa de las personas implicadas.

La satisfacción de demandas, sin su estudio previo, no requiere de un profesional especializado, sólo de alguien que conozca los pasos burocráticos para satisfacerlas. Desde el trabajo social sanitario escuchamos la demanda, sabemos que en ella encontramos la puerta de entrada al caso social sanitario, como también encontramos el cómo las personas creen que se pueden solucionar sus dificultades, pero estudiamos el caso social sanitario y lo diagnosticamos determinando sus circunstancias y el apoyo, los servicios que mejor y más pronto devolverán la autonomía a la persona y a su familia. Diseñamos el plan de trabajo y el camino de la recuperación para que tanto la persona como su familia puedan alcanzar más bienestar, pero es un proceso largo, y la progresiva complejidad de la sociedad actual suele congregarse en cada caso social a diferentes equipos que se ven obligados, por el bien de las personas, a coordinarse o como mínimo establecer un protocolo de derivación para evitar que la persona pueda quedar desatendida o mal atendida. Ello nos obliga a definir las pautas de coordi-

⁽¹⁾A. Gordon Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (pág. 130-131). Nueva York y Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

nación y derivación. Recordemos en este punto cómo explicaba Gordon Hamilton¹ la coordinación:

"Cuando la agencia A termina el tratamiento y transfiere el caso a la agencia B no se puede decir que se trate de un caso coordinado. En el mejor de los casos es mejor explicar al cliente las facilidades comunitarias para que sea él quien apele directamente a la agencia B. De hecho, si la agencia A "prescribe" para la agencia B, este "tándem" de relación nunca funciona bien. Transferir un caso propiamente significa hacerlo con el consentimiento del cliente si está indicado entre los trabajadores sociales compartir el diagnóstico y el tratamiento aplicado hasta la fecha. Un caso coordinado significa que el plan de tratamiento está guiado a la vez por dos o más agencias o por dos o más trabajadores sociales y discutido desde el principio".

Así pues, diferenciaremos la coordinación siguiendo la teoría de Hamilton de cualquier otra forma de relación profesional y de la misma de derivación, siendo evidente que cada caso requerirá de una u otra técnica, y de la misma de derivación. Y aquí se nos configura el tercer reto.

- **Reto 3. La continuidad asistencial.** La intervención de diferentes equipos, de los mismos o diferentes ámbitos, debe garantizar la continuidad asistencial sin interrupciones ni roturas de la cadena de atención. Siguiendo dentro del mismo ejemplo, pueden darse dos circunstancias:
 - Que la persona pueda recibir el apoyo y el servicio prescrito cuando lo necesita sin tener que esperar.
 - Que el servicio que necesita la persona esté colapsado y entonces éste sea sustituido por algún otro apoyo que, sin ser el indicado, resuelve parcialmente la necesidad.

Esta situación nos lleva al cuarto reto.

- **Reto 4. La optimización de los recursos.** La garantía del uso adecuado de los recursos públicos y privados conociendo la adecuación entre el recurso utilizado y el necesario. La distancia que suele darse entre las dos líneas resultantes, recursos necesarios y recursos utilizados dentro de los servicios prestados, debe reducirse progresivamente, siendo el objetivo que desaparezca. Ello significará que se están dando las respuestas adecuadas con los medios más adecuados.

La suplantación de unos recursos por otros, de unos servicios por otros, los que serían óptimos por los que se encuentran disponibles en un momento, genera desequilibrios de utilización y de rendimiento social, pero sobre todo financieros porque las cargas reales de trabajo se ven alteradas por las previstas o programadas.

La inadecuación genera costes de ineficacia e ineficiencia puesto que tanto si la persona necesita un servicio complejo o no tanto, la relación coste-efectividad se ve truncada por la mala utilización, o porque se le exige más o porque prestando más, requiere menos. Debemos conocer cuál es la magnitud real de esta situación de desajuste así como lo que implica para

las personas y para la economía del sistema de bienestar. Así llegamos al quinto reto.

- **Reto 5. Las TIC al servicio de la eficacia y la eficiencia.** La utilización de un sistema de información que permita conocer en tiempo real y por periodos los desequilibrios entre las necesidades diagnósticas y la utilización de servicios y programas, tanto por exceso como por defecto. Esta información resulta muy valiosa para planificar futuros servicios y programas, puesto que permite adecuar los recursos a las necesidades de la población de un territorio o zona determinada.

La delimitación territorial marca unos perfiles de población que diferencian unos territorios de otros. Este equilibrio permitirá acontecer el gran reto del siglo XXI, la sostenibilidad de los sistemas de bienestar. Y ello nos conduce al sexto reto.

