

Editorial invitado

Reflexionando acerca del bienestar y los cuidados

Carme Guinovart Garriga

Miembro del Consejo Asesor Editorial de la RTS. Hospital Universitario de la Santa Creu de Vic

Trabajar para el bienestar de las personas en situaciones de vulnerabilidad y dificultad vitales diversas y procurar su capacitación personal es uno de los objetivos de la práctica del Trabajo Social. El bienestar individual desde el punto de vista objetivo se ha entendido en el sentido de que la persona tiene satisfechas unas necesidades básicas que le permiten un sostén y una funcionalidad relacional y social.

En las sociedades contemporáneas occidentales, el bienestar colectivo de los ciudadanos es el gran bien que la política social protege y promueve y que a la vez se convierte en el instrumento para mejorar las desigualdades. La sanidad, la educación, los servicios sociales, el sistema de pensiones para proteger los riesgos vitales, la vivienda y la garantía de ingresos son las actividades dirigidas a procurar este bienestar y son espacios habituales del ejercicio del Trabajo Social. Y también, por otro lado, el bienestar personal se entiende y está vinculado al hecho de que es bueno para cada persona individual, lo que hace que su vida tenga sentido y calidad, y así cada bienestar personal es una construcción subjetiva, propia y única.

En este contexto, el Trabajo Social sanitario sitúa su acción en la intersección entre dos de estos bienes protegidos: la salud y los servicios sociales como la actividad del sistema de bienestar que se ocupa de intervenir en las necesidades de cuidado derivadas de la enfermedad y/o sus consecuencias.

Actualmente, en estas situaciones los trabajadores sociales observamos los efectos de una de las debilidades primigenias de nuestro sistema de bienestar: contar principalmente con las mujeres de las familias como proveedoras principales de cuidado de sus miembros. Esta realidad no ha variado sustancialmente con iniciativas legislativas como la Ley de Autonomía y Protección a la Dependencia, creada precisamente para corregirla. Por otro lado, y como consecuencia de numerosos cambios sociales, cada vez son más frecuentes las situaciones en las que no existe ningún entorno de cuidado.

Los profesionales del Trabajo Social, tanto en el ámbito sanitario como comunitario, constatamos a diario la no proporcionalidad ni linealidad entre la cobertura pública y gratuita que el sistema sanitario ofrece (alta tecnología, tratamientos, fármacos...) en determinadas situaciones sanitarias no necesariamente complejas (vinculadas principalmente a la atención de la cronicidad, envejecimiento y procesos de final de vida),

con la precariedad o directamente con la ausencia de provisión pública a las necesidades de cuidado que se derivan y con las que de hecho están en permanente interacción. Esta diferencia en la provisión de protección acaba siendo la principal fuente de malestar de los implicados y de crecientes dificultades para los trabajadores sociales que los acompañamos en esta transición, que debemos gestionar las necesidades y contener la angustia y las expectativas de las familias al encontrarse con una realidad desconocida, inesperada y muy burocratizada con relación a los posibles apoyos en el ejercicio del cuidado.

Hace ya unos años, el informe HASTINGS sobre “Los fines de la medicina” advertía del desafío ético y de sostenibilidad que implica en las sociedades desarrolladas dar respuestas medicalizadas a todos los aspectos de la vida negligiendo la función de atención y cuidado que es consustancial a todo proceso de intervención con las personas enfermas. Victòria Camps, en el prólogo de la publicación, afirma que hay que situar al mismo nivel “curar” y “cuidar”, y que procurar el bien del cuerpo y la mente de la persona, que es la finalidad de la medicina, es un factor que contribuye pero no constituye su bien completo.

Actualmente, voces expertas de ambos ámbitos plantean posibles medidas para responder a este reto. En el ámbito sanitario, se señala que habría que practicar la reflexión sobre los propios límites de intervención en cada situación individual (sobremedicalización, pruebas o tratamientos fútiles, limitación terapéutica, planificación de decisiones anticipadas), y también de gestión del gasto, sobre todo el farmacéutico. En el ámbito de servicios sociales, se plantea que es necesario un incremento de las medidas financieras y estructurales que permitan una maduración de los servicios sociales y una clarificación, un reconocimiento y una visualización pública de que el “bien” que protegen es la autonomía funcional y la integración relacional de las personas, y los cuidados son un componente esencial para lograrlo.

Desde estos planteamientos, y con un mayor equilibrio entre los recursos destinados a la protección de estos dos bienes absolutamente complementarios, se acercaría la capacidad operativa y colaboradora de los dos sistemas, imprescindible para una integración con garantías. A la vez, y desde las propias pericias, tendrían que converger hacia un entendimiento de la salud como un bien compartido que puede procurarse incluso cuando no se puede curar, y que está estrechamente vinculado al bienestar que las personas encontramos en la interacción social y relacional. Sentirse escuchado, comprendido, acompañado y ayudado en la toma de decisiones sobre las estrategias de cuidado más adecuadas, así como que la persona que las necesita y el cuidador las puedan ejecutar con garantías, también es SALUD.

Y de esta salud, los trabajadores sociales somos expertos proveedores, como tan bien supo captar el escritor Carles Capdevila cuando, en pleno proceso de enfermedad, escribió: “En un trabajador social hay una mirada global y artesana, la de reparación y reforma... la de reconstrucción... y convendrá escucharlos y darles margen de maniobra”. Pues eso.