

El Trabajo Social Sanitario

Daniel Gil



Mesa redonda
¿Qué trabajo social y para qué postcrisis?

Martes 26 de mayo de 2020

¿Qué nos ha pasado? En la emergencia y después de la emergencia. Digo emergencia (Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata) y no crisis (cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados) porque puede acabar la emergencia y continuar la crisis. Creo que esta distinción entre emergencia y crisis es importante para armar la reflexión. Primero para superar, sobre todo en el trabajo social sanitario, la sensación de emergencia permanente y pasar a una conceptualización en crisis y segundo centrarnos en la disciplina y no tanto en la institución. Aprovechar el momento para una mirada autorreflexiva y de aprendizaje.

Voy a intentar centrarme en tres preguntas: ¿qué nos ha pasado?, ¿que hemos aprendido? Y ¿que podríamos cambiar? Partiendo del análisis de los tres ejes del 7º Congreso de Trabajo Social de Madrid que tendría que celebrarse en estas fechas y que no hemos podido llevar a cabo por la situación que estamos viviendo. Estos tres ejes nos ubican en las herramientas del trabajo social: epistemológicas (modelos), técnicas y personales. Siempre centrándome en el espacio del trabajo social sanitario (TSS).

Antes de empezar quisiera hacer una pequeña reseña histórica, se ha hablado mucho de la pandemia de 1918 comparándola con la actual, la llamada “gripe española”. A mí, cuando la oía mencionar, me resultaba curioso pensar qué hicieron las trabajadoras sociales sanitarias en aquel momento, teniendo en cuenta que acababa de escribirse el diagnóstico social de M. Richmond en 1917. Hay poco escrito sobre la acción de las trabajadoras sociales en la pandemia de 1918, aunque en aquellos tiempos también se sufrían las consecuencias de una Guerra mundial. Buscando, en los entresijos de internet, he encontrado una cita de un artículo sobre el aniversario de un Hospital norteamericano en 1978 que me ha resultado significativo:

“Hace sesenta años: trabajo social hospitalario en 1918”. Toba Schwaber Kerson

“El año 1918 marcó una coyuntura en el desarrollo del trabajo social en la salud. Durante ese año, el grupo incipiente de trabajadores sociales hospitalarios respondió a las necesidades creadas por la Primera Guerra Mundial, la pandemia de gripe y las epidemias de tuberculosis y enfermedades venéreas. Al mismo tiempo, para satisfacer estas necesidades y profesionalizar sus servicios, formaron una organización profesional, publicaron dos revistas nuevas y ampliaron las oportunidades de educación profesional. El examen de estos asuntos ayuda a explicar el lugar y la dirección del trabajo social en el hospital exactamente hace 60 años”

Y nos puede ayudar a nosotros también más de 100 años después.

En España, donde no se hablaba de trabajo social en esos años, si existió también bastante legislación sanitaria de los médicos salubristas para hacer frente a la pandemia del 18. En un proyecto de ley de julio de 1919 proponían, de un lado la «socialización de la asistencia sanitaria y social», y, de otro la «socialización del trabajo». Por lo que he leído dicho proyecto de ley no llegó a concretarse, pero lo que es claro es que con “herramientas” mucho más frágiles que las nuestras y en una situación mucho más dura socialmente, surgieron iniciativas que avanzaban en el trabajo social y en una mirada más social de los procesos de salud-enfermedad. Toda pandemia acaba inevitablemente vinculando lo social y lo sanitario, aunque la emergencia sanitaria inicial no deje ver el horizonte.

Jennifer Cole, antropóloga de la Universidad Royal Holloway en Londres, anotó que la combinación de la pandemia y la guerra sembró las semillas de los estados de bienestar en muchas partes del mundo. "La provisión de bienestar por parte del Estado salió de este contexto, ya que tenía una gran cantidad de viudas, huérfanos y discapacitados", explica. "Las pandemias parecen arrojar luz sobre la sociedad y las sociedades pueden emerger de ellas con un modelo más justo y equitativo".