- **Reto 6. La sostenibilidad.** Los recursos sociales, los sanitarios, los socio-sanitarios, públicos o privados son finitos, rivales entre sí y, por tanto, se hace necesario un uso justo de ellos. Decimos que la mayoría de los recursos son rivales porque si los utiliza una persona no los puede utilizar otra. Por eso los trabajadores sociales sanitarios velaremos para que los recursos los utilicen las personas que los necesitan no sólo en lo sanitario, sino también en lo social. Lo social siempre condiciona lo sanitario cuando la persona se encuentra en su domicilio. Es el momento de recordar que es distinto el recurso utilizado que el servicio prestado, del cual el recurso será una parte, una herramienta

Pero, en paralelo, también estudiaremos qué ocurre con las personas que necesitan los recursos y no pueden utilizarlos. Requerimos profesionales del trabajo social sanitario que estudien con metodologías adecuadas las necesidades reales de las personas enfermas y sus familias, y eviten la utilización de recursos a partir de necesidades potenciales y esquemas puramente administrativos o sesgados por una visión reduccionista. El trabajo social sanitario, de la mano de sus profesionales, resulta un excelente promotor de la sostenibilidad del sistema sin que el cliente se sienta abandonado o insuficientemente atendido (este sentimiento se refiere a la calidad percibida). Con este llegamos al siguiente reto, el séptimo.

- **Reto 7. La responsabilidad social en el uso apropiado de los servicios.** La educación de las personas en el uso adecuado de los recursos es otro factor clave para encarar el futuro desde el trabajo social sanitario. Nuestro objetivo es que éstas puedan gestionar su salud y necesiten lo mínimo del sistema sanitario, como sinónimo de que han ganado autonomía. En el trabajo social sanitario la función educativa la asignó el Dr. Cabot y en la mayoría de sus textos hace claras referencias a ese aspecto esencial del trabajo social sanitario. La educación desde la interdisciplinariedad se promueve simultáneamente a la prestación de la misma atención. El consumo de recursos externos debe quedar plenamente justificado y las personas que los consumen deben ser conscientes de que ello, su utilización,

⁽²⁾P. F. Druker (1993). *La sociedad poscapitalista* (pág. 90). Barcelona: Editorial Apóstrofe.

es posible gracias a su buena gestión, a la buena gestión del sistema de bienestar social.

Peter Druker² escribía en 1993:

"Salvo que aprendamos a aumentar la productividad de los trabajadores del saber y de los servicios, y lo hagamos rápido, los países desarrollados se enfrentarán al estancamiento económico y a una grave tensión social. [...] Un gran número de trabajadores de los servicios realizan tareas que exigen una especialización baja y un nivel de educación relativamente pequeño; si una economía cuya productividad es baja procura pagarles un salario considerablemente por encima de sus resultados, la inflación erosionará inevitablemente los ingresos reales de todos."

De la mano de Druker vamos directamente al reto octavo.

- **Reto 8. La generación de bienestar.** La producción de bienestar será mensurable para las instituciones pero, además, el ciudadano debe percibirlo como algo que le beneficia no sólo a él, sino también al resto de la ciudadanía en general. Esta percepción también debe medirse.

Todos los puntos anteriores se resumen en un concepto, *calidad total*³. Para Deming, uno de los padres de la calidad total, ésta requiere tres condiciones:

- La satisfacción de los clientes. Preguntándoles a ellos.
- La motivación de los profesionales. Aplicando herramientas de medición subjetiva y objetiva.
- El mínimo coste. Gestionando y aplicando instrumentos de apoyo.

Autores de reconocido prestigio que han estudiado el concepto de calidad y su práctica son, entre otros, los siguientes:

- Joseph M. Juran (1904-2008). Como a Deming se le considera padre y fundador del concepto de calidad total.
- Avedis Donabedian (1919-2000).
- Bill Creech (1927-2003).
- Kaoru Ishikawa (1915-1989).
- Armand V. Feigenbaum (1922).
- Philip Crosby (1926-2001).
- H. James Harrington (1929-).

Así llegamos al reto nueve.

- **Reto 9. La prestación de servicios de calidad percibida y objetiva.** Los primeros pasos del concepto de la calidad tuvieron lugar en el mundo industrial japonés después de que la industria norteamericana rechazara dichas teorías.

Para Deming⁴: "Todos los procesos son susceptibles de pérdida de la calidad por mor de la variación: si se gestionan los niveles de la variación, es posible reducirlos y aumentar la calidad".

Juran⁵, promotor de la gestión de la calidad total en la empresa, veía: "La gestión de la calidad como metodología para gestionar los costes evitables

⁽³⁾ M. Walton (1990). *The Deming management method*. G. P. Putnam's. Nueva York: Sonidos.

⁽⁴⁾ C. Kennedy (1994). *Guide to the management gurus*. Edición especial para *La Actualidad Económica* (tomo I).

⁽⁵⁾ C. Kennedy (1994). *Guide to the management gurus*. Edición especial para *La Actualidad Económica* (tomo II).

e inevitables de la calidad proporcionando así un patrón para medir el coste de un programa de calidad".

La gran diferencia, no obstante, entre el sector industrial comercial y el sector sanitario y de servicios personales es que mientras que en el primero el consumidor adquiere un producto elaborado, terminado, lo ve, lo prueba, decide sobre si lo adquiere o no, puede cambiarlo por otro, en el segundo, el cliente (ya no procede hablar de consumidor) asiste en primera persona a la elaboración y prestación del producto (en este caso servicio) que está recibiendo de cada profesional. Él, el cliente, es la parte principal de esa elaboración del servicio, de las gestiones, de las informaciones que se generan. Es testimonio, en tiempo real, de cómo los profesionales, centrados en el trabajo social sanitario, ensamblan el conjunto de acciones que conforman el proceso social sanitario.

