

TRABAJO SOCIAL

REVISTA EDITADA POR EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y AA.SS. DE MADRID

HOY

Trabajo Social y Sistema Público de Salud

SEGUNDO SEMESTRE 2007

Monográfico



sumario

PRESENTACIÓN 5

Cristina Alonso Salgado

LA SANIDAD PÚBLICA EN PELIGRO 9

Marciano Sánchez Bayle

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MADRID 27

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar

**EN EL MARGEN O MARGINADO: EL LUGAR
EPISTEMOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL
EN SALUD 57**

Daniel Gil Martorell

COORDINACIÓN 67

M^a Luisa Pérez Pérez

**UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN
HOSPITALES. EVOLUCIÓN EN LA ÚLTIMA
DÉCADA 75**

Varios Autores

**LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
PROLONGADA EN MADRID: PERFILES,
NECESIDADES Y GARANTÍAS DE
FUTURO 103**

Agustina Crespo Valencia

**MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL
ÁMBITO SOCIO-SANITARIO 119**

*Pilar Munuera Gómez y M^a Antonia Munuera
Hernández*

**PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL
PERSONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD
DE MADRID CON TRASTORNOS MENTALES
Y ADICTIVOS 143**

*PAISEP. Dirección General de Recursos
Humanos de la Comunidad de Madrid*

LA MUERTE Y EL DUELO 155

M^a Cruz Reglero Cano



**UNA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICA
EN EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO 167**

Rosa Blanca Pérez López

CASOS:

**INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA UNIDAD
HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL 183**

Beatriz Arribas Mazarracín

**¿ES VERDAD LO QUE ME ESTÁ PASANDO O
ME ESTOY VOLVIENDO LOCA? ATENCIÓN A
UNA MUJER MALTRATADA DESDE UN
CENTRO DE SALUD MENTAL 193**

Ana Izquierdo Núñez

**TRABAJO SOCIAL: REINSERCIÓN SOCIAL Y
LABORAL CON UNA PACIENTE DE SALUD
MENTAL 203**

M^a Rosario Luis-Yagüe López

**EL TRABAJADOR SOCIAL COMO PARTE DE LA
CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN CASO DE
ENFERMO MENTAL CRÓNICO 211**

Beatriz Torres Ortega

MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO

Pilar Munuera Gómez

DTS Col. nº 1.285

Profesora Titular de la Escuela Universitaria de la Universidad Complutense de Madrid. Mediadora

M^a Antonia Munuera Hernández

Trabajadora Social

RESUMEN

Se plantea una nueva noción de salud integral, que contempla la variable cultural. La necesidad de mediación intercultural en el sistema sanitario esta justificada por el aumento de usuarios inmigrantes que requieren servicios sanitarios y la necesidad de responder desde el sistema sanitario a unos cuidados sanitarios de calidad. El mediador intercultural en salud ejerce de puente entre el sistema sanitario y los distintos grupos étnicos, traduciendo a los profesionales sanitarios la simbología cultural de origen en torno a la salud, para que estos puedan comprender el porqué de las distintas actitudes (factor étnico).

PALABRAS CLAVE

Mediación. Intercultural. Trabajo Social en salud.

INTRODUCCIÓN

Las migraciones han sido fenómenos frecuentes en la historia de la humanidad. Cada migración suele poseer características específicas dependiendo del contexto socioeconómico en el cual se produce.

Las circunstancias en las que están llegando actualmente muchos inmigrantes a España y a Europa se caracterizan por ser particularmente difíciles. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos.

El ámbito sanitario es testigo de esta realidad social haciendo explícitas nuevas necesidades y demandas por parte de la población inmigrante, de las instituciones y de los profesionales.

Una encuesta realizada en el año 2005 a 138 médicos y enfermeros que trabajan en Atención Primaria reveló que el 58% de ellos opina que el mal cumplimiento del paciente inmigrante se debe a dificultades de entendimiento. Los resultados, que fueron presentados en 2005 en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), en Santiago de Compostela, mostraron que entre los factores que influyen en la salud de los inmigrantes atendidos en nuestro país, destacaron condiciones laborales (46%) y problemas del país originario (34%). Los propios profesionales, médicos y enfermos, calculan que en los últimos cinco años ha aumentado en unas 15-20 visitas más a la semana la presencia de inmigrantes en la consulta.

En muchos casos, el desconocimiento del idioma y la complejidad de los requisitos administrativos necesarios están detrás de que, un porcentaje significativo de inmigrantes acaben desistiendo en su esfuerzo por acceder al sistema sanitario por atención primaria y saturen las urgencias de los hospitales y ONGs .

Los médicos de familia consideran que se debe desterrar el falso mito de que el paciente inmigrante importa enfermedades, pues su perfil responde al de una persona joven y sana. Los inmigrantes acuden a la consulta, como el resto de la población, cuando se sienten enfermos, pero no suelen solicitar cuidados hasta que la enfermedad les impide acudir a su trabajo. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo referencia al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos)¹.

En EE.UU. existe una nueva especialidad médica denominada "Medicina Transcultural (MTC)", que pertenece al área humanística y científica de estudio de las diferencias y similitudes entre culturas con respecto a los cuidados de salud y enfermedad del hombre, asumiendo los posibles diferentes valores culturales, de creencias y comportamientos para proveer cuidados específicos y culturalmente congruentes. La Medicina Transcultural (MTC), consiste en adquirir, fomentar y reforzar habilidades especiales que se basen en el conocimiento y aceptación de los factores diferenciales del país de origen del emigrante con respecto a la cultura del país donde reside y modos de enfermar, por ejemplo: hay hallazgos físicos sobre la piel que pueden mal interpretarse como malos tratos que aparecen como magulladuras, tatuajes, excoriaciones y arañazos derivados de ritos sagrados o prácticas médicas tradicionales (ventosas, acupuntura, sangrías,...). Por ejemplo: El cupping o ventosas que deja marcas circulares eritematosas. Consiste en la creencia que al aplicar un vaso adaptado sobre la piel por su boca, habiendo dejado una vela encendida dentro, al consumirse el oxígeno por la combustión se crea un vacío que "saca el aire tóxico" que producía el mal de la enfermedad. Otro ejemplo es cierta mancha azulada en las nalgas en los niños árabes, parecida a la mancha mongólica. No significa castigo corporal ni tiene correspondencia patológica. Desaparece antes de los dos años de edad sin necesidad de tratamiento.

1 Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises consiste:

En primer lugar la soledad y la separación forzada de los seres queridos.

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante, a pesar de la enorme inversión que ha realizado en la migración (económica, emocional, etc.), no logra ni siquiera las mínimas condiciones para salir adelante al tener dificultades de acceso a "los papeles", al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación.

