

El diagnóstico social sanitario y la gestión de casos

*Los pilares en la clínica
del trabajo social sanitario*

* * * * *

Dolors Colom Masfret

 **N**AUllibres

Colección Trabajo Social, 15

Directora de la colección: *Josefa Fombuena Valero*

© Dolors Colom Masfret, 2024

© De esta edición:

Nau Llibres

Periodista Badía 10. 46010 València

Tel.: 96 360 33 36

Fax: 96 332 55 82

E-mail: nau@naullibres.com

web: www.naullibres.com

Diseño de cubierta y maquetación:

Pablo Navarro y Artes Digitales Nau Llibres

Ilustración de la cubierta:

[tomert] / Depositphotos.com

ISBNs Nau Llibres

ISBN_papel: 978-84-19755-30-8

Depósito Legal: V-1614-2024

ISBN_ePub: 978-84-19755-31-5

ISBN_mobi: 978-84-19755-32-2

ISBN_PDF: 978-84-19755-33-9

Impresión: Podiprint

Nau Llibres apoya las leyes de propiedad intelectual que protegen a los creadores de contenido, fomentan la diversidad de ideas, estimulan la creatividad y favorecen el desarrollo de nuestra sociedad. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por no reproducir, escanear ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin autorización previa. De esta forma, usted está respaldando a los autores y permitiendo que Nau Llibres continúe publicando libros. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita utilizar algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 27204 45).



A María Asunción Martínez Arrojo (1927-2018) in memoriam.

Y de repente me doy cuenta de que ya no podremos hablar más. Me faltarán nuestras largas conversaciones, ya fueran telefónicas o saboreando un delicioso té navideño.

Fueron conversaciones tardías, siempre cortas, en las que cabía de todo. En su transcurso reconocía en ti la sabiduría de una trabajadora social hospitalaria pionera en España.

A mi madre Lola Masfret Circuns por su energía y bondad, por cuidar a mi padre en los días más difíciles que recuerdo para la familia. Sin ella no habría podido escribir el texto inicial en el cual se basa este libro.

A mi padre Joan Colom Vila (1933-2018) in memoriam.
Poco a poco, sin él darse cuenta, nos iba olvidando, se iba olvidando. La enfermedad de Alzheimer lo devastó.

A Julio Villalobos Hidalgo (1943-2022) in memoriam.

Parte de este libro se nutrió de nuestras cumbres gastronómicas y filosóficas.

A María Neri Iglesias Fernández (1957-2022) in memoriam.

La vida se te escapó muy rápido y no soy capaz de aceptar tu ausencia. Estás en el origen de este libro.

A Virginia, la galga afgana que me regaló mi padre. Virginia encarna lo primitivo, con sus gestos y reacciones, con sus saltos y giros precisos, solo cuando es necesario, me conecta con lo noble, cualidad que no tiene matices.

Índice

Prólogo.....	9
<i>J. Daniel Rueda Estrada</i>	
Nota de la autora	15
Objetivos del libro.....	25
1. Referentes históricos del diagnóstico y la gestión del caso social sanitario	27
1. Textos estudiados en este libro	27
2. Primeros pasos del Trabajo Social Sanitario.....	29
3. Fechas históricas.....	34
4. Figuras que han hablado del Trabajo Social Sanitario	41
5. Figuras que han tratado específicamente el diagnóstico social sanitario.....	46
2. El diagnóstico social sanitario	55
1. El diagnóstico	55
2. El diagnóstico social sanitario.....	59
3. Importancia del diagnóstico social sanitario.....	68
4. Diferencias entre el diagnóstico social sanitario y otros diagnósticos	69
5. Síntesis diagnóstica	72
6. Errores al realizar un diagnóstico social sanitario.....	77
6.1. La <i>descripción</i> .- 6.2. El <i>etiquetaje</i> .- 6.3. La <i>aplicación de escalas</i> .- 6.4. <i>Centrarse en lo patológico</i> .- 6.5. <i>Diagnósticos sociales equivocados</i>	
3. El caso social sanitario y el diagnóstico social sanitario	85
1. Introducción	85
2. Hechos y factores (fortalezas y debilidades) del caso social sanitario.....	89
3. La temporalidad, las generalizaciones y las clasificaciones	94
3.1. Las generalizaciones.- 3.2. Las clasificaciones diagnósticas.- 3.3. Principales diferencias entre el diagnóstico social sanitario y las clasificaciones diagnosticas	

4. Gestión del caso social sanitario	105
1. Introducción	105
2. Bases teóricas fundamentales de la gestión del caso social sanitario.....	110
3. Algunos antecedentes históricos que avalan a los trabajadores sociales sanitarios como gestores de caso.....	113
4. Fases en la gestión del caso social sanitario	120
4.1. La detección del problema e identificación de los equipos profesionales.- 4.2. Los cuadros psicosociales generados por la enfermedad y su expresión en la persona enferma.- 4.3. La interpretación y contextualización de los datos.- 4.4. La elaboración del diagnóstico social sanitario.- 4.5. El plan de intervención y su evaluación	
5. Servicios y recursos en la gestión de caso	133
6. Unidades de Trabajo Social Sanitario	135
7. Atención profesional individualizada.....	139
8. Gestión de la información del diagnóstico social sanitario para posteriores investigaciones.....	142
9. Coordinación en la gestión del caso social sanitario.....	149
5. Una visión actual del trabajo social sanitario	155
1. Evolución del trabajo social sanitario.....	155
2. Situación del trabajo social sanitario en España en la actualidad	159
3. Intervención profesional del trabajador social sanitario.....	165
4. Asignaturas pendientes del trabajo social sanitario.....	171
6. Una propuesta de práctica de trabajo social sanitario	177
1. Guía de apoyo para la elaboración del diagnóstico social sanitario	177
2. Análisis de un ejemplo práctico de diagnóstico social sanitario.....	187
3. El chequeo del diagnóstico social sanitario con la definición y creación del atlas de la gestión del caso.....	194
Epílogo	201
En recuerdo de Neri Iglesias Fernandez (1957-2022)	205
Referencias bibliográficas	207
Colección Trabajo Social:	214

Prólogo

J. Daniel Rueda Estrada

Director de Programa del Máster Universitario de Trabajo Social Sanitario. Estudios y Ciencias de la Salud (UOC)

Trigueros del Valle, 20 de febrero de 2022

Es extraño que sólo las personas extraordinarias hagan descubrimientos que luego aparecen de manera fácil y sencilla.

Georg Lichtenberg

Obtener una estrella Michelin es una meta a la que aspiran muchos restauradores porque ello significa estar en la lista de los excelentes, puesto al que se llega con esfuerzo, creatividad, tesón y mucha pasión por el trabajo que se hace. Pero las estrellas se apagan si no se mantiene viva la ilusión, la innovación y la creatividad de forma permanente. Esta es la forma de que un oficio, un servicio o una escuela se mantenga, avance, innove y mejore.

Sirva este símil para decir que en el mundo de profesiones como el Trabajo Social Sanitario no es suficiente aplicar unos conocimientos y adquirir unas destrezas y habilidades, sino que es necesario estar permanentemente estudiando, analizando, revisando la praxis y abriendo nuevos horizontes, con ideas, propuestas, aciertos y evidencias. Por eso no podemos menos que celebrar la aparición de un nuevo libro que viene a reflexionar y a aportar nuevas ideas, paradigmas, herra-

mientas y procedimientos para mejorar una práctica y, en definitiva, prestar un mejor servicio a las personas, que son el centro de atención y prestaciones.