La garantía de la calidad total dentro de los servicios de trabajo social sanitario se basará en estándares definidos en tres esferas citadas en el punto anterior.

Debemos ser capaces de medir las tres esferas, pues de lo contrario no podremos hablar de que estemos prestando servicios de calidad. El principio de coste-eficacia estará presente en todas las decisiones que tomemos como profesionales.

Debemos desarrollar una mentalidad científica para que sirva de andamio a nuestro desarrollo como profesionales y como profesión en general. Howard Gardner en su libro *Las cinco mentes del futuro* propone:

- La mente disciplinada.
- La mente sintética.
- La mente creativa.
- La mente respetuosa.
- La mente ética.

Una característica del proceso sanitario, así como del proceso social sanitario, es su irreversibilidad, o que resulta muy difícil de reorientar. Ante determinados errores, deshacer es complicado, por no decir imposible, lo que obliga a reiniciar otro proceso reparador incrementando los costes.

En términos generales debemos respondernos a las siguientes preguntas: ¿cómo sabe la persona si la actividad profesional es la adecuada o no para su necesidad?, ¿tiene conocimientos, el cliente, que le permitan evaluar el servicio que recibe?, ¿sabe si el profesional en cuestión realiza todo lo que procede, o, por contra, está cometiendo algún error?

Por lo general, las personas no pueden realizar esta valoración más allá de lo que su percepción o sensación les permite. Pero esa sensación es determinante, en gran parte, para una buena evolución. Los clientes casi siempre carecen

Referencia bibliográfica

H. Gardner (2008). *Las cinco mentes del futuro*. Barcelona. Paidós.

de los conocimientos científicos necesarios para valorar científicamente las acciones, pero sí valoran cómo les atendemos, cómo les explicamos, cómo les orientamos.

En este sentido, conviene recordar a Akerlof, Spence y Stiglitz, ganadores del Premio Nobel en Economía en 2001 por sus estudios sobre los mercados de información asimétrica que explican de la siguiente manera:

"Aquéllos 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* (año VII, núm. 19, pág. 173-175).

En una alta frecuencia, en el sistema sanitario, la relación entre los profesionales sanitarios, incluyendo aquí a los trabajadores sociales sanitarios, y los clientes se da bajo esta asimetría, la limitación de los conocimientos de trabajo social sanitario, de medicina, de enfermería, etc. genera esquemas que responden a la definición dada de información asimétrica.

Entonces, cabe preguntarse de nuevo ¿qué es lo que puede evaluar realmente la persona, su familia respecto a la calidad del servicio recibido en el servicio de trabajo social sanitario? y ¿cómo se gestiona esa asimetría que puede generar malestar con el servicio recibido?

Ejemplo

- ¿Cuánto tiempo puede esperar una persona para recibir la primera visita de trabajo social sanitario?
- ¿Cuál es la alternativa cuando el proceso social se ve fragmentado por falta del apoyo requerido?
- ¿Qué sistema de priorización de ayudas se establece?
- ¿Cuáles son los parámetros de coordinación y/o derivación?
- ¿Cuándo el servicio interviniente debe contactar con el servicio receptor?
- ¿Qué supone para las personas, en salud, en tiempo, en desajustes psicosociales, problema laborales, ese diferido entre el reconocimiento de la necesidad de ayuda y la gestión de esa ayuda, con la obtención de dicha ayuda?
- ¿Cómo la falta de esa ayuda tangible dificulta nuestro tratamiento social de caso? Etcétera

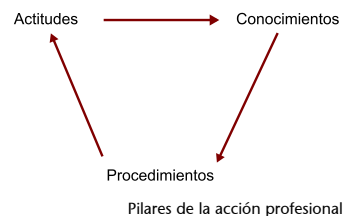
Por tanto, la introducción de la filosofía de la calidad en el servicio de trabajo social implica diferenciar un servicio de "calidad" de uno de "no calidad". ¿Cuáles son los indicadores considerados básicos de calidad sobre los cuales se inician las progresivas comparaciones que señalarán las tendencias?

Todo ello requiere tener identificadas las actividades, gestiones, técnicas, fuentes de información, etc. que integran los principales procesos sociales sanitarios. Y cosa bien diferente será diferenciar el peso de dichos procesos en los diferentes casos sociales sanitarios tomando como diferenciados la variable "Complejidad".

6. Los trabajadores sociales sanitarios del futuro y los pilares de la acción profesional

Ya hemos señalado los tres pilares clásicos sobre los cuales se sostiene toda intervención profesional:

- **Las actitudes.** Ejemplarizan la forma como los trabajadores sociales sanitarios atienden a las personas enfermas y sus familias, cómo se relacionan con el resto de profesionales, cómo se comunican, cómo se enfrentan a los hechos, cómo conciben su función de ayuda, cómo la asumen en su práctica diaria y cómo se responsabilizan de su función de agentes de cambio.
- **Los conocimientos.** Corpus teórico de la disciplina que sustenta las teorías y principios sobre los que nos apoyamos. Las teorías nos permiten la conversión en profesionales que combinan los conocimientos con la práctica y, a la vez, mediante el método científico, generan nuevo conocimiento.
- **Los procedimientos.** Son la base científica y secuencial sobre la cual se sustenta la actividad para lograr un fin. Los procedimientos de trabajo social sanitario, en su centro de gravedad, incluyen el diagnóstico social sanitario y de éste se desprenden los procesos (tipologías de apoyo) que llegan a las personas en forma de servicios y apoyos. Cuando estos procedimientos quedan suscritos a una realidad muy concreta hablamos de *protocolos*.