En tercer lugar a todo esto se añade una situación de lucha por la mera supervivencia: dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir (al no poder conseguir vivienda por su situación de ilegalidad son víctimas de innumerables abusos) y en cuarto lugar el duelo por los peligros físicos del viaje migratorio (las pateras, esconderse en los camiones, etc.), o las coacciones ligadas a llegar en viajes "excesivamente organizados" por mafias y grupos que extorsionan y amenazan. Además, en todos los casos existe el miedo a la detención y expulsión.

La interculturalidad es una realidad que va más allá de la multiculturalidad, plantea las relaciones interétnicas, interlingüísticas e interreligiosas basadas en la convivencia de la diversidad, pone el énfasis en no olvidar lo que se tiene en común, y compartirlo, de la misma manera insiste en el diálogo, el conocimiento mutuo y el aprendizaje entre culturas. Sigue siendo un deseo y un proyecto sobre el papel, porque primero hay que conocer al otro, reconocerlo, aceptarlo y, lo más importante, convivir con él.

EL MEDIADOR INTERCULTURAL

El mediador intercultural es una figura, que va emergiendo a nivel Europeo y se define como un profesional formado en inmigración, interculturalidad y mediación, que desarrolla su labor de intermediación entre la población inmigrante y los profesionales.

Acude allí donde hay dos culturas distintas en contacto, y a veces en conflicto. Su objetivo principal es acercar posturas y hacer que las dos partes se entiendan. Una persona que conoce los giros, las expresiones hechas, los lenguajes no-verbales, los gestos corporales muchos de ellos culturales, lo que da mucha información sobre el estado, la actitud o la reacción de la persona inmigrante en una situación dada. Transmite confianza a las dos partes y facilita un ambiente relajado.

La necesidad de mediación intercultural en el sistema sanitario esta justificada por el aumento de usuarios inmigrantes que requieren servicios sanitarios, lo que constituye una dificultad para poder dar unos cuidados sanitarios de calidad.

Los inmigrantes, acuden a los centros sanitarios en la mayoría de las ocasiones con pocos conocimientos lingüísticos del idioma que se utiliza, y con temor a no ser comprendidos en su enfermedad o en sus dolencias por el profesional.

Se produce una barrera idiomática que dificulta la comunicación, no sólo por el idioma, sino por las diferencias culturales que el profesional sanitario debe comprender para ofrecer una atención sociosanitaria correcta. Debe producirse un vínculo que permita la continuidad asistencial, un seguimiento del tratamiento, la instauración de pautas preventivas, tener en cuenta el proceso de adaptación del inmigrante al nuevo entorno con unas normas sociales y culturales diferentes, etc. Todo un reto tanto para los profesionales de la salud como para la población extranjera

FUNCIONES DEL MEDIADOR INTERCULTURAL

1. Traducción lingüística. La entendemos como la traducción más literal de un idioma a otro, dando respuesta a la mayoría de los interrogantes: ¿Cómo funciona el hospital? ¿Como entrar? ¿Papeles necesarios? ¿Qué enfermedad tengo?, etc. Puede actuar como intérprete exclusivamente o puede ir más allá ayudando a explicar la cultura del hospital y del médico al paciente, y el mundo del paciente al médico.

2. Interpretación de choques culturales. Cuando alguna de las partes plantea una situación no entendida o a la cual no se encuentra explicación y que está dificultando la realización de actividades, entendidas como “normales” desde el punto de vista de alguna de las culturas en convivencia. Para entender mejor este punto presentamos aquí varios ejemplos: para otras culturas la desnudez ante el personal sanitario, llega a convertirse en una violación de sus creencias, dado que hay partes corporales sagradas incluso intocables (la cabeza entre los hindúes es el asiento de la vidas), también es tabú la exploración vaginal por un médico masculino en la mujer musulmana y no hay exploración posible durante la regla (exploración vaginal, cervix o intrauterina).

Se deberá comprender, si a un paciente Sij (procedente del estado de Punjab, al noroeste de la India) al pedirle que se desnude aparece la larga hoja curvada de un cuchillo de 16 cm. entre sus ropas, no debemos asombrarnos dado que en su cultura usan cinco símbolos sagrados conocidos como las cinco K - *keshas* (pelo largo), *kangha* (peineta), *kara* (brazalete de acero), *kachka* (pantalones cortos) y *kirpan* (daga). Una mujer hindú o budista no permanecerá a solas en una habitación con un hombre. La negación para ser entrevistada o explorada por un hombre no debe ser interpretada como una discriminación de género. Es normal entre los musulmanes que sea el marido el que hable por su familia y que la madre lo haga por sus hijos. Obtendremos la cooperación necesaria si con mucho tacto se le pide al marido o a la madre que callen durante la entrevista.

3. Asesoramiento a profesionales, acompañamiento a los usuarios o charlas con grupos.

4. Participación en proyectos comunitarios.

5. Ayudará a conocer los rasgos personales del enfermo que tengan gran trascendencia, dentro del conflicto personal y familiar.

6. Facilitará información sobre el enfermo y sobre la actitud que el enfermo tome ante la enfermedad.

Este diseño puede ser contemplado como una combinación de procedimientos de trabajo social que ponen el creciente énfasis en los aspectos externos y sociales del mundo del cliente. De este modo, al utilizar este diseño emergente, el trabajador social intenta influir en los elementos del entorno que parecen impedir la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades, ya esté el remedio en la familia o en algún lugar dentro de una organización compleja como un hospital. Por consiguiente, el trabajador social mediador interviene para promover el entendimiento entre puntos de vista contradictorios. Puesto que la base para tal funcionamiento a menudo depende de factores étnicos (como cultura, generación de inmigración y residencia en vecindarios étnicos), el énfasis se pone en estos factores de forma selectiva, a medida que son comprendidos, y son compartidos cuando pueden evitar estancamientos e insensibilidad en familias, equipos de tratamiento, grandes organizaciones, o la comunidad en general.

La tarea del “agente cultural”, del mediador intercultural, es de forma estricta, buscar caminos de acomodación en aquellas personas/familias en las que existen malentendidos debido a conflictos entre valores culturales en cambio, el concepto de mediador cultural puede ser aplicado igualmente a mayores sistemas incluyendo organizaciones humanitarias y comunidades.

EXPERIENCIAS DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

En primer lugar la Asociación Salud y Familia², entidad privada sin ánimo de lucro, que tiene entre sus objetivos la contribución al análisis pluridisciplinar, al intercambio de ideas y a la articulación de soluciones operativas que ayuden a mejorar la salud y la calidad de vida de las familias en su conjunto y de cada uno de sus miembros, especialmente de los más débiles. Consideran la familia una estructura primaria de soporte que adopta formas diversas y plurales de convivencia, y creen que la libertad y la tolerancia son condiciones básicas para el desarrollo personal y familiar.

