

Trabajo Social en esencia

Cambiar para avanzar
crear para crecer

Ciudad Real 26, 27 y 28 de mayo de 2022



XIV CONGRESO ESTATAL DE **TRABAJO SOCIAL**
II CONGRESO IBEROAMERICANO DE **TRABAJO SOCIAL**
XIV CONGRESSO ESTADUAL DE **SERVIÇO SOCIAL**
II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE **SERVIÇO SOCIAL**



LIBRO PONENCIAS MARCO

XIV CONGRESO ESTATAL Y II IBEROAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL

Consejo General
del Trabajo Social



ESTE LIBRO RECOGE LAS PONENCIAS MARCO Y LAS CONCLUSIONES DEL IV CONGRESO ESTATAL Y II IBEROAMERICANO DEL TRABAJO SOCIAL

CELEBRADO LOS DÍAS 26, 27 Y 28 DE MAYO DE 2022 EN CIUDAD REAL

DEL CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL





Administración y Venta

C/ San Roque nº4 – 28004 Madrid, local 2

Tel: 915415776 - 77

@mail: consejo@cgtrabajosocial.es

www.cgtrabajosocial.es

Diseño y maquetación

Matizart

ISBN: 978-84-09-43300-1

© Todos los derechos reservados: Consejo General del Trabajo Social

Nota del editor: El informe se ha elaborado en la medida de lo posible utilizando un lenguaje neutro, manteniendo a lo largo del texto terminaciones en masculino para facilitar la comprensión del texto y evitar reiteraciones.



ÍNDICE

PRÓLOGO INSTITUCIONAL

Emiliana Vicente 6

DISCURSO DE CLAUSURA

Emiliana Vicente 8

GENERANDO CONOCIMIENTO DESDE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Amaya Ituarte 11

DE LA PRÁCTICA A LA TEORÍA: APUNTES PARA UN DEBATE EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Concha Vicente Mochales 17

CONSTRUYENDO CONOCIMIENTO DESDE LA PRÁCTICA: UNA PONENCIA-COMEDIA EN SIETE CAPÍTULOS Y DIEZ CONSEJOS PARA RESITUAR EL TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

Pedro Celimendiz Arilla 39

REPRODUCCIÓN SOCIAL, FEMINISMO Y VIDA

Alicia Girón 69

HOW SOCIAL WORK VALUES ARE ESSENTIAL TO PRACTICE

Malcom Payne 81

DOCUMENTO DE RESUMEN DE IDEAS FUERZA DE CONGRESO ESTATAL TRABAJO SOCIAL

Relatoría Congreso Estatal 97



PRÓLOGO INSTITUCIONAL



A medida que pasan los días, y recordamos con calma y cierto reposo todo lo vivido en el XIV Congreso Estatal de Trabajo Social y II Iberoamericano de Trabajo Social de Ciudad Real, es mayor nuestro convencimiento de haber logrado un Congreso que podríamos calificar de histórico, que pasará a formar parte del recuerdo, de las vivencias, de las intensas emociones y de la cercanía en la relación del millar de personas que disfrutamos aquellos días de finales de mayo del 2022.

Tras una pandemia de consecuencias terribles, tanto desde el Consejo General del Trabajo Social, como el Colegio Oficial de Trabajo Social de Castilla -La Mancha, apostamos por retomar el contacto y asumir los riesgos de un horizonte sanitario incierto que limitaba cada paso de la organización del Congreso Estatal. Quisimos desde el primer momento buscar las mejores condiciones para que fuera presencial y así favorecer el encuentro de la profesión, esencial, después de los años de pandemia, y por tanto, afrontando las consecuencias que pudiera acarrear tener que retrasar su celebración seis meses.



Fueron muchos los obstáculos que tuvimos que superar para llegar a aquellos días de mayo, con un programa de calidad, profundo y reflexivo que pusiera sobre la mesa las líneas de trabajo de la profesión durante cuatro años. Este libro es el resultado del esfuerzo de los comités científico y organizador y de tantas y tantos trabajadores sociales que ha contribuido en este congreso.

Recoge las ponencias marco de grandes profesionales que han aportado todo su saber, compartiendo conocimiento y generando nuevos escenarios y sendas para que la profesión continúe avanzando.

Al mismo tiempo, creamos espacios lúdicos donde se fusionará el arte y la música, pero también quisimos que el espacio favoreciera el encuentro, los abrazos, la risa y el baile, en esencia, el disfrute que también se merecían nuestras compañeras y compañeros trabajadores sociales.

Pusimos toda nuestra ilusión y experiencia en este Congreso Estatal a sabiendas de que los gigantes contra los que nos enfrentábamos no eran molinos, sin dejar de soñar con la utopía de la justicia social y del cambio que el trabajo social propone a la ciudadanía y al mundo.

La respuesta de la colegiatura fue espectacular. Casi un millar de compañeras y compañeros nos acompañó, participó con entusiasmo y complicidad haciendo posible nuestro sueño común. Sin ninguna duda, este ha sido el Congreso de la vuelta a los orígenes, a los abrazos, a retomar sensaciones y vivencias con colegas de todas las partes de España, de Latinoamérica, de Portugal y otros países de Europa. Aún hoy, casi un mes después de su celebración, seguimos recibiendo felicitaciones por todo lo vivido, por todo lo sentido y compartido. Sin embargo, tenemos la absoluta certeza, de que este agradecimiento tiene que ir precisamente en dirección contraria: tanto el Consejo General del Trabajo Social, como el Colegio Oficial Castilla -La Mancha y el resto de los Colegios Oficiales tiene que agradecerlos a todas las personas que formasteis parte de aquellos días de congreso *“en un lugar de la Mancha de cuyo nombre, nunca jamás dejaré de acordarme”*.

Como me gusta decir: “Nunca se borrarán las huellas de las personas que caminaron juntas”.
(proverbio africano)

Gracias y siempre gracias

Vamos trabajo social, vamos profesión.

Emiliana Vicente González
Presidenta del Consejo General del Trabajo Social



DISCURSO DE CLAUSURA

Las lacras que padecía la humanidad hace dos mil años: el hambre, la enfermedad, la guerra y la pobreza, no han desaparecido. Además, se han añadido otras calamidades como el cambio climático, el rearme belicista, la desigualdad estructural creciente o los desafíos todavía por resolver que plantea la digitalización de lo social, la inteligencia artificial y el big data.

Acabar con la pobreza, poner fin al hambre, combatir el cambio climático, mejorar los servicios de salud, impulsar la educación en todos sus niveles, reforzar los servicios sociales, garantizar sistemas de protección social estables, así como universalizar la conexión a Internet, son metas que están a nuestro alcance. Cuestiones que forman parte de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible comprometidos por todos los países para alcanzarlos en 2030.

En este marco global, NUESTRA PROFESIÓN, EL TRABAJO SOCIAL DEL SIGLO XXI, está convencida y decidida a dejar el rastro de la burocratización, del asistencialismo, del control, de la asimetría en las relaciones, o del abandono de la utopía.

Se hace más necesario que nunca hacer visible la importancia de lo social, revalorizar su contenido y su función. Lo que realmente refuerza y consolida los derechos sociales de todas las personas en un Estado de Derecho, es la solidez y la suficiencia de los Sistemas Públicos que conforman los pilares de nuestro Estado de Bienestar. Actualmente asistimos a un cambio de época, a un nuevo contexto social, que precisa aproximaciones nuevas a problemas novedosos. La auténtica “nueva realidad” que proponemos desde el Trabajo Social, tendría como elementos indispensables, la puesta en marcha de los mecanismos necesarios para una verdadera redistribución de la riqueza, y para que la inversión social fortalezca y consolide los Sistemas Públicos de Protección Social y que estos garanticen la promoción y el disfrute pleno de los derechos sociales para todas las personas.

Pero como trabajadoras sociales, debemos reflexionar con humildad y sosiego: ¿en qué momento en algunos lugares, asumimos como norma soportar los meses y meses de listas de espera para que las personas reciban una ayuda de emergencia para poder comer, mientras se ven obligadas a acudir a las colas del hambre?

¿En qué momento, estamos atendiendo a personas solo en los despachos y nos alejamos de sus vidas, de sus hogares, de sus narrativas? ¿En qué momento hemos normalizado intervenir con las personas desde el distanciamiento?

¿En qué momento en nuestra profesión, en algunos lugares, ha normalizado la rutina constante del trámite administrativo de verificación de los requisitos; la vigilancia de las situaciones personales y familiares deslizándonos hacia una intervención con tintes de control policial de la gestión social?



¿En qué momento nuestra acción pasa de un trabajo social como profesión de ayuda a un trabajo social como profesión de control?

¿En qué momento hemos asumido más y más, las cargas de trabajo por falta de personal, por incumplimiento persistente de las ratios profesionales, por infradotación de recursos?

¿En qué momento hemos asumido la fractura entre el “ser y el deber ser”, lo que hacemos y lo que deberíamos hacer, que genera mucha incompreensión en la ciudadanía y mucho agotamiento a las/los profesionales?

¿En qué momento hemos asumido la narrativa de ésto es lo que hay, del conformismo? ¿dónde hemos dejado nuestro compromiso por la acción transformadora? ¿dónde está el espíritu humanista de nuestra profesión, el sentido de servicio público para combatir la injusticia social?

Se, sabéis, sabemos, que miles de compañeras/os estáis siendo víctimas de estas decisiones marcadas por el neoliberalismo salvaje del sálvese quien pueda, de responsabilizar al individuo de situaciones sociales estructurales. Por ello, ahora más que nunca, debemos posicionarnos como trabajadoras sociales:





Esta profesión tiene que ser rebelde y rebelarse ante el laberinto burocrático que maltrata institucionalmente a las personas.

El Trabajo Social tiene que rebelarse para ser capaz de cumplir con la función transformadora para con la sociedad y mejorarla con equidad para alcanzar la igualdad de oportunidades.

Esta profesión tiene que rebelarse para no estar al dictado de las decisiones políticas cuando las cifras de desigualdad y pobreza son insufribles.

El Trabajo Social tiene que rebelarse para caminar de la mano con las personas más vulnerables denunciando la injusticia social. Tiene que rebelarse para ejercer con orgullo y coraje el deber de servicio público que nos es intrínseco.

Esta profesión tiene que rebelarse y decir basta a una acción de control social y recuperar nuestra esencia emancipadora de acompañamiento y ayuda, poniendo en valor la fortaleza y las capacidades de las personas.

El Trabajo Social tiene que rebelarse para dejar de sufrir insatisfacción profesional, porque sí se puede, y porque nuestro deber como trabajadoras/es sociales es intentarlo y conseguirlo

Por todo ello, quiero clausurar este congreso de la profesión como lo empecé, reconociendo y agradeciendo la labor de los y las trabajadoras sociales, muchas veces invisibilizada y poco valorada.

Vamos trabajo social, vamos compañeras/os somos energía social renovable, termino con el proverbio africano que siempre me gusta citar:

“Nunca se borrarán las huellas de las personas que caminaron juntas.”

Gracias trabajadoras y trabajadores sociales, y siempre gracias

Ánimo, compañeras/os.

Emiliana Vicente González

Presidenta del CGTS



Generando conocimiento desde la práctica profesional

Introductora
Amaya Ituarte Tellaeché





Buenos días, y gracias por acompañarnos en esta mesa de la Segunda Ponencia Marco.

La relación teoría-práctica, la necesidad de una formación amplia y profunda, transdisciplinar a la vez que sólidamente disciplinar, y la exigencia de una práctica ética y reflexiva que permita generar, a su vez, nuevo conocimiento, son cuestiones de las que he tratado en diferentes momentos y contextos, a lo largo de los años de mis tareas profesionales como clínica, docente, supervisora y autora. Las ponencias que hoy nos ocupan nos ayudarán, sin duda, a reflexionar más profundamente sobre estas cuestiones.

Como me han invitado a hacer esta introducción, que será breve pues no deseo hurtar su tiempo a los ponentes, voy a tratar de señalar solamente algunas ideas que considero fundamentales para afrontar esta exigencia, y consiguiente responsabilidad, a la que aludía y que se señala en el título de la ponencia: *generando conocimiento desde la práctica profesional*. Una primera idea viene dada por el uso del tiempo verbal en el mismo enunciado del título: la utilización del gerundio, en efecto, no puede tener más significado que el de incitar, precisamente, a generar conocimiento. Nos sitúa, pues, ante la acción: ¿Cómo podemos *generar*? Ante eso, sólo hay una respuesta: ¡*Generando!* Es decir, produciendo, haciendo.

Pero, evidentemente, el conocimiento no puede generarse de la nada. Tiene que sustentarse en algo previo que, al ser analizado y contrastado con la práctica, aporta nuevos datos, información nueva que, debidamente analizada y contrastada a su vez, podrá dar lugar a nuevos conocimientos y teorías. Por tanto, ¿de dónde partimos?

El trabajo social es la disciplina psicosocial pionera que, asumiendo que la persona humana es un ser eminentemente social, un ser relacional, definió su paradigma¹ de intervención específico como la *persona en su situación*. Asumir dicho paradigma implica una mirada particular, la *perspectiva psicosocial* (Turner, 2012), que nos muestra que no es posible comprender a las personas sin entender las relaciones con sus contextos significativos, su entorno social y físico, lo que denominamos su situación, pero que, a su vez, tampoco es posible comprender las situaciones, los diferentes contextos sociales, sin atender a las relaciones que se producen en ellos y que, de esta forma, los producen y/o modifican, incluyendo a los propios entornos físicos y naturales, que son también modificados por el ser humano para ponerlos a su servicio (como ya señalaba M. Richmond hace exactamente un siglo).

Para llegar a la comprensión de dicho paradigma, con su enorme complejidad, riqueza y diversidad, el trabajo social ha ido produciendo a lo largo de sus más de cien años de existencia teorías, métodos, técnicas e instrumentos, que le han permitido acceder a su objeto de conocimiento, los fenómenos que originan y/o propician las situaciones de malestar psicosocial de las personas,

¹ Paradigma: Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento. (dle.rae.es/diccionario).



y la vivencia personal de ese malestar (Zamanillo, 1992), y desarrollar su forma específica de intervención profesional, la intervención psicosocial.

Pero, precisamente por la complejidad que entraña el citado paradigma, “el trabajo social... desde sus orígenes... siempre ha recurrido a otras ciencias y disciplinas para tratar de ampliar sus propios conceptos teóricos y encontrar explicaciones a fenómenos complejos que no admiten interpretaciones simples... [Esa] transdisciplinariedad es, además, actualmente inevitable por la cada vez mayor interdependencia entre las diferentes ciencias y fuentes de conocimiento y por los descubrimientos que, realizados a partir de investigaciones en una determinada disciplina, no sólo tienen repercusiones sobre otras (algo innegable e inevitable), sino que validan o refutan proposiciones de esas otras o las fuerzan a una revisión” (Ituarte, 2012: 39). De ahí que podemos afirmar que el trabajo social necesita, e implica, una amplia visión transdisciplinar, que debe, sin embargo, estar bien asentada en su propia perspectiva disciplinar, la *perspectiva psicosocial* como ya he dicho.

Esta visión transdisciplinar, que se plasma en las diversas materias de los planes de estudios universitarios, no significa que los conocimientos propios del trabajo social se encuentren en situación de dependencia o desventaja respecto de los conocimientos de esas otras disciplinas, ni presupone que sean de inferior categoría, sino que son aportaciones que complementan y enriquecen los descubrimientos propios del trabajo social, sus teorías, métodos y técnicas de intervención, mientras que esos descubrimientos propios del trabajo social, en una relación de interdependencia, enriquecen los contenidos de esas otras disciplinas.

Lamentablemente, con cierta frecuencia, la impresión que transmiten algunos trabajadores sociales entra en contradicción con lo que acabo de señalar: parece como si no tuvieran suficiente confianza en los conocimientos propios del trabajo social, o que no los poseen suficientemente para orientar su práctica (algo que debiera hacer reflexionar a los miembros de la Academia: ¿qué trabajo social, qué contenidos específicos, propios, del trabajo social están transmitiendo a los alumnos?). Porque, curiosamente, este fenómeno sucede especialmente en el terreno esencial en nuestra profesión: *la intervención psicosocial con las personas en su situación*. Ante ella, surgen dudas (lógicas, dada su dificultad real) y temores, basados en la falta de conocimientos y/o de seguridad en sí mismos como profesionales capaces de llevar a cabo una adecuada relación de ayuda, una acción terapéutica, lo que lleva, en muchos casos, a delegar en otros profesionales funciones esenciales y a dejar vacantes ciertos espacios que, curiosamente, son los que nos definen como profesionales del trabajo social, mientras que no es difícil encontrar trabajadores sociales que en su práctica cotidiana manejan –o creen manejar– con soltura y desenfado cuestiones relacionadas con la economía, el derecho, la legislación (¡sobre todo la legislación!), y otras materias afines. (Ituarte, 2012).



A pesar de esas dificultades, afirmo sin duda que es posible generar conocimiento, teoría, ciencia..., a partir de la práctica profesional. Pero, no de cualquier práctica. Por tanto, ¿qué práctica del trabajo social generará conocimiento científico?

Lo primero, e imprescindible por cuanto es el fundamento de toda la acción profesional, tanto a nivel macro como microsocioal, en cualquier forma de intervención que adoptemos, y en cualquiera de los campos de intervención profesional, es asumir plenamente el paradigma fundacional del trabajo social y la correspondiente perspectiva psicosocioal. Ninguna intervención profesional puede considerarse trabajo social si no se sustenta firmemente en *la perspectiva psicosocioal de la persona en su situación*.

Lo segundo es hacer, precisamente, “práctica de trabajo social”. Práctica que tiene que atender a ciertos requerimientos: tiene que ser una práctica ética y basada en el conocimiento, en las teorías del trabajo social, y de otras ciencias, ya que es la única manera de saber en qué nos fundamentamos, teniendo en cuenta que la perspectiva teórica que adoptamos influye en cómo definimos el problema, el tipo de diagnóstico que hacemos y los métodos que empleamos. Implica saber qué teorías o modelos del trabajo social utilizamos, y por qué hemos elegido esos y no otros. Y requiere ser cuidadosamente registrada, para poder ser después analizada.

En tercer lugar, es necesario saber cómo y por qué lo hacemos: cómo nos posicionamos como trabajadores sociales: cómo entendemos nuestro propio rol profesional y cómo lo ejercemos; qué posición reconocemos a nuestros clientes; cómo nos situamos ante ellos y cómo nos *usamos* a nosotros mismos en la relación profesional; cómo entendemos, y afrontamos, las diferentes relaciones de poder que se producen en la actividad profesional (dentro de la institución u organismo; con los colegas de diferentes profesiones; con otros trabajadores sociales; con los clientes...). Y *por qué* lo hacemos de esa determinada manera, y no de otra, qué elementos influyen en ello: de nosotros mismos, del cliente, de la relación profesional, de la institución, de los colegas, del equipo...

Tras ello es necesario realizar un análisis reflexivo crítico de los procesos de intervención, que nos permita comprender y ver en forma más amplia y abierta, a la vez que con mayor profundidad, bien el conjunto de nuestra intervención profesional, bien una intervención concreta o una situación específica, o un conjunto de situaciones que presentan ciertas similitudes..., poniendo en evidencia tanto los aciertos como los errores y señalando los aspectos que nos aportan nuevos datos, así como aquellos que requieren una revisión.

Para poder realizar bien esta tarea considero muy útil el concurso de *otros externos*, que nos aporten una mirada diferente, y amplíen y complementen nuestras capacidades de reflexión y análisis, y nos ayuden a *aprender a hacer ciencia, a partir de los datos obtenidos de la experiencia práctica*. Las formas que dicha colaboración puede adoptar son variadas, dependiendo del



objetivo específico que pretendamos en cada situación. Entre ellas cabe señalar la supervisión (individual, grupal, o de equipo); seminarios teóricos o teórico-prácticos, orientados al análisis y/o la investigación de aspectos concretos (un tipo de situaciones o de problemas, o formas de intervención, o tipos de población, ...); “círculos de investigación”, con el apoyo de investigadores expertos; o proyectos de investigación, individual o grupal, propiamente dichos. En este último caso, sería muy enriquecedora la colaboración entre académicos y profesionales, ya que aquellos podrían aportar sus conocimientos y capacidades investigadoras y los últimos sus conocimientos y los datos extraídos de su experiencia práctica.

De todo ello, de esa reflexión crítica en sus diversas formas, deberían emerger nuevas formas, modelos alternativos de pensamiento acerca de la práctica profesional, sus métodos, sus aciertos y sus carencias, generando nuevos conocimientos que, debidamente contrastados y documentados, deberían dar lugar a nuevas teorías o a modificaciones en las teorías del trabajo social existentes. Y no sólo en ellas, ya que repercutirían también, sin duda, en el acervo de otras disciplinas.

En resumen, y para terminar esta introducción, insisto una vez más en que no sólo es posible generar nuevos conocimientos desde la práctica profesional, sino que ello debiera ser la consecuencia, lógica e inevitable, de una *buena práctica*. Buena práctica que en el caso del trabajo social debe siempre ser:

Una práctica psicosocial fundamentada en el paradigma de la persona en su situación, que reconoce y toma en consideración los aspectos personales y relacionales en los contextos sociales, y los aspectos contextuales y relacionales en las situaciones personales, desde una mirada ética, consciente, abierta, escéptica y crítica.

Estoy convencida de que las ponencias que escucharemos a continuación nos aportarán nuevas y más brillantes luces para andar estos caminos.

¡Muchas gracias por su atención!



BIBLIOGRAFÍA

ITUARTE, A. (2012): "Una reflexión sobre los modelos de intervención de los trabajadores sociales desde la experiencia de la supervisión". En: Sobremonde de Mendicuti, E. (ed) (2012): *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social. Reflexión sobre la construcción disciplinar en España*: 191-204. Deusto Digital.

ITUARTE, A. (2017): "Actualidad y pertinencia del trabajo social clínico". En Ituarte, A. (coord.) (2017): *Prácticas del trabajo social clínico*: 19-44. Nau Llibres.

RICHMOND, M. E., (1922): *What is Social Case Work?*. Russell Sage Foundation.

TURNER, F. J. (2012): "Modelos de intervención en trabajo social: una perspectiva internacional". En Sobremonde de Mendicuti, E. (ed.) (2012) Op.cit: 205-216. Versión en inglés: *Social work theory. An international approach*. Op. cit.: 217-228

ZAMANILLO, T. (1992): "La intervención profesional". *Ponencias del 7º Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS.: La intervención profesional en la Europa sin fronteras*: 53-77. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AASS de Catalunya.



De la práctica a la teoría: apuntes para un debate en trabajo social sanitario

De hecho, yo definiría el reformismo como el compromiso entre un pensamiento crítico con respecto al orden social y la necesidad de aceptar ciertas constricciones de este orden. Se trata, por consiguiente, de resistir para mejorar el orden de cosas existente a falta de poder cambiarlo de forma radical (Robert Castel, 2009).

Autora

Concha Vicente Mochales



XIV CONGRESO ESTATAL DE TRABAJO SOCIAL
II CONGRESO IBEROAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL
XIV CONGRESSO ESTADUAL DE TRABALHO SOCIAL
II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE TRABALHO SOCIAL





Introducción

A lo largo de estas páginas pretendo introducir algunas cuestiones acerca de la teoría técnica y ética del trabajo social con el apoyo de mi experiencia personal como trabajadora social sanitaria desde hace unas décadas. Como trabajadora social en el mundo de la salud y profesora asociada me confronto diariamente con la cuestión de la “teoría y la práctica”, y emergen las paradojas que el propio trabajo social genera alrededor de sí.

El trabajo social parece ser el único campo que establece la diferencia entre “una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas” (Melbourne 2014). La Federación Internacional de Trabajo social siembra la semilla de la paradoja. ¿Cómo podemos ser dos cosas diferentes? ¿somos una profesión basada en la práctica? ¿somos una disciplina académica o científica? No puedo imaginarme a los médicos o enfermeras planteándose este dilema.

Probablemente nuestra historia tiene mucho que ver con los problemas de identidad que nos atraviesan. Las profesiones y las teorías son construcciones sociales en el tiempo y, por lo tanto, son cambiantes y objeto de debate. En la década de 1980 nadie pensaba que llegaría un día en que existiría un programa de doctorado en Trabajo Social. Hoy en el siglo XXI lo estudiamos en una Universidad con una Facultad específica y en algunas de ellas existe ya un programa de doctorado, como es el caso de la Universidad Complutense de Madrid, donde se ha activado desde 2011 y ha permitido la defensa y publicación de 38 tesis doctorales en Trabajo Social, muchas de ellas tesis de madurez profesional, como las de: Alfonsa Rodríguez, Aurora Castillo, Carmen Roncal, M^a José Barahona, Ángel Maroto, o la mía propia, por nombrar algunas.

En estas líneas pretendo reunir teoría técnica y ética alrededor de mi experiencia como trabajadora social sanitaria. Comencé mi andadura profesional, inaugurando un sistema de salud de acceso universal para toda la población; y hoy hace ya casi 33 años que asisto al desmembramiento del sistema público de bienestar en general y a la política de privatización y concertación del sistema sanitario con sus consecuencias negativas para la población.

El sistema de salud español es un sistema descentralizado con importantes diferencias notables entre comunidades autónomas en lo que se refiere a la gestión y planificación de la atención sanitaria, aunque todas ellas tienen como marco de referencia la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

El trabajo social sanitario en la Comunidad de Madrid en estos momentos se halla en expansión, como indican los datos del Portal de Transparencia de esta Comunidad, en cuanto al



incremento de trabajadores sociales - hasta 400 están en plantilla estructural- distribuidos en diversos ámbitos: en el hospitalario (176), en los servicios de salud mental (100), en los centros de Atención Primaria (124). A este número, además, hay que añadir el de profesionales en centros sanitarios de gestión privada y/o concertados. Es, sin duda, el momento de mayor número de profesionales de trabajo social sanitario en esta Comunidad si bien es todavía un número insuficiente para responder a las demandas en los diferentes niveles del sistema. La Comunidad de Madrid tiene un total de población de 6.751.251 habitantes de los cuales 3.229.700 son hombres y 3.521.551 mujeres (Instituto de Estadística, 2021). Las ratios de trabajador social por número de población todavía son muy desproporcionadas.