¿Cuáles son los nuevos retos de los trabajadores sociales sanitarios respecto a cada uno de los pilares descritos?

- **Nuevos retos en el pilar de las actitudes**
 - La prudencia será un valor del servicio. En lo social evitaremos precipitarnos en la toma de determinadas decisiones sin antes valorar su pertinencia y sus consecuencias directas.
 - Buscaremos los puntos fuertes, los aspectos positivos, las salidas a las dificultades, gestionaremos las oportunidades. Dejaremos atrás la queja por la queja, que tan presente está en los foros profesionales.
 - Asumiremos responsablemente los diagnósticos sociales sanitarios que emitamos y podremos defender nuestro plan de trabajo desde lo racional, lo lógico y lo humano. Sabremos el porqué de todo ello.
 - Mantendremos viva la capacidad de observar y estudiaremos e investigaremos nuestras bases de datos. Confirmaremos las hipótesis.

- Evitaremos analizar información sin relevancia ni representatividad, lo cual aboca a errores de interpretación y falsas propuestas que, a la larga, facilitan la pérdida de credibilidad.
 - Dejaremos de lado los discursos elocuentes para impresionar pero vacíos de contenido. El trabajo social sanitario es, sobre todo, acción.
 - Trabajaremos por la credibilidad del servicio y generaremos confianza en la población cumpliendo con nuestra palabra.
 - Mantendremos la conciencia de que somos profesionales y, por tanto, en nuestras intervenciones aplicamos teorías, técnicas y métodos.
 - Garantizaremos la claridad y transparencia de las intervenciones pudiendo acreditar que era lo mejor para la persona y su entorno.
 - Aplicaremos la estrategia para alcanzar los objetivos que nos marquemos y sabremos medir el porcentaje de los logros.
 - Evitaremos caer en el tópico de que, como todo funciona mal, nada vale la pena y no es necesario esmerarse. Nuestra responsabilidad es precisamente abrir caminos.
 - Tomaremos conciencia de que cada decisión profesional tiene infinidad de consecuencias psicosociales y socioeconómicas tanto para la persona como para el núcleo familiar o red social en las que se encuentra, pero también sobre los recursos del sistema de bienestar.
 - Exigiremos la eficiencia del sistema, denunciaremos si es necesario y aportaremos elementos que avalen y prueben objetivamente nuestras propuestas.
 - Promoveremos la autoevaluación profesional para mejorar las prácticas.
 - Evitaremos el miedo a la innovación y a lo nuevo.
- **Nuevos retos en el pilar de los conocimientos**
 - Especialidades dentro de la especialización.
 - La acción y la intervención se apoyan en el conocimiento y derivan de él, retroalimentándolo.
 - El aprendizaje de nuevas metodologías adecuándolas a las diferencias que imprimen, en lo psicosocial, los diferentes diagnósticos médicos.

- El desarrollo de habilidades de cálculo para combinar lo cualitativo con lo cuantitativo.
 - La creación de espacios de debate a modo de sesiones clínicas para evaluar los casos atendidos desde el trabajo social sanitario y evaluación de los planes de trabajo diseñados.
 - El aprendizaje de técnicas de estadística aplicadas a las ciencias de la salud y establecimientos sanitarios.
 - La inclusión activa de la investigación en trabajo social sanitario como una función propia.
 - El desarrollo de técnicas diagnósticas para complementar el diagnóstico social sanitario.
 - La evaluación periódica de diagnósticos sociales sanitarios y diagnósticos sociales institucionales para proyectar programas de futuro.
 - Otras.
- **Nuevos retos en el pilar de los procedimientos**
 - Profundizaremos en el estudio y la aplicación de los procedimientos, de los protocolos (procedimientos aplicados a una situación o circunstancia determinada), lo que facilitará la evaluación y controles de calidad en trabajo social sanitario.
 - Diferenciaremos entre la función asistencial y la función gestora. Cuando el servicio de trabajo social sanitario cuente con tres profesionales o más, uno de ellos deberá asumir la función de gestión con dedicación exclusiva.
 - Incorporaremos las tecnologías de la información y la comunicación en la actividad diaria como herramienta de apoyo habitual a la actividad profesional y como elemento de comunicación con los clientes.
 - Fundamentaremos los planes de trabajo y la realización de propuestas en los diagnósticos sociales sanitarios individuales y los diagnósticos de situación emitidos.
 - Evaluaremos periódicamente los beneficios sociales obtenidos con nuestra actividad en cada área contrastando las nuevas teorías con la información e investigaciones propias.
 - Estaremos en disposición de presentar los resultados y beneficios sociales a partir de realidades empíricas que trascenderán la mera des-

Referencia bibliográfica

H. Rehr (1979). *Professional Accountability for Social Work Practice*. Nueva York: Prodist.

cripción sociológica para ofrecer la interpretación desde el trabajo social sanitario y, a la vez, proponer acciones concretas de mejora.