Para ello han puesto en marcha el proyecto de mediadores interculturales que trabajan directamente en centros sanitarios de Cataluña³, contribuyendo de esta forma a una atención sanitaria de mayor calidad para el paciente y facilitando el

2 Extraído el 15 de enero de 2008 desde <http://www.saludyfamilia.es/cas/proyectos/mediacions.htm>.

3 Salud y Familia tiene un equipo de mediadores que, además de realizar entrevistas de acogida y derivación en la Asociación, ofrece servicios de mediación en los siguientes centros:

desarrollo de las tareas de todos los profesionales implicados, acercando la diversidad cultural a las instituciones sanitarias.

En Barcelona, el Hospital del Mar⁴, tomo la iniciativa en 2003, de crear el servicio de mediación, motivado por las 46.000 personas extranjeras que eran atendidas en el centro, lo que representaba el 12,6% de todos los usuarios⁵. En los últimos cuatro años ha aumentado considerablemente el número de usuarios inmigrantes, con tendencia a la reagrupación familiar. Los profesionales sanitarios están en presencia de un nuevo perfil de usuarios: no sólo son de origen cultural diverso, sino que también vienen de países cuyo sistema sanitario es muy diferente del nuestro. Todo ello pone en dificultad a los profesionales sanitarios.

Así apareció la figura del/la mediador/a intercultural, con la misión de hacer puente entre el profesional y el paciente.

La Asociación Salud y Familia con la Unidad de Planificación Sanitaria de la Región de Lérida juntamente con la Federación de la Asociación de Vecinos y su Hospital deciden llevar a cabo un proyecto piloto de mediación con la contratación de tres mediadoras: una subsahariana, una magrebina y una de países del Este, con el objetivo de facilitar el acceso de la población inmigrante a los servicios del hospital, facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes (mejorar el diagnóstico, tratamiento y educación sanitaria de los pacientes inmigrantes). Las mediadoras colaboran con todos los servicios del hospital pero trabajan más en el servicio materno-infantil.

Antes de iniciar el programa se realizó un curso de formación en mediación en salud.

Entre las funciones que desempeñan están, la acogida, asegurar que el paciente entienda el tratamiento y detectar si hay características culturales que puedan intervenir en su cumplimiento a la vez que informar de los circuitos y tramites que tiene que realizar una vez dado de alta.

Hospital del Mar, Centre d'urgències Pere Camps, CAP Drassanes, CAP Raval Nord, CAP Casc Antic, CAP Poble Nou, CAP Les Hortes de Poble Sec, CAP Besòs Mar, Maternitat Hospital Clínic, CAP Sant Ildefons, CUAP Sant Ildefons, CAP Pubilla Cases, CAP Can Vidalet, CAP Florida; Lleida: Hospital Arnau de Vilanova, CAP Balaguer, CAP Cervera, CAP Tàrrega, CAP Alcarràs, CAP Aitona, CAP Serós, CAP Rambla Ferran, CUAP Rambla Ferran, SASSIR Prat de la Riba, CAP Mollerussa; Girona: Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona i al CAP Can Gilbert del Pla de Girona, CAP Celrà.

4 Extraído el 15 de enero de 2008.

<http://www.imasbcn.com/hospitals/hospital-del-mar/seveimediacioncultural.html>

5 El periódico de Cataluña del 3 de Julio de 2004. pp44.

En el área materno-infantil desarrollan funciones más específicas:

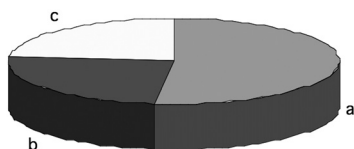
- Informan sobre los tramites de inscripción de los recién nacido en el registro civil.
- Dan consejos sobre la lactancia materna y los cuidados del bebé.
- Informan sobre los controles pediátricos y ginecológicos.
- Informan y aconsejan sobre la anestesia epidural.
- Participan en el consentimiento informado.

Otra de las funciones de las mediadoras es participar en programas de formación para sensibilizar a los profesionales. Es importante que el personal sanitario esté formado y sea conocedor de las diferencias que pueden existir entre los diferentes colectivos de población que hay en el centro sanitario. Un conocimiento más profundo de la inmigración ayuda a dar una mejor atención.

El programa tuvo una duración de dos meses y en este periodo las mediadoras realizaron:

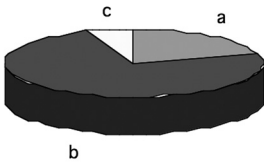
1. 479 visitas:
 - a. 52% a pacientes de origen magrebins.
 - b. 25% a pacientes de Europa del Este.
 - c. 23% a pacientes subsaharianos, según gráfico 1.

Gráfico 1. Lugar de procedencia



2. La edad media de los usuarios inmigrantes:
 - a. Es de 29 años.
3. Mayoritariamente son mujeres (70%).
4. El 54% de los pacientes llevan menos de dos años en España.
5. No entienden castellano un 52% y no lo hablan el 73%.
6. Las mediadoras realizan dos tipos de mediación:
 - a. De acogida el 20.
 - b. Solicitada el 74%.
 - c. Ambas el 6% tal como vemos en el gráfico 2.

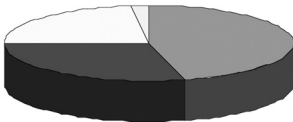
Gráfico 2. Tipos de mediación



7. *Visitas solicitadas:*

- a. *El 46% de las fueron solicitadas por personal de enfermería.*
- b. *Un 29% por personal facultativo.*
- c. *Un 23% por los propios usuarios.*
- d. *Un 2% por las trabajadoras sociales, según consta en el gráfico 3*

Gráfico 3. Visitas solicitadas



8. *Los servicios que más la solicitan son:*

- a. *Obstetricia.*
- b. *Ginecología.*
- c. *Pediatría.*
- d. *Consultas externas.*
- e. *Urgencias.*

9. *En el 86% de los casos la mediación se realizó con el paciente y el resto con los familiares o con ambos.*

Ante estos resultados la Dirección del Hospital decidió firmar un convenio con la Asociación Salud y Familia para continuar con la contratación de las tres mediadoras.

En la actualidad las mediadoras están integradas completamente en el hospital y participan en programas de sensibilización del personal sanitario. Durante el año 2005 hicieron 2.688 visitas, más de la mitad fue en el área materno-infantil.

La satisfacción de los profesionales con el servicio de mediación es de notable, el usuario valora el servicio con un excelente y las mediadoras también dan un

notable a su integración en el hospital y su relación con el personal. Las mediadoras dan información a los pacientes, lo que permite tomar decisiones con mayor conocimiento a los inmigrantes apoyándose en la ética profesional sanitaria, que propugna compartir las decisiones sanitarias entre profesionales y usuarios.