Además de esta realidad, nos planteamos otra cuestión: ¿cómo va la producción teórica e investigadora de trabajo social en el campo sanitario? Es muy frecuente en las conversaciones de café entre compañeras escuchar que “necesitamos teoría”, “tenemos que teorizar la experiencia”, “tenemos que escribirlo”, mostrando así el deseo de unir el mundo de la acción con el de la reflexión. La realidad es que la acción sanitaria asistencial a menudo nos desconvoca de la producción teórica, aquella que partiendo de la práctica profesional lleva a su reflexión y sistematización y, con ello, a la transformación de la acción y del conocimiento mediante la coparticipación de los sujetos implicados. Los impedimentos para reflexionar sobre las herramientas analíticas que pueden generarse en la práctica del trabajo social sanitario se plantean también, pero de diferente manera, en el mundo de la academia, cuando refieren: “hay que acercarse al mundo de la práctica”. Lo cierto es que el mundo académico y el campo de acción en trabajo social sanitario necesitan aproximarse más, por la necesidad mutua de compartir conocimientos que sienten unos y otros.

La Universidad tiene por delante el reto de ajustar los planes de estudio y las necesidades de los campos de actividad profesionales en salud y los profesionales el de poder referir a la academia aquello que necesitamos para enriquecer la conceptualización de la práctica. Abrir itinerarios formativos, con campos de prácticas ajustados a la especialización en salud ayudaría, sin duda, a construir un espacio común para ambas realidades. Sostengo que no es bueno establecer una diferencia entre “los profesionales de la acción y los profesionales de lo teórico”, Ahora bien, “no todos podemos hacer todo”, pero “todos podemos construir puentes de entendimiento y colaboración” ya que una necesidad mutua nos acompaña.

La profesión se cimentó con el conocimiento y la información de la práctica. Mary Richmond construyó la disciplina teorizando sobre la práctica. Siento que ahora no es muy diferente. La construcción social del trabajo social nos dice que su teoría está en todo instante construida por las mismas fuerzas sociales que conforman la actividad (Payne, 1995, p. 61). Los teóricos de la academia y los protagonistas de la acción han de apoyarse, co-construyendo una metodología para la sistematización de la práctica, unas investigaciones que



la informen y generen saberes de trabajo social y para el trabajo social, porque los profesionales de la acción ¿pueden generar enfoques eminentemente prácticos, empíricos y prescriptivos que sean productos, avances de cuerpos teóricos más abstractos?; ¿puede la producción intelectual del mundo académico reunir las actuales necesidades intelectuales que atraviesan las prácticas del trabajo social sanitario? La búsqueda de una epistemología de la práctica debe ser común a ambos mundos. Shön (1996), plantea que la verdadera prestación de servicios descansa en la ciencia aplicada que, a su vez, se apoya sobre el fundamento de la ciencia básica; defiende una epistemología basada en la “reflexión en acción”. Para este autor, “el saber cómo” (*know-how*) está en la acción (1996, p. 200). La cuestión está en cómo hemos informado de esta acción a lo largo del tiempo en trabajo social sanitario.

Hace unos años (2018) se defendía que el trabajo social sanitario había generado un saber muy rico con su formalización como disciplina (Auslander, 2001; Bryson y Bosma 2018). El reto del pasado, como ahora en el presente, es cómo dar cuenta de él y construir una lógica de colaboración intersistémica con las diferentes disciplinas asistenciales sanitarias que nos legitime como verdaderos interlocutores de lo social en el campo de la salud. Los desarrollos de la disciplina nos sitúan como expertos de lo relacional, de los contextos de vida de los sujetos, de los nexos que los unen y diferencian; ayudamos a dar sentido a la biografía de los sujetos y a generar pautas significativas entre las experiencias vitales y lo innombrable de los síntomas que, a veces, atraviesan a sus protagonistas, y de cómo esto crea realidad en las vidas de las personas. Ayudamos a humanizar sistemáticamente la asistencia sanitaria.

Voy a plantear algunas de las preguntas sobre las que gira el debate, introduciré algún ejemplo que me parece ilustrativo de lo que planteo y dividiré mi exposición en 3 puntos.

1. El trabajo social sanitario

El trabajo social sanitario se ha situado tradicionalmente en torno al modelo médico; sin embargo, en las últimas décadas, se piensa más en otro modelo, en un modelo interactivo o transaccional en el que profesionales y los organismos sociales no se conciben como meros catalizadores de problemas y malestares sino como entes susceptibles de impulsar cambios en su interacción con las personas que demandan ayuda (Payne, 1995). Se trata de adoptar un punto de vista que mantiene el carácter interactivo y de construcción social del trabajo social en relación con los diferentes actores que lo integran.

Hablar de Trabajo social sanitario implica dialogar con las prácticas que abarcan la salud física y mental, y que se llevan a cabo en instituciones multidisciplinares.



Las organizaciones sanitarias no siempre han sido un lugar cómodo para el trabajo social. En general son espacios de poder amplios donde el trabajo social apenas ha estado representado; somos muy pocos los trabajadores/as sociales en los grandes equipos organizacionales, donde solemos sentirnos intimidados/as y amenazada nuestra identidad por el saber médico. Son lugares complejos que cuestionan a las profesionales, pero no solo a las del trabajo social.

Ahora bien, la identidad no es una categoría estática; surge de la dialéctica constante entre la teoría y la práctica. Así, plantea Payne en lugar de buscar mantener las identidades profesionales establecidas, los trabajadores sociales pueden desarrollar su identidad profesional de manera más efectiva negociando conocimientos y demostrando práctica en los equipos multiprofesionales (2006). Esta se construye, según el autor, en la negociación constante de los roles entre los profesionales y los usuarios de los servicios. Las relaciones efectivas que se establecen contribuyen a desarrollar la representación de lo que hace el trabajo social, en lugar de cualquier definición preestablecida.

El discurso del trabajo social sanitario no puede ni debe compararse con el discurso médico. Cuando llegué al hospital, un jefe de servicio lo describió muy bien: “no sé bien qué os pasa, no sé por qué ese complejo de inferioridad que parece acompañaros. Cada uno sabe de lo suyo. Yo sé de medicina, vosotras de trabajo social, y se espera que cada uno haga lo que le es propio”.

Sin embargo, es frecuente que quedemos sepultadas bajo el discurso médico y sanitario de la enfermería. La idea que suele aflorar es la de que “Ellos, los sanitarios”, son los eruditos, los del discurso potente y fluido sobre los síntomas, el acto diagnóstico y los tratamientos; son los que saben, y no nosotras, las profesionales de la acción, de lo social.

Las estructuras de poder en el espacio sociopolítico, sociosanitario, socioeconómico, socio-cultural, sociojurídico, etc., determinan en gran medida marcos políticos y semánticos en los que se incluye la acción, el pensamiento y el sentimiento, y llevan asociada una distribución desigual de riesgos, daños y sufrimientos en la salud y en la enfermedad. Los trabajadores sociales sanitarios, en general, nos sentimos poco representados en los espacios de poder. A menudo se ha producido un “isomorfismo” (Keeney y Roos, 1993) de los y las profesionales del trabajo social con las personas atendidas en los diferentes niveles de la atención sanitaria, construyendo un discurso alrededor de la queja contra el médico y el sistema sanitario en general de plena actualidad.

Esta posición impide algo esencial en el trabajo social. Este es ante todo una relación de ayuda; nuestro quehacer está del lado de humanizar las prácticas asistenciales, de darle sentido a los síntomas, de ponerlos en contexto, de garantizar derechos y el acceso a la



asistencia y al sistema de salud. Sostengo que el nuestro ha de ser un discurso psicosocial que debe encontrar la manera de formularse en los términos adecuados y en los diferentes contextos de las prácticas del trabajo social sanitario.

Siguiendo a Bryson y Bosma (2018), estamos frente al reto de situar el trabajo social sanitario del lado de la justicia social y de los derechos humanos, cuestión que se ha de revisar en estos tiempos de neoliberalismo salvaje, en el mundo globalizado que está dejando fuera del sistema sanitario a un importante número de personas.

Y esto, la humanización de las practicas asistenciales, no es fácil de lograr, dado lo amplio del campo a tratar y el compromiso con la acción y con la ciudadanía. Necesitamos conocimientos teóricos acerca de la exclusión y los determinantes sociales en salud, teoría de redes, riesgo social, teorías acerca del trauma, modelos explicativos sobre las formas de violencia, duelo, etc., y asumirlos con una perspectiva critica. Siguiendo a Alfonso Rodríguez, la teoría social debe ser capaz de tomar una postura crítica tanto hacia sí misma como hacia la realidad social que investiga, “proporcionando los argumentos para la justificación y critica de las instituciones, relaciones sociales o prácticas de dicha realidad (2007, p. 118). En términos de Beddoe (2011), una perspectiva critica garantiza que los trabajadores sociales reconozcamos el pensamiento de riesgo como una amenaza, y una oportunidad.

Como profesionales, defiende la autora, podemos desempeñar un papel importante cuando trabajamos con las poblaciones políticamente definidas como de “riesgo y vulnerables”. Sin embargo, si aceptamos esto de forma acrítica podemos contribuir con los sistemas de control social, obviando las desigualdades sociales en salud y sus efectos. Es necesario asumir posiciones teóricas sistémicas sobre las crisis y sus efectos; concepciones amplias alejadas de una lógica positivista y biologicista que asemeja el cuerpo humano a una máquina que se puede reparar; esto sería iatrogénico para la persona y el sistema de intervención ya que la enfermedad, desde este punto de vista, representa “la avería de esa máquina” (Caillé, 1990); “una persona enferma, accede al sistema sanitario, recibe tratamiento y se recupera”. Nada más alejado de la realidad.

Adoptar un modelo biopsicosocial en trabajo social implica asumir que la enfermedad y el malestar pueden entenderse mejor si se tiene en cuenta la multiplicidad de factores que intervienen en ella: genéticos, biológicos, socioculturales, ecológicos y psicológicos. El trabajador -y la trabajadora social- es “el conocedor de la dimensión social de atención a la salud de las personas y de las comunidades” (Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario, 2017), y actúa en consonancia con la definición de salud de la OMS; es decir con: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enferme-



dades”¹; entendiendo que los determinantes sociales de la salud son factores precipitantes o contenedores de la aparición de la enfermedad (Torres, 2018).

Somos escasos en equipos numerosos y sostenemos tareas y actividades ingentes. Los profesionales sanitarios con formación humanista y comprometidos con lo social están elaborando teorías sociales; están construyendo y realizando investigaciones para dar cuenta de lo social (mapas de activos en salud, como herramienta de organización y desarrollo comunitario; desigualdades sociales en salud, determinantes sociales de la salud, etc.). El capital social de la profesión se ve así en manos de otras disciplinas con las que compartimos el espacio sociosanitario, de modo que a menudo nos acompaña el sentimiento de fracaso y de inferioridad en materia de producción teórica de la disciplina. Hablamos de lo que otros piensan que ha de ser lo social, mientras que las y los trabajadores sociales sostenemos la acción; y el capital social de la profesión se siente así en condiciones de inferioridad.

Ahora bien, ¿cómo construir el discurso acerca de lo social en trabajo social?; ¿cómo formular teorías de la acción y para la acción?

2. Apuntes para la construcción del discurso en trabajo social

Dos son, a mi modo de ver, las vías para alcanzarlo:

Construir la especialización en trabajo social sanitario y afianzar el objeto del trabajo social en salud.

Trabajar en la protocolización de la acción. Sin duda es la base de la acción profesional y la fuente de conocimiento. Ofrece recursos para la construcción teórica, desde el momento en que se formaliza la práctica y permite hacer inferencias interpretativas teóricas. Sus resultados son producto de la investigación aplicada.

La primera cuestión exige volver al principio y conectar la academia con el mundo profesional, desarrollando itinerarios formativos en salud (lo que algunos ya denominan “trabajadores sociales internos residentes” (TSIR). En cualquiera de las dimensiones en las que se sitúa el trabajo social, ya sea Atención Primaria ya sea Atención Especializada -como se denominan en la Comunidad de Madrid- el trabajo social es una relación de ayuda; los trabajadores sociales sitúan los problemas en contexto y en sus dimensiones macro y microestructurales para dar sentido y atender el malestar psicosocial que padecen aquellas personas que consultan con trabajo social (Zamanillo, 1999; Ituarte 2017).

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional- Nueva York 19 de junio al 22 de julio de 1946- firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados [Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100]



La segunda cuestión nos sitúa frente a la necesidad de protocolizar la acción y reflexionar acerca de la construcción de las prácticas en trabajo social sanitario. En este punto, son tres los retos que planteo que hay que estudiar y analizar.

1. Los problemas sociales en salud
2. La cronicidad
3. Lo sociosanitario y las prácticas de red

2.1.- Los problemas sociales en salud

Por el devenir de la vida, de los estadios evolutivos por los que discurre el ciclo vital, por las situaciones sociales que se atraviesan, las personas convivimos con problemas de diversa naturaleza y número a lo largo de la vida. Las causas de estos problemas, señalan Smale, Tuson y Statham (2003), radican en: las distintas facetas de los atributos y conductas de los sujetos protagonistas, las de otros sujetos y sistemas de su entorno o la interacción de ambas, a menudo muy complicada.

Un problema individual ¿cuándo deja de serlo y se convierte en social?, ¿cuándo en un problema social sanitario? Los autores plantean que los problemas individuales se convierten en sociales cuando no pueden ser resueltos por el individuo o por otros miembros de su familia o de sus redes sociales; o cuando las personas de su medio social inmediato no pueden satisfacer sus necesidades (2003, p.88). Son situaciones tejidas con mimbres complejos en contextos muy variados: relacionales, legales, económicos, etcétera.

Ahondando un poco más, un problema individual adquiere carácter de social cuando:

- Surge en el espacio público de la persona que lo vive en forma de crisis.
- Traspasa la barrera de la privacidad y llega a la comunidad de pertenencia.
- No funciona ya con su lógica ni la red ni el tejido social previo.
- Es compartido o puede serlo por más personas y puede adquirir formas diferentes.
- Las personas ajenas a la situación no pueden llegar a comprender solas cómo influyen estos factores en el conjunto de opciones y soluciones disponibles.
- Necesita una (re)definición, (co)construcción de los operadores sociales con la persona o personas porque adquiere diferentes formas, cuando aparece en el espacio comunitario; de ahí que sea necesaria una nueva formulación.



- Para su (re)solución, por lo tanto, se necesita la acción social de los operadores sociales.

La persona llega al hospital en una situación de crisis, vulnerable y enferma y hay que proporcionarle respuestas alternativas a situaciones vitales complejas. Los equipos de trabajo social somos poco numerosos; los equipos se enfrentan a dos situaciones. Una, muy frecuente, cuando los profesionales sanitarios, presa de confusión, derivan a trabajo social todo aquello que no es médico, y les reclaman ayuda para que el alta sea rápido (en España, a diferencia de lo que ocurre en algunos países, no hay una ley que regule que los trabajadores sociales tengamos que realizar una valoración social que preceda al alta hospitalario ni elaborar unos planes para satisfacer sus necesidades de atención social y de enfermería (Auslander, 2001), por ello se llevan a cabo altas que obvian a menudo las necesidades sociales y el sufrimiento social que acompaña a las personas.

Otra situación, la caracterizada por el poder que se nos atribuye en la resolución de conflictos. Así, es frecuente leer en las historias clínicas: “esto es un problema social (...) pendientes de Trabajo Social por problema social (...) pendiente de que Trabajo Social de alternativas al problema social”, “diagnóstico: problema social”, “ingresa por problema social”.

Ambas situaciones generan confusión y erosionan, a menudo, la identidad del trabajo social sanitario, ¿Por qué? Porque la comunicación es paradójica: “el paciente no puede irse a su casa porque está desorientado y está cognitivamente deteriorado (...) es un problema social (...) busca residencia (...) hazlo rápido (...) permanece ingresado por problema social”.

Muchas de estas situaciones a las que se enfrenta la trabajadora social, a veces, adquieren carácter de doble vínculo, en los términos enunciados por Bateson, Beavin, Jackson (1987). Son situaciones donde las personas quedan atrapadas en un sistema en el que se produce definiciones conflictivas de la relación, de lo que se espera de ella y, con ello, la perturbación cognitiva consiguiente. La metacomunicación necesaria para desbloquear este malestar con el sistema sanitario en general y con el médico en particular suele ser difícil. Un ejemplo podrá ilustrar esta cuestión.

Una de las trabajadoras sociales de mi equipo acude a mi despacho francamente molesta. Un médico le hace responsable de que un paciente no quiera aceptar el alta médica para irse. Me cuenta que es un varón de 76 años, que vive solo y en su situación actual no tiene capacidades para administrarse los autocuidados básicos; aunque solicitemos el servicio de ayuda a domicilio excepcional (SAD), los cuidados que necesita no podrán ser dispuestos. Una semana antes de esto la trabajadora social había trabajado con el paciente el ingreso en una residencia temporal hasta que mejorara su situación; pidió documentación médica para la gestión de los trámites. La sorpresa fue que no le entregan la documentación y le avisan



de que el alta médica ya está lista y el paciente no quiere marcharse. La demanda ahora es “¿qué hacemos en esta situación como ésta?”. Obviamente no hay respuesta inmediata ni adecuada ni posible a tal despropósito.

El sistema médico ha convertido en “problema” algo que inicialmente no lo era. El malestar se ha instalado en todas las partes del sistema de intervención e introduce un nuevo subsistema en el escenario: el jurídico.

En síntesis, se nos atribuye poder, sí, pero no siempre tenemos margen de maniobra para trabajar en la resolución de los problemas. La definición de “problema social” es una construcción permanente y depende de los actores implicados. En el contexto hospitalario estamos frente a intervenciones en crisis que necesitan un modelo teórico para afrontarlas con éxito, que nos permitirá situarnos frente a la relación de ayuda y la construcción de alternativas ante el malestar. La naturaleza del conocimiento profesional, como señala Schön (1996), está sometida a la crítica y a la reinención constante. En la práctica de lo social (como en otras áreas), como dice el autor, existe una zona de indeterminación que exige la reflexión y el diálogo colaborativo y deliberativo constante. Sin este diálogo reflexivo y cooperativo entre las partes es muy difícil la construcción dinámica y permanente de significados que se exige en este tipo de situaciones.

Los problemas no son clasificaciones aisladas y descontextualizada, como señala Grassi (citado en Bentos et al., 2019):

Un problema no se define aislado, sino inscripto en una red de problemas que mantiene continuidad en el tipo de argumentación, explicaciones, etc. Por lo tanto, la disputa por su definición es también por la determinación de las causas, por la atribución de responsabilidades por su formación, por la determinación de ámbitos de competencia en las soluciones y por los alcances de la voluntad política de intervención (p. 4).

En el ámbito de la salud, y como consecuencia de la Pandemia COVID -19, están apareciendo situaciones cada vez más complejas y graves que apenas tenían visibilidad hace un par de años. La soledad no deseada -el alto número de personas mayores que viven solas y sin redes sociales de apoyo- ha colisionado durante la pandemia con efectos bastante devastadores; las mujeres, víctimas de violencia de género, durante ese tiempo no pudieron acudir a los servicios sanitarios, no pudieron dar cuenta del sufrimiento físico y psíquico que las atenazaba. Así, microproblemas y macroproblemas son la misma cara de una situación: caminan de la mano el envejecimiento general de la población, con la fractura de las redes sociales, las personas mayores solas y la violencia de género y formas de maltrato (por decir algunos). Todas estas situaciones requieren respuestas profesionales individuales y respuestas políticas en términos de programas, proyectos y servicios en materia de bienestar social. La cuestión



es cómo situar las cuestiones macropolíticas de desigualdad, las causas estructurales de la necesidad social con las diferentes maneras de abordarlas en los diferentes contextos, y cómo el trabajo ha de abanderar la defensa del abordaje de estas situaciones. Los contextos de intervención del sistema sanitario no pueden hacer frente a la complejidad sociosanitaria que acompaña a la ciudadanía de manera aislada, sino que necesita los diferentes contextos sociosanitarios organizados por el sistema de protección.

Nuestros mayores han llegado a los hospitales traídos por los servicios de emergencia, desorientados, malnutridos y en malas condiciones generales. El trabajo social debe ir más allá de la mera prestación de servicios, de las búsquedas residenciales y atender las consecuencias y las dimensiones de cambio del abordaje de problemas sociales. Las personas afectadas por un trastorno mental han sufrido en silencio los efectos de la pandemia; malnutridos, solos, sin espejos humanos en los que mirarse y padeciendo en silencio sus malestares. Durante la primera ola COVID-19, en el mes de abril, parecía que la violencia había desaparecido: nada más alejado de la realidad. La situación era de tal gravedad que las mujeres no se atrevían a salir de sus domicilios, quedando encerradas y custodiadas por sus maltratadores; las situaciones de opresión y maltrato son un grave problema social.

Aludo a estas tres situaciones que se dieron en la pandemia y que nos obligaron, en cierto modo, a (re)pensar en las prácticas, aunque obviamente se dieron muchas otras, que precisaron intervención social en salud. Es importante reflexionar acerca de que aquello que generalmente en salud se denomina “social” alude a una restricción y pérdida de derechos, de posibilidades, habilidades, competencias y capacidades. Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en materia de salud determinan el tipo de enfermedad, su curso y las posibilidades de tratamiento.

Así las trabajadoras sociales respondemos a las necesidades sociosanitarias de la población:

- Con la prestación de servicios.
- Con la búsqueda de espacios de intervención más allá de la perspectiva micro para alinearnos con posiciones macro.
- Con la combinación de la perspectiva micro de prestación de servicios con la macro de búsqueda de líneas de acción social.

La reciente creación de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria (en agosto de 2019), las nuevas legislaciones en materia de discapacidad (Ley 8/2021, de 2 de junio, por la



que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica), pueden ser nuevos lugares de encuentro para reflexionar acerca de la actividad del trabajo social. Las y los trabajadores sociales debemos ocupar un espacio protagonista en el discurso que se está generando alrededor de los “apoyos”, la discapacidad y la dependencia en los marcos políticos.

También a nivel micro, las y los trabajadores sociales sanitarios hemos de contextualizar estos problemas con la norma legal como guía ya que ésta supone una garantía para asegurar derechos, gestionar y organizar las redes de cuidados. Han de ser pensados y definidos, además, en términos de género. No podemos pensarlos solo con el planteamiento individual al que aluden los compañeros en numerosas ocasiones, cuando refieren: “pendientes de Trabajo Social para el alta”, indicando, por ejemplo, a un paciente crónico complejo que la familia ha claudicado en los cuidados o cuando, como vengo diciendo que suele suceder, se indica como “ingreso por motivos sociales”, aludiendo a situaciones donde el paciente no puede proporcionarse los cuidados: O si no ¿qué supone para una pareja de personas mayores que ingrese en el hospital la cuidadora principal?

- Por lo tanto, necesitamos
- Un contexto en el que situar el problema.
- Un marco conceptual que nos ayude a (co)construirlo, definirlo en colaboración con el resto de la red de profesionales con un esquema ecosistémico.
- Unos procedimientos claros que nos ayuden en la intervención.
- Una perspectiva de género y perspectiva crítica que, en primer lugar, califique las relaciones en el sistema de pertenencia natural y en el sistema de intervención y, en segundo, examine y reflexione sobre las limitaciones del acceso a la asistencia sanitaria de algunos colectivos.

Creo que la creación y aplicación de estos procedimientos, como investigación aplicada, facilita información sobre la práctica y, ésta como producto de la evaluación puede proporcionar instrumentos teóricos.

Así, en la línea que defiende Hugman (2009), el trabajo social ha de ser un todo integrado por perspectivas micro y macro que den respuestas a la idea de necesidad sociosanitaria, la búsqueda del cambio social y la armonía y estabilidad social; así como la forma en que todos estos elementos se interconectan para lograr el bienestar humano.



2.2- La cronicidad o la necesidad de continuidad asistencial

Según los datos del Ministerio de Sanidad español (Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación, 2019), el perfil actual de los pacientes ingresados en centros hospitalarios indica: un claro envejecimiento poblacional, altos niveles de cronicidad, pluripatología y carga de comorbilidad. Frente a esta situación la fragmentación y atomización de los servicios y niveles asistenciales tiene poco sentido.

¿Qué puede aportar el trabajo social al sistema sanitario? La realidad indica que la atención a la ciudadanía exige un abordaje cada vez más global, holístico e integrador con una mirada psicosocial. Esta es la aportación del trabajo social: poner en primer plano las desigualdades sociales y cómo afectan a la salud, como decíamos en líneas anteriores, cuando nos referíamos a los problemas sociales. Clase social y enfermedad no pueden obviarse en el análisis de las prácticas en salud (Segura 2013; Basaglia, 2008; Merton 1972;), ya que hay evidencias de los graves efectos de las desigualdades en la salud de las personas. Estos condicionamientos de clase son, a mi modo de ver, la base para este conocimiento transdisciplinario, desde el momento en que sitúa a las personas en una perspectiva holística y contextual frente a las prácticas; pobreza (y riqueza) dejan de ser elementos propios del trabajo social para serlo de todas las disciplinas del campo sanitario. Así, ni el trabajador social puede ser “el gestor de las migajas para atender la miseria” ni el personal sanitario “el curador de síntomas”. Miseria, pobreza, exclusión y síntomas han de encontrar (re)soluciones en espacios de trabajo colaborativo y transdisciplinar. Creo, además que, como profesionales de la salud, necesitamos una formación política crítica que nos ayude a entender las contradicciones del sistema en que vivimos y nos ayude a articular una ética como profesionales y ciudadanos comprometidos y responsables.