Centrándonos en el momento actual creo que el TSS ha tomado aún más conciencia, en esta emergencia, de su especificidad, del lugar concreto que ocupa en el espacio del trabajo social general. ¿Por qué digo esto?, porque la emergencia, en un primer momento (antes de ser crisis podríamos decir), es percibida claramente como eminentemente sanitaria, como un proceso en el que nos jugamos la vida, nuestra salud y esto se pone en un primer lugar frente a cualquier otro elemento de la emergencia. Es algo natural en una situación así, priorizamos lo que hay que priorizar. En esta situación el TSS se ha visto, más que nunca, ubicado en la parte sanitaria de su definición, en aquello que reivindicamos nos confiere especificidad y especialización. Nos definimos como sanitarios, nos reivindicamos como tales y de repente nos ha aparecido de golpe lo que eso podía significar. Yo siempre planteo que, dentro de los espacios del trabajo social, el sanitario es aquel donde la percepción de poder estar "al otro lado", de poder ocupar el lugar del usuario está más cercano, pacientes somos todos y en esta emergencia eso ha quedado claro. La enfermedad nos ha igualado y han surgido miedos, incertidumbres, dificultad para definirnos en un espacio totalmente sanitizado y hospitalocéntrico (sobre esto volveré más adelante).

Pero quizás, más que desbordados nos hemos sentido "perdidos", al ser profesionales que trabajamos en los "márgenes" de las instituciones, entre lo sanitario y lo social, entre el paciente y la familia, entre la institución y la comunidad... estos márgenes se han visto totalmente alterados, las relaciones han quebrado y nosotros hemos tenido que ser proactivos, protocolizar y organizar la intervención en espacios cambiantes rápidamente y con la dificultad de que, por las características del virus, la relación, elemento esencial de nuestro trabajo, se ha visto totalmente limitada. Era la relación lo que era peligroso ¿qué ha supuesto esto para nosotros, como profesionales que ven en la relación su elemento "fuerte"?

Debemos señalar que también nos hemos sentido reconocidos. Aunque con cierta dificultad, las consecuencias sociales del proceso se han hecho visibles y se nos ha pedido actuar. Hemos sido proactivos, generando protocolos y documentación, coordinando, trabajando con las familias, poniendo las consecuencias sociales de la pandemia sobre la mesa...

Las plagas, en efecto, son una cosa común, pero es difícil creer en las plagas cuando las ve uno caer sobre su cabeza. Ha habido en el mundo tantas pestes como guerras y, sin embargo, pestes y guerras cogen a las gentes siempre desprevenidas. (Camus. La Peste).

La emergencia resalta lo bueno, pero hace emerger lo malo preexistente también. En este sentido las carencias que tenemos se han puesto de manifiesto de manera más palpable.

No puedo dejar de señalar una de ellas. Para poder organizar una acción proactiva y homogénea necesitamos estructuras de trabajo y jefaturas específicas de trabajo social sanitario. Eran más necesarias que nunca en este momento, toda emergencia requiere mensajes claros, protocolos homogéneos, recogida de datos también homogénea y analizable... y en esas estábamos en pañales. Tras largas

reivindicaciones teníamos cuatro jefaturas de servicio específicas de TSS y una coordinación incipiente en los servicios centrales, así como una dirección general de coordinación sociosanitaria nueva (literalmente). Nos llegó el huracán construyendo el barco y hemos navegado con el barco a medias, bueno casi con una tabla y dos remos, pero no nos hemos ahogado y eso yo creo que es un elemento para destacar.

Desde nuestras herramientas epistemológicas

Desde los modelos teóricos que empleamos para explicarnos la realidad y para intervenir sobre ella. Esos modelos no solo nos explican la realidad, sino que también nos dicen qué tipo de trabajo social hacemos, nos indican cómo definimos el trabajo social en nuestro ámbito.

Los modelos, los marcos teóricos de referencia, nos permiten controlar, manejar, la incertidumbre. Estamos en una situación generalizada de incertidumbre, en el conjunto de la sociedad y en los profesionales que hemos estado (estamos) interviniendo durante la emergencia. No quisiera describir esto como algo específico del TSS, todos hemos visto la fragilidad de los modelos explicativos más científicos en esta crisis, al mismo tiempo que la ciudadanía busca seguridad en la ciencia y en el conocimiento científico. En este espacio de incertidumbre interpretativa de la realidad también estamos los TSS, pero con el plus de que la validez científica de nuestro conocimiento (de las Ciencias sociales en general) no juega en la misma división. Además, la pregunta sería si nuestra incertidumbre se ha podido ver reforzada por la falta de modelos definidos como propios dentro de nuestro ámbito. El modelo teórico en la intervención nos da seguridad y nos protege en un mundo de incertidumbre, incertidumbre que se acrecienta en esta pandemia.