Como cualquier oficio o profesión, los avances, cambios y mejoras siempre vienen de la mano de líderes que dedican parte de su tiempo y de su vida a pensar sobre la profesión, buscar evidencias y ofrecerlo a los profesionales para que se renueven y avancen hacia metas de mejora y de transformación de la realidad sobre la que actúan.

Pero estos líderes no surgen por casualidad, sino que se forjan en las lecturas, los conocimientos y los aprendizajes de otros autores que han aportado sus paradigmas, visiones y conocimientos porque, como decía Hipócrates, «la ciencia es el padre del conocimiento, mientras que las opiniones engendran la ignorancia».

Esto es lo que ahora la profesora y directora científica del Máster Universitario de Trabajo Social Sanitario que se imparte en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) nos presenta en esta obra, donde se vuelve a las fuentes para poder avanzar e impulsar una profesión que se consolida en el campo sanitario como un eje esencial, el Trabajo Social Sanitario, y además recupera con fuerza la metodología inicial de la profesión: la gestión del caso.

Las profesiones nacen a medida que la sociedad cambia y aparecen nuevas situaciones, nuevas problemáticas o nuevos conocimientos sobre realidades que estaban ocultas o no accesibles al control de las personas. Y para consolidarse y hacerse con un espacio propio, necesitan la formación, los conocimientos y elaborar una identidad que les permita diferenciarse de otras profesiones. No se trata de competir por un espacio, sino de cubrir un vacío. Para afrontar las nuevas realidades se requiere renovar el equipamiento o el equipaje. La intuición de ver una necesidad y querer abordarla es importante pero insuficiente. El recorrido de la configuración de un espacio profesional es lento y lleno de dificultades, muchas veces internas, porque no se quiere desvirtuar los orígenes, las trayectorias, las tradiciones o el pasado y no se apuesta por modernizar, ampliar y buscar nuevos horizontes.

Solo con personas con talento, con visión de futuro, conocedoras del campo en el que deben aplicar sus conocimientos y conscientes de lo que pueden aportar y del beneficio de su aportación al conjunto de los recursos que actúan frente a una determinada situación o problema, se puede hacer el recorrido de la transformación o nacimiento de

algo nuevo. La naturaleza está llena de experiencias de renacer y de transformarse. La misma raza humana, el homo sapiens, nos dicen los antropólogos, vivió, convivió y se mezcló con otros homínidos.

No se puede prescindir del núcleo común, del origen y de los precedentes, porque la evolución es inherente al crecimiento. El nacimiento de una nueva realidad, de una nueva profesión, primero de forma embrionaria, se va transformando y desarrollando a la par que crea sus propias herramientas, genera su propia cultura y se organiza de una forma específica.

Esto es lo que Dolors Colom Masfret trata de reflejar en este nuevo libro que publica Nau Llibres. Como líder y pionera en el nacimiento de una profesión nueva, el Trabajo Social Sanitario, trata de aportar las herramientas y utensilios que dan identidad y valor a un ejercicio profesional. Los trabajadores sociales sanitarios tienen ya un largo recorrido, pero deben preservar la esencia de su identidad. Lo que ahora se plantea no es un espacio para ejercer una profesión, sino incorporar al campo de la salud, en el sistema sanitario, en el sistema sanitario, una nueva profesión, diferenciada de la de sus colegas, los trabajadores sociales, y con una identidad propia.

Lo que para algunos puede suponer una quimera o incluso una traición al origen es lo que, en este libro, continuación de otros muchos, la profesora Colom Masfret aporta y desarrolla. No se trata de una visión personal, sino que hunde su aportación en evidencias del valor, reconocimiento e importancia del Trabajo Social Sanitario como profesión que atiende y aporta una nueva visión a través de herramientas nuevas, como el diagnóstico social sanitario vinculado a la gestión del caso.

Las herramientas, al igual que los servicios que se prestan, no son fines en sí mismos, sino medios para alcanzar determinadas metas. Un buen profesional debe analizar, estudiar y comprender el mundo en el que vive y actúa. Por eso, lo primero es adquirir el mejor conocimiento a través de los paradigmas que ayudan a aprehender el «objeto» de intervención. Esos paradigmas teóricos permiten sentar las bases de una profesión, adquirir el modo de ser, la visión y perspectiva desde la que se va a analizar el objeto e intervenir. De la misma forma en que un cirujano debe conocer perfectamente el cuerpo sobre el que va a intervenir, nada conseguirá el Trabajo Social Sanitario si no dispone del instrumental que le permita hacer las incisiones en el lugar y con

Nota de la autora

En las líneas de los libros transitan retales de experiencia. Los libros están llenos de pedazos de vida que, contraviniendo la flecha del tiempo, el autor logra reunir de nuevo, los ensambla en teorías y contenidos y los brinda a quienes se interesan por los contenidos que se tratan. Todos los libros se apoyan en circunstancias inopinadas, muchas de ellas, fruto de la casualidad, pero también fruto de las sincronías y las afinidades azarosas. A veces son circunstancias reducidas a simples anécdotas desatadas en la insignificancia y convertidas en latidos perdidos. Otras veces, sin embargo, son semillas en espera del mejor momento para brotar. Entonces, con el primer pimpollo, uno se da cuenta de que aquellos pedazos, aquellas circunstancias hechas trizas con el paso de los días, resultaron ser esenciales para que el libro en potencia llegara a ser libro en la realidad. Decía Mary E. Richmond que «no tratásemos de evaluar nuestras experiencias hasta que hubieran transcurrido como mínimo tres años» (Agnew, 2004: xi). Esta visión de los aconteceres encadenados y los efectos que cada uno ejerce sobre el otro solo la permite la perspectiva del tiempo y el ojo perseverante y tranquilo. No puede haber dos libros iguales en los caminos que los posibilitan; puede haber coincidencias, eventualidades, incluso tratar

de la misma materia, pero cada uno se erige sobre sus propios mimbres y esto lo convierte en único.

Este libro nació para entregar en el curso que, por encargo de la profesora Neri Iglesias Fernandez (1957-2022), impartí en la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias a principios del año 2018 sobre el «Diagnóstico social sanitario y la Gestión de caso» en el trabajo social sanitario. Acabado el curso, el texto quedó varado en el formato de los apuntes preliminares entregados. La enfermedad de mi padre rompió el calendario, su sufrimiento existencial nos golpeó a mi madre y a mí, y como no podía ser de otra manera las prioridades vitales cambiaron de orden. Así el libro quedó sumido en un letargo desprovisto de fechas y compromisos clave. Mi padre murió a mediados del año 2018, y a finales del mismo año el proyecto del libro renació gracias a un encuentro fortuito con la profesora Josefa Fombuena, directora de la colección que publica la editorial Nau Llibres, a quien había conocido en marzo de ese mismo año 2018 dentro de los eventos organizados por Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya con motivo del centenario en 2017 de la publicación de *Social Diagnosis* de Mary E. Richmond.

No esconderé que siempre me han fascinado estos vericuetos de la vida que retuercen el espacio y el tiempo, que primero deshacen los planes y luego repentinamente, como si el destino se empeñara en ello, estos planes se rehacen y continúan su andadura. Muchas veces he escrito que por alguna razón ignota los futuros libros, una vez germinados en la interioridad del autor, siempre se abren paso entre los matorrales de las dificultades y finalmente siempre logran zafarse de ellas, alcanzan su fin, su publicación, para llegar a las manos de quienes los leerán y apreciarán.