Las desigualdades sociales en salud, los efectos de los recortes sociales sobre la salud, la pobreza y la exclusión deterioran el estado de salud de la ciudadanía, tanto física como psíquica y emocional. Creo, como decía Pedro Cabrera, que la pobreza es un estado; la exclusión social es un precipicio al que va abocado un gran número de ciudadanos y ciudadanas. Hay estudios longitudinales que describen de forma incontestable la relación entre la desigualdad social, la enfermedad y la muerte (Raphael 2004, 2009, 2016). El reciente *Informe FOESSA* (2022) describe un panorama desolador en este sentido; con respecto a la Comunidad de Madrid plantea un incremento de la pobreza y la exclusión con un gran ensanchamiento de la exclusión social, sobre todo de aquellas personas y familias que acumulan dificultades de integración. El 22,3% de la población madrileña (uno de cada cuatro habitantes) en torno a 1.500.000 personas en números absolutos se



encuentra en situación de exclusión moderada o severa (el informe refiere que, en general, la situación en el resto del territorio es muy similar); 813.000 personas están en situación de pobreza absoluta.

La metodología para la elaboración del Informe diferencia tres grandes ejes de exclusión: el económico, el político y ciudadano y el relacional (ocho dimensiones: empleo, consumo, participación política, educación, vivienda, salud, conflicto y aislamiento sociales). Plantea que en Madrid

Los problemas más frecuentes, aquellos que afectan a más del 10% de la población, son cuatro: los gastos excesivos de vivienda (21,3%); las dificultades económicas para comprar medicamentos o seguir tratamientos médicos (15,0%); la pobreza severa (14,5%); y las barreras a la participación política por falta de derecho a elegir a representantes políticos y a ser elegidos (10,2%) (2022, p.13).

En el indicador de salud, el Informe advierte que, en los tres últimos años, ha aumentado considerablemente la proporción de hogares y personas que están afectadas por problemas de exclusión social en la dimensión de la salud: el 16,3% de los hogares y el 17,6% de la población experimentaba situaciones carenciales en esta dimensión en 2021, frente al 8,4% y el 11,2% en 2018, y el 17,2% y 17,0%, respectivamente, en el conjunto de España (2022, p. 20). Los problemas detectados están del lado de la falta de acceso a medicamentos (medicinas, prótesis, dietas) por problemas económicos y la presencia de una discapacidad, enfermedad crónica o problemas graves de salud en todas las personas adultas del hogar. Los datos de la encuesta revelan, además, que las situaciones de exclusión se producen con mayor frecuencia en las personas con un diagnóstico de enfermedad mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades crónicas como “aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles”. Cuatro, son los tipos, de mayor relevancia: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes.

De este modo, la cronicidad es un proceso de larga duración, con fases cíclicas de reagudización, dinámico y en cambio permanente, contextual y multidimensional. Incluye procesos internos de aceptación, afrontamiento, manejo de los síntomas; supone cambios en quien la sufre, en su contexto y en la familia. Para el trabajo social es necesario (desde un punto de vista sistémico) redefinir las innumerables enfermedades biológicas en términos psicosociales, que permitan articular las interacciones entre estas y el individuo y/o entre la enfermedad y la familia y sistemas más amplios como el sistema de salud, comunidad, religión y educación (Rolland, 2000). Tiene, por lo tanto, dimensiones micro (la gestión del caso) y



macro (Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el sistema Nacional de Salud, 2019 y Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid (2012, prorrogada 2014-2017 2017- 2021) que exigen intervención de trabajo social, además de una reflexión y un diálogo constantes con el sistema sanitario y con el sistema de servicios sociales (ya en este sistema comienzan a aparecer, en el país investigaciones relacionadas con la cronicidad, como la de Miranda, Pirla y Juliá, 2020). La cronicidad en el ámbito de salud y de lo social caminan del brazo. *El Informe de evaluación de la Estrategia Cronicidad* indica en este sentido

Los resultados confirman que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para la adquisición de enfermedades crónicas. Además, las diferencias significativas al alza en la prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica en mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta plantean la necesidad de priorizar intervenciones desde AP en este colectivo, coincidente además con el principal colectivo de cuidadoras de personas dependientes

(...) La prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las personas en situación de desempleo respecto de la población activa. Se debe considerar la circunstancia de que las personas con enfermedades crónicas tengan más probabilidad de perder su empleo. En cualquier caso, también debería ser un colectivo a priorizar (2019, pp:13-14)

Propone además una línea estratégica, la cinco, de equidad en salud e igualdad de trato con tres objetivos que, a mi modo de ver, son esenciales para el trabajo social en salud.

O.14. Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las desigualdades de género.

O.15. Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.

O.16. Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia (2019, p.42).

La efectividad de los programas de atención a la cronicidad en salud y su estratificación en niveles *ad hoc* están expuestos a un gran sesgo si no se tienen en cuenta y en su justa medida los condicionamientos sociales; se hace necesaria la presencia de los y las trabajadoras sociales de forma activa en la planificación de estos programas con aportaciones en materia social. Se trataría de articular las relaciones entre el cuidado prolongado perteneciente al ámbito de salud *long-term health care*, y el que proporciona el ámbito de lo social *long-term social care* (OCDE, Eurostat, OMS, 2011).



Humanizar la atención a la cronicidad y al envejecimiento es uno de los grandes retos para el Sistema Nacional de Salud, en general, y para el trabajo social sanitario. En particular, que ha de encontrar un discurso propio acerca de lo social y la cronicidad en salud, que le permita tomar parte en las estrategias nacionales y autonómicas y en los equipos multidisciplinares en los diferentes niveles de atención.

Con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), en España se pretendía configurar un sistema de protección que intentara responder a las necesidades y demandas de la población y garantizara un derecho subjetivo. Es, en sus orígenes un intento de garantizar el cumplimiento de los derechos sociales para toda la población, independientemente de su edad (eliminando así cualquier componente discriminatorio que pudieran conllevar las actuaciones protectoras a las personas mayores), cuando presentan y padecen situaciones de dependencia. La historia reciente nos dice que esto no ha conseguido, sino que ha complicado más una situación ya por sí misma difícil. Las personas con enfermedades crónicas están padeciendo los efectos de la burocracia, de la no actualización a la realidad social de esta Ley. También en este campo las mayores producciones teóricas no vienen del lado del trabajo social sino de otras disciplinas.

La cronicidad exige una atención sociosanitaria, una continuidad asistencial y el reconocimiento del derecho a la salud; así como que se vayan conformando las políticas públicas que garanticen este derecho a la atención sociosanitaria.

2.3.- Lo sociosanitario ¿significante vacío o significativo de oportunidades para trabajo social?

Lo social y lo sanitario han caminado siempre a la par. El trabajo social desde sus orígenes ha tendido puentes entre los dos sistemas; también hemos generado una cultura de cooperación, unas prácticas colaborativas y de red que van más allá del trabajo de caso individual y de coordinaciones esporádicas. Ahora bien, estas cuestiones no pueden obviar lo que está aconteciendo en materia sociosanitaria. El término sociosanitario alude a la “atención” a la “coordinación” y, en algunos momentos, llegó a hablarse, incluso, de “espacio sociosanitario” y Subirats y Vila (2015), todavía hablan de su construcción. Actualmente se refiere básicamente con ello a asistencia y coordinación, existiendo un amplio debate alrededor del término “centro sociosanitario”. Es notable la situación de Cataluña² que regula con un Decreto en 2021 las medidas organizativas en el ámbito de la atención sociosanitaria. En el artículo primero establece la gestión del sistema de atención sociosanitaria

² Decreto-ley 25/2021, de 2 de noviembre, por el que se establecen medidas organizativas en el ámbito de la atención sociosanitaria. Comunidad Autónoma de Cataluña



en su totalidad por el Departamento competente en materia de salud, mediante el Servicio Catalán de Salud.

Siguiendo a Herrera *et al.*, habría una serie de elementos exitosos para el proceso de coordinación: visión compartida, cultura de colaboración, liderazgo y gobernanza, énfasis en lo local, estructuras de coordinación y comunicación, rediseño de los servicios y prestaciones, hoja de ruta de transformación gradual (administrativa, organizativa y financiera), conexión y sistemas de información y tarjeta única sociosanitaria, evaluación integrada y difusión de los resultados (2014, p. 163). Mas, ¿cómo es la situación ahora en Madrid?

En estos momentos, con respecto a la coordinación, tenemos, por un lado, las experiencias interservicios que se están organizando gracias a la buena voluntad de las partes. Por el otro, existe un complejo entramado de coordinaciones y prácticas que tiene que ver con el desarrollo del artículo 14 “Prestación de la atención sociosanitaria”, de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Aún hoy, en España en general y en la Comunidad de Madrid en particular no hay un marco adecuado, una estructura, que recoja las condiciones de coordinación (a pesar de que la Comunidad de Madrid cuenta con la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria desde 2019); existe lo que bien ha denominado Ubieta como “reingeniería de red”, en la nueva gestión pública al servicio del Estado de Bienestar. No se han desarrollado procedimientos ni protocolos suficientes que garanticen el desarrollo de la Estrategia Nacional de crónicos ni tampoco la estrategia autonómica.



En materia de camas sociosanitarias, la Comunidad de Madrid cuenta con

- Una red de hospitales de media estancia con un importante número de camas concertadas.
- Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera gestionada por la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Madrid que atiende población derivada por los servicios de salud mental comunitaria a través del Programa de Rehabilitación y Continuidad de cuidados. Es una red que se ha ido construyendo en el tiempo con la lógica de complementariedad de servicios.
- Una Red de Atención Sociosanitaria de salud entendida como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas en situación de dependencia (área residencial, ocupacional, laboral, etc.).

Facilitar los cuidados conduce a la idea de responsabilidad colectiva, del trabajo en redes, por las redes y para las redes sociales. Implica construir un diálogo colaborativo intersistémico. La idea de la autonomía y la individualidad de la posmodernidad son un espejismo; vivimos entramados en una red de redes donde nuestras vidas están interconectadas, interrelacionadas. No somos sino en la relación social, en el contacto con el otro. En este sentido trabajar en red significa aceptar las interdependencias, evitar “las derivas” y no caer en lógicas de mando de unos sobre otros (Subirats y Vila, 2015, p. 10)

Hoy, como señala Ubieto (2009), nadie se plantea un trabajo que no sea en red, pero se dedica poco tiempo para ver qué es esto del “trabajo en red” y lo que supone. A menudo, todos participamos en esta “ingeniería de red” (en términos de este autor) por obligación o por prestigio sin que necesariamente sean operativas o eficaces esas redes. El autor piensa en ellas como un sistema concebido fundamentalmente para optimizar los recursos reduciendo los costes, un esquema gerencialista (*management*) sin tener demasiado en cuenta al sujeto en cuestión

El trabajo en red que defiende para las prácticas del trabajo social va más allá de la suma de coordinaciones entre servicios. La red es mucho más que la suma de sus partes. Es un sistema nuevo que se genera en el convencimiento de que solo esta red puede abordar la atención a las personas y de trabajo interinstitucional, bajo el paradigma de la complejidad.

Defiendo la idea de unas prácticas en trabajo social sanitario articuladas alrededor de un encuentro de saberes, de un trabajo que permita a los sujetos mantenerse en su nicho ecológico de referencia, que priorice la subjetividad de los vínculos y permita la realización del trabajo de prevención y promoción de la salud. En este sentido el trabajo social sanitario ha elaborado modelos y prácticas de intervención y apoyo social que tejen la malla social que se



quiebra cuando se rompe el vínculo social. Defiendo, el arte de generar vínculos, de apoyar sujetos (en)tramados en relación unos con otros.

Tal y como defiende el Dialogo abierto (Open Dialogue, OD) habría que encontrar fórmulas que incluyan a los protagonistas de la acción social en el trabajo de la red. Ya tienen una trayectoria los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en salud mental y están constituyendo un buen ejemplo de participación de la persona en su propio proceso. Cuando hablo de subjetividad me refiero a encontrar fórmulas de intervención que incluyan a los actores principales en la red de intervención, darles lugar como sujetos activos.

También pienso que son necesarias estructuras de coordinación macro y micro. La experiencia de la red de salud mental en Madrid con los niveles estratégico, táctico y operativo entre los dos sistemas, el social y el sanitario, es un buen ejemplo. Ahora operativamente en algunos distritos de la capital se están organizando mesas sociosanitarias donde podemos trabajar la gestión del caso; sería interesante contar con el apoyo formal de un nivel estratégico integrado por salud y servicios sociales. Las mesas sociosanitarias están tendiendo puentes entre los dos sistemas y está ayudando a construir una comprensión conjunta de las situaciones que presenta la ciudadanía y está, además, permitiendo encontrar vías de solución colaborativas. El diálogo que se genera en el encuentro es plural y (re)significa lo que le ocurre a la persona como paciente y ciudadano. Es el “arte de pensar juntos” de Isaacs (1999, en Seikkula; Arnkil, 2016). No es la trabajadora social referente (en servicios sociales, en el hospital o en el centro de salud) quien produce el pensamiento, la trabajadora social pensante son todas las y los participantes en el diálogo que se establece alrededor del caso. En estas mesas se “(co)construye el caso” y el problema; constituyen el lugar idóneo para defender derechos y organizar la gestión del caso y de los cuidados alejados de prácticas reduccionistas y estereotipadas de las prácticas. Implica, como hemos señalado, la “corresponsabilidad del caso” y una conceptualización de red que va más allá de la suma de los diferentes servicios y/o de la suma de las diferentes coordinaciones interservicios.

3. Conclusión

En esta ponencia he planteado algunos apuntes para la construcción del discurso social en Trabajo social sanitario.

La primera conclusión que quiero señalar es que no podemos dividir el trabajo social en profesión y disciplina. Este debate abre una brecha sin sentido entre los profesionales de la acción y los de la teoría; es preciso encontrar fórmulas alternativas que nos reúnan alrededor de los marcos teóricos y conceptuales a los que la profesión nos convoca.



Las practicas van complejizándose en marcos y contextos de intervención que precisan una especialización. Defiendo la especialización en trabajo social sin perder su marco general. Esta especialización llega por la necesidad de construir y generar marcos teóricos sólidos que den respuestas a un ámbito profesional con competencias cada vez más especializadas en contextos de intervención más complejos.

La intervención psicosocial reflexiva y comprehensiva en trabajo social, el trabajo social clínico, es la respuesta a esta especialización. Nuestro objeto sigue su estela de construcción atendiendo a lo ya formulado por Zamanillo e Ituarte.

En las universidades es preciso trabajar en la construcción de itinerarios formativos en salud en los planes de estudios de grado de Trabajo Social.

La quinta cuestión nos sitúa frente a la necesidad de protocolizar la acción y reflexionar acerca de la construcción de las prácticas en trabajo social sanitario. Protocolizar la acción implica el establecimiento de indicadores de evaluación que nos van a permitir la evaluación de las prácticas, aspecto esencial en primer lugar para generar conocimiento y en segundo para reunir el mundo de la acción y el de la academia.

Tres son los retos que actualmente tenemos para la construcción del discurso psicosocial en trabajo social: la construcción y definición de problema social, la atención a la cronicidad y la construcción desde trabajo social de las prácticas y la asistencia sociosanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Alonso, R. y Fombuena, Valero, J. (2006). La ética de la justicia y la ética de los cuidados. *Portularia*, 1,95-107.

Ambrosio, L. y García Vivar C. (enero-abril, 2020). Horizonte 2025 para la atención a la cronicidad. *An. Sist. Sanit. Navar*, 43(1). <https://doi.org/10.23938/ASSN.0779>

Atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid (año). <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>

Auslander, G. (2001). Social Work in Health Care: What Have We Achieved?. *Journal of Social Work*; 1; 201. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/249741336>

Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires. Lohle

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia.

Beddoe, L. (2011). Health social work: Professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work*, 12(1), 24-40. Doi: <https://doi.org/10.1177/1473325011415455>

Bentos, N. et al. (2019). Problemas emergentes en Trabajo Social. *Margen*, 93. <https://www.margen.org/suscri/margen93/osella-93.pdf>



Bryson, S.A; Bosma, H. (2018). Health social work in Canada. Five trends worth noting. *Social Work In Health Care*, 57(8), pp:581–606 <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1474161>

Caillé, P. (1990). *Familias y terapeutas. Lectura sistémica de una interacción*. Buenos Aires. Nueva Visión

Comunidad de Madrid, Portal de Transparencia. (2022). <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/portal-estadistico-personal-servicio-madrileno-salud>

Decreto-ley 25/2021, de 2 de noviembre, por el que se establecen medidas organizativas en el ámbito de la atención sociosanitaria. Comunidad Autónoma de Cataluña. BOE-A-2021-21114. <https://www.boe.es/eli/es-ct/dl/2021/11/02/25/con>

Definición Internacional de Trabajo Social. Consejo General de Trabajo Social. Recuperado de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>

Gil Martorell, D. (2007). En el margen o marginado: el lugar epistemológico del trabajo social en salud. *Revista Trabajo Social hoy*. Monográfico Trabajo social y Sistema Público de salud. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Madrid.

Herrera et al. Coordinación Sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada, en Rodríguez, P. i Vilá, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014.

Hugman R. (2009). But is it social work?. Some reflections on mistaken identities. *The British Journal of Social Work*, Vol 39, Issue 6, September 2009, Pages 1138–1153, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm158>.

Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunidad de Madrid. Resultados de la encuesta sobre integración y necesidades sociales 2022. Recuperado de: https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2022/03/Informes-Territoriales-2022_MADRID.pdf

Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. (2021). Recuperado de <https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupopc.htm>

Ituarte, A. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. Valencia. Nau Libres

Keney, B. y Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas. Espíritu en la terapia*. Buenos Aires. Amorrortu

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.B.O.E Nº 102, de 29/04/1986. Referencia: BOE-A-1986-10499. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). BOE» Nº 299, de 15/12/2006: Referencia: BOE-A-2006-21990. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. B.O.E Nº 128, DE 29 de mayo de 2003. Referencia: BOE-A-2003-10715. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16>

Merton R. K (1972): *Teoría Social Y Estructura Social*. Santiago. México. Fondo de cultura económica.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. (2019). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Estrategia para el abordaje de cronicidad en España. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Recuperado de



https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf

Miranda Aranda, M. (2015). La importancia de la historia del trabajo social para construir una identidad profesional aceptada internacionalmente. *Tendencias y Retos*. <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1263&context=te>

Miranda-Ruche, X., Pirla-Santamaría, A. y Julià-Traveria, R. (2020). La cronicidad en el marco de los servicios sociales: aportaciones para su discusión. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 10(18), 94-115. doi: [10.30827/tsg-gsw.v10i18.11331](https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i18.11331)

OECD/Eurostat/WHO. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Una introducción crítica. Barcelona. Paidós.

Payne, M. (2006). Identity Politics in Multiprofessional Teams: Palliative Care Social Work. *Journal of social work*, 6 (2), 137–150. <https://doi.org/10.1177/1468017306066741>

Raphael, D. (2016). *Social Determinants of Health, Canadian Perspectives, 3rd Edition*. Toronto. Canadian Scholars Press Inc.

Rodríguez Rodríguez, A. (2007). Más allá de la perspectiva crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 117-137.

Rolland, J. S. (2000): *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona. Gedisa.

Segura del Pozo, J. (2013): *Desigualdades sociales en salud*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf

Schön, D. (1996) La crisis del conocimiento profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica em Pakman. M. *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona. Gedisa.

Seikkula, J. y Arnkil, T.E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona. Herder.

Smale, G., Tuson., y Staham., D. (2003). *Problemas sociales y trabajo social*. Madrid. Morata

Subirats, J. y Vilá, A. (2015): ¿Es la salud un tema estrictamente necesario? Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 206, 8-22.

Torres Querol, N. (2018). Búsqueda bibliográfica de trabajo social sanitario sobre los factores sociales determinantes en el proceso de transición entre sistemas de salud mental ambulatoria. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, Nº 4 , pp: 36-43

Ubieto, J.R.(2009). *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales*. Barcelona. Gedisa.

Zamanillo, T. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9999110013>



Construyendo conocimiento desde la práctica

Una ponencia-comedia en siete capítulos y diez consejos para resituar el Trabajo Social en el Sistema de Servicios Sociales

Autor

Pedro Celiméndiz Arilla
Trabajador Social



XIV CONGRESO ESTATAL DE TRABAJO SOCIAL
II CONGRESO IBEROAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL
XIV CONGRESO ESTADUAL DE SERVIÇOS SOCIAIS
II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE SERVIÇOS SOCIAIS





INTRODUCCION

*“Juguemos a que existe alguna manera
de atravesar el espejo;
juguemos a que el cristal se hace blando
como si fuera una gasa
de forma que pudiéramos pasar a través.”¹*

Agradezco al Consejo la invitación que me hizo para hacer una de las ponencias marco de este Congreso. No pertenezco a la Academia, así que no esperéis una gran disertación sobre los principios y fundamentos de nuestra profesión.

Más bien formo parte de ese colectivo de profesionales que andamos en el barro de la intervención directa, intentando sacar adelante tal o cual proyecto, o establecer esa difícil relación de ayuda con esa persona o familia que está atravesando una situación de dificultad, sea cual sea ésta.

Desde esta posición pues, voy a compartir con vosotros y vosotras algunas de mis reflexiones, que os pido que escuchéis con generosidad, pues no estoy acostumbrado a hablar para tanta gente.

Hace unos años, en un Congreso que tuvimos en Aragón, definí la relación entre el Trabajo Social y los Servicios Sociales como aquella que tenía Alicia con el País de las Maravillas.

Y es que el Sistema Público de Servicios Sociales es un lugar maravilloso. Al menos cuando comenzó. El Trabajo Social jamás soñó con un instrumento tan perfecto y tan potente para construir relaciones de ayuda y para colaborar en la transformación social, sobre todo para los que creemos que ésta se consigue a través de las instituciones.

Pero al igual que Alicia se perdió en su país, también el Trabajo Social se ha ido perdiendo en los Servicios Sociales. La evolución de este Sistema ha hecho que poco a poco deje de ser tan maravilloso, para convertirse en un lugar incómodo, lleno de trampas y peligros para que el Trabajo Social pueda desarrollar su función liberadora.

En algunos casos el Trabajo Social consigue hacerlo. En otros, el Trabajo Social hay que hacerlo de “contrabando” (esto es, en contra de los dictados del Sistema o, al menos al margen de los mismos). Y en no pocas ocasiones, el Trabajo Social ha perdido su identidad, convirtiéndose en otra cosa y desarrollando funciones que poco o nada tienen que ver con nuestra disciplina.

Creo que el Trabajo Social en el Sistema de Servicios Sociales lleva tiempo perdido en este ejercicio profesional tan dispar.

¹ Carroll, L. (2004) “A través del espejo”. Ediciones del Sur, Córdoba (Argentina). Pg. 12.



Cuando leía sobre el eje guía de esta ponencia “Construyendo conocimiento desde la práctica”, inevitablemente me sugería la necesidad de pararnos a pensar qué estamos haciendo, reflexionar sobre lo que somos y, al igual que hizo Alicia tras salir del País de las Maravillas, mirarse al Espejo y atreverse a ver qué hay al otro lado.

Desde qué dejé Alicia perdida en aquel país... ¿habrá encontrado su lugar? Han pasado muchas cosas en estos años, en especial esta pandemia que nos ha desconcertado y que ha hecho sufrir tanto a tanta gente. ¿Habrá aprovechado Alicia esta situación para recuperar lo que había perdido? ¿Los desafíos que la invasión de Ucrania ha traído (en especial la acogida a los refugiados y las repercusiones en las clases vulnerables que la crisis económica generada por la guerra) nos ayudarán a encontrar nuestro lugar? ¿O seguiremos generando las mismas respuestas, de una forma acrítica y automatizada, que nos han traído a esta situación de insatisfacción y confusión?

Veamos pues si Alicia sigue perdida o se atreve a mirarse al Espejo, atravesándolo para ver qué hay al otro lado, en un esfuerzo por encontrarse.

1. Una carrera loca y una larga historia

*“Desde que llegué aquí por perseguir al conejo blanco,
se me ha dicho qué debo hacer y
quién debo ser, me han encogido,
me han estirado, rasguñado y atrapado en una tetera,
también se me ha acusado de ser Alicia
y de no ser Alicia, pero este es mi sueño,
desde ahora voy a decidir lo que pasa...
Yo forjo el camino ahora.” (Alicia)²*

En las últimas décadas el Trabajo Social ha hecho un gran esfuerzo en la construcción de un Sistema Público de Servicios Sociales que diese una respuesta digna y eficaz a las situaciones de sufrimiento de las personas.

En los años 80 se fraguó en España ese maravilloso instrumento para la atención y transformación social que denominamos Sistema Público de Servicios Sociales. Por muchas razones, algunas de las cuales desarrollaré, es un sistema poco valorado, incluso por nuestra profesión. Pero hay que ser conscientes de que su creación constituyó un auténtico hito en una época donde los recursos sociales públicos eran prácticamente inexistentes, la iniciativa social estaba anclada en prácticas anticuadas y la coordinación con los sistemas sanitarios o educativo eran prácticamente inexistentes.

² De la película “Alice in Wonderland” (2010) Tim Burton



El Trabajo Social creo que estuvo a la altura en esos momentos, y multitud de trabajadoras sociales se comprometieron, y muchas de ellas lideraron, la tarea de desarrollar ese Sistema moderno de Servicios Sociales con el que soñábamos.

Trabajo Social, afortunadamente, se ejerce en muchos sitios y contextos. Como el ejercicio de la medicina o de la enseñanza o educación. Pero de igual manera que resulta difícil comprender una medicina en España sin un Sistema Sanitario Público o una educación sin la red de Escuelas Públicas, era difícil que el Trabajo Social no entendiera ese Sistema de Servicios Sociales como ese lugar privilegiado donde desarrollar sus funciones.

Y con un ingente trabajo por parte de nuestra profesión, el Sistema empezó a desarrollarse. Poco a poco, nuevos profesionales (psicólogos, educadores sociales, administrativos, auxiliares de programas...) se incorporaron al sistema y el resto de los sistemas fueron incorporando la figura del trabajador social. Comenzamos a hablar de equipos, de redes y de interdisciplinariedad. La iniciativa social se fue profesionalizando, incorporando también trabajadores sociales y otros técnicos. El sistema de servicios sociales fue creando cada vez más prestaciones y desarrollando más servicios.