Actualmente se ha ampliado el programa con la contratación de mediadoras en todas las Área Básicas de Lleida⁶. Otras comunidades como Valencia (Hospital La Fe), Aragón, Granada, Navarra,...etc., han puesto en marcha la mediación intercultural en el ámbito sanitario.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y el laboratorio GlaxoSmithKline, han puesto en funcionamiento un programa informático interactivo y multilingüe que permite una comunicación audiovisual con preguntas cerradas y abiertas, llamado **“Doctor Speaker”**⁷, con personas que no entienden el español. El programa “doctor speaker”, **ayuda a los médicos de asistencia primaria a formular a sus pacientes centenares de preguntas** en varios idiomas (inglés, francés, alemán, portugués, rumano, ruso, árabe, chino y urdu), el médico sólo tiene que girar el monitor o hacer clic sobre la frase relacionada con el paciente y la exploración en cuestión para que ésta pudiera ser oída por el paciente”. Es un proyecto que tiene como objetivo la eliminación de barreras de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes que desconozcan la lengua española o que tengan alguna discapacidad auditiva o vocal, pero no puede suplir la labor realizada por el mediador intercultural en salud.

6 Ver memoria de actividades de la Asociación Salud y Familia, extraído el 15 de enero de 2008 <http://www.saludyfamilia.es/cas/proyectos/mediacions.htm>.

7 Este proyecto está coordinado por el médico Jordi Serrano Pons con la colaboración de otros profesionales de la salud, la Universidad Politécnica de Cataluña y diferentes equipos de traducción.

MEDIACIÓN EN ASOCIACIONES Y ENTIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD

AFAL, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer nacida en 1989 en Madrid, propone la mediación en conflictos familiares con los siguientes objetivos:

1. Evitar la desestructuración familiar ante la enfermedad de Alzheimer.
2. Planificar la vida de la familia basándonos en la evolución de la demencia del enfermo.
3. Proporcionar los conocimientos necesarios para aprender a manejar las distintas alteraciones de conducta del enfermo.

Otra organización que posibilita la mediación es el Tribunal de Arbitraje para Conflictos Sanitarios del Colegio de Abogados de Madrid. Creado el día 15 de julio de 1999, con el respaldo del Colegio de Médicos, Asociación Española de Derecho Sanitario y la Comunidad de Madrid (Estatuto y Reglamento de la Corte Arbitraje del Colegio de Abogados de Madrid). Su objetivo es ayudar, desde el campo de derecho, “a pacificar un mundo muy tensionado como es el de la difícil responsabilidad sanitaria”. Otros colegios de Médicos que han acogido esta experiencia han sido el Colegio de Médicos de Vizcaya y el Colegio de Médicos de Ourense, donde se puede resolver conflictos por responsabilidad médica como alternativa a la vía judicial.

La aplicación de la mediación en el ámbito de la salud despierta en este momento un interés especial y se presenta como alternativa para la resolución de los conflictos existentes, en un momento histórico donde la sanidad tiene una conflictividad muy alta, además de carecer de estrategias propias, para solucionar dichos conflictos en un espacio no-jurídico.

El enfermo y su familia se han convertido en clientes que reivindican el derecho a comprender lo que les pasa y lo que les puede pasar, y para ello no dudan en acudir a los tribunales, para resolver conflictos que hoy se pueden resolver a través de otras instituciones como la oficina del defensor del paciente.

La figura del defensor del paciente esta desarrollada en determinadas leyes de salud de algunas comunidades autónomas. Así tenemos, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. El actual defensor del paciente Madrid, D. Juan Ignacio Barrero Valverde⁸, ofrece la mediación como

⁸ Extraído el 15 de enero de 2008 desde:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1114194270784&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228053&language=es&pagina=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109265444699&pv=1132044977806&sm=1109266100977

un servicio más a los usuarios: *“La mediación constituye una forma alternativa, voluntaria y pacífica de solución de conflictos, por medio del cual, se consigue poner fin al mismo mediante un acuerdo adoptado por las partes interesadas tras una negociación con el mediador que, desde la imparcialidad, intentará aproximar las posiciones de ambas o incluso podrá proponer un acuerdo sin que, en ningún caso, la solución del conflicto sea impuesta a las partes. En todo caso, la mediación no impide acudir a otras vías de resolución del conflicto y, aún más, el inicio de la mediación no interrumpe el plazo para la interposición de posibles recursos administrativos o jurisdiccionales”*⁹. Esta institución se define como medio idóneo para la evitación de los pleitos judiciales. La solicitud de mediación se puede realizar de forma presencial o a través del formulario electrónico.

Estas Defensorías tienen un carácter sectorial por estar ubicadas en la correspondiente comunidad autónoma y circunscribirse a su ámbito de actuación, pero también, de estar más cerca del propio usuario y de sus instituciones sanitarias. Contribuyen en defensa del derecho a la protección a la salud y como instrumento de visibilidad de los pacientes y usuarios en el sistema sanitario. Trata de mejorar las relaciones clínico-asistenciales, realizando una labor preventiva a corto plazo, mediadora a medio plazo o planificadora a largo plazo. A la vez se incluye como instrumento de mejora del sistema sanitario.

El mediador en el ámbito de la salud será alguien con quien se contará. Realizará una función que interesa tanto a los profesionales de la salud, como a los usuarios como es restablecer la comunicación en una sociedad donde las relaciones son cada vez más crispadas, de forma que desaparezcan los conflictos de comunicación y de relación en el ámbito sanitario. Tanto es así que ya existe un master “Mediación en Organizaciones de la Salud” del Instituto de Formación Continua de la Universidad de Barcelona.

Otras Comunidades Autónomas también disponen de defensor del paciente, Galicia (el Veedor de los Pacientes), Castilla-La Mancha, Canarias (Defensor de los Usuarios Sanitarios), La Rioja (Defensor del Usuario), Extremadura, Asturias el Defensor de los Usuarios y Baleares (Defensor de los Pacientes), pero hasta el

9 En el Título IV, Capítulo III. Sobre el Defensor del Paciente, establece en su art. 36.1, dice: “El Defensor del Paciente, en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, es un órgano de la Administración Sanitaria encargado de gestionar las quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a las cuestiones relativas a derechos y obligaciones de los pacientes, en concordancia con lo establecido en el artículo 43 y 51 de la Constitución Española y con el artículo 28 de la Ley de Consumidores y Usuarios. Todo ello sin perjuicio del derecho del interesado a utilizar las vías de recurso que tenga atribuidas por Ley” y el apartado 2: Tiene como principal objeto el intermediar en los conflictos que planteen los ciudadanos...etc.

momento no se ha logrado alcanzar la consolidación que tiene en otros países europeos, como el Reino Unido, Finlandia y Dinamarca además de Chile y México en Latinoamérica.