La incertidumbre que genera toda emergencia, toda situación sobrevenida e inesperada y además nueva, produce la primacía de la acción sobre la reflexión. Algo lógico en un contexto donde el modelo no nos da seguridad, actuamos porque “algo hay que hacer”. Y en la acción los TSS nos sentimos cómodos. Como diría el rockero Rosendo Mercado “no se si estoy en lo cierto, lo cierto es que estoy aquí” y nosotros estamos aquí, actuando. Con las consecuencias personales, organizativas... que pueda tener.

Los modelos teóricos son la guía de la intervención, el cuadro de mandos del coche que conducimos, lo que nos permite construir un mapa con el que guiarnos en el viaje, pero, como he dicho, también nos indican como entendemos el trabajo social sanitario. Nosotros nos definimos, en general, en TSS como: fuertes en “lo sociosanitario” (elemento definitorio de nuestra intervención), expertos en manejar e intervenir con redes comunitarias y en redes complejas de intervención, desarrollando modelos de gestión de casos e intervención en crisis y apostando por la continuidad asistencial y el análisis de los determinantes sociales de la salud.

Podemos decir que, dentro de la definición amplia de modelo que existe, nos encontramos “cómodos” con el modelo organizativo de gestión de casos y los modelos de intervención en red e intervención en crisis (aunque este modelo no lo tengamos tan establecido dada la fragilidad de nuestra presencia en las urgencias hospitalarias). Quizás uno de los puntos que hemos podido extraer de esta situación sea la necesidad de intervención en modelos de Trabajo social clínico e intervención familiar que nos permitan consolidar las labores de apoyo psicosocial que tan importantes han podido ser en esta emergencia. Si bien hay modelos que hemos consolidado, pero debemos explicitar, hay otros que tenemos que “vivir” como propios y nos cuesta más o relegamos a espacios del TSS específicos

como salud mental o cuidados paliativos. Me refiero a modelos que permiten el desarrollo de actividades de trabajo social clínico e intervención con familias en situaciones de mayor complejidad. Yo creo que esta emergencia nos ha puesto tan cerca a todos del “duelo”, “de la quiebra familiar”, “de la soledad” ... que estas herramientas, que estos modelos explicativos, deberían ser más comunes a todos los ámbitos del TSS. Debemos desarrollar modelos que visibilicen nuestras competencias en acompañamiento psicosocial y contención emocional.

La realidad que percibimos es que trabajamos con modelos fragmentados, mucha primacía de la acción y del “sentido común” que nos hace ser “muy útiles”, pero frágiles y perdidos, sentimiento que se acrecientan en esta crisis. Ya decía D.Howe que los trabajadores sociales somos muy buenos en decir lo que hacemos pero no en dar explicaciones de porque lo hacemos y en momentos de crisis y emergencia la dotación de sentido es muy importante.

Siempre hay un modelo, la intervención directa de los trabajadores sociales en una emergencia sobre la cobertura de necesidades básicas y la coordinación de efectivos y recursos que hemos realizado responden a modelos de intervención en crisis y gestión de casos ya señalados. Debemos poder hacerlos explícitos y protocolizar nuestras intervenciones en el marco de estos.

En este espacio de los modelos y la necesidad de trabajar desde ellos creo que en aquellos espacios con modelos más claros de intervención se ha podido responder (funcionar) mejor ante la emergencia.

Señalaría dos elementos a debate en este sentido:

- La crisis ha generado una respuesta en un primer momento totalmente hospitalocéntrica y en el TSS hospitalario la organización por modelos es más compleja para el TSS por las características del tiempo de intervención, de la estructura multidisciplinar existente...
- Los modelos de TSS (gestión de casos, redes...) suelen encajar mejor en modelos sanitarios comunitarios (salud mental o atención primaria). En este sentido sistemas como la red de salud mental de la Comunidad de Madrid con un modelo claro de gestión de casos y atención sociosanitaria en el funcionamiento de la atención a la población crónica ha podido dar una respuesta más homogénea a lo que había que hacer en la emergencia que otros ámbitos, (redactar mejor)

Existen distintos elementos teóricos, base de los modelos con los que trabajamos, que hemos visto especialmente señalados:

- La emergencia nos ha puesto frente a un discurso sociosanitario poco consolidado, muy propio y poco compartido, no solo dentro de la organización sanitaria sino incluso entre profesionales de distintos ámbitos del trabajo social. Un modelo de coordinación “eternamente debatido” y poco estructurado en la realidad. Frágil no solo en su estructura sino también en “el sentir” profesional. Si la coordinación es un acto de comunicación entre dos, para que se dé tal acto y sea operativo los que participan en el mismo deben guiarse por algunos principios (Habermas), uno de los cuales es la veracidad. El que comunica y actúa debe hacerlo “creyéndose” lo que dice, siendo coherente con el marco que guía su acción. Mi sensación es que “el discurso sociosanitario” se queda muchas veces en eso, pero no “nos lo creemos”, no está interiorizado como algo de nuestro propio marco de acción. No es que nos den un protocolo, es que yo actúo “sociosanitariamente”. Lo sociosanitario no

debe quedar exclusivamente como algo propio del discurso sanitario debemos crear un espacio común desde el trabajo social entre SS.SS y Sanidad.

- El concepto de continuidad asistencial está muy consolidado dentro del entorno sanitario, pero se fragmenta en la integración de lo social en lo sanitario, tanto dentro como fuera de la institución.
- Se ve el trabajo social desde las consecuencias, pero cuesta ver la importancia de los determinantes sociales de la salud desde el inicio del proceso. Quizás esto sea un discurso vivido como muy “de atención primaria o salud pública”, de los espacios más comunitarios, pero esta crisis ha sido una crisis hospitalocéntrica. Habrá que intentar que la postcrisis no lo sea e intentar introducir la lógica de los DSS también en la atención especializada/hospitalaria.

Quisiera también señalar un último punto que me parece importante desde el marco más teórico en el que estamos, muy relacionado con la situación vivida:

- La humanización de la asistencia ha sido también un elemento clave en esta emergencia que ha llenado las redes sociales y los medios de comunicación. Ha sido algo que se ha puesto, en muchos momentos, como secundario porque lo importante era salvar vidas, pero el debate ético también nos interpela como TSS y esto responde a modelos de intervención de los profesionales. Siempre he dicho que el TSS es una de las primeras acciones de humanización de la asistencia sanitaria que existieron, creo que somos elemento clave de toda humanización de la asistencia y hemos jugado un papel importante en este sentido (aunque creo que esto ha sido más acentuado en las residencias de personas mayores), pero no debemos olvidar que es y debe ser un elemento esencial en todo modelo y forma de intervención del TSS.

En cuanto a las herramientas técnicas

¿Qué pasó con nuestro diagnóstico social sanitario? Había que casi dejarlo a un lado o por lo menos flexibilizarlo, establecer cribajes sociales con la colaboración de un equipo, de otros profesionales, nos exigía inmediatez. ¿nos abrió la mirada a la multidisciplinariedad inevitable?

“no tiene sentido separar el proceso del conocimiento del proceso de actuación y que el aspecto más sensible de la intervención social se juega en el momento que solemos denominar diagnóstico”

La evaluación social se ha visto modificada por la falta de vínculo, de la relación con el paciente, como ya mencioné al principio de esa charla., en una profesión que considera que la relación es su principal herramienta de trabajo. Ha habido una quiebra importante en uno de los “marcos mentales” más fuertes que tiene nuestra profesión (como el resto de las profesiones de ayuda) y hemos tenido que adaptar la evaluación a esa circunstancia. En este sentido, al igual que en la evaluación médica o en la evaluación de cuidados enfermeros, los profesionales hospitalarios tienen más “capacidad de adaptación” a “nuevas formas de evaluación” dado la necesidad de evaluación y gestión rápida que deben llevar a cabo habitualmente, aunque tienen más dificultad por el peso de la atención a demanda de definir “poblaciones diana”.

Se ha quebrado la “relación” y también algunos principios de nuestro código deontológico sobre todo los relacionados con la autodeterminación o la autonomía del paciente, aspectos que la emergencia ha dejado en segundo lugar. Dilemas éticos que han estado presentes en muchas situaciones de traslados de pacientes, confinamientos....

Yo creo que un elemento esencial en esta crisis, a la hora de analizar nuestras herramientas técnicas, sería analizar la cartera de servicios de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y ver qué relación puede tener lo que en ella se describe con nuestra respuesta a la emergencia.