Aparecieron nuevos sistemas, (o subsistemas) como el de Atención a la Dependencia. De un modo tan importante como desordenado fueron generándose normativas, legislaciones y reglamentos. Protocolos de coordinación entre entidades, entre atención primaria y especializada y con otros sistemas de protección social se hacían necesarios.

Como resumen, podríamos decir que en toda esta historia los Sistemas Públicos de Protección Social se complejizaron durante todos esos años. Tanto como lo ha hecho la sociedad durante los mismos, evolucionando hacia una realidad más diversa y plural, atravesada además por unos cambios económicos y sociales que no es el momento de analizar aquí, pero de una influencia insoslayable en la acción social que hemos realizado y seguimos desarrollando.

2. El charco de lágrimas

*“¡Dios mío, Dios mío! ¡Qué extraño es todo hoy!
¡Y ayer, en cambio, era todo normal!
¿Habré cambiado durante la noche?
Vamos a ver: ¿era yo la misma al levantarme esta mañana?
Casi creo recordar que me sentía un poco distinta.
Pero si no soy la misma, la pregunta siguiente es: ¿quién diablos soy?
¡Ah; ése es el gran enigma!” (Alicia).³*

³ Carroll, L. (2007). Alicia en el país de las maravillas [Alice's adventures in wonderland. Español]. Zaragoza: Aneto. Pg. 60.



Con todos sus problemas y deficiencias, hoy contamos con un Sistema Público de Servicios Sociales configurado en sus dos niveles (generales y especializados), que se ha construido gracias al Trabajo Social. Como venimos diciendo, durante las últimas décadas el papel de los trabajadores sociales ha sido protagonista en esta construcción, que se ha asentado mayoritariamente en lo local. Los municipios han sido los referentes en este desarrollo, pues el sistema se desarrolló con el criterio de apoyarlo en la administración más cercana a los ciudadanos.

Paradójicamente, esta fortaleza, en ausencia de una Ley General de Servicios Sociales, (que sí tienen algunos de los demás Sistemas Públicos de Protección Social), se ha convertido en su principal debilidad, concretada en grandes desigualdades en el desarrollo según territorios (ver, por ejemplo, los índices DEC publicados) (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, 2020) y en cierto desprestigio respecto a los otros sistemas.

Y en lo local, el protagonismo ha recaído en el Trabajo Social, con una presencia constante y mantenida en la gran mayoría de municipios a lo largo del Estado hasta el punto de que podríamos afirmar, sin lugar a dudas, que sin esta presencia no podríamos hablar hoy de Sistema de Servicios Sociales.

Pero si podemos afirmar ello con orgullo, no es menos cierto que el precio a pagar ha sido importante. Afanados en la construcción del sistema y sobrepasados seguramente por muchas de las tareas necesarias para ello, hemos abandonado aspectos importantes de nuestra disciplina, que pueden agruparse en tres grandes áreas, obviamente interrelacionadas unas con otras, que vamos a analizar:

- Abandono de funciones propias
- Pérdida de espacios profesionales
- Desprestigio de la profesión

Tal vez, como le pasó a Alicia, ese País de las Maravillas estuviese lleno de peligros y para nosotros, ese Sistema de Servicios Sociales poco a poco dejó de ser ese lugar tan maravilloso para convertirse en un lugar difícil donde ejercer el Trabajo Social está lleno de obstáculos.

3. Una merienda de locos. (Sobre el abandono de funciones propias)

*-Si cada uno se ocupara de sus propios asuntos
-dijo la Duquesa en un gruñido-, el mundo giraría mucho mejor
y con menos pérdida de tiempo.⁴*

Desde la crisis del 2008 hay dinámicas en el Sistema de Servicios Sociales que lo han convertido en una estructura totalmente diferente a la que había previamente.

⁴ Op. cit. 3. Pg. 56



Probablemente por la necesidad de superar los modelos de acción social caducos y anclados en valores benéfico-paternalistas que se desarrollaron en España durante el franquismo y las primeras épocas de la transición a la democracia, el Trabajo Social se entregó a la tarea de construir el sistema a principios de los años 80 desde claves diferentes.

Las intervenciones, las políticas, los programas... se diseñaban principalmente intentando superar el asistencialismo previo introduciendo una óptica rehabilitadora, promocionadora y preventiva, en las que las prestaciones (tanto las económicas como las de servicio) no eran sino unos meros instrumentos en torno a unos objetivos más amplios.

Dicho objetivo no era el mero acceso a la prestación sino el acceso a la misma para algo. Superar la situación de precariedad, mejorar las relaciones familiares, conseguir una mayor y mejor inclusión social...

Por ejemplo, en los primeros programas de rentas mínimas el objetivo era que las personas por sí mismas superaran la situación de pobreza o precariedad, de modo que en un tiempo dejaran de necesitar la prestación. El acceso a la misma venía acompañado de un trabajo intenso y unas medidas complementarias diseñadas para ello.

Del mismo modo por ejemplo el Servicio de Ayuda a Domicilio intentaba proteger unos determinados niveles de fragilidad, potenciando y fortaleciendo los lazos familiares, nunca sustituyéndolos, de manera que el beneficiario pudiera estar el mayor tiempo posible en su entorno, siempre que fuera posible y conveniente.

Y aunque las dinámicas ya estaban trabajando desde tiempo atrás, a partir de la crisis del 2008 todo cambió.

La crisis de la última década ha supuesto una especie de “efecto dominó” (Esteban, Romero, Del Rincón, 2017: 59) en el que el Sistema de Servicios Sociales y sus trabajadores sociales han asumido las necesidades no resueltas por otros sistemas, desde el sanitario (prótesis, gafas, ayudas bucodentales...) o el de vivienda (hipotecas, alquileres, gastos de energía) pasando por el educativo (comedor, material escolar...), habiéndose identificado en éstas necesidades las “*coordenadas de ubicación del trabajo social*”. (Esteban, Romero, Del Rincón, 2017: 60)

Fue un cambio sobre todo conceptual. Las prestaciones dejaron de considerarse instrumentos y pasaron a definirse como fines en sí mismas.

De este cambio conceptual podemos entrever algunas causas y consecuencias.

Entre las primeras cabe destacar que en nuestra democracia las prácticas benéfico-asistenciales nunca fueron superadas. Debido al control de las fuerzas conservadoras el modelo



basado en la filantropía y la caridad nunca ha sido puesto en cuestión, recurriendo al mismo para responder una y otra vez a las grandes crisis de la sociedad. Un modelo paternalista, culpabilizador y controlador que ha presidido muchas de las políticas sociales durante este tiempo.

Por otro lado, se realizó un mal diseño de la política social en su conjunto, atribuyendo al Sistema de Servicios Sociales un papel tan residual como omnipotente, con la principal función de amortiguador de los principales problemas sociales (vivienda, pobreza, violencia...) y sin pretender ninguna solución global a los mismos.

En cuanto a las consecuencias se ha venido produciendo una perversión importante del enfoque de derechos. Se tiene derecho a la prestación, no a la solución del problema. Al Sistema no le ocupa ni le compete nada de ello, más allá de garantizar el acceso a la prestación, la cual se considera autosuficiente para solucionar el problema, sin valorar que lo haga o no. Se considera que estos problemas están circunscritos al área privada.

Todo ello genera un sistema ineficaz (tampoco pretende otra cosa, como decimos), en el cual las prestaciones y servicios no consiguen incrementar el bienestar de las personas, que permanecen cualitativamente en los mismos niveles de sufrimiento de los que procedían.

Se aplica aquí con precisión el viejo aforismo médico: “La operación fue un éxito. El paciente murió”.

Esta evolución del Sistema de Servicios Sociales, tal y como la venimos definiendo, ha tenido una repercusión importante en el Trabajo Social, que poco a poco ha ido perdiendo identidad y abandonando sus funciones hasta convertirse en una masa amorfa en la que se mezclan sensibilidades y conceptos en una confusión que es causa no de pocas decepciones profesionales.

Como bien señala Fombuena, J. (2020) respecto a esta evolución *“Poco a poco, las trabajadoras sociales abandonaron aquellos valores y aquellas funciones que les permitían identificarse con las personas, ahora convertidas en consumidores/usuarios de servicios sociales”*.

Conceptos como diagnóstico y valoración han quedado sustituidos por la comprobación de requisitos y la prescripción profesional limitada a la mera activación del recurso demandado.

Como dice F. Fantova (2022), más que apoyarse en el conocimiento disciplinar el Trabajo Social se apoyaría en el conocimiento de las normas jurídicas, en cuyo profundo conocimiento y especialización residiría la buena intervención.

“la entrega dineraria o material (que frecuentemente es realizada por el propio sistema) es entendida muchas veces por diferentes partes (personas destinatarias, responsables



políticas e incluso profesionales de la intervención social) como la oferta principal o central que el sistema pone a disposición de algunas personas, convirtiéndose, paradójicamente, la intervención social propiamente dicha.

Sin estar claro muchas veces, por otra parte, cuál sería la finalidad definitiva de esa intervención social, es decir, cuál sería ese pretendido resultado de la intervención que tendría como efecto secundario que cesara la necesidad o demanda de dinero (o similares) por parte de la persona atendida.”

Se trata en el fondo de un Trabajo Social basado en lo asistencial, entendido como entrega de recursos materiales y/o dinerarios. La profesión queda así devaluada a ser expertos en recursos, percepción que tiene la población sobre nosotros y que no hemos dudado en hacer de ello nuestra identidad. Es como si la enfermería definiera su identidad en poner inyecciones o la psicología en hablar con los locos...

En Trabajo Social la “relación de ayuda” ha quedado sustituida por “relación para dar ayudas”, en un plural que marca la diferencia.

En este sentido Lola Urraca, (2021) recoge un sentir frecuente en la profesión:

“Nos encontramos en unos momentos de devaluación de la profesión, donde el trabajo social se está quedando relegado a la tramitación de recursos y a la gestión administrativa. El contenido del acompañamiento social se está vaciando y generando frustración. El deseo de una atención personalizada, cercana, en contacto con las personas, que tanto nos atraía de nuestra profesión se ha visto truncado. Ha dado paso a un día a día lleno de urgencias, prisas, exigencias, burocracias y trámites. Y al final, allá en el fondo, se nos quedó la persona y se nos quedó la profesión.”

Hemos llegado incluso a devaluar el acompañamiento social, que se entiende y define como apoyar y facilitar a la persona la navegación entre las intrincadas leyes y laberintos administrativos de manera que llegue a buen puerto y obtenga (de una forma u otra) la prestación o recurso al que tiene derecho (no dudando en ningún momento de incluso sustituir sus capacidades cuando lo vemos conveniente).

Creo que una de las grandes reflexiones para nuestra profesión se encuentra en dónde estamos apoyando la intervención social en Servicios Sociales. Cualquier Trabajador Social del Sistema conoce en profundidad muchas más normas jurídicas, órdenes y reglamentos que técnicas de entrevista, por ejemplo.

Por otro lado, derivado de todo ello, conceptos que fueron centrales para un determinado ejercicio profesional, como son los conceptos de valoración y de prescripción profesional, se encuentran en franco retroceso o desaparición.



La principal contradicción se da en la paradoja que, garantizando los derechos individuales contribuyamos a un mayor malestar de las personas a las que se les garantizan. El enfoque dominante promueve dos fenómenos especialmente: la delegación y la desresponsabilización.

La delegación, en la cual el encargado de solucionar el problema o situación es únicamente el profesional. La persona se define de modo pasivo, reclamando del profesional y esperando la solución. Ella no tiene que hacer nada más allá de exponer la situación; el resto es tarea del profesional.

Y la desresponsabilización. Es un fenómeno de atribución externa a las causas del problema. Lo que le sucede a la persona no tiene que ver con sus actitudes o aptitudes, sino consecuencia de un contexto sobre el cual no tiene ningún tipo de control.

Ello al final produce servicios más saturados y personas con menos capacidades para afrontar las problemáticas.

Por otro lado, ese enfoque individual lo que produce son familias, colectivos y comunidades cada vez más débiles interaccionálmente y con menos capacidad de protección de los individuos. Éste se relaciona directamente con el Estado para la satisfacción de sus necesidades o la garantía de sus derechos y cualquier intervención en ese sentido de otros actores (familia, redes de ayuda mutua, colectivos...) es vivida como algo inapropiado.

Es el posmodernismo, amigo... Hace tiempo en Trabajo Social teníamos algunos axiomas que, poco a poco, han sido desmontados.

Uno era que teníamos que trabajar con las personas para que ellas, por sí mismas, pudieran hacer frente y superar sus problemáticas. Este concepto ha sido sustituido por esa delegación de la que hablo, en el que cual la responsabilidad de que se supere la problemática en la que está inserto el sujeto es del profesional, independientemente de lo que el sujeto pueda, quiera, o efectivamente haga.

Otro era que los recursos se aplicaban mientras fuera posible y conveniente. Hoy lo que se promueve es que los recursos se aplican en función de esos derechos individuales a garantizar. El que promuevan o no un mayor bienestar para el sujeto no es competencia profesional.



4. Tweedledum y Tweedledee (De la pérdida de espacios profesionales o ¿qué fue de la relación de ayuda?)

*"Tweedledum y Tweedledee
decidieron batirse en duelo;
pues Tweedledum dijo que Tweedledee
le había estropeado
su bonito sonajero nuevo.
Bajó entonces volando
un monstruoso cuervo, más negro
que todo un barril de alquitrán;
¡y tanto se asustaron nuestros héroes
que se olvidaron de todos sus duelos!"⁵*

Durante todo este tiempo, el concepto de relación de ayuda se ha perdido. El abandono de nuestras funciones, asumiendo otros roles y desempeños que no nos correspondía, han hecho que el trozo de tarta que dejábamos, abandonando funciones profesionales propias, se fuera asumiendo progresivamente por otras disciplinas.

Es ciertamente curioso cómo en un sistema en el que colaboramos de una forma tan protagonista a su creación, ahora no terminemos de encontrar el sitio. La verdad es que no reservamos espacios claros en el sistema para el Trabajo Social, o los hemos ido cediendo, en un alarde de generosidad sin precedentes.

Anclados en unas tareas que no nos correspondían, hemos abandonado progresivamente otros territorios que siempre han estado ligados a nuestro origen como disciplina y desarrollo como profesión.

El Trabajo Social de casos o todo lo que podamos definir como terapéutico se ha delegado en otras disciplinas (principalmente médicos y psicólogos). Las funciones educativas y/o de acompañamiento se ha dejado en manos de otras profesiones (educadores sociales, técnicos de integración, orientadores laborales, incluso enfermeros y distintos tipos de auxiliares). En muchas ocasiones el Trabajo Social se limita a informar y derivar, funciones que en muchas ocasiones ni siquiera ejerce en exclusiva.

Hemos ido permitiendo que el resto de profesiones asuman estos territorios y hemos dejado que sean estas disciplinas quienes definan el nuestro, relegándonos a esas funciones burocráticas en las que cada vez somos más prescindibles. No hemos sido capaces de defender la transdisciplinariedad (Osorio, 2012) y de este modo, la intervención social se ha empobrecido hasta niveles insostenibles.

⁵ Carroll, L., & Tenniel, J. (1990; 1973). A través del espejo y lo que Alicia encontró al otro lado (10a reimp ed.). Madrid: Alianza. Pg. 50



Dentro del sistema, los diagnósticos (ese extraño paso entre la recepción de la situación-problema y su resolución) raramente se hacen de forma compartida. Mucho menos con otros sistemas y profesionales ajenos al nuestro. Y de la misma manera que no se comparte el diagnóstico tampoco la intervención, en la que se ha impuesto la figura del profesional aislado y las derivaciones lineales.

No son extraños, (más bien al contrario, encontramos frecuentemente en nuestro sector), diversos programas, servicios e incluso intervenciones en lo social, que se diseñan, implementan y ejecutan sin la presencia del Trabajo Social. En la intervención psicosocial se está comenzando a prescindir de nuestra profesión y cuando aparece, lo hace de un modo residual y no protagonista, casi para legitimar formalmente el uso del apelativo “social” en esa intervención.

Encontramos así programas de intervención en temas como violencia contra la mujer, contra menores, diversos proyectos de intervención familiar... en los que nuestra profesión ha desaparecido, ocupando el espacio principalmente psicólogos, psiquiatras y educadores sociales.

La conclusión es por tanto una intervención social sin Trabajo Social. Lo cual es especialmente grave cuando hemos definido, de una manera bastante consensuada, que nuestro objeto es el malestar psicosocial de los individuos (Zamanillo y Gaitán, 1991).

Lo que debiera ser el centro de la profesión, esa relación de ayuda se ha devaluado como decimos hasta límites insospechados. Hay varias razones para ello:

- La renuncia tácita e inducida a que nuestra profesión abandone, cualquier intervención que pueda tildarse de terapéutica, que se reservan para otras profesiones. Se observa en los últimos años cierta inquietud por recuperar este espacio, con la reflexión y los intentos de desarrollo del Trabajo Social Clínico. Una inquietud y desarrollo que habría que pautar y regular.
- Un tremendo esfuerzo (había que construir ese incipiente Estado de Bienestar) por construir servicios y equipamientos, (y luego para gestionarlos), que nos han restado tiempo y energías para otros enfoques y tareas.
- La gran crisis social que ha llevado a que un gran número de personas vean seriamente comprometidas sus más elementales necesidades, (pobreza, vivienda...) y el posicionamiento de los Servicios Sociales en general y del Trabajo Social en particular como correctores de esa situación, asumiendo responsabilidades que competen al conjunto de la Política Social y no a un sector o profesión de la misma. La crisis económica que comenzó en 2008, los desafíos de la pandemia y los que se generan con la invasión de Ucrania por Rusia se han respondido (se están respondiendo) con esta lógica.



Esto ha llevado a que se confundan relación de ayuda con garantía de derechos y a que se pretenda actuar individualmente y en exclusiva sobre situaciones cuya resolución depende de muchos más actores en una reforma social que responda colectivamente.

No se puede construir una relación de ayuda, tal y como la estamos definiendo, desde lo relacional y tendente a que los sujetos sean capaces de superar la situación problema en que se encuentren, si estos sujetos carecen de lo más elemental.

5. ¿Quién robo las tartas? (Sobre el desprestigio de la profesión y su intento de redefinición)

- Pero es que a mí no me gusta tratar a gente loca –protestó Alicia.
-Oh, eso no lo puedes evitar –repuso el gato- Aquí estamos todos locos.
Yo estoy loco, tú estás loca.
- ¿Cómo sabes que yo estoy loca? –preguntó Alicia.
-Tienes que estarlo –afirmó el Gato- o no habrías venido aquí.⁶

Con todas estas dinámicas la profesión ha quedado relegada a las funciones meramente asistenciales, no siendo prestigiada ni legitimada (tanto fuera del sistema como dentro de él), para realizar otras funciones. Hemos asumido el contexto asistencial como el principal de los contextos de intervención (Cardona y Santos, 2009) (Cardona, 2012).

El haberlo asumido así nos sitúa en un escaso nivel de reconocimiento y consideración, pues el contexto asistencial es el contexto más desprestigiado a nivel social.

“no goza de un alto prestigio entre los profesionales del campo sociosanitario, que suelen construir el contexto asistencial en los niveles técnicos inferiores, como trabajadores sociales, educadores, trabajadores familiares, etc... comparándolo con contextos no profesionales tales como los que protagonizan sacerdotes o voluntariado” (Lamas, 1997: 84)

A pesar de ello, este contexto asistencial ha sido el privilegiado dentro del sistema. El sistema tenía que “dar” cosas, habitualmente materiales. Se trataba de dar servicios. No en vano fue un sistema cuyo uno de los paradigmas en su construcción fue el asignar un recurso para cada situación de necesidad. La simplificación de este modelo conllevó el desarrollo de un modelo prestacionista (de prestaciones económicas o de servicios) en el que se olvidaron otros aspectos.

Obviamente, fue un tema necesario. Había que crear estos servicios y a ello nos dedicamos como decimos desde el Trabajo Social, hasta el punto de definir la profesión (externa y a veces internamente) como “expertos en recursos” (Miranda, 2013: 31). Pero el haber reducido

⁶ Op. cit. 3. Pg. 60



y derivado esta contribución a la construcción del sistema hacia expertos en el contexto asistencial nos ha enfrentado con lo mejor y con lo peor de éste.

El contexto asistencial, por otra parte, es el único reclamado por la sociedad, pues en nuestro devenir democrático estamos lejos de haber superado esas prácticas paternalistas y benéficas propias de etapas anteriores. La múltiple proliferación de iniciativas de este tipo lo demuestra. No vamos a repasarlas aquí, pues no es objeto de esta reflexión, pero es un hecho que en muchos momentos este tipo de prácticas han sido las únicas desarrolladas y verdaderamente legitimadas, introduciéndose tanto en la iniciativa social como en el sector público de una manera generalizada.

Convertido así el Trabajo Social en el paladín del asistencialismo, tan próximo e identificado a la acción benéfica, no ha podido desarrollar otro tipo de intervenciones, sino de un modo muy residual.

La identificación por tanto con estas prácticas ha conllevado un empobrecimiento (valga el símil) de la profesión y, por tanto, su desprestigio. El Trabajo Social se ocupa de dar cosas (dinero, comida, alojamiento y vestido) a los pobres. Lo cual no requiere de mucha técnica ni valoración social.

De esta manera, *“la práctica mayoritaria de tramitación de prestaciones económicas ha conformado una práctica profesional de tipo administrativo, caracterizada por el trabajo de despacho y las tareas de comprobación de requisitos, situándose así muy lejos de la dinámica relacional individual y familiar.”* (Duque Carro, 2012: 25).

6. Los consejos de la oruga

*-Me doy a mí misma muy buenos consejos,
pero muy raramente los sigo.⁷*

*-Creo que ustedes podrían encontrar mejor manera
de matar el tiempo –dijo Alicia-
que ir proponiendo adivinanzas sin solución.⁸*

Una vez diagnosticada la situación, nos atrevemos a plantear algunas sugerencias en torno a los grandes retos que la profesión tiene para recuperarse en el marco del Sistema de Servicios Sociales.

Y al igual que la oruga aconsejaba a Alicia sobre algunos aspectos de ese extraño país de las maravillas, me atrevo a plantear algunos consejos para ello. Son los siguientes:

⁷ De la película “Alice in Wonderland” (2010) Tim Burton.

⁸ Op. cit. 3. Pg. 60.



Consejo nº 1

Definir la convivencia e interacción como marcas de contexto (pasar del enfoque individual al enfoque convivencial)

Como consecuencia del posmodernismo desarrollado en las postrimerías del siglo XX, en el que se produjo una intensa desestructuración de toda idea de comunidad, renegando de toda identidad sujeta a vinculaciones sociales, el derecho individual se convirtió en el indicador social privilegiado de las formas de sociabilidad y la subjetividad en la medida de todas las cosas.

Se produce así, en términos del filósofo Gilles Lipovetsky, un “narcisismo individualista” donde toda forma de vinculación social queda supeditada a la satisfacción de las necesidades individuales más que de las comunitarias.

La autonomía se entiende así, como la posibilidad de satisfacer esas necesidades individuales y tener garantizados esos derechos individuales, tal y como el individuo, en su subjetividad, los define.

Autonomía tiene así una connotación positiva, dado que atañe directamente a esa esfera individual tan privilegiada y endiosada. Por el contrario, la dependencia se valora negativamente. Proliferan los mensajes en los que se alude a que lo bueno es que no dependamos de nadie.

Ser dependiente no se lee en términos de vinculación, sino en términos de debilidad.

Frases como “tu felicidad tiene que depender de ti mismo” o conceptos tan arcaicos como el americano “hacerse a sí mismo”, gozan hoy de muy buena salud.

Son conceptos que reniegan de esa vinculación social que tenemos todos y plantean que el individuo existe como una entidad autónoma, al margen del contexto en el que se desarrolla y con el cual mantiene una influencia recíproca.

Esta cultura impuesta por el posmodernismo individualista e imbricada en el subconsciente colectivo explica tanto las dificultades para considerar como objetos de intervención contextos más amplios que el meramente individual, como las dificultades para diseñar e implementar abordajes familiares o grupales para dar respuesta a las problemáticas. Lo cual es un hándicap importante para la intervención social y lo que ha determinado en gran parte la lógica asistencialista que definimos al principio.

En Servicios Sociales esta lógica individualista ha arraigado con fuerza. Se garantizan los derechos individuales aceptando la definición que el individuo, en su subjetividad, haga de los problemas o necesidades que padece, sin valorar la influencia del contexto en dichos problemas y sin incluir las repercusiones que para su entorno pueda tener la satisfacción de las mismas. Nada de eso importa o, al menos, es perfectamente prescindible.



Así, el Trabajo Social no tiene que potenciar los recursos familiares y sociales (esas redes de apoyo mutuo que antaño nos parecían importantes) para que el individuo pueda ver satisfechas sus necesidades. Lo que hay que garantizar es que acceda al recurso social que se ha definido para ello.

La profesión sólo se recuperará si vuelve al objeto centrado en la interacción sujeto-ambiente y comienza a abordar con eficacia los problemas y aspectos convivenciales de las familias y personas con las que trata. Definir y defender como función propia el tratamiento de éstos mediante un abordaje contextual, para el que estamos mejor preparados que otras profesiones, es el verdadero reto al que nos enfrentamos. Y los servicios sociales generales, comunitarios, o de atención primaria son el primer lugar donde se debe recuperar este objeto.

Y ello pasa por hacer una reflexión importante sobre qué entendemos por “lo relacional”. Como con todas las palabras, el riesgo es que a fuerza de usarlas sin mucha reflexión terminen por perder su sentido. Definir lo relacional como el contexto para el desarrollo del Trabajo Social es algo más allá de considerar el vínculo entre la persona y el profesional (vínculo por otra parte tan necesario como que si no se establece nada de lo que se vaya a hacer tendrá sentido).

Además, y principalmente, se trata de considerar el complejo juego de interacciones que se da entre un individuo y su entorno, en especial en los niveles microsistémicos, en términos de Bronfenbrenner (1987), que son los que a la postre determinan y explican su comportamiento.