El encuentro fortuito con la profesora Fombuena al que me he referido ocurrió en Bilbao, en la Universidad de Deusto a finales de 2018¹. En el entorno otoñal de una tarde soleada y destellante iniciamos una conversación informal, y de pronto, como si hubiéramos frotado la lámpara de los libros latentes, este destino misterioso afloró la existencia del texto dormido. La profesora Fombuena consideró la

1 Fue en el III Congreso Internacional y XII Congreso de Facultades y Escuelas de Trabajo Social de las universidades españolas (CIFETS, 2018), celebrado en la Universidad de Deusto (campus de Bilbao) los días 14, 15 y 16 de noviembre de 2018.

Objetivos del libro

Este libro pone toda la atención en la práctica del trabajo social sanitario, siempre apoyada en los dos pilares fundamentales del corpus teórico de la disciplina ya señalados: el diagnóstico social sanitario y la gestión del caso social sanitario, ambos, conocimientos y competencias propias de los trabajadores sociales sanitarios en su práctica clínica. En las páginas que siguen se revelará el potencial de desarrollo que supone para las Unidad de Trabajo Social Sanitario sumar ambos conceptos y adquirir las competencias profesionales para sumarlas al normal funcionamiento de los establecimientos sanitarios, los cuales, de la mano de las gerencias, añadirán a sus propios instrumentos de gestión potentes herramientas internas de planificación y diseño de estrategias dentro de cada función.

Los objetivos del libro son:

- Recuperar² las raíces y la teoría del diagnóstico social sanitario como el elemento identificativo de la profesión, el Trabajo Social Sanitario, y situarlo en el centro neurálgico de todas las

2 Se utiliza el verbo «recuperar» porque, como se verá en páginas posteriores, la afirmación data del 1910 y Garnet I. Pelton es su autora.

intervenciones desarrolladas desde la Unidad de Trabajo Social Sanitario.

- Revisar definiciones del diagnóstico social sanitario y las operaciones intelectuales asociadas a la interpretación de la información obtenida en cada «caso social sanitario».
- Diferenciar, dentro de la función asistencial, el diagnóstico social sanitario de otros descriptores y atributos de los problemas sociales de las personas enfermas y de sus familias.
- Presentar un ejemplo de diagnóstico social sanitario de acuerdo con las partes de la *moderna* definición de Mary E. Richmond.
- Presentar las herramientas de apoyo, clasificaciones, escalas e indicadores como lo que son, herramientas para el ejercicio, que no pueden confundirse con el diagnóstico social sanitario ni pueden sustituirlo cuando se ejecuta la intervención.
- Vincular la gestión de casos (*Case Management*) en el trabajo social sanitario a la identificación del caso social sanitario y a la elaboración del diagnóstico social sanitario.
- Ilustrar el origen y algunas definiciones de gestión de caso y analizarlas para su aplicación práctica en el trabajo social sanitario.
- Mostrar un ejemplo de plan de gestión de caso desarrollado de acuerdo con el diagnóstico social sanitario.
- Ahondar en la diferencia entre la *gestión del caso* y la *gestión de la cura* o cuidado de enfermería.

1 | Referentes históricos del diagnóstico y la gestión del caso social sanitario

1. TEXTOS ESTUDIADOS EN ESTE LIBRO

El conjunto de textos relacionados con el diagnóstico social sanitario y la gestión de caso estudiados en este libro conforman cuatro agrupaciones que sostienen tanto el ejercicio profesional, como el ejercicio directivo y gestor del trabajo social sanitario. En paralelo, nutren la planificación de las Unidades de Trabajo Social Sanitario de acuerdo con la estructura básica del catálogo de prestaciones y la cartera de servicios de la unidad, que se rige por la del sistema nacional de salud. Las cuatro agrupaciones observadas en los diferentes textos son las siguientes:

- La primera agrupación se refiere a la diferencia del ejercicio profesional que identifica la ayuda del Trabajo Social Sanitario frente a los demás tipos de ayuda: por una parte, la acción desarrollada por los otros agentes sociales y, por la otra, la ayuda informal proveniente de los allegados (Pelton, 1910: 332). También diferencia la ayuda de los profesionales de la medicina y de la enfermería, en especial de la de estos últimos, que con frecuencia asumen responsabilidades que ni por jerarquía ni por formación les competen. Por definición, lo profesional no admite jerarquías, solo las competencias y las habilidades de la

disciplina que uno ha adquirido y pone en práctica. En los equipos interdisciplinarios no debería haber jerarquía en cuanto a la intervención se refiere, porque cada profesional debe gozar de la autonomía que su conocimiento, en relación con el ejercicio de su profesión, le brinda. El Trabajo Social Sanitario cuenta con un corpus teórico y una nomenclatura, con unos métodos y metodologías, con unas funciones, como señaló Richard C. Cabot (1917).

- La segunda agrupación se refiere al diagnóstico social en general y al diagnóstico social sanitario en particular. Se apoya en la anterior agrupación por la necesidad de diferenciar los procedimientos propios de los otros. La elaboración del diagnóstico social sanitario se da dentro de un ejercicio racional, intelectual y lógico, que obliga constantemente a los trabajadores sociales sanitarios a aplicar los conocimientos y los conceptos que, en palabras de Flexner (1915: 581), «derivan del aprendizaje y de la ciencia» y «requieren de operaciones intelectuales» que permiten la toma de decisiones con el mínimo riesgo de cometer errores, para discernir realidades psicosociales de los enfermos, de sus familias y de los entornos donde habitan. Para elaborar el diagnóstico social sanitario, además, es preciso conocer la enfermedad que padece la persona, su pronóstico, y contextualizar a cada una en su medio. Desde hace casi dos siglos, la epidemiología ha puesto de relieve la importancia del medio y otros factores asociados a la salud. En este sentido, uno de los pioneros en la recogida de datos para la toma de decisiones fue William Farr (1807-1883) (Lilienfeld, 2007).
- La tercera agrupación está relacionada con la naturaleza del Trabajo Social Sanitario y su vinculación con el ejercicio de «la gestión del caso social», siempre y cuando en sus responsabilidades aplique el método de social casework (trabajo social sanitario de caso). Si bien hay veladas referencias, la argumentación más contundente la dio Abraham Flexner (1915: 585) cuando, mientras por un lado exponía su duda acerca de que el «trabajo social» fuera una profesión, por el otro, dejaba claro su rol de «inteligencia que gestionaba las inteligencias profesionales necesarias para la atención del caso».
- La cuarta agrupación relaciona el concepto de social *casework*, en este libro trabajo social sanitario de caso (Hamilton 1951:

3-4), con la gestión de caso que se apoyará en el diagnóstico social sanitario. En esta última agrupación, no se nombra a la enfermera gestora de casos, es fácil colegir que esta denominación es incorrecta porque, cuando se analizan las responsabilidades y actividades, uno se da cuenta de que no se refieren al *caso*, sino a la *cura y al cuidado enfermero*³. Desde hace unos veinte años, en el sistema sanitario se debe reivindicar la diferencia entre la *gestión del caso* y la *gestión del curar y cuidar* (valga la redundancia) del caso en cuestión. Como se verá a lo largo de las páginas que siguen, en el *caso*, de acuerdo con las definiciones que le dieron origen, concurren numerosas esferas vitales, una de la cuales se identifica con el *curar y cuidar de enfermería*. Además, el concepto de caso, que no se debe confundir con el individuo (esto se desarrollará más adelante), nace en el contexto del Trabajo Social y del Trabajo Social Sanitario.

Estas cuatro agrupaciones son vasos comunicantes. Sería un error representarlos como compartimentos herméticos; en la realidad es todo lo contrario: cada agrupación afecta a las otras tres, cada una ejerce una influencia sobre el resto que se substancia en el todo.