Yo destacaría en primer lugar un elemento de esta que me parece esencial: la definición de “servicios de trabajo social sanitario de carácter proactivo”, *no sujetos a demanda explícita del paciente o de otro profesional, sino al análisis e investigación de la realidad que hace el trabajador social y la existencia de “poblaciones” diana, según criterios de riesgo social, programa o protocolos.* Yo creo que este tipo de servicio es el característico en una emergencia como la que estamos aun viviendo. Así hemos funcionado en muchos ámbitos: población sola, crónicos, población de riesgo.... Por ejemplo, así ha sido el trabajo que hemos ido organizando en el Centro de Salud Mental donde yo trabajo: existencia de un modelo de gestión de casos, un equipo multiprofesional (enfermeras. Terapia ocupacional y Trabajo social sanitario) y la definición de población crónica y vulnerable. Se ha realizado seguimiento proactivo a los 390 pacientes censados durante la emergencia y se han coordinado esos seguimientos con los recursos sociales que también les atendían (de la red y de fuera de la red) para ver como optimizábamos más la intervención y no duplicábamos.

El uso de las nuevas tecnologías de comunicación nos ha puesto frente a una realidad en la que muchas intervenciones se podrían reformular con nuevas herramientas, incluso las grupales y comunitarias. El uso de las nuevas tecnologías y el trabajo por plataformas de videoconferencia ha sido un elemento crucial para mantener la coordinación, el apoyo a las familias... pero puede extenderse a muchos otros espacios como las intervenciones grupales y la visita a domicilio.... En este sentido la existencia de registros de asistencia e historia social única entre Atención Primaria y Hospitales no ha sido una dificultad especialmente sentida en el momento de máxima acción, pero es una dificultad a la hora de saber qué hemos hecho, para saber cómo aprender de esta situación y poder contar y publicar lo que hacemos. La falta de datos es un lastre que arrastramos desde hace tiempo y que ahora vemos.

Comprender la investigación social/epidemiología como una parte del diagnóstico social es importante. El diagnóstico en sí mismo es un servicio de TSS, puede ir o no vinculado a una intervención, es algo muy específico del TSS. En esta pandemia esto ha sido claro y deberíamos explicitarlo como tal. Pero la dificultad para pasar de un diagnóstico social sanitario del paciente a un diagnóstico poblacional o de grupos de riesgo nos cuesta mucho y (en mi opinión) ha sido una dificultad y lo será (si no hacemos algo) más en la postcrisis. Volviendo a la cartera de servicios debemos empezar a desarrollar los “servicios de investigación sobre aspectos sociales de la salud”.

La fobia a los protocolos de los profesionales “de la acción”. La emergencia nos ha obligado o nos debería haber hecho sentir, que necesitamos protocolos de gestión, actuación, soporte... compartidos y evaluables. El programa o protocolo (sin ser rígido) es la herramienta que permite la evaluación y con ella el aprendizaje de la experiencia. Permite la validación de las actividades y acciones más eficaces.

En cuanto al profesional como principal herramienta:

“A pesar de estos espectáculos desacostumbrados, a nuestros conciudadanos les costaba trabajo comprender lo que les pasaba. Había sentimientos generales como la separación o el miedo, pero se seguía también poniendo en primer lugar las preocupaciones personales.”

La Peste (Camus)

La muerte, el miedo, la posibilidad de estar al otro lado, muy propio del ámbito sanitario pero que se ha hecho más real, es algo que ya he comentado al principio de esta charla. Nos ha acercado a nuestro carácter “sanitario”, nos ha puesto frente al “estar en primera línea”, entre la necesidad y el miedo. La enfermedad iguala y eso nos repercute en lo familiar, nos pone frente a prioridades...

Yo si quisiera comentar una sensación muy importante en toda emergencia, que en esta se ha hecho muy palpable y puede que traiga consecuencias a medio plazo a los profesionales. La competencia por ser “héroes”, el riesgo de sobreactuación inherente a toda emergencia. Ha sido necesario, es necesario, saber qué competencias son las que uno como profesional tiene, donde puede ser más útil y ayudar y donde no, donde puede salir dañado o puede dañar a otro. Es algo en lo que normalmente vemos a otros (voluntarios, familias...) pero que está vez nos ha tocado a nosotros mismos. No sé cómo lo hemos manejado, sé que este ha sido un punto muy difícil sobre todo para los compañeros/as de las residencias de personas mayores. La sensación de equipo, de respaldo y multiprofesionalidad ha sido distinta según el profesional, desde la soledad más clara al apoyo mutuo. La existencia de mensajes claros, de estructuras de trabajo, de jefaturas definidas... son elementos importantes en este “sentir”.