Y por tanto las posibilidades de actuar para, por sí mismo, salir de la situación problema en la que se encuentre.

Estas dinámicas relacionales son las que explican al final porqué una persona que recibe un subsidio podrá necesitarlo de forma puntual y utilizarlo para salir de la situación problemática en que se encuentra y para otro será dinero tirado a la basura, que sólo servirá para cronificarlo en la situación

O ello es lo que explica por qué, a pesar de que se empleen múltiples subsidios y recursos, esa mujer maltratada iniciará una y otra vez relaciones donde será de nuevo maltratada.

Una de las principales dificultades para incorporar esta mirada relacional es el contexto en el que hasta ahora se han construido los servicios, bajo el paradigma del individuo.

Como bien señalan Minuchin y Colapinto, *“los servicios sociales tienden a estar organizados en torno a individuos. Cada caso se centra en un cliente designado que fue derivado (...) para que se le prestara ayuda en relación con un problema específico.”* (Minuchin, 2000: 41). Para estos autores la burocracia y la rígida organización de los servicios sociales impiden introducir el cambio de enfoque que proponen, de lo individual a lo familiar: *“centrarse en la historia, dinámica y*



tratamiento del individuo es insuficiente, y es necesario trabajar con la gente en el contexto de su familia y de su red extensa” (Minuchin, 2000: 31).

Considerar al individuo como una unidad natural y suficiente, responde por otro lado a la influencia de la cultura de la posmodernidad. Como expresa Jesús Hernández en su artículo Retos y desafíos de la posmodernidad al Trabajo Social, en la Revista Documentación Social, nº 154, Dilemas de la Política Social:

“nos hallamos ante una sociedad en la que prima el individuo frente a lo colectivo o comunitario. El centro de la atención está puesto en la libertad de cada uno, de modo que cada uno debe valérselas por sí solo. Frente a los comportamientos determinados por la tradición o por el grupo, la clase social o el colectivo de pertenencia se erige ante nosotros como un «endiosamiento» del individuo, «sé tú mismo/a» es la divisa ante la cual todo se rinde, se somete y se limita y delimita.” (Documentación Social nº 154, 2009: 179).

Por otro lado, el considerar y organizar los servicios sociales desde una óptica relacional implica considerar la complejidad, la *“conciencia de la dependencia de nuestra independencia, es decir, de la relación fundamental con el ecosistema que nos lleva a rechazar nuestra visión del mundo-objeto y del hombre insular”*. (Morin, 1995: 350).

Y considerar la complejidad es sin duda, valga la redundancia, más complicado. Hacen falta más recursos y organización más flexible y multidimensional.

Tenemos unos servicios sociosanitarios estructurados en torno al individuo cada vez más descontextualizado de sus vínculos familiares y sociales y por otro lado una sociedad cuyos valores neoliberales se han anclado en el darwinismo social, donde sólo los más fuertes sobreviven y en el que impera el “sálvese quien pueda”. (por ejemplo, la digitalización impuesta a muchos sectores de población, para los que lejos de facilitar su acceso a los servicios, se convierte en una nueva traba para ello. Hablamos de personas mayores, sin hogar, personas en riesgo de exclusión...)

Estos son los retos que afrontamos cuando hablamos, por ejemplo, de “no dejar a nadie atrás”

Consejo nº 2

Reorientar y recuperar los mecanismos de ayuda mutua y solidaridad. (Del “sálvese quien pueda” a la solidaridad.)

Desde que Darwin en 1859 fundamentara su teoría de la evolución en el mecanismo de selección natural (que incentiva la competencia entre organismos para adquirir ventajas adaptativas), el comportamiento humano se ha explicado mediante esta lógica individualista de competencia entre las personas. La ética calvinista, adoptada por el capitalismo, refuerza además la idea del triunfo económico como signo de integridad moral.



Los más fuertes son los que sobreviven y hay que reducir los servicios para los expulsados, pues su reincorporación no hace sino empobrecer la sociedad.

Es lo que se ha llamado la “ética de los botes salvavidas”, señalada por Garret Hardin, en la que se plantea que las sociedades tienen un cupo limitado de recursos que no se puede sobrepasar desarrollando políticas sociales.

Es ineludible por tanto y entronca con los orígenes y objeto de nuestra profesión el incorporar el trabajo social relacional como práctica preferente en nuestras intervenciones.

Varios autores han demostrado que la naturaleza humana se encuentra en la compasión y la cooperación, más que en la competencia.

Por ejemplo, recientes excavaciones en Atapuerca en Burgos han demostrado que la compasión y los cuidados formaban parte inherente de las más primitivas sociedades humanas.

Los paleontólogos están estudiando unas comunidades del Homo antecesor que vivieron allí hace 800.000 años.

En sus excavaciones han encontrado el cráneo de un niño de 10 años con una grave malformación congénita, incompatible con la vida, que les ha hecho a estos paleontólogos establecer la hipótesis de que sólo pudo haber sobrevivido si recibió con esmero los cuidados y la atención de su comunidad.

Por otro lado, el etólogo Fran de Walls explica que la naturaleza humana que compartimos con nuestros ancestros primates incorpora como un elemento natural e imprescindible la cooperación.

En sus investigaciones científicas defiende que la compasión, el altruismo y la empatía se encuentran en las raíces de nuestra naturaleza humana.

De no ser así, no habríamos sobrevivido como especie. Y probablemente sea lo que nos ha construido como tal especie.

Otros múltiples experimentos han demostrado que la cooperación altruista es la forma más eficaz de evolución social. Investigaciones como la del naturalista inglés Colin Tudge demuestran la importancia del altruismo recíproco y la cooperación frente al egoísmo.

Con la crisis de los refugiados de Ucrania se ha puesto de manifiesto esta solidaridad y compasión social. Es un reto para el Trabajo Social conseguir que se mantenga (pasar de la solidaridad puntual a la solidaridad mantenida); que se extienda a otras problemáticas sociales y colectivos desfavorecidos; y que se encauce hacia procesos liberadores y que mantengan la dignidad y autonomía de las personas, lejos de paternalismos generadores de dependencia o de instrumentalizaciones variadas.



Consejo nº 3

Estructurar la intervención en torno a la perspectiva ecológica y relacional

Como hemos venido repitiendo frecuentemente, una de las salidas a todas estas dificultades se ha estructurado en torno a la vuelta a lo relacional.

Hemos de sustituir nuestra marca de contexto (actualmente “asistir”) por el concepto de convivencia. Y hacer de ella el paradigma a partir del cual se desarrollen nuestras prácticas, intervenciones y funciones. Garantizar que todas las personas puedan disponer de entornos convivenciales adecuados, donde puedan desarrollar al máximo sus capacidades, sean cuales sean, debe ser el referente de todas ellas.

Propongo de este modo tanto que la Convivencia sea el núcleo central de los Servicios Sociales, y por tanto, el principal objeto del Trabajo Social en el mismo.

Es una propuesta parecida a la que plantea F. Fantova cuando habla de la interacción como objeto de los Servicios Sociales

“Nuestra propuesta es considerar que el objeto de los servicios sociales sea la interacción, entendida como el desenvolvimiento autónomo de las personas en su vida diaria en el seno de relaciones familiares y comunitarias. Por tanto, los servicios sociales se entenderían como cuidados y apoyos para la toma de decisiones y su ejecución por parte de las diversas personas en su cotidiano vivir integradas en sus redes primarias”.

Entendemos que el concepto de interacción (autodeterminación y autonomía funcional/ integración familiar y comunitaria) nos puede permitir dibujar y llenar de contenido un perímetro de necesidades, demandas, derechos, conocimientos, tecnologías, prestaciones, servicios y programas valiosos para todas las personas y reconocibles como propios de este ámbito sectorial y no de otros. El concepto de interacción nos puede servir para identificar el (gran) bien que protege”. (Fantova, 2017)

Y aunque la palabra interacción entronca directamente con el Trabajo Social (ver por ejemplo las Definiciones de la Federación Internacional de Trabajo Social) el concepto convivencia considero que la incluye y es mucho más reconocible, no en vano ya se definió como una de las principales necesidades a las que el Sistema de Servicios Sociales había de dar respuesta en las primeras formulaciones del Plan Concertado de Prestaciones Sociales Básicas en 1998.

Podemos definir esta necesidad de convivencia como “aquella consistente en la dificultad para establecer o tener relaciones interpersonales apropiadas en las unidades de convivencia” (Santos, 2012: 117). Y que podríamos ampliar: “y en el resto de entornos relacionales.”

Ello implica, y eso entronca con nuestros orígenes como profesión, trabajar con el individuo, con su entorno y con la interacción entre ambos (Miranda, 2009: 240-244). A diferencia



de otras profesiones, que trabajan con una parte de la realidad, debemos incluir en nuestra intervención la globalidad.

Porque es un hecho incontrovertible que el Trabajo Social, desde sus orígenes, ha considerado la interacción del individuo con su medio como el objeto prioritario de actuación. La influencia que en el desarrollo de la profesión tuvieron las teorías del Interaccionismo Simbólico de G.H. Mead, a través de M. Richmond, hicieron que desde el comienzo se definiese la importancia de considerar tanto la personalidad de los individuos como las interacciones con su medio ambiente, así como la mutua interinfluencia de ambas.

Y no sólo M. Richmond. Por ejemplo, otra de las primeras corrientes en Trabajo Social, la Escuela Psicodinámica, cuyo máximo representante fue Gordon Hamilton, ya planteó el concepto de caso psico-social, con una clara orientación a la consideración de los factores interpersonales. La propia autora plantea en su libro *Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos*, la siguiente apreciación:

“No es posible restringir la función del trabajo de casos a la modificación de las condiciones externas, ya que el problema generalmente es interpersonal, así como social” (Hamilton, 1982: 2).

Sin embargo, a pesar de la clara y consustancial orientación hacia la interrelación, la mayoría de las intervenciones que se realizan hoy en los servicios sociales están basadas en el individuo.

Lo relacional y lo convivencial, hoy, están bastante alejados de nuestras prácticas, al menos con la intensidad que requeriría.

Consejo nº 4

Afrontar un cambio de modelo organizativo en el Sistema de Servicios Sociales

Hay dos grandes modelos en Servicios Sociales. Les voy a llamar “integrador” y “de chiringuitos”, con lo cual ya dejo clara en la denominación mi apuesta, para que nadie se llame a engaño.

En el integrador, hay que diferenciar lo que es competencia de Servicios Sociales Generales y lo que es de los Especializados. Sin entrar a muchos matices, la principal variable para ello sería la gravedad.

Una vez definido esto cada nivel debe asegurar los servicios a prestar, mediante una oferta dimensionada a su territorio y población.

Así, los equipos de Atención Primaria y los de Especializada deben ocuparse, en su nivel, de toda la problemática social. Y cuando digo toda es toda, para lo cual previamente hay que definir



cuáles son estas problemáticas sociales que deben protegerse. ¿La garantía de ingresos? ¿La vivienda? ¿La conciliación? ¿Los cuidados a personas dependientes? ¿La violencia? ¿La protección a la infancia, mujer, discapacidad? ¿La inclusión social? ¿La convivencia familiar? ¿El material escolar?...

Esta definición depende del concepto de política social que se tenga, pero todas las políticas públicas que se definan se realizan a través de esos equipos y esas estructuras.

En el modelo de chiringuitos, la organización se realiza no en cuanto a las estructuras y sus competencias, sino en función de cada problemática concreta. Así, cualquier entidad pública puede desarrollar los servicios de atención que considere oportunos, en función únicamente de su sensibilidad al respecto.

En este modelo surgen por doquier servicios de atención a familias, servicios de orientación, servicios de inclusión social, de información... Muchos de responsabilidad pública directa. Otros mediante la financiación pública de estos servicios en entidades privadas.

Los defensores del mismo lo llaman atención multinivel. Por mi parte prefiero definirlo como descoordinación e ineficacia.

Con unas repercusiones claras en el sistema de servicios sociales y en sus profesionales, que terminan viendo relegadas sus funciones a lo meramente burocrático y administrativo, pues estos chiringuitos lo único que hacen es desprestigiar las estructuras.

Consejo nº 5

Redefinir el encargo institucional del Sistema

El Sistema se define como Universal, esto es, dirigido a toda la población, pero la creencia generalizada en la práctica es que está dirigido sólo a una parte o sector de la misma: los pobres.

Resumiendo, en una frase: "El Sistema de Servicios Sociales es aquel que se ocupa de la subsistencia material de los pobres mediante el uso de prestaciones económicas."

La principal razón del sistema es su residualidad, el hacer lo que los demás sistemas no quieren, pueden o quieren hacer.

La ideología dominante plantea que es en lo local, y por tanto en sus servicios sociales, donde se tiene que garantizar la subsistencia material de las personas. La función de asistencia social (acompañada, claro, de un elevado control) es lo nuclear del sistema. Atender la pobreza, vaya.



Y sobre los pobres hay todo tipo de prejuicios, desde los que piensan que los pobres están en esa situación porque son principalmente unos aprovechados, vagos y degenerados hasta los que piensan que son unas víctimas inocentes de las condiciones estructurales socioeconómicas actuales. Ello depende únicamente de los paradigmas del observador y principalmente de la atribución externa o interna que haga sobre el fenómeno de la pobreza.

Los paradigmas serían: los pobres son pobres porque quieren vs. la pobreza es un accidente inevitable dentro del ciclo vital de muchas personas

Y en ese continuo entre las dos posturas hay una infinidad de posturas intermedias que se inclinan hacia un lugar u otro. De estas posturas dependerá al final el desarrollo de las políticas, desde quien las diseña hasta quien las lleva a la práctica, influenciadas por cada uno de los actores que en ella intervienen (un político, un interventor, un técnico...) y por tanto con un desarrollo ciertamente errático. En unas se priorizará más el control, en otras menos, etc...

El encargo institucional, suponiendo que hubiera algo que se llame así, es absolutamente contradictorio. Universales en la teoría, sectoriales en la práctica, la principal definición es que los servicios sociales tienen el encargo de colaborar al bienestar social de la población mediante la atención a las capas más desfavorecidas de la misma.

Soy de la opinión que es un encargo profesional admitido por el colectivo profesional, y que tenemos un reto por delante para cambiarlo.

Un reto que recientemente hemos asumido como profesión, pues el Consejo General del Trabajo Social, en su Asamblea General Ordinaria de este año 2022, ha aprobado el nuevo modelo que proponemos para el Sistema de Servicios Sociales. El desafío será ahora desarrollarlo.

Consejo nº 6

Desarrollar la complejidad y la transdisciplinariedad

Para conseguir lo anterior se requiere una manera de pensar (antes que una manera de hacer) global y compleja. En contra del reduccionismo, parcialización y simplificación imperantes hoy en la acción social.

Ante cualquier problema de orden social, personal o convivencial (las personas “sin techo”, el acoso escolar, la violencia contra la mujer... o cualquier otro en el que pudiéramos pensar) la sociedad busca explicaciones simples que lleve a los técnicos a aplicar remedios eficaces. Dentro de esta falacia, la causa inequívoca del problema se atribuirá, bien al individuo (sus actitudes ante el problema o ante la vida, fruto de su psiquismo) o bien a las circunstancias



sociales, económicas o relacionales que le envuelven. El Trabajo Social debe proponer una nueva visión holística, en la que ambas cosas y sobre todo la interrelación entre ellas, deben considerarse a la hora de definir y tratar el problema.

En el contexto actual de las ciencias sociales, incluir ese pensamiento complejo, sin el cual no podemos comprender ni intervenir en la acción social, es imprescindible. Pero, además, para ir recuperando los espacios perdidos es preciso defender la transdisciplinariedad:

“En la última década, ha aparecido un “movimiento” intelectual y académico denominado ‘transdisciplinariedad’, el cual desea ir “más allá” (trans), no sólo de la unidisciplinariedad, sino también, de la multidisciplinariedad y de la interdisciplinariedad. Aunque la idea central de este movimiento no es nueva, su intención es superar la parcelación y fragmentación del conocimiento que reflejan las disciplinas particulares y su consiguiente hiperespecialización, y, debido a esto, su incapacidad para comprender las complejas realidades del mundo actual, las cuales se distinguen, precisamente, por la multiplicidad de los nexos, de las relaciones y de las interconexiones que las constituyen. Este movimiento que, por su gran apertura, es mucho más amplio y receptivo que una ‘escuela’ ideológica con reglas fijas de pensamiento, ha sido impulsado, sobre todo, por la UNESCO y por el CIRET (Centro Internacional de Investigaciones y Estudios Transdisciplinarios) de Francia” (Martínez, en Osorio, 2012: 281).

Incorporar esta transdisciplinariedad así definida nos va a permitir un mejor diálogo con el resto de profesiones, sin los riesgos de la escisión o de esa hiperespecialización tan ineficaz en cuanto a la intervención social.

No se trata tanto de definir nuestras funciones y delimitarlas con claridad de las demás disciplinas, sino de fomentar el diálogo colaborativo y transformativo entre las mismas, logrando una “visión compartida” (Rodríguez, 2012: 155) y ampliando los puntos de intersección que nos lleven a un mejor abordaje de las problemáticas psico-sociales desde una compleja y adecuada comprensión del carácter bio-psico-social de las mismas.

La principal dificultad para la intervención psicosocial hoy son las dificultades para la coordinación entre profesionales y entre sistemas. Es un reto que el Trabajo Social debe liderar. Refugiarnos en la diada profesional-usuario puede ser cómodo, pero no útil.

Consejo nº 7

Recuperar el trabajo social de casos clínico y el valor terapéutico de la profesión

Se han introducido diversos debates sobre lo clínico, lo social, lo terapéutico y los contextos de intervención de nuestra profesión en el vasto campo de la interdisciplinariedad. Sobrepasa



los límites de este trabajo realizar una propuesta de distinción de dichos conceptos, pero sí señalaremos nuestra postura:

El Trabajo Social en nuestro contexto ha huido con frecuencia del término terapéutico, como si la terapia no fuese campo de nuestra intervención. Consideramos que dicha postura no es sino reflejo de la crisis de identidad del Trabajo Social en el Estado Español durante las últimas décadas, demasiado reducido al binomio necesidades-recursos, tal y como antes señalábamos.

Todo ello nos lleva a considerar la importancia de defender y aplicar los desarrollos terapéuticos de nuestra profesión, tanto en contextos clínicos como en contextos no clínicos o “sociales”. Así lo señala Mustieles, citando la conceptualización realizada por dos trabajadores sociales suecos, Bernler y Johnson (1988), quienes establecen cuatro niveles lógicos de trabajo: trabajo de cambio, trabajo social, trabajo psicosocial y psicoterapia.

“el trabajo de cambio agrupa a todas aquellas formas de trabajo que pretenden crear condiciones de vida favorables para las personas. El trabajo social es una de las formas de trabajo de cambio y comprendería dos ramas fundamentales: el trabajo social general y estructural y el trabajo psicosocial (el tercer nivel definido). Por último, tendríamos la psicoterapia, que vendría a ser una parte concreta, específica y exclusiva del trabajo psicosocial” (Mustieles, 2007: 89).

Podríamos definir así la psicoterapia como uno de los campos o niveles de intervención del Trabajo Social.

Por otro lado, el propio autor cita a Amaya Ituarte, y su definición sobre el Trabajo Social Clínico:

“una forma especializada del trabajo social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismo y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social”. (Ituarte, 1992: 11).

La propia autora señala la pertinencia actual del trabajo social clínico mediante el desarrollo de su práctica psicoterapéutica (Ituarte, 2017: 20,28).

Añadiremos además que la terapia o la psicoterapia no es una profesión como tal reconocida en España, sino una práctica para la que se requieren ciertas habilidades y actitudes y



a la que se puede acceder desde distintas profesiones. Los intentos de reducir la práctica de la psicoterapia a una sola profesión nos parecen más fruto del corporativismo que de la evidencia científica puesto que los aportes del Trabajo Social al campo de la psicoterapia han sido variados y significativos, al igual que los de otras profesiones: la medicina, la psicología, la pedagogía o la enfermería. En tal sentido podríamos citar a Virginia Satir o Michael White.

Por otro lado, el ejercicio de la psicoterapia por parte de Trabajadores Sociales está ciertamente desarrollado en el mundo anglosajón, especialmente en Estados Unidos, donde el Trabajo Social Clínico cuenta con diversas cualificaciones, certificaciones y publicaciones, hasta el punto de que la NASW, la agrupación más importante en Trabajo Social de Estados Unidos reconoció en 1978 la figura del Trabajador Social Clínico. (Mustieles, 2007: 85).

Los aportes del Trabajo Social han sido especialmente significativos en el terreno de la terapia familiar, hasta el punto de que Haley (1996: 78) afirme que *“hoy, en Estados Unidos, la mayor parte de la terapia familiar está en manos de asistentes sociales; ellos son los más representados en los programas formativos y en los talleres de terapia.”*

Por otro lado Whitaker advierte acertadamente que *“tal vez el tipo de formación más apropiada para los terapeutas familiares sea la que recibe el asistente o trabajador social, ya que nuestro campo de acción –la terapia familiar– el foco directo son los sistemas sociales”*. (Napier, Whitaker, 2007, p. 305). No obstante a continuación también señala que *“el creciente énfasis actual en la enseñanza de técnicas administrativas dentro de la carrera de asistente social es perjudicial”*.

Aunque como dice Amaya Ituarte (2022) en el documento elaborado para el Consejo General del Trabajo Social *“La relación del trabajo social y, especialmente, del trabajo social clínico y la psicoterapia es una relación de larga data”* es en los últimos años cuando estamos experimentando cierto desarrollo del trabajo social clínico y de sus potencialidades psicoterapéuticas. Un camino esperanzador que puede servirnos de salida a alguna de las encrucijadas en las que nuestra profesión se encuentra.

Consejo nº 8

Hagamos Trabajo Social de contrabando

Defino por Trabajo Social de contrabando como aquel que se hace en condiciones adversas, en contra muchas veces de los encargos institucionales o, al menos, al margen de ellos.

No es algo novedoso, por otra parte. El reto de esa construcción del Sistema de Servicios Sociales al que nos venimos refiriendo lo hicimos en gran parte de contrabando.



Proveníamos de una política social heredada de la tradición benéfico asistencial del franquismo, lo cual dificultaba en gran medida (aún hoy lo sigue haciendo) la construcción de un sistema basado en derechos. Esta tradición benéfico asistencial alimenta aún la mente de muchos de los legisladores y de no pocos de nuestros gobernantes.

Oponerse a sus dictados es algo necesario y, en muchas ocasiones, no es conveniente hacerlo frontalmente. A veces a escondidas, en ocasiones incluso con trampas, hemos podido vencer algunas resistencias y sacar adelante proyectos que, de otra manera, no hubiesen llegado a mejorar la vida de nadie. Por otra parte, mientras desarrollábamos el Sistema de Servicios Sociales se imponían las doctrinas neoliberales, con sus dogmas de reducción del gasto público y social, el absolutismo del mercado y la concepción del Estado como algo residual.

De este modo nuestro intento de construcción del sistema se hace en unas condiciones tremendamente adversas, en medio de una fuerte contradicción ideológica entre lo que ese sistema debía ser y lo que la ideología dominante le iba a permitir ser. Eso explica que el Sistema nunca se haya terminado de consolidar como tal y que requiera que tengamos que seguir utilizando esas tácticas de contrabando para seguir sacando adelante proyectos y, en coherencia con nuestro compromiso ético, prestar la mejor atención social posible con las escasas herramientas disponibles.

Consejo nº 9

Aprovechar las zonas de incertidumbre

Tal y como señalaba el sociólogo Michel Crozier los actores nunca están completamente determinados por las estructuras organizacionales o por la cultura dominante. Son siempre capaces de ejercer su libertad gracias a la explotación de las “zonas de incertidumbre”. Los actores no son nunca instrumentos al servicio de las organizaciones, tienen sus propios objetivos, y pueden implementar estrategias para alcanzarlos.

En nuestras organizaciones de Servicios Sociales, por tanto, existen zonas donde puede desarrollarse ese margen de libertad que nos permitirá conseguir nuestros objetivos, incluso en contra de los dictados de la institución.

El trabajador social debe ser experto en identificar esas zonas de incertidumbre, aquellas que no le ocupan a nadie, aquellas que están indefinidas, las más flexibles, las más irregulares o excepcionales... y construir a partir de ellas su acción.

Aprovechar bien esas zonas nos llevará a tener más poder en nuestras organizaciones. Y el poder, entendido como capacidad para cambiar las cosas, es algo irrenunciable.



Consejo nº 10

Un punto de irreverencia y de sentido del humor.

La irreverencia como postura imprescindible para sobrevivir haciendo Trabajo Social. Ser irreverente no tiene nada que ver con ser un revolucionario o con luchar contra la opresión en la familia o las instituciones. Todo ello puede ser necesario, pero no es a eso a lo que nos referimos.

La irreverencia es más una postura derivada de un estado mental del profesional que le permite actuar liberándolo de la ilusión de control. Se trata de promover la incertidumbre, de cuestionar lo incuestionable, de atreverse a poner palabras, aclarar los silencios, no dar nada por supuesto. Señalar las contradicciones, no ceder a las creencias compartidas, no fiarse de lo que se le pide que haga por parte del Estado, las instituciones o la entidad para la que trabaja.

Vivir siempre al filo del abismo, abiertos a nuevas formas de ver e intervenir; siempre capaces de decir: «Sí, así es, pero hay otras formas de verlo».

Ser irreverentes por tanto con las normas opresoras, lo cual no significa incumplirlas, pero sí desafiarlas. Flexibilizarlas y retorcerlas para que protejan al débil.

No tomarnos en el fondo nada demasiado en serio. No podemos enfrentar esas normas opresoras, transformar los grandes dogmas que excluyen y constriñen, sin un punto de humor.

Y final.

7. ¿Quién lo soñó?