- Contaremos con un servicio centralizado jerárquicamente y descentralizado funcionalmente, aplicando a todos los miembros del servicio los mismos instrumentos y métodos.
- Actualizaremos las estrategias de promoción del servicio mediante la creación de literatura científica, participando activamente en medios de comunicación, etc.
- En la atención interdisciplinar, el diagnóstico social sanitario tendrá el mismo peso que los diagnósticos de los otros profesionales, médico, enfermería, etc., pero ello debe obtenerse siguiendo el método científico y la misma teoría del diagnóstico social sanitario.
- Evitaremos lastrarnos con actividades inútiles que si bien en otro tiempo estaban justificadas, hoy ya no. También evitaremos cargar a los clientes con gestiones innecesarias salvo que lo justifique alguna estrategia en el plan de trabajo, por ejemplo, para valorar el verdadero interés en resolver aquello que plantean como sus dificultades.
- Buscaremos la eficiencia de nuestras intervenciones y procuraremos que las personas atendidas así lo corroboren. Les preguntaremos qué piensan de nuestra intervención.
- Simplificaremos máximamente los circuitos.

7. Líneas estratégicas básicas para alcanzar los retos y sentar las bases del trabajo social sanitario del futuro

La definición de las líneas estratégicas es un complejo ejercicio de planificación que busca facilitar el trabajo posterior de diseño y desarrollo de las acciones que cabe desplegar, en qué esferas y quién es el responsable. Las líneas estratégicas son una herramienta de trabajo que mantenemos abierta porque con el tiempo las iremos modificando. Si aceptamos que la sociedad es un sistema abierto y dinámico, la flexibilidad y la adaptabilidad en los servicios y en su organización son condición indispensables. Si bien cada organización deberá partir de su realidad, en términos generales delimitaremos el futuro a partir de las siguientes líneas:

- **Personas y familiares o red social**
 - **La identificación.** Definiremos los criterios de riesgo social para identificar aquella población susceptible de necesitar ayuda profesional. Realizaremos un primer *screening* sistemático para diferenciar a la población que presenta la característica de la que no y un segundo *screening*, también sistemático, para diferenciar, dentro de la población que presenta la característica de riesgo, a las personas que presentan dificultades sociales y necesitan ayuda desde el trabajo social sanitario, de las que no.
 - **La asistencia.** Realizaremos la atención necesaria en cada caso siguiendo los procedimientos-protocolos definidos.
 - **La optimización del tiempo personal.** Evitaremos a las personas, a sus familias y los desplazamientos innecesarios a no ser que formen parte del plan de trabajo. Seremos puntuales con las horas de visita y atención. Nos adaptaremos a las necesidades horarias de cada persona, etc.
 - **La seguridad.** En nuestra intervención transmitiremos seguridad con la atención que estamos prestando a la persona y a su familia.
 - **La confidencialidad.** Preservaremos la confidencialidad de la información de las personas y familias atendidas. Custodiaremos la documentación en papel y en formato electrónico. Seguiremos las indicaciones de la persona enferma al respecto.
 - **La información y la comunicación.** Informaremos a las personas enfermas y sus familias siempre de todo el proceso de tratamiento social

sanitario que vamos a seguir y ofreceremos, si es posible, diferentes alternativas. Promoveremos la comunicación.

- **El confort.** Los despachos serán silenciosos, estarán bien señalizados, el ambiente será agradable y estarán debidamente insonorizados.
- Otras.

- **Organización, procedimientos y procesos**

- **La eficacia.** Evitaremos las tareas repetitivas aprovechando las ventajas de las tecnologías. Eliminaremos la burocracia y las actividades innecesarias.
- **La eficiencia.** Seremos un recurso clave en todo el proceso de ayuda y promoveremos a las personas como primer recurso de sí mismas.
- **La coordinación.** Estableceremos circuitos de coordinación desde el principio de la atención al caso social sanitario.
- **La derivación.** Estableceremos circuitos de derivación cuando no ha habido coordinación, en este caso, cuando la persona cambie de servicio por alta.
- **La cita.** Se tendrán en cuenta las circunstancias de las personas con el fin de respetar al máximo su rutina y costumbres habituales. Podemos pensar en un sistema de agenda en internet para que las personas puedan escoger el día de su cita como quien compra un billete aéreo o de tren, e incluso puede escoger su asiento.
- **El catálogo de servicios.** Definiremos todas las prestaciones que facilitamos en el servicio de trabajo social sanitario.
- **La cartera de servicios.** Definiremos los procedimientos y las técnicas que aplicamos para llevar a cabo las prestaciones del catálogo.
- **El plan de comunicación.** Definiremos un plan de comunicación para transmitir aquella información comunicable, la puesta en marcha de nuevas prestaciones, los resultados de investigaciones, etc.
- Otras

- **Motivación e incentivación profesional**

- **La satisfacción profesional.** Buscaremos espacios de formación y supervisión para mejorar las relaciones internas, para reconocer la dedicación, la responsabilidad en sus asistencias, la implicación, etc., de los trabajadores sociales sanitarios.