2. PRIMEROS PASOS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

El Trabajo Social Sanitario, como todas las profesiones relacionadas con el desarrollo del estado del bienestar, necesitó años para consolidar un mínimo corpus teórico inicial. Este evolucionó y se desarrolló, con apoyos y vetos, de acuerdo con el método científico y una filosofía inspiradora. Primero fueron las respuestas individuales a las necesidades individuales; después, se organizaron desde las entidades locales algunas respuestas ante problemas recurrentes; siguieron los registros, los análisis y la evaluación sobre si estas respuestas brindadas contribuían a la cobertura de la necesidad o problema de las personas enfermas, en qué medida lo minimizaban o eliminaban, o si no surtían ningún efecto.

3 Se acota a enfermería porque desde el trabajo social sanitario también se brindan cuidados.

2 | El diagnóstico social sanitario

1. EL DIAGNÓSTICO

El concepto *diagnóstico* es universal, y a lo largo de cerca de dos mil quinientos años se ha estudiado ampliamente porque encierra cierta complejidad de comprensión y elaboración para transferir su esencia de ejercicio racional a las disciplinas que lo asumen como base de su intervención. La significación del *diagnóstico* surge en la antigua Grecia. Pedro Laín Entralgo (1908-2001), autoridad reconocida en la medicina humanística, la remonta al siglo V a.C. y la encarna en la persona de Hipócrates, considerado el primer médico de Occidente. Laín Entralgo (1981: 11) lo explica como sigue:

... para los hombres cultos de la Grecia del siglo V, ¿cuál era la significación de las palabras *diagignoskein* y *diágnosis*? El verbo *diagignóskein* es muy antiguo en la lengua griega. Con el sentido de (discernir) o (distinguir) *diá* como [entre] aparece ya en la Iliada, y a continuación en todos los autores de la Grecia antigua. Más tardío parece ser su sentido como (conocer atravesando o recorriendo) (*diá* como [a través de]).

Este origen etimológico del término «diagnóstico» lo revela como un concepto transversal que forma parte de los procedimientos de muchas profesiones: la medicina, la enfermería, el trabajo social sanitario, la logopedia, la fisioterapia o la psicología, por señalar las más

relevantes. En todas ellas la operativa se sostiene en la obtención de datos a los que se aplica el conocimiento (cada disciplina el propio) para interpretar las diferencias entre las realidades y síntomas parecidos, que necesitan, sin embargo, intervenciones diferenciadas y precisas.

En los últimos ciento cincuenta años, el diagnóstico se ha erigido en centro de gravedad de numerosas profesiones. Las disciplinas que integran el campo de la salud (entre ellas el trabajo social sanitario) lo han asumido como la herramienta de rigor que avala la intervención y la prestación de los servicios que se necesitan para resolver problemas de salud y sociales.

El acto de diagnosticar requiere previamente el ejercicio de conocer, el esfuerzo de haber aprendido, y se basa en el acto de la interpretación. Es un acto de discernimiento y, como Mary E. Richmond (1917b: 357) señaló, «el acto de interpretar es el acto de diagnosticar». El ejercicio diagnóstico exige el rigor, la formación y el conocimiento que permitan discernir entre los hechos y la evaluación de los factores; requiere el compromiso con la operativa racional que interpreta en base al saber, verifica los datos, obliga a conocer las derivadas de las circunstancias sociales que rodean a la persona enferma y que afectan directamente a su familia. Es una demanda de alta capacidad interpretativa, lejos del pensamiento mágico y especulativo. Estos pilares permiten elaborar cualquier diagnóstico, sea médico, de enfermería o de trabajo social sanitario.

Quien tiene la facultad de diagnosticar, la tiene porque conoce su profesión. La cuestión está en la rigurosidad con el método y en la aplicación de los conocimientos previamente aprendidos y adquiridos. Por ejemplo, si se desconoce que la enfermedad siempre produce sufrimiento y roturas en la dinámica familiar, difícilmente se podrá estudiar el caso concreto de la persona enferma en su justa medida y dimensión; si se desconoce que una cosa es tener problemas y otra muy distinta tener capacidad para resolverlos con medios propios, es fácil que se acabe identificando cualquier problema social con una solución *prêt-à-porter* y no individualizada. Solo es posible elaborar el diagnóstico cuando quien diagnostica conoce y aplica una metodología de interpretación y discernimiento, sin olvidar que, para discernir, se debe conocer. Otro ejemplo: ¿Qué significa en la vida de una persona una fractura de fémur? Pero ¿cuál es esa vida?, ¿dónde ocurre?, ¿quién la integra?, ¿qué sinergias se crean? Un hecho es una fractura de fémur

3 | El caso social sanitario y el diagnóstico social sanitario

1. INTRODUCCIÓN

Una definición imprescindible para comprender la gestión del caso y la responsabilidad de los trabajadores sociales sanitarios la aportó Gordon Hamilton en 1940:

Un caso social no viene determinado por el tipo de cliente (familia, infancia, persona mayor, adolescente), no puede venir determinado por el tipo de problema (problemas económicos, problemas de conducta). El caso social es un acontecimiento vital en el cual siempre hay proporciones variables de lo económico, lo físico, lo mental, lo emocional y de los factores sociales. El caso social está compuesto de factores internos, externos o medioambientales. Uno no trata a las personas en un sentido físico o en un sentido medioambiental, las trata en relación con sus experiencias sociales y en relación con sus sentimientos respecto de estas experiencias (Hamilton, 1951: 3-4).

En esta definición resalta una expresión: «el caso social es un acontecimiento vital». En el trabajo social sanitario, este acontecimiento vital es la presencia de la enfermedad, las inestabilidades que genera en el núcleo de convivencia y la necesidad de medios disponibles en cada ambiente relacionado con el caso social.

Lo primero que pone de relieve esta cita es que el concepto de caso social (incluido el de caso social sanitario) rompe con la idea de asociarlo al ciclo vital, lo que evita el estereotipo por edad, por sexo o por estado civil, o a problemas concretos, lo que evita el etiquetaje. Desde la óptica de Gordon Hamilton, cualquier situación de la persona enferma siempre debe contextualizarse y relacionarse, única y exclusivamente, con la persona enferma en cuestión, recordando siempre la unicidad de la persona. Las enseñanzas de Hamilton permiten comprender por qué un problema social no genera un caso social: un problema social nunca está aislado y es el resultado de una realidad más amplia y compleja, que es la que lo genera, lo alimenta y lo mantiene, incluso lo incrementa hasta que no se interviene. En el trabajo social sanitario, esta realidad más amplia se ve detonada por la enfermedad, que es el verdadero «acontecimiento vital» del que habló Hamilton y que conforma el caso social. Los problemas aislados deforman partes de la rutina diaria de las personas enfermas y la de sus allegados; a más problemas, se puede inferir que la deformación psicosocial será mayor (aunque es preciso identificar antes las fortalezas de la persona), pero la recuperación de la forma de vivir previa a la enfermedad será más difícil y en algunas ocasiones imposible. Este punto de la explicación es esencial para comprender la naturaleza y la composición de un caso social sanitario.

De acuerdo con esto, lo primero es identificar el «acontecimiento vital» que, en el caso social sanitario, es, por una parte, el sistema humano aquejado y, por la otra, la alteración en lo material y lo tangible. En el trabajo social sanitario, el acontecimiento vital siempre está originado por la enfermedad o su riesgo. Lo segundo es la recogida de información para, acto seguido, elaborar el diagnóstico social sanitario dentro del procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario que corresponda. Cada acción y cada actividad queda sujeta a las líneas mayores de la gestión del caso social sanitario.