*“Pero brumeaba ya negro el sol
agiliscosos giroscaban los limazones
banerrando por las váparas lejanas,
mimosos se fruncían los borogobios
mientras el momio rantas necrofaba...”*

—Me parece muy bonito —dijo Alicia cuando lo hubo terminado—, sólo que es algo difícil de comprender (como veremos a Alicia no le gustaba confesar, y ni siquiera tener que reconocer ella sola, que no podía encontrarle ni pies ni cabeza al poema). Es como si me llenara la cabeza de ideas, ¡sólo que no sabría decir cuáles son!”⁹

Al igual que Alicia en el mundo mágico y maravilloso donde se perdió, sin clara conciencia de sueño y realidad, el Trabajo Social ha deambulado por el Sistema de Servicios Sociales

⁹ Carroll, L. (2004) “A través del espejo”. Ediciones del Sur, Córdoba (Argentina). Pg. 19.



perdiendo el rumbo en numerosas ocasiones. No obstante, para que el sueño no se convierta en pesadilla, es necesario despertar cuanto antes, recuperar las esencias del Trabajo Social y defenderlas con claridad.

Es necesario desarrollar procesos reflexivos donde definamos la ubicación del Trabajo Social, sin permitir que las definiciones se nos hagan desde fuera y se nos atribuyan lugares donde, por la omisión de responsabilidades de otros sistemas y disciplinas, se terminen diluyendo nuestras funciones.

En esta ponencia hemos pretendido desarrollar uno de estos procesos, que creo que deben incrementarse a lo largo de los próximos años en la dirección de revisar y fundamentar nuestras prácticas como profesión, de manera que podamos elegir conscientemente las que consideremos más eficaces y abandonar las que van en contra de nuestros principios como disciplina.

Y mientras, haremos bien en seguir el consejo que da el Conejo Blanco a ese Sombrero que lo persigue:

- “Lo mejor será que bailemos”
- “¿Y qué nos juzguen de locos, señor Conejo?”
- “Usted conoce cuerdos felices?”
- “Tiene razón, ¡¡bailemos!!”.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2020). *Índice DEC: Índice de desarrollo de los servicios sociales 2020*. Madrid: Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados* (1ª ed.). Barcelona etc.: Paidós.

Cardona, J. y Santos, J.F. (2009). Cómo determinar un contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el Trabajador/a Social y el Cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Revista Portularia*, 9 (2) 17-35

Cardona, J. (2012). *Definición del contexto de intervención en el Trabajo Social de Casos* (tesis doctoral). Universidad de las Illes Balears.

Cecchin, G y otros. (2002) “Irreverencia, una estrategia de supervivencia para terapeutas” Ediciones Paidós, Barcelona. Pg 11.

Coletti, M., & Linares Fernández, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de ciutat vella*. Barcelona Ed. Paidós.

Duque Carro, J. M. (2012): “Redescubrimiento de los servicios sociales de atención primaria: hacia



un (nuevo) modelo de atención personal y comunitaria”, Zerbitzuan, nº 52, págs. 23-44 <https://doi.org/10.5569/1134-7147.52.02>

Esteban, E., Romero, S., Del Rincón, M. (2017): “Medicamentos viejos para pacientes nuevos: el impacto de la crisis en los servicios sociales de la ciudad de Zaragoza desde la perspectiva de los trabajadores sociales”, Zerbitzuan, nº 63, págs. 57-73 http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Medicamentos_viejos_pacientes_nuevos.pdf

Fantova, Fernando (2014). Diseño de políticas sociales. *Fundamentos, estructura y propuestas*. Editorial CCS, Madrid

Fantova F. (2017) *Repensando la Intervención Social*. Documentación social nº 147. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada. Cáritas Española.

Fantova, Fernando (2022) *Desempeño profesional, potestad pública y gestión administrativa en servicios de bienestar*. Artículo en blog <http://fantova.net/?p=3649>

Fombuena, J. (coord.) (2020) *El Trabajo Social y su acción profesional*. Valencia. Ed. Nautilus Pg. 97

Haley, J. (1997). In Valcárcel Z. J. (Ed.), *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Hamilton, G. (1992; 1960). *Teoría y práctica del trabajo social de casos* (1a, 9a reimp ed.). México: La Prensa Médica Mexicana

Hernandez, J. (2009) *Retos y desafíos de la posmodernidad al Trabajo Social*, en Revista Documentación Social nº 154 *Dilemas de la política social*. In Montagut T., dir, Cáritas Española (Eds.), Madrid. Cáritas Española,

Ituarte Tellaeche, A., & Miranda Aranda, M. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Ituarte Tellaeche, A. (coord.), (2017) *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. Valencia: Nau llibres.

Ituarte Tellaeche, A. (2022) *El Trabajo Social clínico y la psicoterapia* Consejo General del Trabajo Social. Documento en web: https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/TRABAJO%20SOCIAL%20CLINICO_CGTS.pdf

Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Miranda Aranda, M., & Comelles Esteban, J. M. (2009). *De la caridad a la ciencia: Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social*. *Trabajo social hoy* (2ª ed., pp. 479). Zaragoza: Mira.

Miranda Aranda, M. (2013). *Aportaciones al trabajo social*. Zaragoza: Pressas Universitarias de Zaragoza.

Morin, E. (1995). *Sociología*. Madrid: Tecnos.

Mustieles Muñoz, D. (2007). *La entrevista psicossocial: Proceso y procedimientos*. Madrid: Grupo 5.

Napier, A. Y., & Whitaker, C. A. (2007). *El crisol de la familia* (2a ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

Osorio García, S. (2012) *Pensamiento complejo y la transdisciplinariedad, fenómenos emergentes de una nueva racionalidad*. rev.fac. cienc.econ., Vol. XX (1), Junio 2012, 269-291



En sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v20n1/v20n1a16.pdf>

Rodríguez, Alfonsa (2012). *Teoría y práctica de la Intervención sociofamiliar con familias multiproblemáticas*. Tesis Doctoral, Madrid.

Román Maestre, B. (2016). *Ética de los servicios sociales*. Barcelona: Herder.

Santos, Joaquín (2012). *El cuarto pilar. Un nuevo relato para los Servicios Sociales*. Ediciones Paraninfo S.A., Madrid

Urraca López-Davalillo, Urraca (2021) *La dimensión terapéutica del Trabajo Social: Guía práctica para el desarrollo del Trabajo Social Clínico, volviendo a su origen humanista y relacional*. Valencia: Nau llibres.

Zamanillo Peral, T., & Gaitán, L. (2005). *Para comprender el trabajo social* (4a ed.). Estella: Verbo Divino.

Zamanillo, T. (2012) *Las relaciones de poder en las profesiones de ayuda. Una cuestión ética de primer orden*. Azarbe nº1. Revista in



Reproducción Social, Feminismo y Vida

Las consecuencias socioeconómicas de la pandemia de Covid-19 han hecho retroceder a las mujeres avances en materia de derechos humanos en varias décadas, mientras que una nueva ola de políticas de austeridad respaldadas por el FMI amenaza con empujar a las mujeres aún más al papel de amortiguadores de la crisis. Bretton Woods Project, 2022

Autora

Alicia Girón¹

¹ Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas y Coordinadora del Programa Universitario de Estudios sobre Asia y África de la UNAM.



XIV CONGRESO ESTATAL DE TRABAJO SOCIAL
II CONGRESO IBEROAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL
XIV CONGRESO ESTATAL DE SERVICIOS SOCIALES
II CONGRESO IBERO-AMERICANO DE SERVICIOS SOCIALES





Introducción

La Covid-19 y la pandemia nos ha llevado a reflexionar sobre la vida y nuestra relación con la ética del cuidado y del medio ambiente, las inequidades y las brechas de género y la fragilidad financiera y la inestabilidad económica. A tan sólo unas semanas del inicio del presente año cuando se vislumbraba un renacimiento de la economía mundial, el fin del uso de la máscara apareció una nueva variante del virus más grave que el anterior, la guerra. Escenas vertidas de una película filmada hace ochenta años. Más allá de la gravedad económica y política de lo que significa para la Unión Europea, África y el resto del mundo, el conflicto bélico, el deterioro de la humanidad se agudizará con mayor fuerza en las mujeres y las niñas. A tal grado que estamos en el momento de cuestionarnos el modelo de desarrollo donde el mercado y las ganancias de los grandes corporativos han roto el equilibrio humano.

En este breve ensayo, es importante realizar una serie de preguntas para ir deshilvanado la complejidad del sistema social, donde la mujer es el centro de la reproducción social, en nuestro *habitus* a nivel global. Al finalizar este ejercicio de preguntas y respuestas insertaremos un párrafo escrito por José Luis Sampedro que se encuentra en su libro *Economía humanista. Algo más que cifras*. Un autor maravilloso cuya lectura es necesaria el día de hoy.

A continuación, realizaremos cinco preguntas, esperando que al final, que quiénes están leyendo este trabajo puedan contestar el hilo conductor de este escrito ¿qué hacer para construir una sociedad ética, equitativa y financieramente estable?

1. ¿Por qué estamos en un sistema económico cuyo objetivo principal define a la economía como la ciencia que estudia los recursos escasos cuando la economía es la ciencia que estudia el aprovisionamiento?

En la carrera de economía, en la clase de Introducción a la Economía, durante el primer semestre de la licenciatura, se enseña que la economía es la ciencia que estudia los recursos escasos. Este principio con el cuál se definen todas las actividades económicas de un ser humano afecta indirectamente a las políticas públicas. Justo, porque la economía al basarse en la escasez deberá administrar la austeridad. Implícitamente, esto lleva a la restricción del dinero y la disminución del empleo volviéndose un círculo negativo al reprimir el consumo indirectamente y la creación de ganancia. Al partir de definir a la economía como la ciencia que estudia el aprovisionamiento implica el suministro del empleo para generar riqueza, ampliar el consumo y la demanda agregada y retribuir al Estado, a través de los impuestos, ampliar la oferta monetaria y crear mayor empleo. Hablar de la ciencia económica



a partir del aprovisionamiento tendrá como objetivo el beneficio de la sociedad a partir de las relaciones de intercambio monetarias y no monetarias. La economía es la ciencia que busca el cuidado de las personas y del medio ambiente en un espacio económico, político y social determinado. Es justo en este espacio donde se debate la reproducción social como un baluarte de nuestra civilización. Por lo tanto, es importante acercarnos al concepto de la reproducción social.

2. ¿Qué entendemos por reproducción social?

La reproducción social se lleva a cabo en un espacio donde el intercambio monetario y no monetario se realiza entre los seres humanos.

Por intercambio monetario se entiende todas las relaciones donde hay un equivalente general o mejor dicho una moneda que sirve para transacciones comerciales, representa el dinero. Todas las personas para ejercer nuestro derecho a la alimentación, a la salud o a un bien necesario como un teléfono inteligente requerimos pagar a través de una moneda. Una moneda que está en circulación y que está emitida por el banco central de un país. Para satisfacer estas actividades se recurre al dinero que se obtiene a través de un ingreso o mejor dicho del salario que se otorga por la actividad económica que ejercemos.

Sin embargo, hay actividades que se realizan en las cuáles no se emplea el dinero. Esta actividad es el cuidado que comprende las actividades realizadas en la unidad familiar. Un ejemplo, es el lavado de ropa, preparar los alimentos; sobre todo, el cuidado de las niñas y los niños, los padres o los abuelos. Las tareas de la casa son realizadas por lo general por las mujeres. Son actividades que hoy en día la economía feminista las enmarca en la economía del cuidado. Sólo se pagan estas actividades domésticas cuando hay una persona ajena a la unidad familiar que viene a realizarlas.

En este espacio donde las actividades no tienen una remuneración, la mujer toma relevancia como pilar de la sociedad porque es el centro de la reproducción biológica de los seres humanos, por su naturaleza la mujer ha quedado supeditada al cuidado de dicha reproducción. Por lo tanto, queda en sus manos el cuidado de los hijos y las hijas, los padres y el resto de los miembros de la unidad familiar. Al mismo tiempo ha quedado engarzada en una serie de tareas relacionadas con el cuidado sin recibir una remuneración salarial. El trabajo del cuidado, del futuro de una sociedad, no tiene una retribución monetaria, es resultado de una división del trabajo por sexo al interior de la familia.

Este presupuesto desde una perspectiva feminista no es válido dado que las tareas del cuidado al interior de la unidad familiar deben ser realizadas entre todas y todos. A ello debemos de sumar las clases sociales, la propiedad privada y la estructura de la producción.



Lourdes Benería menciona

“El control impuesto sobre la actividad reproductora de la mujer tiene dos consecuencias básicas. Una es que el hogar se convierte en el foco del trabajo de la mujer dado que en él se concentran las actividades dedicadas a la reproducción física. Esta es la base de la división del trabajo tradicional, por la cual las actividades domésticas se consideran exclusivamente dominio de la mujer. En este sentido el hogar se convierte en la raíz misma del patriarcado, y la división tradicional doméstica del trabajo llega a ser su manifestación más inmediata (Benería, 2019:135).

A partir del análisis del patriarcado cuya raíz se establece en la creación y el cuidado de la fuerza de trabajo, la reproducción social reproduce las inequidades de género, las normas culturales y la supremacía del hombre sobre la mujer.

La complejidad de las relaciones de intercambio en una economía monetaria de la producción deja fuera el cuidado de la fuerza de trabajo no retribuido monetariamente. Limita desde un principio la participación de la mujer al mercado laboral. Más allá de ello, el trabajo no remunerado de las mujeres al no ser un trabajo no pagado traslada una ganancia a la sociedad capitalista.

Nancy Folbre señala

“Las instituciones capitalistas crean poderosos incentivos para maximizar las ganancias a corto plazo mediante la explotación de bienes públicos sin precio cruciales para la sostenibilidad del entorno social y natural. El cuidado remunerado y no remunerado de los demás es uno de estos bienes públicos, una fuente de inmensos beneficios sociales que no son plenamente captados por quienes los generan. La continua especialización de las mujeres en el cuidado de personas dependientes ya sea en el hogar o en el mercado laboral, limita su poder de negociación colectiva y les otorga un interés particular en el desarrollo de sistemas económicos más cooperativos y sostenibles” (Folbre, 2020:5).

La pandemia ha demostrado la importancia del cuidado de las personas pero también del medio ambiente y por tanto, al ser el cuidado un bien público, es necesarios establecer desde los organismos financieros internacionales y multilaterales creados a partir de Bretton Woods (1944) un proyecto global y nacional del cuidado de la naturaleza para la supervivencia de la humanidad.

3. ¿Cómo se define la reproducción social?

En un libro reciente sobre Economía de la Vida. Feminismos, Reproducción Social y Finanzarización, Alicia Girón define la reproducción social

“La reproducción social se define como la forma en que se producen y reproducen las condiciones que sostienen un sistema social. Dichas condiciones se reproducen a través de



la cultura y los sistemas de intercambio basados en una estructura productiva que está condicionada por el entorno de los recursos naturales, las contradicciones existentes entre las relaciones de clase social y la ideología prevaleciente en una sociedad. Existe un contexto donde las mujeres cumplen una función biológica fundamental para la reproducción de la fuerza de trabajo, lo que a su vez define la participación de la mujer en la actividad económica del cuidado y del aprovisionamiento.

La reproducción ocurre cuando las condiciones necesarias para la existencia de la relación de producción se llevan a cabo de una misma forma, una y otra vez, se reproduciéndose así mismo. Por lo tanto, la reproducción es necesaria en ciertas condiciones específicas que incluyen relaciones políticas, jurídicas e ideológicas que al propagarse perpetúan un determinado sistema económico, político y social (Edholm, Harris y Young 1977: 106).

De acuerdo con Edholm, Harris y Young, (1977) conviene definir tres aspectos de la reproducción, a) social: desarrollo de las condiciones de un sistema social; b) de la fuerza de trabajo: mantenimiento cotidiano de los trabajadores; y c) biológica: o procreación referida a la crianza de los hijos.

Culturalmente, la reproducción biológica está relacionada con la mujer, hecho suficiente para que a ella se le asignen tareas casi exclusivamente relacionadas con la reproducción de la fuerza de trabajo como el cuidado de los hijos y las actividades asociadas al mantenimiento diario de la fuerza de trabajo. De esta forma, de acuerdo con Meillassoux, la condición de la mujer “no es natural”, sino que surge de “circunstancias históricas cambiantes, enlazadas siempre con su función reproductiva”, pero, además, se apoya en una base económica definida, pues para entender las relaciones de producción hay que situarlas en el contexto de la perpetuación de un determinado sistema social (Meillassoux 1977: 116).

Así, asociar la función reproductora a la mujer es esencial para explicar su posición en la sociedad y entender su participación en las actividades productivas. En palabras de Ferguson “...las mujeres están oprimidas no simplemente porque están excluidas del trabajo asalariado y obligadas a ser amas de casa. Más bien, su opresión es una cuestión de cómo y por qué tal trabajo se devalúa en primera instancia... cuando justo ese trabajo invisible es... su contribución a la riqueza social general” (Ferguson, 2020). La importancia de esta apreciación consiste en que dicha situación ocurre en un contexto que permite la propagación de un sistema social y de reproducción determinado.

En palabras de Marx (1975) “...cualquiera que sea la forma social del proceso de producción, es necesario que éste sea continuo, que recorra periódicamente, siempre de nuevo, las mismas fases. Del mismo modo que una sociedad no puede dejar de consumir tampoco le es posible cesar de producir. Por tanto, considerado desde el punto de vista de una interdepen-



dencia continua y del flujo constante de su renovación, todo proceso social de producción es al propio tiempo proceso de reproducción” (Marx, 1975:695). Al respecto Antonella Picchio señala que “...el sistema capitalista se define por el uso de trabajo asalariado para producir mercancías. En este sistema, el acceso a los medios de subsistencia está mediado por los salarios para la gran mayoría de la población. Esta mediación, consecuencia de la propiedad privada de los medios de producción, determina la relación específicamente capitalista entre el proceso de producción y el proceso de reproducción social” (Picchio, 1992:1).

La posición de la mujer en la sociedad puede verse como resultado de su papel reproductor, pues inicialmente esto la condiciona y limita a las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos y las tareas del hogar, pero no se debe dejar de lado que su participación responde a las necesidades de un sistema social y de reproducción determinado. Como consecuencia, su incorporación a la esfera productiva queda limitada y condicionada por las necesidades del sistema de producción” (Girón, 2022:2).

4. ¿Existe una crisis del modelo de desarrollo o una crisis de la reproducción social?

A partir de la Gran Crisis Financiera Internacional (2008-2009) en los círculos académicos se habló de una crisis civilizatoria. Una crisis que se venía cocinando desde tiempos atrás, a partir de una euforia en el sector inmobiliario cuyas fracturas se iniciaron cuando no una, ni dos, ni tres personas dejaron de pagar sus hipotecas. Simplemente, los bancos empezaron a tener carteras vencidas a una tasa acelerada y aunque los bancos centrales habían apuntalado a detener las pérdidas y actuar como el “prestamista de última instancia” no se pudo evitar la quiebra de uno de los grandes bancos de inversión a nivel mundial. Lehman Brothers entró en quiebra el 15 de septiembre del 2008. A partir de es momento, los bancos “muy grandes para quebrar, muy grandes para perder” fueron reestructurados por el banco central, sin embargo, las hipotecas adquiridas por aquellos ciudadanos que se habían quedado sin empleo perdieron sus departamentos y sus casas. Muchas de dichas viviendas fueron compradas por inversionistas institucionales como Black Rock para ser revendidas a mejores precios años después.

Este ejemplo nos lleva a cuestionar el modelo de desarrollo imperante porque lo que sucedió con las hipotecas y la euforia de los prestamistas al crear la necesidad de dar préstamos y aumentar las ganancias de los fondos de pensiones y de otros inversionistas institucionales es lo que en economía se llama la financiarización.

La financiarización de acuerdo con Epstein, “responde al incremento significativo cada vez mayor de los motivos financieros, los mercados financieros, los actores y las instituciones financieros corresponden al funcionamiento de las economías nacionales e internacionales”



(Epstein, 2004:3). Lo que está detrás de esta definición es que las utilidades de las empresas están en función de los intereses de los ‘shareholders’ o accionistas cuyas ganancias de las grandes empresas no vienen de mejores inversiones en el sector productivo sino provienen de las colocaciones de las acciones en la esfera financiera.

En pocas palabras el modelo de desarrollo cada vez está orientado a responder a motivos financieros poniendo en duda la integración de las economías a nivel global. En esta medida las políticas públicas están para satisfacer dichos intereses, los intereses de los bancos y los inversionistas. Esto se nota con claridad en los presupuestos públicos y lo que se destina al pago de los intereses por concepto de la deuda pública. Un claro ejemplo son los países latinoamericanos donde la deuda cobra un porcentaje cercano, igual o superior al gasto social en educación y salud.

Este modelo de desarrollo financiarizado y global pone en crisis la reproducción social al disminuir el gasto en salud y educación.

Covid-19 mostró la falta de instituciones dedicadas a la salud para hacer frente a la pandemia. Carencia de respiradores, camas, personal médico y de enfermería. Las políticas previas a la pandemia venían disminuyendo el gasto público en salud en la gran mayoría de los países del Sur Global y en los llamados países desarrollados, los procesos de desregulación financiera habían dejado el sector salud totalmente minimalistas desde hacía varias décadas. A ello se agrega, el desmantelamiento de inversiones en vacunas y medicinas cuyos insumos son parte de las cadenas de producción integradas mundialmente.

Hoy, los insumos vienen en su mayoría de China. “Incluso India, otro gigante farmacéutico que a menudo se considera una alternativa a China, depende en gran medida de los suministros chinos. Según la Comisión Europea, India representa alrededor del 20 % de la demanda mundial de medicamentos genéricos por volumen, pero importa alrededor del 70 % de los API de China. Para algunos medicamentos, como el analgésico y antiinflamatorio Ibuprofeno, India adquiere la gran mayoría de los API de China, según el Consejo de Promoción de Exportaciones de Productos Farmacéuticos de India (Pharmexcil). Además, si bien India es uno de los mayores exportadores de API, muchos KSM e intermedios de esas API provienen de China” (Financial Times, 2022).

La crisis del modelo de desarrollo actual ha venido a mostrar el manejo de políticas públicas en función de un proyecto nacional integrado a las cadenas de producción internacional comandadas por grandes corporativos. Los procesos de desregulación y liberalización económica implementados a partir de los 80s a nivel internacional fueron permeando la aldea global que ante la pandemia de la salud evidencia la crisis de los sistemas de salud sin medicinas, sin personal médico, sin financiamiento para los centros y hospitales públicos. No hay duda,



que Covid-19 fue la punta del iceberg que muestra las carencias de un modelo de desarrollo global y financierizado donde la vida es parte de la crisis de la reproducción social y la misma vida está en peligro de extinción.

5. ¿Cuáles son los bienes comunes que debemos de rescatar para lograr un desarrollo ético con equidad y estabilidad?

Los bienes comunes son los que nos ayudan a un buen vivir. Un país con un sistema financiero estable que procure un desarrollo equitativo disminuyendo las desigualdades. Sostenible con respeto al medio ambiente. Una política de 'pleno empleo' con equidad de género. A ello se debe de sumar un sistema de cuidado global donde el cuidado de la sociedad sea compartido al interior de la unidad familiar. El cuidado como el centro de las políticas públicas.

Gallager y Kozul mencionan que las "instituciones multilaterales han contribuido a los niveles sin precedentes de ingresos agregados disfrutados en algunas partes del mundo y a las disminuciones documentadas de la pobreza extrema en otras" (Gallagher y Kozul, 2022) pero se requieren hacer nuevos cambios a instituciones pilares del desarrollo de la postguerra que cumplirán 80 años de su creación en pocos meses. El Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). En pocas palabras se habla de fundamentar nuevamente los bienes públicos tanto nacionales como a nivel global.

A tal grado es importante la reorganización de las políticas implementadas del FMI y el BM que de acuerdo con la resolución A/HRC/34/57 de Naciones Unidas se menciona como los programas de austeridad han profundizado el desempleo y las desigualdades entre hombres y mujeres.

"En varios casos, los programas de ajuste estructural han agravado las desigualdades que ya existían en los países afectados, por ejemplo, mediante la reducción de la participación del trabajo en el producto interno bruto. Los efectos negativos de los ajustes estructurales a menudo afectan particularmente a la mano de obra femenina. Por ejemplo, durante la aplicación del programa de ajuste estructural en México, se observó que el salario medio de las mujeres disminuyó en mayor medida que el de los hombres. Los despidos en el sector público y la privatización de empresas de propiedad suelen afectar al empleo de las mujeres en forma desproporcionada" (Naciones Unidas, 2017).

La evidencia que ha dejado la pandemia es la urgente necesidad de políticas monetarias, fiscales y financieras que busquen la igualdad de género dejando atrás la austeridad. Los derechos económicos y sociales de las mujeres deberán de ser prioridad a través de implementar un sistema de cuidado como política mundial y nacional donde se centre el enfoque de género.



De ahí la importancia de los siete ejes para el empoderamiento económico de las mujeres que trabajó el Alto Panel para el empoderamiento Económico de las Mujeres.

Estos siete ejes son: 1) Abordar las normas adversas y promover modelos de conducta positivos; 2) Garantizar la protección legal y reformar las leyes y reglamentos discriminatorios; 3) reconocer, reducir y redistribuir el trabajo y los cuidados no remunerados; 4) Creación de activos: digitales, financieros y de propiedad; 5) Cambiar la cultura y la práctica empresarial; 6) Mejorar las prácticas del sector público en materia de empleo y contratación; (7) Fortalecimiento de la visibilidad, la voz colectiva y la representación (UN, 2017).

Para lograr alcanzar de manera equitativa los derechos de las mujeres deberá haber cambios legislativos y reconocer el apoyo de empleos dignos, remunerados con protección legal; oportunidades para insertarse en la economía digital, así como el acceso al crédito donde el sector público es quién lograría una dinámica de inclusión y dar mayor visibilidad colectiva a las mujeres.

Para lograr lo anterior, es necesario una política social con enfoque de género desde la implementación del FMI y el BM para ser acatado por los bancos centrales. Un nuevo proyecto de las instituciones renovadas de Bretton Woods pilares del desarrollo capitalista durante las últimas ocho décadas.

6. Conclusión

Para concluir este ensayo la última pregunta será ¿cómo lograr un sistema de vida ético, sostenible y equitativo al interior de la unidad familiar y en nuestros países?