El Decreto 1/2005, de 7 de enero, por el que se regula el estatuto jurídico y funcionamiento del Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja (http://www.riojasalud.es/ficheros/memorias2006_defensor.pdf pp74).

ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD

Realizamos un recorrido breve sobre personas, asociaciones, instituciones, ..., etc. que han estado relacionadas con el Trabajo Social en el ámbito sanitario fuera de nuestras fronteras:

1. Mary Richomd en su libro *Diagnóstico Social*¹⁰ establece la relevancia en los orígenes de las experiencias anteriores tanto en organizaciones sociales¹¹ de caridad como en los métodos que determinados trabajadores sociales desarrollaban en “El acercamiento médico”. En 1902, médicos y trabajadores de las organizaciones de caridad cooperaron juntos cuando la Sociedad de Organización de Caridad de Nueva York empezó, a través de un comité especial para la tuberculosis, su primera campaña para la prevención de esta enfermedad. Otros movimientos siguieron sus pasos por mejorar la sanidad pública, algunos llevados a cabo por la profesión médica y otros por asistentes sociales, como Jane Addams en cuidados materno-infantiles. Richmond, cuenta que dada la eficacia en el tratamiento algunos médicos buscaron trabajadores sociales para su consulta privada¹².

10 Richmond, Mary (1917) "Social Diagnosis". Rusell Sage Foundation. New York. Capitulo 1. Los principios. Págs. 29-37.

11 En Londres, en 1880 la “Sociedad para Ayudar de personas pobres discapacitadas procedentes del Manicomio” (Society for After Care of Poor Persons Deschared from Insane Asylum) atendía los pobres dados de alta, para evitar su recaída. Los “visitadores” médicos iban a la casa del paciente y aconsejaban a la familia y a los amigos del enfermo la atención a seguir.

Alrededor de 1893 se reorganizó el trabajo de las “Damas Limosneras” (Ladies Almoners), de acuerdo con un plan publicado en 1892, donde se pedía que la caridad pública se coordinara con la ayuda que necesitaban los enfermos atendidos en los dispensarios de salud que por razones económicas tenían que abandonar su tratamiento. Las enfermeras visitadoras fueron las terceras precursoras de las trabajadoras sociales médicas. En 1893, Lillian Wald y Mary Brewter, del Centro de Servicio de la calle Henry en New York, empezaron a visitar a los hogares de los enfermos del vecindario, encontraron muchos problemas sociales y personales que eran causados por la enfermedad de los pacientes, a la vez comprobaron que estas visitas mejoraban la evolución de la enfermedad.

12 Entre sus obras con clara relación al trabajo social, destacamos:

1915: *Social Service and the Art of Healing*.

1919: *Social Work: Essays on the Meeting Ground of Doctor and Social Worker*.

1936. *The Meaning of Right and Wrong*.

2. El servicio médico-social debe su origen al Dr. Richard Clarke Cabot (1865-1939) que en 1905 organizó la primera prestación social en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston¹³. Solicitó la cooperación de una trabajadora social para establecer el Departamento de Servicio Social en dicha institución. Fue, probablemente la primera trabajadora social que desarrolló un programa específico en este campo. Cabot decía: *"El trabajo Social, como yo lo veo, no toma ningún punto de vista especial; toma el punto de vista humano total, y es éste el que tiene que enseñar a los médicos que debido a su preparación tienden a tomar un punto de vista menos amplio. Éstos sólo pueden continuar con esa perspectiva tan corta de una forma segura y rentable si tienen un asistente social a su lado. Cada uno de nosotros tiene su campo propio, pero no debemos trabajar de forma separada, para los seres humanos que están a nuestro cargo puesto que ellos no pueden dividirse"*¹⁴.

3. Gordon Hamilton¹⁵, en el Prologo de su obra "Psicoterapia y Orientación Infantil", delimito el perfil del trabajador social en el tratamiento social "en los fenómenos de adaptación social y en los conflictos familiares... Por lo tanto, la psicoterapia concierne inevitablemente al asistente social moderno" fijando de esta forma la intervención psicoterapéutica para los trabajadores sociales.

4. La aparición de la Medicina Paliativa, con programas de Cuidados Paliativos dirigidos fundamentalmente a aliviar los síntomas molestos y a mejorar la comodidad del paciente que está en fase terminal. A partir de la década de los setenta, confluyen varias circunstancias que acabarán por hacer posible una nueva concepción asistencial para estos enfermos, se abre paso a la consideración de la calidad de vida, reivindicándose una mayor "humanización" del proceso de morir. Un nuevo estilo de atención: el "modelo hospice", centro específico de cuidados paliativos, con número de camas reducido (10-25).

Desarrollado ampliamente en el Reino Unido donde en 1967 se hizo realidad con la apertura del St. Christopher Hospice en Londres, dirigido por Cicely Saunders, enfermera, asistente social y médica al mismo tiempo, quien consiguió lograr organizar un ambiente en el que los pacientes y sus familias podían adaptarse mejor emocional y espiritualmente a la situación terminal. El éxito de este centro y de la labor pluriprofesional en él realizada, permitió que la filosofía paliativa se ex-

13 Castellanos, Marie C. (1985) "Manual de Trabajo Social". Prensa Médica-Méxicana. México. Pág.84.

14Cabot, Richard C. M.D. (1915) Informe del Presidente del Comité de Salud. Según la Conferencia Nacional de Obras Benéficas y Corrección. Baltimore.

15Hamilton; Gordon: 1930; A Medical Social Terminology. (Terminología social médica) The Presbyterian Hospital in the City of New York. New York.

pandiera posteriormente a otros hospicios y hospitales, con la aparición de grupos de consultores y centros de referencia, atención a domicilio y diversos programas de investigación y docencia.

En España, destacamos los siguientes hechos relevantes:

1. En 1912, la traducción del libro del Dr Richard Cabot, *“Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio”*¹⁶, refleja la importancia de la labor realizada por los trabajadores sociales americanos con enfermos de tuberculosis, psiquiátricos, etc. La autora realiza la traducción con la esperanza de que esta “institución” funcione en España, ya que conoció los excelentes beneficios que esta profesión había desarrollado en EE.UU.

A lo largo de los nueve capítulos del libro, se comprueba la importancia que se da a la labor desarrollada por los trabajadores sociales, por expertos de esta materia desde principios del siglo XX. En aquellos momentos se considera la necesidad de incorporar al diagnóstico médico el diagnóstico social para determinar el tratamiento médico-social adecuado que llegue a solucionar el problema de salud planteado por el enfermo y su familia. El tratamiento social incorporaba la educación del enfermo-familia a la hora de sanar y la importancia de “escuchar de forma activa” a cada enfermo y a su familia. En el libro se plantea “una repartición piramidal de las energías” para la atención adecuada de los casos, ya que la demanda era numerosa y había que dar atención de forma planificada.