- **La flexibilidad.** Diseñaremos una organización flexible que atienda y responda a las expectativas de crecimiento de los trabajadores sociales sanitarios. Evitaremos las rigideces que rompen lazos entre personas y profesionales.
 - **La retroalimentación.** Los trabajadores sociales sanitarios recibirán información periódica de los servicios centrales sobre indicadores de su actividad.
 - Otras.
- **Formación continuada**
 - **Un servicio que enseña y aprende.** Los trabajadores sociales sanitarios generaremos conocimientos que compartiremos y evaluaremos aplicando métodos de análisis comparativos. Asimismo, aportaremos nuestras experiencias y métodos a los estudiantes en prácticas, las publicaremos y las expondremos a la opinión profesional para su discusión.
 - **La accesibilidad.** Garantizaremos a todos los profesionales la oportunidad de formarse accediendo a cursos, seminarios, posgrados, y también adquiriendo materiales de contenido profesional.
 - **La formación especializada.** Si se da el caso de que el servicio de trabajo social sanitario implanta nuevos métodos de trabajo, garantizará la formación necesaria a sus profesionales para poderlos aplicar adecuadamente.
 - Otras.
- **Comunicación interna y externa**
 - **El plan de comunicación.** Estableceremos un sistema interno y externo de comunicación, ágil y rápido, para que todos los profesionales del establecimiento reciban las diferentes informaciones a tiempo y puedan iniciar *feedback*.
 - **La relación con los medios de comunicación.** Colaboraremos con los medios de comunicación audiovisuales y escritos para divulgar aquellas búsquedas y cuestiones de interés social por mejorar el bienestar de la población y prevenir situaciones negativas.
 - **La información gráfica.** Diseñaremos dípticos, trípticos o boletines que sirvan para acercar el servicio de trabajo social sanitario a las personas.
 - **La web.** Nuestro servicio dispondrá de una web a la cual puedan acceder tanto otros profesionales como las mismas personas a las que

atendemos. Los contenidos serán profesionales y evitaremos publicidades que puedan desacreditar nuestras recomendaciones.

– Otras.

- **Relación con otros servicios y entidades**

- **La relación con otros servicios del área.** Procuraremos establecer relaciones periódicas con los servicios de referencia para establecer lazos que permitan compartir conocimientos y que a la vez, fruto de esa relación, se beneficien las personas a las que atendemos.

- **Las sesiones conjuntas.** Estableceremos un calendario de sesiones entre los profesionales del servicio y de otros servicios de la zona para evaluar casos en los que se haya intervenido desde diferentes equipos.

- **La evaluación de las relaciones.** Evaluaremos la relación con los otros servicios y profesionales tanto desde el punto de vista de beneficios y crecimiento, como, si se diera el caso, de pérdida de tiempo.

- Otras.

- **Ecología del servicio**

- **Un servicio ecológico.** Los profesionales evitaremos malversar los recursos estructurales y fungibles, luces, papel, tinta, etc.

- **El reciclado.** Contribuiremos al reciclado de los materiales reciclables.

- **La educación ecológica.** Promoveremos la educación ecológica tanto de los profesionales, como, si procede, de las personas a las que atendemos y a sus familias en sus hábitos.

- **Economía personal.** Gestionaremos nuestra propia energía y recursos personales.

- Otras.

Cada línea básica la desarrollaremos en cinco apartados:

- Enunciado del punto y la definición.
- Descripción del problema al que responde.
- Soluciones sugeridas para paliar el problema.
- Productos o resultados finales esperados con la actuación.
- Cronología.

En los puntos en los que sea posible estableceremos los indicadores para ver y evaluar la tendencia y evolución.

8. La innovación en el trabajo social sanitario

¿Cómo comprender la innovación? La innovación es un concepto que integra muchas particularidades y como se verá está muy ligado al concepto de *management*. Veamos cómo explicaba Peter Drucker la innovación:

"Las instituciones, políticas, mercados, productos, tecnologías, servicios, procesos, también las teorías y los valores, todos los productos de las mentes humanas y de las manos humanas envejecen, se vuelven rígidos, obsoletos, se convierten en 'tristezas'⁶."

La innovación y el empresario innovador se necesitan en la sociedad tanto como en la economía; en las instituciones de servicios públicos tanto como en los negocios. Precisamente porque la innovación y el empresariado innovador no son «raíz y tallo» sino «un paso por vez», un producto aquí, una norma allá, un servicio público más allá, porque no son planificados sino enfocados en esa oportunidad y en aquella necesidad; porque se hacen como pruebas y desaparecerán si no producen los resultados esperados y necesarios; porque, en otras palabras, son pragmáticos más que dogmáticos, y modestos en lugar de grandiosos."

P. F. Drucker (1986). *La innovación y el empresario innovador. La práctica y los principios* (pág. 291-305). Barcelona: Edhasa.