Para contestar esta pregunta citaremos a José Luis Sampedro

“Vivimos la decadencia del sistema, pero la historia no se acaba. Al derrumbamiento del Imperio romano sucedieron otros acontecimientos que iniciaron nuevas estructuras e instituciones. La llamada “invasión de los bárbaros” resultó ser una operación quirúrgica que abrió paso a nuevos escenarios. Pienso que lo mismo ocurrirá ahora. Se perciben ya agentes transformadores tanto en la aparición de nuevos protagonistas históricos externos a la cultura occidental, como también en el desarrollo vertiginoso de la ciencia, único aspecto del sistema en continuo progreso, con nuevos descubrimientos y técnicas. No me cabe duda, como afirmé en mi obra *El mercado y la globalización*, de que otro mundo es seguro, pero no resulta posible predecir las características de una nueva o nuevas organizaciones humanas. La respuesta la dará la historia, que es el nombre dado a la evaluación de la humanidad. Como escribió Neruda, “no es hacia abajo ni hacia atrás la Vida”

El fondo del pensamiento de Sampedro invita en rescatar el pleno empleo como uno de los principales bienes públicos que desde la economía heterodoxa el empleo remunerado



con equidad y justicia orientado a una economía verde buscará presentar una alternativa al cambio climático con equidad de género. A ello debemos de agregar los bienes públicos que anteriormente se han mencionado y para lograrlos se requieren poner en el centro a las mujeres y a la equidad de género acabando con las desigualdades al interior de un país y entre países. Un proyecto decolonial del pensamiento económico, político y social.

BIBLIOGRAFÍA

Benería, Lourdes (2019), "Reproducción, Producción y División Sexual del Trabajo" en Revista de Economía Crítica, Núm 28.

Benería, L. (2021). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. Revista De Economía Crítica, 2(28), 129–152. <http://revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/245>

Bretton Woods Project (2022). "Civil society statement regarding IMF's upcoming first-ever gender strategy", Letters, 18th March.

<https://www.brettonwoodsproject.org/2022/04/the-imf-gender-strategy-will-it-lead-to-real-change-for-womens-rights/>

Edholm, F., Harris, C. y Young, R. (1977). Conceptualising Women. Critique of Anthropology, 3 (9/10).

Epstein, G. A. (2005). Financialization and the World Economy. Edward and Elgar, USA.

Ferguson, S. (2020). *Women and Work Feminism, Labour, and Social Reproduction*. Pluto Press.

Financial Times (2022). "The great medicines migration: how China controls key drug supplies. Western powers aim to reverse the industry's west-to-east shift" April 11th

<https://www.ft.com/content/10ffe24b-9637-462b-9f91-2c85fa03cf5f>

Folbre, N. (2020). The Rise and Decline of Patriarcal Systems. An Intersectional Political Economy. Verso, USA.

Gallagher, K. P.; Kozul W. R. The Case for a New Bretton Woods. Wiley. Kindle Edition.

Girón, A. (2021). Economía de la Vida: Feminismo, Reproducción Social y Financiarización. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales https://libros.iiec.unam.mx/alicia-giron_economia-de-la-vida

Girón, A. (2022). Economía de la Vida: Feminismo, Reproducción Social y Financiarización. Nuestra AméricaXXI. Desafíos y Alternativas. Grupo de Trabajo CLACSO. Crisis y Economía Mundial No. 65, marzo. <https://www.clacso.org/boletin-65-nuestra-america-xxi-desafios-y-alternativas/>

Marx, C. (1975). 'Reproducción Simple', Capítulo XXI en El Capital, Siglo Veintiuno Editores.

Meillassoux, C. (1977). Femmes, Gréniers et Capitaux. Maspéro.

Picchio, A. (1992). *Social Reproduction: The Political Economy of the Labour Market*. Cambridge University Press.



Sampedro, J.L. (2009), Economía Humanista. Algo más que Cifras. Debate. Barcelona, España.

United Nations (2017) Seven Drivers and recommendations. UN Secretary General's High-Level Panel on Women's Economic Empowerment <https://hlp-wee.unwomen.org/en>

Waris, A., Alfargi, S., De Schutter, OI, Upreti, M. (2022). "Mandates of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social, and cultural rights; the Special Rapporteur on the right to development; the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights and the Working Group on discrimination against women and girls" Humans Right Council. March 2nd.

<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=27128>



Por qué los valores del trabajo social son esenciales para la práctica

Autor

Malcolm Payne

Profesor emérito de la Universidad Metropolitana de Manchester

Profesor honorario de la Universidad de Kingston, Londres



XIV CONGRESO ESTATAL DE TRABAJO SOCIAL
II CONGRESO IBEROAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL
XIV CONGRESSO ESTADUAL DE SERVIÇO SOCIAL
II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE SERVIÇO SOCIAL





Introducción

El trabajo social se considera a sí mismo como una profesión basada en valores, pero a muchos profesionales les cuesta ver cuáles son estos valores y cómo el trabajo social los expresa. Tienen dificultades para incorporarlos de forma coherente a su actividad. Los valores profesionales tradicionales, como la confidencialidad y favorecer la capacidad de autodeterminación de los clientes, están muy presentes, pero no parecen incidir en lo más importante. Las formulaciones de la ética y los valores del trabajo social expresan en apariencia objetivos sociales generales, como el respeto a las personas, por ejemplo, en lugar de explicar exactamente cómo aplicarlos en la realidad a la que se enfrentan los trabajadores sociales en su actividad diaria en sus centros de trabajo.

En este artículo, propongo que el análisis de las principales teorías de la práctica del trabajo social aclare los importantes valores del trabajo social expresados en lo que hacen los trabajadores sociales. De este modo, cada teoría expresa de forma práctica el abanico de posibilidades que se abren al trabajo social, e identifica en su orientación práctica, los requisitos éticos de los métodos que utilizan los trabajadores sociales. Esto nos brinda una imagen realista de los valores que se expresan al ejercer el trabajo social. Si identificamos y exploramos los valores expresados en la práctica, podemos entender los valores relevantes para lo que hacemos cada día, mientras que los valores formulados como ideales o códigos de orientación práctica pueden parecer idealistas, ideológicos o alejados de aquello que les importa a las personas con las que trabajamos.

1. Ética y valores del trabajo social y tensión ética

Los valores de una profesión suelen considerarse fundacionales, es decir, básicos para el ejercicio de esa profesión y, por tanto, universales y duraderos. Pero resulta de mayor utilidad ver que los valores apuntan a cuestiones difíciles, y posiblemente irresolubles. Fenton (2015, 2016) identificó recientemente la “tensión ética” en un estudio sobre la actividad de los trabajadores sociales, en el que los profesionales se sentían incapaces de ejercer de una manera que considerasen ética. Esto se debía a que había una disyuntiva entre las expectativas de su centro de trabajo y los valores del trabajo social expresados formalmente, o porque no podían basar su práctica en lo que consideraban “correcto” porque las ideas sobre lo que es correcto, como la igualdad o la justicia, son difíciles de poner en práctica (Fenton, 2016: p12).

Tradicionalmente se ha basado el trabajo social en conjuntos de principios éticos establecidos sobre lo que está bien y lo que está mal, en sistemas deontológicos o basados en principios, a menudo expresados en códigos éticos (Banks, 2021: 42-74; Reamer, 2018: 78-80. Un ejemplo es la Declaración mundial de principios éticos del trabajo social de la Federación



Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) (2018), que se refleja en muchos códigos nacionales, regionales y especializados similares. Se ha criticado que son demasiado generalizados para guiar en la práctica (Watson, 1985). En una época de incertidumbre y cambio social, ha aumentado el interés por otras formas de explorar el tema de valores, incluida la ética basada en el carácter o las virtudes (Banks, 2021: 75-113; Banks & Gallagher, 2009), la ética de las relaciones o la ética del cuidado (Banks, 2021: 75-113; Barnes, Brannelly, Ward & Ward, 2015).

Estas conectan bien con las ideas de justicia social (Watts & Hodgson, 2019), aunque Fenton (2016: 138) sostiene que la comprensión ética a través de la exploración de cuestiones que suscitan tensión ética también ayuda a identificar dónde surgen los conflictos en materia de relaciones y justicia social.

Estas cuestiones están en constante cambio; puede parecer que fluctúan en función de los problemas sociales a los que se enfrentan determinadas sociedades. Por lo tanto, aunque algunas cuestiones de valor expresan preocupaciones a largo plazo, los retos que plantean vuelven a emerger de nuevas maneras. Podemos verlo en las preocupaciones particulares del trabajo social en cualquier periodo histórico y en las cuestiones políticas nacionales. Por ejemplo, en los años 50, las sociedades occidentales solían preocuparse por restablecer, para esa época, los modelos de vida doméstica y familiar y el cuidado de los niños, tras el estallido de dos guerras mundiales, las revoluciones y los desórdenes sociales. De esta manera, el desarrollo teórico del trabajo social se centró en el trabajo familiar y en el desarrollo infantil como forma de mantener el orden social (Iacovetta, 1998). En la década de 1990 y principios de 2000, Europa central retomó el trabajo social después de un paréntesis durante el periodo de control político comunista, y en esta ocasión el enfoque se basó en la adopción de intervenciones de trabajo social interpersonal dentro de las nuevas prestaciones sociales (Labath & Ondrušková, 2019). Otros problemas significativos similares a los que se enfrentan los profesionales del trabajo social en la actualidad podrían ser la práctica del trabajo social indigenista (Hart, 2019), el trabajo social ecológico o verde y el impacto del cambio climático y otras catástrofes naturales (Dominelli, 2012; Matthies & Närhi, 2017; McKinnon & Alston, 2016) y, recientemente, el impacto de la pandemia de Covid-19 (Fronek & Rotabi-Casares, 2022). Esta última cuestión conecta con una creciente preocupación por el compromiso del trabajo social con la respuesta a situaciones de catástrofe mundial (Alson, Haseleger y Hargreaves, 2019).

La identificación de cuestiones de valor mientras ejercemos puede alertarnos de la necesidad de estudiar detenidamente un dilema, en lugar de remitirnos a un código deontológico que nos oriente en la resolución de nuestro problema. Si adoptamos este punto de vista, se evidencia que la expresión de los valores profesionales del trabajo social es fundamental en el sentido de que identifican para nosotros las principales dificultades con las que tiene que



lidar el trabajo social, pero no nos dicen qué hacer con esas dificultades. Los valores del trabajo social señalan lo que es importante en nuestra profesión, y en particular lo que es importantemente difícil.

2. Debilidades de los valores en las declaraciones de valores aplicables a escala mundial

Las definiciones y declaraciones de valores actuales ofrecen ejemplos de las debilidades de las declaraciones de valores generales e ideológicas que establecen principios difíciles de aplicar. La formulación actual de la Definición Global del Trabajo Social (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014) establece tres objetivos, que en su sitio web se describen como “mandatos fundamentales”:

- cambio social y desarrollo
- cohesión social
- empoderamiento y liberación de las personas.

Dado que se expresan como objetivos sociales generales, apenas nos aportan nada sobre los valores que el trabajo social materializa mediante su praxis. No dicen qué tipo de cambio, cohesión y desarrollo quiere lograr el trabajo social, ni qué forma deben adoptar el empoderamiento y la liberación. Por lo tanto, estos objetivos no pueden proporcionar la esencia, las características del trabajo social que permiten lograr estos objetivos.

La definición global también expresa cuatro valores del trabajo social, que describe como “principios fundamentales”:

- justicia social
- derechos humanos
- responsabilidad colectiva
- respeto a la diversidad.

Estas son, de nuevo, unas características muy generales de la sociedad que el trabajo social trata de conseguir, pero no explican qué tipo de justicia, qué ámbitos de los derechos humanos, cómo se puede aplicar la responsabilidad colectiva o qué formas de respeto a qué aspectos de la diversidad pretende conseguir el trabajo social.

En los dos siguientes apartados muestro que es posible y valioso para los trabajadores sociales obtener una mayor claridad sobre las cuestiones de valor que apuntan a la dificultad de nuestra práctica, extrayendo las implicaciones en materia de valores de las diferentes



conceptualizaciones de la práctica. El siguiente apartado explora cinco corrientes históricas del pensamiento del trabajo social para las cuestiones de valor subyacentes relevantes en su praxis y el siguiente, identifica las implicaciones de los valores desde las consideraciones teóricas de la práctica del trabajo social. En el apartado final, utilizo algunos breves ejemplos de casos para ilustrar cómo la vinculación de estas cuestiones de valor con las conceptualizaciones de la práctica nos permite identificar las implicaciones en materia de valores de las decisiones profesionales del trabajo social.

3. Cinco corrientes históricas del pensamiento de la práctica del trabajo social

El trabajo social no es un ente unificado de conocimiento y teoría con aplicación universal. A partir de las necesidades de los profesionales han surgido una serie de trabajos sociales que constituyen la base de profesiones sociales identificables que responden a las necesidades y problemas planteados para que los trabajadores sociales los aborden en diferentes partes del mundo (Payne, 2012). Cada una de estas diferentes profesiones sociales, el trabajo social (la formulación occidental), la asistencia social (una formulación basada en los servicios sociales), la pedagogía social (una variante europea del trabajo social) y el desarrollo social (una formulación comunitaria consolidada en los países asiáticos, africanos y latinoamericanos) han creado conceptualizaciones conectadas, pero claramente diferentes del trabajo social.

Identifico cinco corrientes principales de pensamiento en la teoría del trabajo social derivadas de estas diferentes tradiciones y expectativas culturales); estas proporcionan los marcos dentro de los cuales ejercemos nuestra profesión. Estas son:

- La práctica basada en problemas para lograr los objetivos de cohesión social en la teoría de la práctica estadounidense y europea. Esto tiene dos vertientes: ver que el cambio en el mundo social produce problemas a las personas, y que necesitan ayuda para adaptarse a ellos, tanto psicológicamente como en sus relaciones sociales. Creo que podemos entender mejor esta corriente como la ratificación de la colectividad y la solidaridad como objetivos del trabajo social. Reconoce que las personas valoran la estabilidad en sus vidas y relaciones, y que la mejor manera de conseguirlo es mediante el esfuerzo colectivo y la solidaridad entre los grupos sociales que están en contacto entre sí. El debate sobre la práctica en esta corriente de pensamiento se centra principalmente en cómo las personas pueden volverse resistentes al cambio en sí mismas y en sus relaciones sociales. Una parte de ello es la “asistencia social”, el enfoque de prestación de servicios para resolver los problemas a los que se enfrentan las personas, normalmente basado en la capacidad de recaudación de impuestos colectivos en las economías desarrolladas.



- La pedagogía social (o educación social) es una conceptualización europea que surgió en el mismo periodo de cambio social, pero que respondió a él de forma diferente. No considera el cambio social como algo problemático, sino como algo natural y continuo en la vida de todos y en cada sociedad. El cambio social no crea necesariamente problemas para las personas, sino que las involucra en un proceso de aprendizaje compartido. La pedagogía social afirma que el aprendizaje no es solo un proceso de adquisición de conocimientos y comprensión. Por el contrario, debe realizarse en un contexto social para que nuestra comprensión del mundo vaya acompañada de un proceso de aprendizaje del compromiso social. Lo conseguimos mediante la realización de actividades compartidas con otras personas. El “corazón”, nuestra motivación para contribuir al bienestar y la felicidad propios y de los demás, va de la mano de las relaciones, a través de un aprendizaje holístico de las personas que fortalece la “cabeza” (poder mental para actuar en el mundo) y las “manos” (habilidades para llevar a cabo esa actuación).
- El trabajo social crítico contempla otro aspecto del cambio social, que hace hincapié en la naturaleza estructural de la sociedad. Las estructuras sociales generan y sostienen conflictos de intereses entre diferentes aspectos de la sociedad, y esta corriente de pensamiento considera que estos conflictos estructurales son la fuente de las dificultades sociales. Si bien esta formulación del trabajo social está presente en el trabajo social occidental, a menudo ha sido dejada de lado por la teoría del cambio psicológico y los enfoques de prestación de servicios del trabajo social, pero es fundamental particularmente en las formulaciones latinoamericanas del trabajo social crítico que enfatizan la acción comunitaria colectiva. La corriente de cohesión social del pensamiento del trabajo social considera, por su parte, que los problemas personales y sociales surgen de las alteraciones de la estabilidad social causadas por el cambio social; el trabajo social crítico identifica los conflictos de intereses derivados de las estructuras como el problema. Considerar las estructuras sociales de esta manera, nos ayuda a entender el papel de la práctica crítica y estructural.

Una de las críticas a la práctica estructural es que nos dice que cambiemos las estructuras sociales trabajando por el cambio social, mientras que los trabajadores sociales trabajan principalmente con individuos, comunidades, familias y pequeños grupos, y no tienen acceso en su trabajo a mecanismos de cambio social. Sin embargo, las técnicas de práctica crítica y estructural se centran en capacitar a las personas para que comprendan y se impliquen en los conflictos estructurales como forma de abordar los problemas a los que se enfrentan en sus vidas. Estas técnicas dirigen la práctica del trabajo social a estos conflictos de estructura, en lugar de considerarla como un trabajo sobre los problemas de las personas con las estructuras sociales.



Esta distinción es importante para el ejercicio de nuestra profesión y las técnicas que utilizamos en ella. La distinción no es entre el microtrabajo interpersonal y el macrotrabajo, porque ambos son posibles en ambas corrientes de pensamiento. Tanto el microtrabajo interpersonal como el macrotrabajo pueden dirigirse a problemas personalizados o, alternatively, a conflictos que son de naturaleza estructural. El trabajo social crítico sostiene que es más útil dirigir nuestra perspectiva a los conflictos que son estructurales. Desde el punto de vista ético, también es más respetuoso con la importancia de las identidades personales y sociales de las personas, y por eso la preocupación por la identidad personal y social y la práctica antiopresiva son cada vez más importantes. La dificultad radica en que las formulaciones occidentales del trabajo social se centran en el cambio interpersonal y la prestación de servicios y esto conduce a la disyuntiva identificada en la investigación de Fenton (2015) que muchos profesionales sienten entre los objetivos sociales de su centro de trabajo y los objetivos generales, frente a su análisis de los problemas a los que se enfrentan sus clientes y las comunidades en las que trabajan

- El desarrollo social es una corriente de pensamiento derivada originalmente de las iniciativas de desarrollo social en las administraciones coloniales británicas, francesas y españolas, influenciada también por el pensamiento de las iglesias cristianas. Fue asumida por Naciones Unidas, influida por los objetivos políticos de Estados Unidos durante la Guerra Fría. En ese contexto, se consideraba que contribuía con objetivos de bienestar social al desarrollo económico e industrial de las economías en vías de globalización (por ejemplo, según Midgley, 1995). Sin embargo, más recientemente, esta perspectiva ha sido asumida por escritores africanos y asiáticos (Desaie, 2014; Patel, 2015; Tan, Chan, Mehta, & Androff, 2017) con un enfoque en la participación en el alivio y la erradicación de la pobreza, la construcción de la sostenibilidad medioambiental y la seguridad alimentaria, la igualdad de género y la liberación económica de las mujeres, y en la respuesta a las desigualdades y necesidades de salud y educación. El objetivo es generar un emprendimiento social y capacidades políticas y económicas como recursos comunitarios, más que como contribuciones a objetivos económicos globales.
- La teoría indigenista (Hart, 2019) se vincula con el desarrollo social; se desarrolló especialmente donde la colonización desplazó a las poblaciones precoloniales. Pretende formalizar la posición de los profesionales que ven su profesión como aliada de unas normas y estructuras sociales locales, cultural y étnicamente distintas. Pretende incorporar a la práctica actual del trabajo social la identidad y la comprensión cultural, medioambiental, cognitiva, política y social de la población precolonial.

Esta corriente teórica hace hincapié en la identidad cultural y social como factor importante en la práctica del trabajo social.



Teoría de la práctica	Implicaciones de valor: ¿qué es empoderar, facilitar?
Psicodinámica	Gestión del comportamiento, energía mental
- relacional	Relaciones
- apego	Relaciones, identidad personal, fortalezas
Crisis	Energía emocional, gestión del comportamiento, aprendizaje, desarrollo personal, fortalezas
Enfoque en las tareas	Actividades, aprendizaje, fortalezas
Cognitivo-conductual	Gestión del comportamiento racional
Entrevista motivacional	Gestión emocional y del comportamiento mediante la preparación
Sistemas	Conexiones sociales, apoyo social
- ambiental	Las redes sociales ayudan a superar el estrés ambiental
- complejidad	Complejidad, adaptación, en las redes sociales
- caos	Comprender los patrones en sistemas complejos
Macropráctica	Cooperación, emprendimiento, activación, solidaridad social
- pedagogía social	Aprendizaje, experiencias positivas, actividad
- desarrollo social	Solidaridad, alianza
Construcción social	Solidaridad, experiencias, capital social
- fortalezas	Identidades, fortalezas
- soluciones	Soluciones aclaratorias
- narrativa	Narrativas aclaratorias
Humanista	Autorrealización, experiencias, conexión, participación
Justicia social	Desafío, desigualdades, justicia
- defensa	Identificar, representar, intereses, poder, justicia
- empoderamiento	Construir alianzas, desarrollo personal, barreras
Crítica	Barreras estructurales, comprensión, acción
Eco (verde)	Confrontación, injusticias ambientales, comprensión, acción, conexiones ambientales
Feminista	
Lucha contra la opresión	Alianzas, desigualdades, justicia, poder
- indigenista	Abordar las relaciones de opresión, las barreras, el desarrollo personal, la experiencia, la autorrealización, la identidad



Estas cinco corrientes de pensamiento asociadas a diferentes profesiones sociales establecen el marco de cuestiones que la teoría de la práctica del trabajo social trata de comprender y a las que intenta responder. Cada una de ellas trata de establecer una forma de entender y responder al cambio social, a la estructura social y a la identidad cultural y social. Todo el desarrollo del pensamiento del trabajo social propone que estas sean las cuestiones esenciales que todo trabajo social debe abordar y resolver.

A partir de la consideración de estas corrientes de pensamiento, podemos ver el valor que el trabajo social concede a la definición y el tratamiento de los problemas personales y sociales, al aprendizaje personal y social, a la criticidad, al desarrollo, a la incorporación de las ideas de progreso, al avance, a la mejora, a la expansión y, por último, a las normas culturales y estructurales autóctonas.

4. Cuestiones de valor que subyacen a las teorías de la práctica del trabajo social

En este apartado, analizo las cuestiones de valor que pueden identificarse en las teorías de la práctica del trabajo social. Cuestiono la idea de la teoría de la práctica. Sibeon (1990) hizo una distinción ampliamente adoptada entre las teorías de lo que es el trabajo social, las teorías de cómo hacer trabajo social y las teorías del universo de clientes. Esta última categoría se refiere a la teoría extraída de las ciencias sociales sobre las personas con las que trabajan los trabajadores sociales, como los niños, las personas mayores y las personas con discapacidades físicas o de aprendizaje, o con enfermedades mentales. Algunos teóricos del trabajo social prefieren centrarse en la teoría sobre la naturaleza y el papel social del trabajo social, examinando el tipo de cuestiones que he estado explorando en las corrientes generales de pensamiento analizadas anteriormente. Desde que se desarrolló la distinción de Sibeon dentro del trabajo social, la investigación sociológica ha reconocido una categoría de “teoría de la práctica”, un tipo de teoría social que describe cómo un grupo social concibe y organiza aspectos importantes de su trabajo (Hui, Schatzki & Shove, 2017; Nicolini, 2012). Las teorías de la práctica, dentro de esta concepción, crean estructuras sociales que proporcionan estabilidad en las acciones que emprende un grupo social. Describen quiénes actúan en las situaciones sociales, qué quieren conseguir, los resultados de las acciones y qué relaciones crean esas acciones. También se incluyen en la teoría de la práctica los intereses de las personas que participan, incluido, en el caso de los clientes de los trabajadores sociales, los familiares y las comunidades que rodean a los clientes, sus superiores y los responsables de las políticas sobre el terreno. De modo que, la teoría de la práctica muestra quién gestiona y controla las acciones y quién ejerce el poder en las relaciones, y nos permite examinar qué conocimientos se utilizan en las acciones y las relaciones, qué entendimientos y discursos son relevantes para las personas implicadas en la práctica y el sentido que dan a los procesos en los que participan.



Esta concepción de la teoría de la práctica nos permite comprender mejor los valores del trabajo social, ya que podemos observar la teoría de la práctica del trabajo social para saber qué ideas de valor subyacentes se dan en la práctica.

Para ello, he extraído algunas de las ideas importantes de una amplia variedad de teorías de la práctica que se recogen en Payne (2021a). Este libro revisa los últimos análisis de las teorías de la práctica y establece una visión general crítica de las mismas. En la siguiente tabla, enumero las teorías de la práctica tratadas y extraigo un número limitado de ideas significativas esenciales para la práctica de cada teoría. En esta relación, he incluido las corrientes de pensamiento generales como teorías de la práctica: la pedagogía social, el trabajo social crítico, el desarrollo social y la teoría indigenista.

¿Qué nos dicen estos elementos de la teoría de la práctica sobre los valores del trabajo social? En primer lugar, muchos de los valores no contrastan los objetivos de cambio social con la ayuda individual y familiar; están presentes en ambos. En segundo lugar, explorando algunas de las cuestiones importantes de la práctica que se plantean repetidamente en diferentes perspectivas teóricas, es posible identificar algunos de los aspectos de la humanidad que valoramos en la vida de las personas. Si los valores señalan los aspectos difíciles del trabajo social, no es de extrañar que se repitan con frecuencia en su práctica y, por tanto, en sus teorías de la práctica.