2. Fue un médico, el Dr. Roviralta, el primero que profesionaliza el Trabajo Social, pues fue el promotor de la primera escuela de asistentes sociales de España, en 1932 en Barcelona, según consta en el acta de 28 de enero de 1932 del comité femenino de mejoras sociales.

3. En 1952, la cátedra de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona, en colaboración con la Sección femenina del movimiento, crean la tercera escuela en esa ciudad y la cuarta de España siendo el comienzo de la situación actual de 37 Escuelas Universitarias de Trabajo Social.

En el plan de estudios de aquel momento no estaban previstas las especialidades dentro de la profesión de asistente social. Pero en realidad, son dos los campos de trabajo social que dentro de la medicina sienten la necesidad de la espe-

¹⁶ González Barrio, Nieves (1920): *“Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio”*. Ed. Calpe. Madrid.

cialidad, en las también especialidades médicas como son la psiquiatría y la geriatría. Por un lado, el P.A.N.A.P. (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica), organizó cursos de especialización para asistentes sociales, y por otro el Ministerio de Trabajo también organizó cursos para los asistentes sociales que se incorporaron a sus centros gerontológico.

4. La celebración de las Jornadas de estudio sobre “El Servicio Social en el Hospital” celebradas en Barcelona del 18 al 22 de Mayo de 1958, y la posterior publicación del texto de las mismas¹⁷.

5. Publicación de María Mezquita Samaio¹⁸, sobre el curso para Asistentes sociales “Servicio Social Médico”, celebrado en San Sebastián, el 20 de agosto de 1959.

6. Contratación y ubicación de los primeros Trabajadores Sociales en Hospitales y Dispensarios alrededor de los años 50-70, casi siempre encargados de tareas que tenían que ver con la búsqueda de recursos externos y tramitación de ingresos, en los casos de enfermos con situaciones carenciales, motivo por el cual los trabajadores sociales, estaban cerca de los departamentos administrativos. En estos años tuvo lugar un alto índice de empleo de trabajadores sociales en Sanidad¹⁹, tanto en hospitales como hospitales psiquiátricos, cuyas características estaban más cerca de los llamados *manicomios* o *asilos de enfermos crónicos*. En los psiquiátricos los trabajadores sociales, además de atender tareas burocráticas, búsqueda de recursos, eran el nexo de unión (muchas veces, casi el único) entre el paciente ingresado y su familia, que por diversas razones habían perdido su vínculo de relación (distancia geográfica, medios de transporte inexistentes, dificultades de comunicación, etc...), lo que había producido ausencia de contacto, lo que originaba la existencia de enfermos que dados de alta seguían ingresados por la desconexión familiar.

Fueron los trabajadores sociales de aquel momento los encargados de resolver los problemas derivados del alta de los enfermos, en cuanto a relaciones familiares, búsqueda de empleo, tramitación de prestaciones, alojamientos alternativos, etc.

17 “El Servicio Social en el Hospital” Instituto Católico de Estudios Sociales. Barcelona.1959.

18 Mezquita Samaio, María “Servicio Social Médico”. Curso para Asistentes sociales. Abas-Sección de San Paulo. San Sebastián, 20 de agosto de 1959. 23 págs.

19 González Barrio, Nieves (1920): “Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio”. Ed. Calpe. Madrid. Pps. 89-90.

7. En el Seminario de Alcalá de Henares en 1970, sobre “Innovaciones en la enseñanza de la medicina en Europa”²⁰, aparece “La tendencia a una asistencia sanitaria para toda la comunidad -medicina social-, más que para los individuos, reclama también un equipo sanitario, donde, además de médicos, estén: dentistas, enfermeras, administradores sanitarios, trabajadores sociales, psicólogos, ergoterapeutas, etc.; incluso se ha estudiado la posibilidad de una enseñanza multiprofesional, para que el equipo realice su tarea con eficacia”. Esta idea de equipo fue ratificada por organismos internacionales .

8. Publicaciones como “Medicina y Trabajo Social”²², “Salud pública y Trabajo Social”²³, “Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico”²⁴, “Trabajo Social con moribundos y su familia”²⁵, “La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades nuevas soluciones”²⁶, “Trabajo Social en Cuidados Paliativos”²⁷, divulgan las funciones de los trabajadores sociales en las diferentes áreas de la Medicina, para dar una atención integral al enfermo y a la comunidad.

9. Cursos especializados para trabajadores sociales sobre Terapia Familiar Sistémica, como el impartido en la Facultad de Medicina de Sevilla, con Elisa Pérez de Ayala, denominado “Curso Superior Psicossociológico”, fueron el inicio de una formación especializada para los trabajadores sociales que intervenían en familia, formación especializada, que ha adquirido estabilidad y difusión en esta profesión.

10. Destacar también publicaciones médicas especializadas que consideran a esta profesión,²⁸ *“Resultan indispensables en la Medicina Social los Asistentes Sociales que deben formar parte del personal de hospitales, dispensarios, residencias, etc., pues su gran misión es la de comprensión y sostén moral del enfermo, de ayuda para la resolución de sus problemas personales, familiares y laborales, a la vez que dar interpretación correcta y adecuada de las relaciones que*

20 Seminario, Alcalá de Henares España, (1970): “Innovaciones en la enseñanza de la medicina en Europa”. Crónica de la OMS 24: 481-1970.

21 Resolución de los delegados del Comité de Ministros del Consejo de Europa. Función, formación y estatuto de asistentes sociales. Rev. Servicio Social (julio-septiembre, 1968). Pp.81.

22 Sarriá, Javier, Vilas, Mercedes y Fuertes, Antonio (1976) “Medicina y Trabajo Social”. Ed. Verbo Divino. Estela. Navarra.

23 Kisnerman, N. (1983) “Salud Pública y Trabajo Social”. Humanitas. Buenos Aires.

24 Becerra de Ledesma, R.M. 1972 “Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico”. Ecro. Buenos Aires.

25 Smith, C.R. (1988) “Trabajo Social con moribundos y su familia”. Pax-México. México.

26 Colom Masfret, D. “La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades nuevas soluciones”. Mira. Zaragoza. 1997.

27 Novellas Aguirre de Cárcer, Ana “Trabajo Social en Cuidados Paliativos”. Arán. Madrid. 2000.

28 Pumarola, A., Piedrola, G. y otros (1975) “Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Tomo I”. Amaro. Madrid. Pp. 14.

existen entre las condiciones sociales, económicas, y de la enfermedad, para conocer y solucionar los problemas sociales que aquélla lleva consigo; ayuda, pues, al paciente, médica y socialmente, con sus consejos y asesoramiento, pero también al Médico, al que le proporcionan datos de gran valor e interés al exponerle los factores ambientales que afectan a los pacientes, después de haber estudiado cada caso, exponiéndoles no sólo la situación social, sino las relaciones familiares, de trabajo, económicas y la influencia que pueden haber tenido en el proceso y desarrollo de la enfermedad; continúan su labor durante el tratamiento, la convalecencia y rehabilitación, si ello ha lugar.” En este manual aparecen los asistentes sociales²⁹ como personal y recurso sanitario al lado de médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc..., dedica un tema para explicar la profesión, sus métodos³⁰, organización, etc...