⁶La palabra *tristezas* se entrecomilla en alusión al verso de Goethe citado por Drucker al principio del epílogo, que reza así: "Lo razonable se convierte en tontería, las alegrías en tristeza"

La innovación es una manera de "observar", de "estudiar", de "analizar", de "diagnosticar". Una manera de "proponer y desarrollar fórmulas diferentes y atrevidas" pero que resultan útiles. Para algunos pueden parecer arriesgadas pero la innovación es, ciertamente, asumir ciertos riesgos. La innovación es todo lo contrario de la autocomplacencia, del conservadurismo, asumiendo que podemos sentirnos satisfechos con el trabajo realizado y que debemos poder defender un estilo particular de atención que sigue demostrándose como válido.

Debemos ser conscientes de la temporalidad de los programas, de las fórmulas, de las estadísticas. Esa temporalidad es la que nos aboca como profesionales a proponer, a prevenir, a innovar y lograr acciones útiles para la ciudadanía.

La innovación en el trabajo social sanitario nos sumerge en lo desconcertante de la vida de las personas, pero también de las instituciones en las que nos encontramos y ejercemos. El trabajo social sanitario penetra en la vida misma de las personas a través de una puerta particular, la de la enfermedad, más o menos grave, que necesita un tratamiento médico y atenciones de enfermería. Por tanto, siguiendo nuestro principio de autodeterminación de la persona, nos nutrimos de cómo las personas se enfrentan a su realidad y cómo intervenimos para que esa, su realidad, sea un hecho.

Ello nos permite plantear procedimientos innovadores, experimentarlos a través de pruebas piloto y divulgarlos cuando sus resultados significan claros avances en la intervención y la prestación de ayuda.

9. La prensa y los medios de comunicación

"Sin rodeos: las clases dirigentes españolas están entre las que peor comunican de Europa. Empresarios políticos, banqueros e incluso profesores tienen dificultades evidentes para hacer llegar su mensaje con claridad. Con un agravante peligroso: encima no lo saben y algunos hasta creen lo contrario. [...] hablar mucho o peor aún, hablar demasiado, puede diluir el mensaje, disminuir la relevancia de lo esencial y a transmitir."

M. Campo Vidal (2008). *¿Por qué los españoles comunicamos tan mal?*. Barcelona: Plaza & Janés

Con estas palabras, con este título que el mismo autor reconoce como provocador, Campo Vidal pone el dedo en la llaga de una de las dimensiones del trabajo social sanitario, el comunicar, el participar resultados, el acompañar con gráficas los argumentos que van creando con el paso del tiempo. La mala comunicación, o insuficiente, es uno de los hándicaps de los trabajadores sociales sanitarios que en muchas ocasiones dan respuestas que no contestan a la pregunta y solo la rodean. Y la falta de valores cuantitativos y representativos, junto con el exceso de retórica deja muchas veces a las propuestas en un cajón de sastre.

No obstante, este es un ámbito clave en el que los trabajadores sociales sanitarios tenemos, y debemos buscar, grandes aliados. Sin embargo, no podemos obviar los riesgos a los que nos exponemos si no acotamos el mensaje y preservamos la espectacularidad. En este breve espacio vamos a centrarnos en los beneficios que puede suponer crear alianzas con los principales medios locales y también con los de difusión más amplia como los regionales o estatales. El campo en el que se desarrolla el trabajo social sanitario no es un foro teatral, ni busca el pasatiempo. Pero la competencia actual entre los medios para ofrecer primicias, para crecer en audiencias, está llevando, en algunos casos, a que algunos de ellos se nutran de personas con problemas. Muchas veces son estas mismas personas las que los airean sin ningún tipo de pudor obteniendo a la vez algún que otro ingreso extra y lo que es más preocupante, una respuesta rápida por parte de las administraciones responsables que para evitar el escándalo mediático satisfacen sin miramientos las demandas. ¿Dónde está el punto neutro? Falta mucho debate al respecto, por lo que sería una frivolidad pretender establecer desde aquí "lo que debe ser". La libertad de expresión es uno de los derechos fundamentales de toda persona.

Pero dicho esto, los profesionales del periodismo casi siempre responden que ellos son puros intermediarios entre el hecho, la noticia y su transmisión. No crean la noticia, la recogen, la explican, ni siquiera la prejuzgan.

Juan Ramón Muñoz-Torres habla de "términos afortunados en el lenguaje coloquial" y pone como ejemplo: *información, interés, cultura*, términos que por su uso frecuente se van desdibujando de su significado.

"Es sabido que el conocimiento científico y su transmisión exige un uso del lenguaje lo más riguroso, unívoco e intersubjetivo que sea posible. No basta con tener una noción más o menos intuitiva de las palabras que se usan, sino que es preciso restringir al máximo su significado, procurando desterrar su ambigüedad adquirida, con el fin de intentar conseguir la imprescindible homología."

J. R. Muñoz-Torres (2002). *Por qué interesan las noticias* (pág. 31). Barcelona: Editorial Herder.

En nuestra colaboración con los medios, y siempre que sea posible, vamos a apoyarnos en profesionales del periodismo que sean rigurosos y no oportunistas de la desgracia o las dificultades sociales. Los medios pueden ser una vía de denuncia pues a través de ellos se llega a muchas personas a la vez. Pero sin duda es preciso calibrar los términos en los que se emite el mensaje no respecto a la censura sino a la precisión del mensaje que se quiere dar. Algunos autores hablan de la responsabilidad didáctica.