Algunas de estas cuestiones se identifican repetidamente como aspectos importantes de las técnicas de práctica, pero no solemos reconocer su importancia como valores. Algunos ejemplos son:

- **Relaciones** - Varias teorías de la práctica consideran que las relaciones son aspectos importantes de la vida de los clientes que deberían formar parte de las evaluaciones de los profesionales, y que son cruciales para cuidar y ayudar eficazmente, por ejemplo, en el trabajo terapéutico, o en el trabajo sobre el apego, el duelo y la pérdida o la conexión en general. Otros se centran en la evaluación o la creación de conexiones para ayudar a las personas aisladas o mejorar el apoyo. Esto representa la relación como instrumento u objetivo en el cuidado y la ayuda. Pero pensar en la importancia que damos a las relaciones en el trabajo social también nos indica cómo el trabajo social valora la relación como factor de la vida humana. El trabajo social considera que las relaciones son algo valioso que todas las personas deben tener, que todas las estructuras de la sociedad deben promover. Para el trabajo social, la relación es una parte crucial de la mejora de lo "social", de la conectividad entre los seres humanos en la sociedad. Esto es un requisito para que las personas entiendan la responsabilidad de cuidar a los demás, la "ética del cuidado" (Brugère, 2019) y para que la disponibilidad del cuidado en una sociedad sea



una cuestión de moralidad y justicia (Sevenhuijsen, 1998). Indirectamente, la conexión y la relación de las personas es necesaria para que estas reconozcan la responsabilidad de hacer frente a las desigualdades, la opresión y otros problemas estructurales que surgen en las sociedades.

- *Alianza, colectividad y solidaridad* – En relación con esto, muchas teorías de la práctica del trabajo social consideran que la alianza, el trabajo colectivo, la solidaridad y la promoción de la solidaridad son cruciales para la práctica. Se considera que los trabajadores sociales que trabajan con personas necesitan una “alianza terapéutica” para lograr los fines del cliente (Payne, 2020: 44) con un programa compartido y el respeto a los clientes como personas cruciales para lograrlo.

También son aspectos esenciales de las prácticas antiopresivas, de trabajo comunitario, críticas, feministas, macro y de desarrollo social (Payne, 2021b: 16), al garantizar el respeto por el empoderamiento y la autodeterminación de las personas con las que trabajan los profesionales. La universalidad de estas ideas en la práctica del trabajo social y en la teoría de la práctica señala de nuevo su importancia como valores, debido a su relevancia en la práctica, pero a la dificultad de comprenderlas y aplicarlas.

- *Cambio* – Muchas teorías de la práctica del trabajo social se centran en el cambio, lo que incluye tanto las que hacen hincapié en el cambio de comportamiento como las que buscan el cambio social. Hay diferentes interpretaciones del cambio. Por ejemplo, la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2013), basada como está en el modelo transteórico del cambio (Prochaska & diClemente, 1984) sugiere que el cambio es difícil y debe ser preparado, mientras que la práctica cognitivo-conductual lo ve como una cuestión de desarrollo e investigación de procedimientos estructurados para el cambio de comportamiento. La entrevista motivacional se centra en la importancia de la motivación para lograrlo, y la teoría de la práctica crítica, la macropráctica y la práctica del desarrollo social prestan su apoyo mediante la creación de alianzas. Sin embargo, a partir de esta diferencia de concepción, podemos ver la importancia que tiene para el trabajo social la lucha por conseguir cambios de todo tipo. A pesar de que los objetivos del trabajo social en la Definición Global (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014), entre los que se incluyen el trabajo por la cohesión social, e históricamente la lucha contra los disturbios sociales y el mantenimiento del orden social, se han propuesto como aspectos controvertidos del trabajo social en nombre de los gobiernos y en la prestación de servicios, la comprensión del cambio de todo tipo en la sociedad es claramente un valor importante del trabajo social. La controversia y la lucha que rodean al cambio en su teoría, sugieren que trabajar por cualquier cambio pone de manifiesto la difícil posición del trabajo social.



- *Aprendizaje, desarrollo personal y social* - Tanto las teorías psicológicas como las socialmente críticas de la práctica se centran en el aprendizaje y el desarrollo personal de las personas como un resultado importante de la práctica, y la pedagogía social incorpora un énfasis particular en los procesos educativos personales y grupales en el desarrollo. Las ideas humanistas, que subyacen en gran parte de la actividad de trabajo social interpersonal y también en muchas actividades de asesoramiento, destacan el logro de la autorrealización como un proceso crucial. Las teorías críticas y las teorías del desarrollo social también sitúan la idea de desarrollo en primer plano, otorgando importancia a valores como el progreso, la mejora, y la expansión de las capacidades personales y sociales.
- *Strengths* - A concern with developing strengths is present in psychodynamic attachment theory, pragmatic task-centred practice as well as social constructionist strengths theory. Critical and structural theories of practice and empowerment also aim to develop strengths among individuals and disadvantaged and oppressed social groups to combat inequalities. They also see strengths in pursuing and understanding a sense of personal and social identity as a major factor in enabling personal and social change.

While well-established theoretical debate illustrates the value of these social practice concepts, there are others which are equally important, but less apparent in social work's daily discourse. The following are some examples we may identify in the Table.

- *Fortalezas* - La preocupación por el desarrollo de las fortalezas está presente en la teoría psicodinámica del apego, en la práctica pragmática centrada en las tareas y en la teoría construccionista de las fortalezas. Las teorías críticas y estructurales de la práctica y el empoderamiento también pretenden desarrollar las fortalezas de las personas y los grupos sociales desfavorecidos y oprimidos para combatir las desigualdades.

También consideran que las fortalezas en la búsqueda y la comprensión del sentido de la identidad personal y social son un factor importante para permitir el cambio personal y social.

Aunque el debate teórico bien establecido ilustra el valor de estos conceptos de la práctica social, hay otros que son igualmente importantes, pero menos evidentes en el discurso diario del trabajo social. A continuación, algunos ejemplos que podemos identificar en la Tabla.

- *Energía mental* - En conexión con la importancia de las fortalezas, la teoría de la práctica del trabajo social también señala la importancia de la energía como valor que apunta a algunas cuestiones difíciles en la práctica. "Trabajo social tradicional" (Payne, 2021b: 224), la



práctica del trabajo social en torno a la resolución de problemas construida sobre la teoría psicodinámica, considera la mente como la dínamo del comportamiento y las relaciones sociales. Del mismo modo, la teoría de las crisis subraya la importancia de centrarse desde el principio en la energía emocional liberada por las crisis en la vida de las personas, mientras que el desarrollo social y el enfoque cada vez mayor en las catástrofes como parte importante del trabajo social se basan en la liberación de la energía psíquica y social de las personas. Asimismo, la entrevista motivacional hace hincapié en la motivación de los clientes para el cambio como impulso para realizar cambios en sus vidas, y las teorías de la práctica centrada en las tareas, de las soluciones y de las fortalezas utilizan la identificación y la persecución de los objetivos identificados por ellos mismos como algo crucial para permitir que las personas avancen. Muchos aspectos de las ideas de desarrollo social dan importancia al emprendimiento, lo que Burghardt (2014: 99) llama “chutzpah”, el entusiasmo y la confianza en sí mismo para motivar a las personas en los grupos comunitarios en la práctica comunitaria y macro, y la referencia al empoderamiento y la capacidad de superar las barreras derivadas de las relaciones de poder en la sociedad que está presente en la teoría de la práctica antiopresiva y crítica, todo ello habla del valor que se da en el trabajo social a la energía mental y la dificultad de generarla.

- *Actividad y experiencia* - Del mismo modo, el enfoque en la generación de actividad en la práctica centrada en las tareas, el ensayo “in vivo” de las habilidades y el desarrollo del aprendizaje social en la práctica cognitivo-conductual y de la generación de la acción compartida en el trabajo comunitario, la teoría de la práctica macro y de desarrollo social demuestran el valor dado a la acción positiva y la actividad en el trabajo social. Es de particular relevancia para la pedagogía social (Charfe & Gardner, 2019; Marynovich-Hetka, 2019; Stephens, 2013). Este énfasis en la acción y la actividad es cuestionado por la entrevista motivacional, que sugiere que el cambio no se logra completando tareas que avanzan hacia los objetivos, sino solo en un compromiso holístico y motivado con el cambio (Payne, 2019: 145). De nuevo, este debate teórico sugiere que el valor que se da a la actividad y a la adquisición de experiencia para lograr el cambio es, en realidad, difícil de conseguir en la práctica; de ahí el énfasis que se pone en la entrevista motivacional para ayudar a las personas a recuperarse de la recaída, cuando han realizado un cambio, pero no lo han mantenido. La teoría psicodinámica, dentro de la idea práctica del sostenimiento de la teoría de la práctica psicossocial de Hollis (Woods & Hollis, 1999), también sugiere que lograr el progreso a través de la actividad no es un aspecto fácil del trabajo social.

El valor señala de nuevo a la difícil área que revela cuestiones importantes para la resolución en la práctica del trabajo social y la profesión del trabajo social.



- *Confrontación y desafío* - Tres tipos de teoría de la práctica del trabajo social enfatizan la importancia de la confrontación y el desafío en la práctica del trabajo social, señalando de nuevo su valor como parte del trabajo social. Muchas teorías interpersonales y psicológicas del trabajo social exigen que los profesionales evalúen las discrepancias entre las observaciones y lo que dicen las personas, entre las creencias y las realidades aparentes, y que se enfrenten a las dificultades que las personas no pueden afrontar. Las prácticas de la entrevista motivacional, las fortalezas y las soluciones requieren que los profesionales cuestionen la forma en que las personas ven los problemas en los que están trabajando. Las teorías de la práctica antiopresiva, crítica, ecológica y feminista también requieren desafiar las estructuras sociales que crean barreras y desigualdades que afectan a los clientes. De forma más compleja, muchas teorías críticas obligan a los profesionales a reunir personas para utilizar técnicas como la pedagogía crítica de Freire (1970, 1972, 1974[1967]) para compartir experiencias que les permitan comprender las estructuras opresivas de la sociedad y encontrar formas de enfrentarse a ellas.
- *Aclaración, interpretación y comprensión* - Del mismo modo, muchas teorías interpersonales y psicológicas de la práctica requieren la aclaración del pensamiento y la comprensión de las personas, a través de la exploración de las experiencias y la obtención de una visión de las influencias personales y sociales en el comportamiento. Muchas teorías de la práctica, y la experiencia práctica de muchos trabajadores sociales, nos dicen que la gente quiere entender por qué se ha desencadenado esta crisis, este desastre, este problema y por qué les está sucediendo a ellos. Asimismo, muchas de las funciones de los trabajadores sociales en los organismos implican aclarar a los responsables de la toma de decisiones, en los informes judiciales y en los historiales sociales, los problemas de comportamiento y sociales a los que se enfrentan los clientes. La práctica cognitivo-conductual requiere un análisis detallado de los antecedentes y las consecuencias de un comportamiento específico y de cómo estos interactúan, para poder formular con éxito las intervenciones. Aclarar las interacciones y los patrones de la vida, las narrativas y las soluciones, todo ello forma parte de las nuevas formas de ayuda interpersonal. La aclaración y el entendimiento de las desigualdades e injusticias estructurales y la comprensión de sus impactos personales y sociales son cruciales para la mayoría de las prácticas críticas.
- *Patrones y consistencias* - Mediante la recopilación de cuestiones aclaratorias, muchas teorías psicológicas buscan consistencias y patrones en los comportamientos como parte de la evaluación. Las teorías sistémicas, en particular las teorías de los sistemas adaptativos particularmente complejas y la teoría del caos, sostienen que los patrones son parte integrante del modo en que las relaciones y estructuras sociales afectan a la



vida de las personas. Las teorías críticas y estructurales también quieren que la gente comprenda la coherencia con la que la injusticia y la opresión crean barreras que afectan a la vida de las personas. Encontrar patrones, por tanto, se convierte en un valor importante en todo el trabajo social, porque muestra dónde debe centrarse la acción del trabajo social.

Algunos ejemplos de casos

1. Una anciana con problemas de salud mental estaba siendo atendida por su hijo en su casa, con la ayuda de un equipo de cuidados paliativos que proporcionaba a la mujer atención al final de su vida. El comportamiento de la mujer era difícil de gestionar para su hijo, y había un patrón de ira que en ocasiones le llevaba a agredirla físicamente. Este maltrato doméstico de ancianos fue derivado a los servicios de asistencia social para adultos. En este trabajo, rebatir el comportamiento de la madre, aclarar y ayudarles a entender las tensiones de la situación fue un punto de partida importante. Para darles un enfoque diferente en su relación, se les animó a trabajar juntos en la actividad de crear una caja de recuerdos sobre su vida en común, un proceso habitual para ayudar a los familiares a prepararse para conmemorar una muerte significativa.
2. Una familia numerosa es derivada a los servicios de asistencia social infantil por su escuela debido al evidente estrés emocional derivado de las limitaciones sociales de la pandemia de Covid-19. Simplemente al hacer la derivación y aceptarla como un foco legítimo para el trabajo social, hallamos el valor atribuido a la energía mental. La evaluación reveló patrones de conflicto entre los padres que provocaban dificultades de relación en la escuela; la evaluación y la preocupación se centraron en torno a los patrones y las consistencias.
3. Un grupo comunitario responsable de la gestión de una urbanización residencial entró en conflicto porque algunos querían mejorar las instalaciones para los discapacitados y las personas mayores de la urbanización, mientras que otros no querían el aumento de los costes que esto supondría, así como las posibles molestias derivadas de los diversos cambios que se producirían. Para resolverlo, el trabajador social creó un grupo de trabajo atendiendo a los intereses de ambos para planificar diversos cambios. Al centrarse en la planificación, se crearon varios acuerdos aceptables para ambas partes y los miembros trabajaron juntos, y el grupo identificó a los residentes de la urbanización que tenían las habilidades para llevar a cabo el trabajo práctico requerido. En esta respuesta, el enfoque en el cambio, el intercambio de experiencias, el trabajo colectivo, el uso y el desarrollo de las habilidades y las fortalezas de las personas, son todos elementos habituales del enfoque del trabajo social en cuestiones interpersonales y sociales



En todos estos ejemplos de casos, el valor atribuido a la relación es una característica destacable del enfoque. Por el contrario, la aplicación del valor de las relaciones no sería habitual, por ejemplo, en una respuesta policial al maltrato doméstico del caso 1. Del mismo modo, un enfoque escolar sobre el comportamiento en la escuela no centraría la relación familiar de la forma en que lo hicieron los trabajadores sociales, y un enfoque de gestión residencial en el caso 3 no habría llevado a mejoras solidarias en el grupo logrado por el trabajador social.

Considero que los valores expresados en el trabajo social son característicos de los enfoques de la teoría de la práctica del trabajo social que no serían alcanzados de la misma manera por diferentes profesionales.

Conclusión

En este artículo, he argumentado que muchas descripciones de los valores del trabajo social no explican cómo y por qué son esenciales para la práctica. Esto se debe, a veces, a que se expresan como principios con un nivel de generalidad demasiado alto y, a veces, a que exponen ideales que despiertan el compromiso de los trabajadores sociales, pero que no están relacionados con las exigencias de la política social y los requisitos de gestión de los organismos. De este modo, los trabajadores sociales experimentan una disyuntiva entre lo que creen y lo que pueden aplicar en la práctica.

Para responder a esto, propongo que tratemos de extraer los valores que se esconden en los objetivos de las diferentes formas de práctica del trabajo social y del profesionalismo del trabajo social que podemos identificar en las diferentes formas de trabajo social en todo el mundo. También podemos identificar valores expresados en nuestra práctica, que no se ven en la expresión de los valores profesionales, pero que están claramente presentes y son directamente relevantes en los análisis de nuestra práctica profesional que se encuentran en la teoría de la práctica. Se pueden encontrar valores similares en una amplia gama de teorías de todo tipo con amplia aplicabilidad.

He sugerido que podemos distinguir en las cinco principales corrientes de pensamiento del trabajo social características de las diferentes profesiones sociales de todo el mundo los valores de abordar los problemas, el aprendizaje, la criticidad, el desarrollo y la cultura indígena. Explorar y debatir su importancia en nuestras diferentes prácticas puede ser un enfoque fructífero para el debate sobre los valores en el trabajo social.

Del mismo modo, podemos identificar una serie de temas importantes en la teoría de la práctica que ofrecen cuestiones de valor convincentes que dirigen nuestra atención a lo que es importante pero difícil en la práctica. He indicado que estos incluyen valores identificados



de antemano como importantes en las formulaciones de las teorías de la práctica de los trabajadores sociales y en los objetivos sociales generales y de los clientes, como las relaciones, la alianza y la solidaridad, el cambio, el aprendizaje y el desarrollo personal y las fortalezas. Otros pueden encontrarse en cuestiones que a menudo son importantes, pero no se señalan en la práctica, como el valor de la energía mental, la actividad, el desafío, la aclaración y el patrón.

Este argumento implica que puede ser más constructivo explorar estos valores de la práctica como base para descubrir lo que es esencial en el trabajo social que los ideales que pueden ser difíciles de aplicar en la práctica. Estos valores prácticos son los que ponen en escena nuestros ideales de libertad y justicia.

BIBLIOGRAPHY

- Alston, M, Haseleger, T. & Hargreaves, D. (Eds.) (2019). *Social work and disasters: A handbook for practice*. Abingdon: Routledge.
- Banks, S. & Gallagher, A. (2009). *Ethics in professional life: Virtues for health and social care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Banks, S. (2021). *Ethics and values in social work* (5th Ed.). London: Red Globe.
- Barnes, M., Brannelly, T., Ward, L. & Ward, N. (Eds)(2015). *Ethics of care: Critical advances in international perspective*. Bristol: Policy Press.
- Brugère, F. (2019). *Care ethics: The introduction of care as a political category*. Leuven: Peeters.
- Charfe, L. & Gardner, A. (2019). *Social pedagogy and social work*. London: Sage.
- Desai, M. (2014). *The paradigm of international social development: Ideologies, development systems and policy approaches*. New York: Routledge.
- Dominelli, L. (2012). *Green social work: From environmental crises to environmental justice*. Cambridge: Polity.
- Fenton, J. (2015). An analysis of 'ethical stress' in criminal justice social work in Scotland: the place of values. *British Journal of Social Work*, 45(5), 1415-32.
- Fenton, J. (2016). *Values in social work: Reconnecting with social justice*. London: Palgrave.
- Freire, P. (1970). *Cultural action for freedom*. Harmondsworth: Penguin.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. Harmondsworth: Penguin.
- Freire, P. (1974[1967]). *Education: The practice of freedom*. London: Writers and Readers Publishing Cooperative.
- Fronek, P. & Rotabi-Casares, K. S. (Eds.)(2022). *Social work in health emergencies*. Abingdon: Routledge.



Hart, M. A. (2019). Indigenist social work practice. In M. Payne & E. Reith-Hall (Eds.). *Routledge handbook of social work theory* (pp 268–81). London: Routledge.

Hui, A. Schatzki, T. & Shove E. (Eds.) (2017). *The nexus of practices: Connections, constellations, practitioners*. Abingdon: Routledge.

Iacovetta, F. (1998). Parents, daughters and family-court intrusions into working-class life. IN F. Iacovetta & W. Mitchinson (Eds.) *On the case: Explorations of social history* (pp 312-37). Toronto: University of Toronto Press.

International Federation of Social Workers (2018). *Global social work statement of ethical principles*. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>

Labath, V. & Ondrušková, E. (2019). Theoretical aspects of social work – from eclecticism to integration. In M. Payne & E. Reith-Hall (Eds.) *The Routledge handbook of social work theory* (pp 18-27). Abingdon: Routledge.

Marynowicz-Hetka, E. (2019). The social pedagogy dimension of social work activity. In

M. Payne & E. Reith-Hall (Eds.). *The Routledge handbook of social work theory* (pp 282–93).

Abingdon: Routledge.

Matthies, A.-L. & Närhi, K. (Eds.) (2017). *The ecosocial transition of societies: The contribution of social work and social policy*. Abingdon: Routledge.

McKinnon, J. & Alston, M. (Eds.) (2016). *Ecological social work: Towards sustainability*.

London: Palgrave.

Midgley, J. (1995). *Social development: The developmental perspective in social welfare*. London: Sage.

Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd Ed.). New York: Guilford.

Nicolini, D. (2012). *Practice theory, work and organization: An introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Patel, L. (2015). *Social welfare and social development* (2nd Ed.). Cape Town: Oxford University Press.

Payne, M. (2012) Political and organisational contexts of social work internationally. In Lyons, K., Huegler, N., Hokenstad, M. C. and Pawar, M. (eds) *Handbook of International Social Work* (pp 121-35). London: Sage.

Payne, M. (2019). *How to use social work theory in practice: An essential guide*. Bristol: Policy Press.

Payne, M. (2021a). *Modern social work theory* (5th Ed.). London: Red Globe.

Payne, M. (2021b). *An a-z of social work theory*. London: Sage.

Prochaska, J. O. & diClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow/Jones Irwin.



Reamer, F. G. (2018). *Social work values and ethics* (5th Ed.). New York: Columbia University Press.

Sevenhuijsen, S. (1998). *Citizenship and the ethics of care: Feminist considerations on justice, morality and politics*. Abingdon: Routledge.

Sibeon, R. (1990). Comments on the structure and forms of social work knowledge. *Social Work and Social Sciences Review* 1(1): 29–44.

Stephens, P. (2013). *Social pedagogy: Heart and head*. Bremen: Europäischer Hochschulverlag.

Tan, N. T., Chan, S., Mehta, K. & Androff, D. (Eds.) (2017). *Transforming society: strategies for social development from Singapore, Asia and around the world*. Abingdon: Routledge.

Watson, D. (Ed.)(1985). *A code of ethics for social work: The second step*. London: Routledge and Kegan Paul.

Watts, L. & Hodgson, D. (2019). *Social justice theory and practice for social work: Critical and philosophical perspectives*. Singapore: Springer.

Woods, M. E. & Hollis, F. (1999). *Casework: A psychosocial therapy* (5th Ed.). New York: McGraw-Hill.



DOCUMENTO DE RESUMEN DE IDEAS FUERZA DE CONGRESO ESTATAL TRABAJO SOCIAL

EJE 1: ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

- Las profesiones somos necesarias para un buen funcionamiento de la sociedad sino la sociedad será mucho peor y más inhumana.
- El bien específico que el trabajo social puede hacer, fuerte y que sin este una sociedad sería mucho peor y más inhumana es el de empoderar a los más débiles/vulnerables/desfavorecidos puedan llevar adelante los planes de vida que tengan razones para valorar.
- La ética y la deontología deben configurarse como eje vertebrador de la profesión, constituirse como sólido cimiento y pilar que guíe nuestro qué hacer profesional.
- El objetivo último de la ética es lograr una calidad en la intervención, trabajar para una propuesta de vida buena y feliz para la ciudadanía desde organizaciones humanas.
- El derecho de no ser involuntariamente pobres lleva aparejado el deber de las sociedades de no dejar de lado a los más desfavorecidos.
- El trabajo social requiere una toma de decisiones éticas desde el ser consciente de cómo ejercemos las intervenciones. Para ello, es preciso disponer de herramientas para la toma de decisiones como:
- Interiorizar desde la conciencia y la competencia profesional del código deontológico.
- Promover la creación de comisiones deontológicas donde impere la participación.
- Promover la creación de comités de ética de servicios sociales contruidos desde el Trabajo Social.
- Cortina entiende la ética no desde un plano individual, como una actividad social cooperativa y plantea virtudes entendida como la excelencia puesta ésta al servicio de la comunidad. Porque si no se hace así las sociedades y comunidades no sobreviven. La excelencia ha de estar orientada a que cada uno compita consigo mismo para dar lo mejor de sí cuando esté al servicio de las personas.



EJE 2: LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO DESDE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

- Nos encontramos en un contexto cada vez más digitalizado, la COVID ha acelerado la incorporación de las TIC en nuestra praxis profesional (atención primaria, historia clínica, consulta online...) debemos preguntarnos si estamos considerando la realidad de las personas más vulnerables.
- El trabajo social presente en diferentes ámbitos, siendo una especialidad en aquellos espacios donde tenga presencia.
- Aprobar una ley general básica que regule el sistema de servicios sociales, así como la atención social residencial para personas mayores centrada en el objeto del sistema.
- Es necesario impulsar una Innovación y teorías críticas que den importancia a las propias personas desde la esfera comunitaria.
- El acceso a la asistencia personal debe constituirse como una prestación universal.
- El trabajo social asiste a procesos de precarización, desprofesionalización, delegación y desresponsabilización, paralelamente al desmembramiento del sistema de SS.SS., es necesario recuperar el objeto, donde la interacción debe ser el núcleo central.
- El trabajo social precisa compromiso político, rigurosidad teórica, capacidad propositiva y estar en la agenda pública.

EJE 3: ENTORNOS SOSTENIBLES Y LIBRES DE DESIGUALDADES, MOTOR DE CAMBIO DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Un Trabajo Social promotor del cambio a través de:

El bien común:

- Un trabajo social ejercido desde la horizontalidad, con profesionales, organizaciones y personas participantes, con perspectiva interdisciplinar, entendida como responsabilidad compartida y abordaje global y holístico de la vulnerabilidad social.
- Ejercicio profesional supervisado como forma de Autocuidado.
- La interacción como lugar o espacio donde generar cambios en las personas, grupos y comunidades.



La generación de vínculos:

- Nuevas metodologías favorecedoras de la sostenibilidad, integrando criterios sociales, económicos y ambientales, con perspectiva ecléctica para crear nuevas formas de intervención generadoras de vínculos.
- La persona como sujeto de acción y de derechos desde la creatividad que comporta la construcción común.

El desarrollo comunitario:

- Promover procesos de desarrollo local, regeneradores de las ciudades, que mejoren los proyectos vitales de la ciudadanía.
- Un urbanismo social que favorezca la inclusión genere nuevas formas de gestión y gobernanza participativa, y promueva modelos de ciudad centrados en los valores de lo rural.

Trabajo Social en esencia

Cambiar para avanzar
crear para crecer

Ciudad Real 26, 27 y 28 de mayo de 2022



XIV CONGRESO ESTATAL DE **TRABAJO SOCIAL**
II CONGRESO IBEROAMERICANO DE **TRABAJO SOCIAL**
XIV CONGRESSO ESTADUAL DE **SERVIÇO SOCIAL**
II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE **SERVIÇO SOCIAL**



Consejo General
del Trabajo Social



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030