El párrafo anterior sustancia uno de los pilares fundamentales de la intervención desde el trabajo social sanitario, al poner de relieve el hecho de lo molecular como conjunto de realidades integradas, generadas y avivadas alrededor de este *acontecimiento vital que es la enfermedad o el riesgo de padecerla*. Así, la enfermedad afecta no solo a la persona enferma, también a su entorno y casi siempre a la comunidad donde habita. Por ello, Richmond (1917b: 137) habló de la familia como un

conjunto, y Goldstein (1910: 342) señaló que la «familia siempre era la unidad de tratamiento».

Esto explica la idea de la molécula, que es mucho más que la suma o agrupación de los átomos, es un cuerpo propio en donde las partes se combinan y resultan en un funcionamiento singular (Campbell y Luchs, 1995: 21-27): hay que ver cómo las personas enfermas se enfrentan a sus problemas y no ver solo los problemas.

En el trabajo social sanitario, el caso social sanitario se expresa a partir del acontecimiento vital que es la enfermedad de una persona que necesita de atención médica, de enfermería y de trabajo social sanitario¹⁷ en cualquiera de los establecimientos sanitarios del ámbito asistencial que corresponda. Además de lo propiamente sanitario, en el caso social sanitario confluyen circunstancias de la persona enferma que el diagnóstico social sanitario descifrará si influirán en la resolución del caso o la dificultarán.

El trabajo social sanitario no se orienta a hechos presentes en el relato de los problemas de las personas enfermas, sino a todo lo que rodea los hechos y se genera alrededor de los problemas en sus vidas: lo que les ocurre a estas mientras tratan de solucionar o afrontar los problemas en su contexto vital, que es el único que tienen y con el que deben afrontar lo que está por venir. Lo señaló Helen Harris Perlman (1962: 115): «el trabajador social está más orientado a cómo las personas resuelven sus problemas, que no a los problemas que resuelven».

Tanto el diagnóstico social sanitario como el caso social están compuestos de las sinergias entre las partes y los elementos que los componen, por lo que siempre resultarán mucho más que la suma de los episodios. El diagnóstico social sanitario permite reunir los fragmentos vitales y bocetar los escenarios cotidianos que la enfermedad de la persona influenciará.

En otras ocasiones, quien escribe ha hecho referencia a Michio Kaku, que, en la biografía de Einstein, escribió un principio del nobel.

17 Aunque el trabajador social sanitario suele ser el que interviene a demanda, esto no significa que la intervención a demanda sea la deseable ni la más eficiente. La intervención a demanda siempre margina a quien no demanda. Por tanto, parece obvio que la intervención a demanda debe quedar relegada a aquellas realidades emergentes, de urgencias, pero no como modelo habitual.

4 | Gestión del caso social sanitario

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la profesión de Trabajo Social Sanitario, se han creado dos grandes familias de modelos: la del modelo psicosocial y la del modelo funcionalista y de autodeterminación.

El *modelo psicosocial* considera a la sociedad sujeta a la dinámica, y por esta condición es posible la transformación y el cambio. Al principio se centraba en la persona afectada, pero Mary E. Richmond, a través del estudio constante de casos, analizó sus registros, y vio la importancia de la influencia que los miembros de la familia ejercían sobre la persona y entre ellos. A raíz de dicha observación, ella y sus seguidores dieron un nuevo enfoque al modelo: el individuo no podía estar aislado, sino dentro de su contexto familiar y social, dentro de su medio ambiente habitual. El modelo psicosocial se apoya en el diagnóstico social (sanitario) y considera que las experiencias pasadas influyen sobre los comportamientos presentes. Esta afirmación es fácilmente contrastable, por ejemplo, cuando las personas que han tenido malas experiencias con alguna unidad profesional, las proyectan en el nuevo equipo.

El *modelo funcionalista y de autodeterminación* discrepa en gran medida de la aproximación de Richmond. Llega en los años treinta de la mano de Otto Rank, discípulo de Freud, del cual se separó pro-

fesionalmente para avanzar en sus propias tesis: para él las neurosis tenían que ver con la experiencia traumática del nacimiento. Para los funcionalistas, la historia pasada es irrelevante, y defienden la idea de que la persona tiene derecho a su libre determinación, tiene capacidad para decidir sobre sus problemas, afirmación que Gordon Hamilton, de acuerdo con las tesis de John Dewey, matizó al afirmar que, para poder decidir, se debía estar completamente informado. Esta realidad no se da muchas veces, y por ello las personas acuden a los profesionales para que les ayuden en sus decisiones, pues de los profesionales se valora especialmente su conocimiento.

Por otra parte, también existen dos modelos de intervención en la gestión del caso social sanitario: el modelo proactivo y el modelo reactivo. En el modelo proactivo, el trabajador social sanitario es el que toma la iniciativa en base a criterios de riesgo. En el modelo reactivo, es la persona enferma quien demanda la ayuda.

La gestión del caso social sanitario que se propone se apoya en el modelo psicosocial proactivo y en el diagnóstico social sanitario. Es psicosocial porque se apoya en evidencias de que la influencia de lo vivido se proyecta en lo que se va a vivir. Es proactivo porque se adelanta a los probables problemas y toma como indicadores los criterios de riesgo, lo que permite relativizar empírica y estadísticamente el uso final de recursos de apoyo en base a las características sociales, y que personas con características similares reciban apoyo con recursos formales diferentes.

Cuando se revisan los textos que fundamentan el Trabajo Social Sanitario, por qué y cómo nació, cuál era la necesidad social y sanitaria que favoreció que se pensara en esta nueva profesión, las primeras funciones, los principios y valores, todo lleva al *diagnóstico social sanitario* y a la *gestión de casos*. Es más, la gestión de casos en el ámbito sanitario, desde la óptica de quien escribe, solo es posible y efectiva cuando se apoya en el diagnóstico social sanitario. Sin este, lo que se dé en llamar gestión de caso es un sucedáneo porque carece del rigor del discernimiento de la totalidad de las circunstancias, sean de riesgo o protectoras.

La enfermedad, que genera siempre nuevas realidades y necesidades en las personas afectadas, se ha señalado como el *acontecimiento vital* de una persona que está en la génesis del caso social sanitario. Los textos hipocráticos se refieren a la afectación de las esferas vitales de la persona enferma y a su influencia en la atención a la enfermedad. Es sobre esta

5 | Una visión actual del trabajo social sanitario

I. EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

El trabajo social sanitario nació de la práctica de la medicina clínica en los hospitales sobre una realidad generalizada en los albores del siglo XX, una realidad que hoy aún perdura y avala más que nunca el desarrollo de la profesión.

Fue Ida M. Cannon quien en 1908 escribió acerca de cómo el Dr. Cabot estructuró la unidad de trabajo social médico del hospital con el fin de garantizar el seguimiento de los pacientes.

En el Massachussets General Hospital atendemos entre cuatrocientos y seiscientos pacientes cada día. Los ven un pequeño grupo de médicos. Cada paciente tiene muy poco tiempo para estar con el médico responsable. El doctor Cabot vio que aquel examen, incluso siendo muy cuidadoso, significaba muy poco a no ser que el paciente y su tratamiento tuvieran un seguimiento. Hace tres años él estableció el sistema de cuidadoras para visitar a los pacientes en sus casas, y seguirlos para ver que el tratamiento era eficaz. La política que hemos aplicado ha sido conocer nuestra comunidad y sus agencias, ser un eslabón que une las necesidades del paciente en el hospital con las agencias en la comunidad listas para cubrirlas. Nuestro trabajo está apoyado por completo con contribuciones de voluntarios.