11. El primer servicio de hospitalización de Cuidados Paliativos, se inaugura en Madrid en mayo de 1981, y poco después surgieron unidades de cuidados paliativos, dependientes de servicios oncológicos hospitalarios, en Cataluña (Vic), Santander (Hospital Valdecilla), Canarias,..., Cataluña, comunidad que ha demostrado, una mayor preocupación hacia el tema, desarrollando programas globales para enfermos terminales, sean oncológicos o geriátricos (entre ellos el programa “Vida als anys”), donde el Trabajador Social es un profesional del equipo de intervención con capacidad de intervención y decisión al igual que los demás profesionales.

12. Aparece la Hospitalización domiciliaria como una alternativa asistencial de la medicina en el nuevo milenio. En el “Libro Blanco” de la misma presentado en IV Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio, celebrado en Valencia, consideran el perfil de los trabajadores sociales indispensables en estas unidades³¹.

13. Se recogen los propósitos aceptados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en Alma-Ata y se plantea, por primera vez, la necesidad de una atención en salud integral e integrada, cuyo pilar básico es la *Atención Primaria*, centrada en la comunidad y sustentada por un equipo *multidisciplinar*. Como miembro de ese equipo está el trabajador social.

14. En 1986 se celebran en Zaragoza la “I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud” de allí surgió, la *Asociación Española Trabajo Social y Salud* y la revista del mismo nombre.

29 Pumarola, A., Piedrola, G. y otros (1975) “Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Tomo I”. Amaro. Madrid. Pp. 55, 138.

30 Pumarola, A., Piedrola, G. y otros (1975) “Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Tomo I”. Amaro. Madrid. Pp. 1, 22.

31 Danborenea Glez. M. D. “Hospitalización a Domicilio” Fundación Hoechst Marion Roussel.1998. Pp. 34.

15. Publicaciones especializadas, como las Revistas: “Trabajo Social y Salud”³², “Asistencia Sociosanitaria y Bienestar”³³, en 2000, con el ánimo de ser punto de encuentro entre todos los profesionales que trabajan en salud, servicios sociales, educación y planificación.

En los artículos publicados de la revista “Trabajo Social y Salud, los trabajadores sociales han ido demostrando su intervención en los servicios de atención de salud, donde queda reflejada la atención directa a los pacientes y a sus familias, una atención más *clínica*, más centrada en los aspectos psicosociales del enfermar y sus consecuencias tanto en el propio paciente como en sus allegados, sin perder de vista los aspectos comunitarios y sociales dirigidos a la prevención primaria y secundaria, como a la rehabilitación y reinserción de los pacientes en su medio tras la enfermedad, que desde los inicios de esta profesión ha sido el ámbito de actuación los trabajadores sociales.

Desde mediados de la década de los noventa, aproximadamente, estamos viendo de forma paulatina pero continuada un cambio en los planteamientos y en las políticas sanitarias, en lugar de prestar atención y poner el énfasis en el logro de una atención integral, y de calidad, en la que lo importante sea dar a la población la atención sanitaria (en los aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria) que precisa, acorde tanto a las necesidades individuales como a la consecución del bienestar común, lo que prima es una atención sanitaria desde criterios económicos, dada la escasez de recursos para asegurar *todas* las prestaciones que requiere la población, con la consecuencia de la supresión de profesionales del Trabajo Social en los equipos de atención.

Así las leyes publicadas, en primer lugar, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias que no nombra a los Trabajadores Sociales entre las profesiones sanitarias. El Trabajo Social está incluido, académicamente, entre las Ciencias Sociales y no entre las Ciencias de la Salud, pero es evidente, así lo justifican tanto la trayectoria histórica de la profesión como la necesidad desde la Medicina Social de atender los aspectos sociales de la enfermedad. El compromiso de esta profesión en la atención de salud, se sustenta en conocimientos, técnicas e instrumentos propios, útiles para el logro de los objetivos de salud y el tratamiento de los problemas psicosociales que conllevan determinadas enfermedades. El Tra-

32 Revista editada por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

33Revista: Asistencia Sociosanitaria y Bienestar. Publicaciones Nacionales Técnicas y Extranjerías, S.A. Puntex. Barcelona.

bajo Social ha estado presente históricamente, desde 1880 en el ámbito sanitario y tiene mucho que aportar en los aspectos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación social de la enfermedad. En segundo lugar, en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se nombra al Trabajo Social como parte integrante de la Atención Primaria, pero no se menciona al hablar de otras prestaciones del sistema, ni siquiera al hacer referencia a la *Prestación de Atención Sociosanitaria*. La integración de la atención sanitaria y social (en los aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria) supondría asegurar una mayor calidad asistencial, a la vez que una más coherente utilización de recursos económicos, hoy en día escasos.

En los países europeos la atención sanitaria se concibe actualmente como un derecho social fundamental que debe ser protegido por encima de todo como garantía de protección social de los ciudadanos. Desde sus comienzos en los diferentes sistemas sanitarios el trabajo social viene colaborando activamente en la atención de la población asistida. El trabajo social de salud ha ido cambiando progresivamente en sus aspectos éticos y metodológicos, a la vez que lo ha hecho el contexto sanitario y social donde se ha desarrollado profesionalmente. Condición indispensable para participar del cambio³⁴, es incorporar sistemas de información que al igual que lo hacen otros profesionales. Los resultados de la intervención de los trabajadores sociales pueden medirse en términos de efectividad/eficiencia social y como consecuencia justifiquen su existencia cuando se analice la rentabilidad de las estructuras y organizaciones en las cuales se cuenta con un servicio de trabajo social. El valor añadido que el trabajo social aporta al sistema sanitario tiene que manifestarse en forma de resultados apreciables para las personas que atiende y no únicamente en los cuadros de mandos del centro. Los trabajadores sociales se encuentran integrados en los equipos pero debemos continuar renovando y adecuando nuestro método, técnicas e instrumentos a los nuevos contextos socio-sanitarios que se nos presenten.