"Por ello es necesario concienciar a los periodistas de su enorme responsabilidad didáctica. Han de procurar por todos los medios expresarse con corrección y en un lenguaje neutro que facilite la comprensión de los textos y el buen uso de la lengua."

M. Andrés Bonvín (2005). *Medios de comunicación, historia, lenguaje y características* (pág. 28-30). Barcelona: Editorial Octaedro.

Uno de los autores clásicos imprescindible en los cursos de periodismo es Marshall McLuhan, estudioso de los medios de comunicación y padre de dos expresiones que se han hecho conocidas: "la aldea global" y "el medio es el mensaje". Pensemos detenidamente en la expresión *medios de comunicación*.

"Es revelador el ejemplo de la luz eléctrica. La luz eléctrica es información pura. Es un medio sin mensaje, por decirlo así, a menos que se emplee para difundir un anuncio verbal o un nombre. Este hecho, característico de todos los medios, implica que el "contenido" de todo medio es otro medio. El contenido de la escritura es el discurso, del mismo modo que el de la imprenta es la palabra escrita, y la imprenta lo es del telégrafo. Si alguien preguntara ¿cuál es el contenido del discurso? Habría que contestarle que es un verdadero proceso de pensamiento que, en sí, es no verbal. Un cuadro abstracto representa una manifestación directa de procesos del pensamiento creativo tal y como podrían aparecer en un diseño por ordenador. No obstante, lo que estamos considerando aquí son las consecuencias mentales de los diseños o esquemas en cuanto amplifiquen o aceleren los procesos existentes. Porque el mensaje de cualquier medio o tecnología es el cambio de escala, ritmo o patrones que introducen en los asuntos humanos."

M. McLuhan (2009). *Comprender los medios de comunicación* (pág. 31-32). Barcelona: Paidós.

El texto anterior es importante porque introduce el efecto de las tecnologías en la vida humana y sus nuevos patrones de comportamiento. Hemos pasado de usar unos medios que mantenían un cierto equilibrio respecto al desarrollo de los acontecimientos, a aplicar tecnologías que aceleran una parte del proceso comunicativo, pero cuya parte restante, la acción, sigue el ritmo humano de siempre. Los diagnósticos médicos pueden conocerse antes pero su "digestión" por parte de las personas sigue necesitando un tiempo, unos procesos psicológicos que no atienden a tecnologías sin o a sentimientos y emociones. Por tanto, es todo un mundo el que tenemos por delante, y sin duda cabe explorarlo ampliamente antes de empezar a explotarlo.

Bibliografía

Catalunya Empresarial (1995, junio). *Informe*.

Comisión de debates de valores Catalunya demà (2000). *Informe*.

Comité Permanente de Hospitales de la Unión Europea (1998, julio). *Recomendaciones*. Coimbra.

Fundación Alternativas (2008, octubre). *Sistema Nacional de Salud 2008: Nueva etapa, nuevos retos*. Madrid.

Hesselbein, F.; Goldsmith, M.; Beckhard, R. (2006). *La organización del Futuro*. Barcelona: Deusto Ediciones.

Jovell, A. J. (2001, marzo). *El futuro de la profesión Médica*. Fundación biblioteca Joseph Laporte. Barcelona: FUNDSIS.

Jovell A. J. (2007). *Liderazgo afectivo*. Barcelona: Alienta Editorial.

Manchén, F. (2009). *La creatividad y las nuevas tecnologías en las organizaciones modernas*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Moore, G. B.; Rey D. A.; Rollins, J. D. (1996). *La Sanidad en el Tercer Milenio*. Andersen Consulting.

Prahalad, C. K.; Krishanan, M. S. (2008). *The new age of innovation*. Madrid: McGraw Hill.

The Drucker Foundation (2007). Barcelona: Deusto Ediciones.

Villalobos, J. (2007). "El futuro de la Organizaciones Sanitarias". En: J. Villalobos (ed.). *Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw Hill.

El trabajo social sanitario del futuro

Andrés Bonvín, M. (2005). *Medios de comunicación, historia, lenguaje y características* (págs. 28-30). Barcelona. Editorial Octaedro.

Drucker, P. F. (1986). *La innovación y el empresario innovador. La práctica y los principios* (págs. 291-305). Barcelona: Edhasa.

Druker, P. F. (1993). *La sociedad poscapitalista* (pág. 90). Barcelona: Editorial Apóstrofe.

Gardner, H. (2008). *Las cinco mentes del futuro*. Barcelona. Paidós.

Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social case work* (págs.130-131). Nueva York y Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Mcluhan, M. (2009). *Comprender los medios de comunicación* (págs. 31-32). Barcelona: Paidós.

Muñoz-Torres, J. R. (2002). *Por qué interesan las noticias* (pág. 31). Barcelona. Editorial Herder.

Rehr, H. (1979). *Professional Accountability for Social Work Practice*. Nueva York: Prodist.

Walton, M. (1990). *The Deming management method G.P. Putnam's*. New York: Sonidos.