Nuestros pacientes provienen de los médicos de los diferentes dispensarios. Realizamos un pequeño registro: el color, la edad, la antigua dirección del paciente, si vive solo, si es una viuda o divorciada, la nacionalidad, la ocupación, el nombre del marido o la esposa, los niños, de qué departamento proviene el paciente y el diagnóstico. En Boston, en la Organización Benéfica Asociada, tenemos un directorio centralizado en donde, entre cincuenta y setenta y cinco de nuestras agencias registran los casos que han atendido. Esto evita la duplicidad. Cada agencia sabe lo que las demás hacen con el mismo problema. El cuarenta y cinco por ciento de nuestros casos vienen de fuera de Boston. Tenemos una ficha de suburbios, con las asociaciones diferentes y los individuos privados interesados —el Consejo de Salud, y todas aquellas organizaciones— que podemos aprovechar (Cannon, 1908: 153-154).

Años después, Canon (1917: 15) explico que el Dr. Cabot, al constatar que muchos de los enfermos que atendía tenían dificultades o impedimentos sociales para seguir los tratamientos médicos en sus domicilios, intentó poner remedio a este problema. Inspirado en las experiencias del Dr. William Osler del Johns Hopkins Hospital y su alumno Charles P. Emerson (quien pasados los años fue director de la COS de Baltimore), el Dr. Cabot contrató a una nueva profesional con nuevas responsabilidades: «estudiar los entornos sociales de las personas enfermas».

La idea preliminar básica que se desprende de los escritos de las principales figuras impulsoras del Trabajo Social Sanitario era garantizar que la profesión se desarrollara de acuerdo con un corpus teórico —disponible en los inicios y en continua construcción— que se nutría de las investigaciones sobre las necesidades psicosociales individuales y colectivas de los enfermos, identificadas y diagnosticadas. La idea de la transformación del modelo caritativo convencional y eminentemente reactivo en un modelo proactivo y motivador, impulsor de la vida autónoma, era un clamor año tras año. Los numerosos ejemplos de los registros en anexos a artículos y libros de la época evidencian que periódicamente se evaluaban los logros²⁶. Pero hay que ser realista: esta descripción anterior elaborada en pocas líneas, en el espacio vital

26 Por ejemplo, tanto el libro *Social Diagnosis* de Mary E. Richmond como *Social Work in Hospitals: A contribution to progressive Medicine* de Ida M. Cannon introducen numerosos instrumentos de registro que servían para posteriores investigaciones y análisis.

y tiempo histórico de las profesiones, conlleva muchos años de luces y sombras, con muchos avances, pero también con muchos retrocesos y épocas en las que imperó la parálisis.

La historia es testigo de que estas primeras dificultades del trabajo social sanitario, las interrupciones en la evaluación, la apatía que suele sostener lo establecido y las zonas de confort tan difíciles de abandonar, la resistencia natural al cambio, etc. son realidades temporales y parte viva del guion en el desarrollo de la mayoría de las profesiones en las que lo psíquico, lo social, lo cultural y también lo ideológico se retroalimentan. No obstante, el método científico aplicado con rigor previene desvíos improvisados y alimentados por lo opinable y lo subjetivo. La superación de las múltiples dificultades del desarrollo profesional es común a todas las épocas y profesiones, y seguramente en esta superación se encuentra el verdadero y sólido futuro de la disciplina. El ejercicio de superación les ha correspondido a los profesionales de cada periodo, hombres y mujeres comprometidos con el trabajo social sanitario, con sus valores y principios, que caminan por el sendero del método científico. Los primeros obstáculos se superaron con la estrategia, los nuevos conocimientos y la perseverancia de quienes impulsaban el trabajo social sanitario, con la suma de los tiempos de quienes ejercían y recogían evidencias de las bondades terapéuticas de los modelos y metodologías aplicadas.

Los párrafos anteriores son una breve descripción de trazo grueso para comprender lo que significaron aquellos años de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando nació el Trabajo Social Sanitario y sus profesionales se abrían camino en medio de un follaje humano y político con ideologías frondosas y tupidos prejuicios sobre cómo ayudar, prejuicios que dificultaban la transformación del modelo de la caridad en el modelo del Trabajo Social y del Trabajo Social Sanitario, la entonces llamada «caridad moderna». Es fácil comprender por qué cuesta tanto, primero, ver la semilla de una nueva profesión; segundo, visionar su potencial benéfico para las sociedades del bienestar y, tercero, desarrollarla y abonarla sobre los principios morales y de la ciencia. La vocación se abraza a la ciencia y viceversa, pero la una sin la otra difícilmente avanza. El tiempo y el método científico, la paciencia y la perseverancia fueron y serán los grandes aliados de quienes ven nuevos nichos profesionales y de quienes quieren ejercer en ellos. Las profesiones tampoco surgen de cualquier manera ni bajo cualquier criterio u ocurrencia; puede haber momentos reveladores, pero estos tienen dentro la comprensión del funcionamiento de los hechos.

6 | Una propuesta de práctica de trabajo social sanitario

1. GUÍA DE APOYO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL SANITARIO

Como todos los instrumentos de trabajo, la tabla 11 es de aplicación opcional. Solo busca ser una ayuda, pero en ningún caso supone corsé alguno. Se trata de una guía de apoyo en la construcción de diagnóstico social sanitario y resulta el inicio de una base de datos diagnóstica para el trabajo social sanitario. Es fruto de años de lectura de textos profesionales y se apoya en la definición de Mary E. Richmond. En este caso, se trata de una herramienta de trabajo social sanitario para ayudar en la construcción del diagnóstico social sanitario dentro de una sistemática de recogida de información que combina la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social sanitario con la cualidad de la mayoría de las respuestas.

Tabla 11.
*Propuesta de sistema de información
 para elaborar el diagnóstico social sanitario*

Ámbito	Dimensión	Variables / Parámetros	Categorías	Notas de contexto
Bio	Diagnóstico	Diagnóstico médico principal Diagnósticos médicos secundarios.	“Clasificación médica usada por el establecimiento”.	
Bio	Diagnóstico	Diagnóstico de enfermería.	— No hay.	
Bio	Diagnóstico	Otros diagnósticos de interés: Psicología, rehabilitación, Fisioterapia.	— No hay.	
Bio	Autonomía física	Según el personal sanitario.	— Necesita ayuda. No necesita ayuda.	
Bio	Autonomía física	Según la persona.	— Necesita ayuda. No necesita ayuda.	
Bio	Autonomía física	Según la familia.	— Necesita ayuda. No necesita ayuda.	