Analizando lo que hemos podido aprender, creo que existe realmente una carencia de herramientas de autocuidado en los profesionales, no conceptualizamos el autocuidado como una competencia profesional o como una “herramienta” necesaria. Dedicamos poco tiempo a formación en este sentido. Un ejemplo claro es la carencia de espacios de supervisión en TSS. En espacios complejos, y si queremos dar un “paso más” en la especialización de nuestra intervención, esto supone dar ese paso acompañados de supervisión. EL colegio ha desarrollado el programa *CuídaTS* durante la emergencia y en ese marco seguirá desarrollando acciones, así como en el desarrollo de supervisión específica para el TS, en la que el ámbito sanitario tiene mucho que decir.

Creo que en esta emergencia nos hemos sentido frágiles en competencias específicas que han tenido que ver con el duelo, el apoyo psicosocial... muy trabajadas por compañeras de paliativos, pero ajenas a muchos profesionales del TSS. Debemos tener una base mínima dentro de las competencias específicas en este sentido.

Qué hemos aprendido

La verdad es que no se si esto son aprendizajes o sensaciones porque saber si hemos aprendido vendrá después.

- Que necesitamos mapas incluso en una emergencia.
- Que necesitamos datos para llenar el mapa para otro viaje.
- Que necesitamos creernos la continuidad asistencial en lo sociosanitario. El papel lo aguanta todo, pero hay que ser coherentes.
- Que debemos ser proactivas.
- Que necesitamos hablar de competencias específicas.
- Que necesitamos cuidarnos.

Qué tendríamos que hacer, hayamos aprendido o no

- Potenciar modelos de intervención adaptados al TSS, los más eficaces, evaluables y adaptables y que sean coherentes con el tipo de TSS que defendemos. Una formación especializada requiere la adecuación de unos modelos a la realidad específica en la que un profesional interviene y el ámbito sanitario tiene esas características. Entre las que podemos tener como más claras: DSS, coordinación sociosanitaria, redes comunitarias, crisis, transdisciplinariedad, continuidad asistencial... Podríamos decir que debemos consolidar nuestro rol de gestores de casos y nuestra competencia para trabajar en crisis y en redes de intervención, debemos desarrollar más nuestros modelos de trabajo social clínico e intervención familiar que permita visibilizar nuestras competencias en intervención psicosocial (más allá del ámbito de la salud mental) como modelo compartido.
- Debemos tener claro que la respuesta a las necesidades sociosanitarias pasa por creernos la coordinación, por comprender la continuidad asistencial más allá del espacio sanitario. La coordinación no es “llamar” a otro para que haga “otra cosa”, es generar un continuo en la atención al paciente entre lo social y lo sanitario en el que nosotros jugamos un papel esencial. Una de las grandes dificultades de esta emergencia y esta crisis ha sido la quiebra de esta continuidad asistencial apoyada en la coordinación sociosanitaria.
- “Tatuarnos” los Determinantes sociales de la salud, la coordinación sociosanitaria y la humanización de la asistencia como marcos donde crecer.
- Evaluación: definir tipologías de diagnósticos sociales sanitarios, tipologías de población vulnerable, usar TICs, avanzar en el diagnóstico epidemiológico, en la investigación y en el registro de datos... Que nos permita hacer trabajo social proactivo.
- Desarrollar y definir competencias de autocuidado y de supervisión profesional. incluyéndolas en la formación especializada a desarrollar. No dejar las competencias “específicas” y complejas para “los de salud mental o cuidados paliativos”.
- En todo esto hay un elemento esencial, ahora más que nunca las Jefaturas de TSS son esenciales. Desde la soledad del profesional o desde la buena voluntad algunos de estos puntos son difíciles de conseguir. Si bien es cierto que es un proceso que se retroalimenta: explicitar modelos de intervención, tener datos, definir diagnósticos, hacer supervisión... son cuestiones que dependen de cada profesional. Siguiendo la analogía de la pandemia, después del confinamiento queda la responsabilidad individual.

Daniel Gil es vicedecano del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, Trabajador Social en Salud Mental y miembro de la Comisión de Trabajo Social Sanitario del COTS Madrid.

Puedes ver la intervención completa de Daniel Gil en la Mesa Redonda “¿Qué Trabajo Social y para qué Post crisis?” organizada por el Colegio de Trabajo Social de Madrid a través de este enlace: <https://youtu.be/HISF1IRSYik> ”