34 Fauvet, J.C.; Bühler, N. (1993) La sociodinámica del cambio. Bilbao Ediciones Deusto.

TRABAJO SOCIAL Y MEDIACIÓN

La utilización de la mediación en el ámbito sanitario vendría dada por las habilidades sociales que tienen los profesionales del trabajo social. Esas habilidades, les hacen expertos de primera cualificación para desarrollar proyectos basados en la promoción del cambio social. Una de las habilidades más apreciadas de estos tiempos es la capacidad de diálogo y mediación y sin duda los trabajadores sociales la tienen. Hay factores que por su naturaleza hacen que aquello que para unos es extraordinario, para otros es natural, lo que sucede en Trabajo Social, profesión que utiliza la escucha, el diálogo y la mediación.

Muchas actividades aludidas como mediación pueden parecer indistinguibles del trabajo social. Sin embargo, hay diferencias en el énfasis de los objetivos, filosofía, contexto, técnicas, y resultados. La mediación siempre implica la participación de ambas partes en un conflicto. Está orientada hacia la resolución de cuestiones específicas. Diseñada como un procedimiento a corto plazo. En la mediación el conflicto no es visto como algo negativo sino como un vehículo legítimo para el cambio personal y social, donde la responsabilidad del resultado del procedimiento siempre recae en las partes.

Helen H. Perlman³⁵, creadora del modelo de resolución de problemas en trabajo social en 1957, es relacionada por otros autores con la mediación, como sugieren que la resolución de problemas, en sí misma, es un procedimiento a través del cual el trabajador social y el cliente deciden cuál es el problema al que quieren dirigirse, qué resultado quieren conseguir, cómo conceptualizarlo y qué procedimientos y acciones específicos serán necesarios para conseguir los objetivos. Este enfoque apoya el derecho del cliente a su definición personal del problema y requiere negociación si el trabajador y el cliente no han llegado a un acuerdo sobre lo que llevarán a cabo juntos. Este elemento del sistema de resolución de problemas difiere del procedimiento de la mediación porque los participantes en la mediación seleccionan y estructuran los problemas o cuestiones a ser tratados y el mediador articula la resolución.

35 Profesora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Chicago, publicó su libro "Social Casework: A Problem-solving Process", traducido al español por Helena Estellés por "El Trabajo Social Individualizado" en 1980.

Perlman, recalca el papel del trabajador social de pensar sobre “los hechos”, evaluando a los clientes y la situación, diagnosticando los problemas, y planeando las mejores soluciones. Sitúa la responsabilidad primaria del trabajo intelectual en el profesional de trabajo social, otros ven el modelo de resolución de problemas, incluyendo la evaluación y las actividades de toma de decisiones, como una responsabilidad compartida entre el cliente y el trabajador social. El trabajador social mantiene el control del proceso en mediación, después de que las reglas básicas sean establecidas, el control de los contenidos descansa sólo en las personas que participan en el proceso.

Varios elementos específicos del modelo de resolución de problemas de trabajo social pueden ser identificados y contrastados con las fases del proceso de mediación. La identificación del problema y definición de etapas, en el que los antecedentes y detalles de los problemas descritos, son similares. La discusión inicial del problema comienza en la fase de apertura de la mediación y en el modelo resolución de problemas de H. Perlman, durante la fase de contrato. En mediación, preocupaciones, miedos y sentimientos confidenciales son estimulados durante un encuentro confidencial con cada una de las partes por separado. En Trabajo Social, esto puede ocurrir mientras el trabajador social intenta evaluar los factores precipitantes que rodean las preocupaciones del cliente y evalúa cuáles son las áreas más críticas a tratar. Si bien ambos procedimientos pueden permitir el insight de las personas y del problema durante esta etapa, aparece una diferencia importante en términos de confidencialidad. Un mediador establece las reglas básicas de confidencialidad en la primera fase de la mediación y no trabajará con asuntos si se ha solicitado que permanezcan confidenciales. Un mediador puede animar a una de las partes a decírselo a la otra pero no divulgará información confidencial entre los contendientes.

La etapa de identificación de metas del modelo de resolución de problemas de Perlman, es similar a la fase de planificación estratégica en la mediación. Ambas intentan resumir sentimientos y cambiar a una orientación de mayor alcance. El trabajador social presta atención a los deseos, a las soluciones sugeridas, y los recursos disponibles del cliente.

El mediador redirecciona constantemente las peticiones de asistencia hacia los participantes y les ayuda a examinar su propia habilidad para generar recursos. El trabajador social evalúa la motivación del cliente, capacidades de imitación, sistemas de apoyo familiar y social, situación socioeconómica, adaptación de la personalidad y capacidades de desarrollo. El mediador no se dedica a actividades diagnósticas y remitirá los casos en los que los participantes fuesen incapaces

ces de continuar debido a incapacidades psicológicas. Los trabajadores sociales, ven el acuerdo como una responsabilidad personal, e investigan los casos para ver que las necesidades han sido satisfechas, los mediadores no siguen el caso hasta ese punto.

Una diferencia obvia entre el trabajo social y la mediación es el número de clientes, los mediadores deben tener al menos dos personas dispuestas a comenzar el proceso, el foco es interpersonal, no intrapersonal.

Podemos considerar al trabajador social como el sujeto mediador entre los problemas de los clientes y los recursos para intentar solucionarlos. Para García Salord este carácter de mediador es lo que dota de especificidad al Trabajo Social. Profundizando más en esta línea vemos al trabajador social, no sólo como el intermediario entre el cliente y la institución, sino que además el trabajador social media entre el objeto de intervención en una situación determinada y el propio cliente como recurso imprescindible en una intervención adecuada. Este “mediar” entre objeto y cliente es lo que permite distinguir la intervención del trabajador social del de un mero gestor de recursos, Sarasa S.

BIBLIOGRAFÍA

- Froles, Carlos. Coordinador “Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Ed. Espacio. 1998. Buenos Aires. Argentina.
- García Salord (19991), Especificidad y Rol en Trabajo Social. Humanitas. Buenos Aires.
- Grover Duffy, K. y varios (1996), La mediación y sus contextos de aplicación”. Ed. Paidós. Barcelona.
- Munuera Gómez, Pilar (2003). Mediación, nueva estrategia de comunicación en Cuidados Paliativos. Revista “Medicina Paliativa Volumen 10. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
2006. Mediación en situaciones de dependencia: Conceptos claves y marco jurídico relevante. Acciones e Investigaciones Sociales. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- 2006 Poder de la mediación en la diversidad funcional. Adaptar la igualdad, normalizar la diversidad. Madrid: B.O.C.M.
- Sarasa S. (1993) El servicio de lo social. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- Sarriá, J. Vilas, M. y Fuertes A. (1976), “Medicina y Trabajo Social”. Ed. Verbo divino. Estella. Navarra.
- Six, J. F. (1997). “Dinámica de la mediación”. Ed. Paidós Mediación 5. Buenos Aires.
- Suares, M. ((1996), “Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas”. Ed. Paidós Mediación 4. Buenos Aires.