Ámbito	Dimensión	Variables / Parámetros	Categorías	Notas de contexto
Bio	Pronóstico médico	¿Es de prever que las condiciones actuales del cliente mejoren?	<p>—</p> <p>Sí y no necesita apoyos formales. Sí, y necesita apoyos formales temporales. No, pero tiene soporte social. No. Aunque tiene soporte social, es insuficiente. Cabe esperar evolución.</p>	
Bio	Previsión de cuidados	¿Necesita atención sanitaria domiciliaria?	<p>—</p> <p>Sí, temporal. Sí, indefinida. No.</p>	
Psico	Vivencia de la situación actual de enfermedad	¿Dónde centra la persona su dificultad o dificultades?	<p>—</p> <p>No se puede determinar. Cuidados continuados. Alimentación, dieta, nutrición. Economía familiar. Relaciones familiares. Ámbito laboral. Vivienda. Otros.</p>	

Epílogo

El final de un libro aviva una sensación potente de «consumación» del texto, que quedará y me sobrevivirá. Siempre me desplomo en un vacío interior, me quedo ante un abismo del que temo no poder escapar. Lo dicho, dicho está, pero ¿servirá a alguien? La razón y experiencias previas me dicen que esta sensación de desgarró es temporal, que, en unos días o quizás semanas, regresaré al mundo de las ideas renovadas, de las palabras escritas, que seguiré con otros textos que se revuelven en mi interior. Los años también me dicen lo mismo, que esta sensación de vacuidad tan absoluta es caduca, que ha pasado antes, pero nunca me sirve de nada lo que haya ocurrido antes. Cada final de escritura de libro me arroja con fuerza a lo desconocido y me revela la secuencia de los momentos acontecidos mientras escribía entusiasmada.

Este libro ha convivido con lo inesperado, lo insospechado, también con la muerte de personas muy próximas y queridas. Ahora, en el último repaso, estas personas son más y la zozobra en mi interior es máxima porque presiento las ausencias sin remedio. Me refiero a personas que han sido ejemplares para mí y de las cuales he podido aprender, casi sin darme cuenta cuando aprendía, con su bien hacer. Con todo el dolor del mundo que me araña cada vez que escribo su nombre, tengo que recordar al doctor Julio Villalobos Hidalgo (1944-2022), experto en gestión sanitaria, en sistemas de información, con magníficas habilidades gerenciales, maestro y sabio, sobre todo un gran amigo al que le debo mucho, y al que el trabajo social sanitario también

le debe mucho, nada menos que el impulso del proyecto que le propuse de crear un programa universitario de trabajo social sanitario, primero el postgrado y luego el máster. Ahora, ver su nombre escrito en estas páginas, al lado de la palabra muerte, leer de nuevo el poema de Machado que acompañó en su adiós, me rompe el alma en mil pedazos. Indirectamente, mucho de lo que contiene este libro lo he conversado con él a lo largo de muchos años. En nuestras conversaciones improvisadas, hablamos muchas veces del diagnóstico: él, del diagnóstico médico; yo, del social sanitario; de lo poco que se invertía en la salud y la prevención, de lo poco que el sistema sanitario contribuía a mejorar la salud de la población. Era una conversación recurrente, como si en algún momento las cosas fueran a cambiar a mejor y pudiéramos sentir la satisfacción por todos los esfuerzos depositados en las organizaciones sanitarias y en la misma universidad. Hablábamos de la importancia de los resultados en salud y de los «nuevos cantamañanas» que ocupaban espacios de poder, pero eran incapaces de innovar realmente y solo alcanzaban a repetir lo que era sabido. Querido amigo Julio... nuestros mundos se van deshaciendo..., pero la literatura, los libros nos enseñan que la vida es esto, el pasar de la creación, de la exaltación, al silencio eterno roto solo por quienes continúan nuestro legado y permiten a las obras seguir su rumbo.

En este libro se ha tratado tangencialmente el problema que supone la falta de resultados publicados en los que se evidencien a gran escala los beneficios sociales de las intervenciones profesionales regidas por la ortodoxia disciplinar del trabajo social sanitario. Los resultados están, por supuesto; hay más resultados de los que imaginamos, solo que no se publican, quedan aletargados en espacios propios y archivos drive. Este déficit complica hoy severamente la credibilidad del potencial de la profesión y detiene el desarrollo de programas específicos que contribuirían a mejorar el bienestar de las personas enfermas, de sus familias, pero sobre todo a mejorar, en el sentido más amplio, la sostenibilidad del sistema sanitario. Además, aunque sea de manera colateral, esta falta de publicaciones científicas con las evidencias logradas sirve en bandeja argumentos a los atrabiliarios que ven en el trabajo social sanitario una acción especulativa, inopinada, alejada de la actividad racional y profesional, y cuyos logros están al alcance de cualquiera. Pero por algo son atrabiliarios, viven lejos de la realidad del trabajo social sanitario, la imaginan a su manera, pues, al contrario de otras profesiones en las que la previsión presenta un escaso margen de

En recuerdo de Neri Iglesias Fernández (1957-2022)

En la nota de autora he compartido con los lectores los desgraciados acontecimientos que han marcado mi devenir en la escritura de este libro, pero le faltaba el último, la muerte de mi gran amiga Neri Iglesias Fernández. He explicado que el libro se basaba en los materiales preparados para el curso impartido en Asturias por encargo de Neri, pero las garras de la muerte le impedirán leerlo. Le hacía mucha ilusión este libro, pues en cierta medida se sabía semilla. Seguramente, si ella no me hubiera encargado el curso, yo jamás lo habría escrito. No lo sé... Este libro lo corregí por última vez antes de entregarlo a la editorial durante el verano de 2022 y en cada página yace un gran dolor, el de saber que nuestro tiempo en este mundo había iniciado la cuenta atrás y cada vez que hablábamos el del temor a que no hubiera una próxima vez. El verano de 2022 para mí ha sido un desgarrar continuo del que curiosamente la escritura me ha aliviado, me recomponía.

El 25 de septiembre de 2022 Neri murió. La muerte llegó rápido, con todas sus zarpas, las posibilidades eran cenizas, y un gran vacío se adueñó de quienes la queríamos, de quienes nos agarrábamos al hilo de vida que parecía existir. Un hilo que al final se reveló solo un gran deseo.

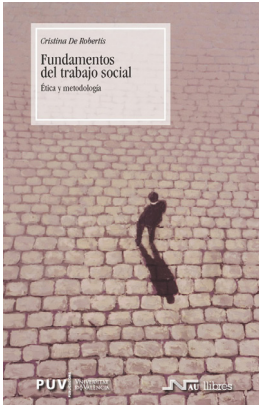
Por siempre gracias, querida Neri. Juntas hemos vivido lo que nadie ha tenido la oportunidad de vivir: las negociaciones desde dentro, las reuniones interminables, las grandes intensidades en las que logramos que transitara el Trabajo Social Sanitario camino del reconocimiento de profesión sanitaria. Las dos sabemos que estuvimos a un tris. Nos aproximamos como nunca al hecho de que el reconocimiento del Trabajo Social Sanitario como profesión sanitaria fuera una realidad. Cuando saltó la noticia, algunos grupos de la profesión vendieron la piel del oso sin haberlo cazado. Las dos sabíamos el peligro que estas alaracas entrañaban para el logro, y al final todo se hizo añicos. Éramos un gran equipo. Las piedras que pusimos una sobre otra, una tras otra, están donde las dejamos, no se han perdido. Siempre te lo dije, pero ahora lo quiero decir en público, quiero dejar constancia en este libro y no en otro de que, sin tu tenacidad, sin tu conocimiento, sin tus relaciones personales, nunca habríamos llegado tan lejos. Me araña la idea de que cuando llegue el logro, porque llegará, no lo podremos celebrar, ya sabes dónde, debajo de la magnífica cúpula de cristales de colores que tantas veces nos ha abrazado con su luz. Allí mismo donde brindamos, cumpliendo sus deseos, por Maria Asunción Martínez Arrojo (1927-2018). Hasta siempre querida Neri, la profesión te debe mucho y yo también.

Referencias bibliográficas

- Abramovice, Ben (1988). *Long term care administration*. New York/London: The Haworth Press.
- Acosta, Eduardo (ed.). (1999). *Médicos y medicina en la antigüedad clásica. Antología de textos*. Tenerife: Fundación Canaria Hospitales del Cabildo de Tenerife.
- Agnew, Elizabeth N. (2004). *From charity to social work*. Chicago: University of Illinois Press.
- Agulló Porras, Ana y otros (2012). Trabajo Social Sanitario y gestión de casos. *Documentos de Trabajo Social*, 51, 268-284.
- Anderson, Harriet E. (1913). Training in smaller cities. *National Conference on Social Welfare, 1913*, 376-379.
- Barker, Robert L. (2003). *The Social Work Dictionary*. Baltimore: NASW Press.
- Brodland, Gene A. y Andreasen, Nancy J. C. (1976). Adjustment problems of the family of the burn patient. En Turner, F. J. (edit.). *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*. New York: The Free Press, 370-379.

- Brown, Elliot C. Jr. (1976). Casework with Patients Undergoing Cardiac Surgery. En Turner, F. J. (edit.). *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*. New York: The Free Press, 390-398.
- Cabot, Richard C. (1915a). Report of the chairman of the committee. *National Conference on Social Welfare, 1915*, 220-226.
- (1915b). *Social Service and the Art of Healing*. New York: Moffat, Yard and Company.
- (1917). What of medical diagnosis should the social case worker know and apply? *National Conference on Social Welfare, 1917*, 101-104.
- (1919). *Social Work Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. Boston/New York: Houghton Mifflin Company.
- Campbell, Andrew y Luchs, Kathleen S. (1995). *Sinergia estratégica*. Barcelona: Deusto.
- Cannon, Ida M. Social Work at Massachusetts General Hospital. *National Conference on Social Welfare. Official proceedings of the annual meeting, 1908*: 153-154.
- (1917). *Social Work in Hospitals: A contribution to progressive Medicine*. New York: Russell Sage Foundation.
- (1921). The relation of hospital social service to child health work. *National Conference on Social Welfare, 1921*, 179-180.
- Casado, Demetrio (coord.) (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer.
- Colom Masfret, Dolors (2022). *Trabajo social sanitario. Catálogo de prestaciones y Cartera de servicios*. Barcelona: Agathos.
- Colomer, Montserrat (1974). Método básico de Trabajo Social. *RTS. Revista de Treball Social*, 55, 14.
- (1979). Método de trabajo social. *RTS. Revista de Treball Social*, 75, 4-48.
- Colomer, Rosa y Rustullet, Jordi (dirs.) (2010). *Diccionari de Serveis Socials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Corbella Duch, Josep (2020). Instrucciones previas sobre tratamiento médico (también denominadas «voluntades anticipadas») y estado de alarma. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 1, 24-30.
- Coulton, Claudia J. (1990). Research in patient and family decision making regarding life sustaining Lon Term Care. *Social Work in Health Care*, 15(1), 63-78.

Colección Trabajo Social:



FUNDAMENTOS DEL TRABAJO SOCIAL: ÉTICA Y METODOLOGÍA

De Robertis, Cristina

ISBN 13: 978-84-7642-695-1

Páginas: 183



MEDIACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL EN DIFERENTES CONTEXTOS

Poyatos García, Ana (Coord.)

ISBN 13: 978-84-7642-696-8

Páginas: 302



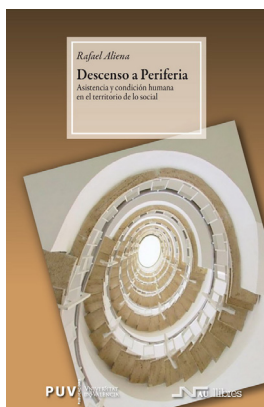
EL TRABAJO SOCIAL TERRITORIALIZADO *Las transformaciones de la acción pública en la intervención social*

Hamzaoui, M.

ISBN 13: 978-84-7642-708-8

Páginas: 216

Colección Trabajo Social:



DESCENSO A PERIFERIA *Asistencia y condición humana en el territorio de lo social*

Aliena Miralles, Rafael

ISBN 13: 978-84-7642-709-5

Páginas: 240



TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO EN LA SOCIEDAD INDIVIDUALIZADA

Hernández Aristu, Jesús

ISBN 13: 978-84-7642-785-9

Páginas: 224



PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON LAS ADOLESCENCIAS

Pérez Cosín, José Vicente
Navarro Pérez, José Javier
Uceda i Maza, Francesc Xavier

ISBN 13: 978-84-7642-797-2

Páginas: 320

Colección Trabajo Social:

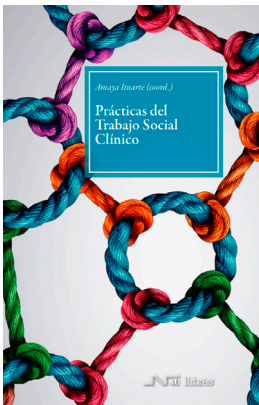


EL TRABAJO SOCIAL Y SUS INSTRUMENTOS *Elementos para una interpretación a piacere*

Fombuena Valero, Josefa

ISBN 13: 978-84-7642-842-9

Páginas: 272

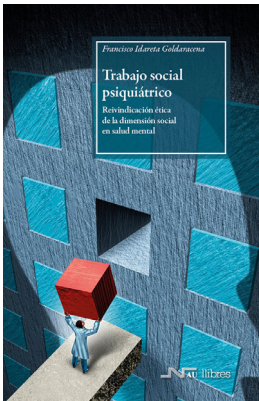


PRÁCTICAS DEL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

Ituarte Tellaeche, Amaya

ISBN 13: 978-84-16926-13-8

Páginas: 252



TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO *Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*

Idareta Goldaracena, Francisco

ISBN 13: 978-84-16926-82-4

Páginas: 240

Colección Trabajo Social:



CUANDO EL TRABAJO SOCIAL ES LITERATURA

*La narrativa como creación
y herramienta de aprendizaje*

Montagud Mayor, Xavier

ISBN 13: 978-84-16926-91-6

Páginas: 208

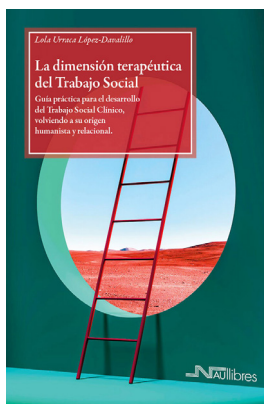


EL TRABAJO SOCIAL Y SU ACCIÓN PROFESIONAL

Fombuena Valero, Josefa

ISBN 13: 978-84-18047-31-2

Páginas: 312



LA DIMENSIÓN TERAPÉUTICA DEL TRABAJO SOCIAL

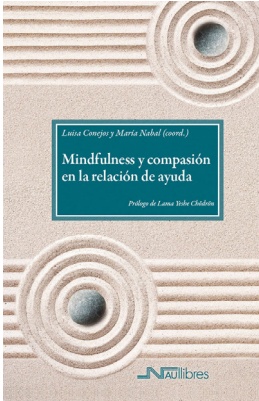
*Guía práctica para el desarrollo del
Trabajo Social Clínico, volviendo a su
origen humanista y relacional.*

López-Davalillo, Lola Urraca

ISBN 13: 978-84-18047-58-9

Páginas: 176

Colección Trabajo Social:



MINDFULNESS Y COMPASIÓN EN LA RELACIÓN DE AYUDA

Nabal Vicuña, María
Conejos Ara, Luisa, Josefa

ISBN 13: 978-84-18047-66-4

Páginas: 284



DIAGNÓSTICO SOCIAL, UNA BRÚJULA PARA LA ACCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Fustier García, Núria

ISBN 13: 978-84-19755-04-9

Páginas: 244

