



¿Qué herramientas para qué Trabajo Social?

Libro de Comunicaciones
del 7º Congreso de
Trabajo Social Madrid

**Colegio Oficial
de Trabajo Social
de Madrid**

7.º Congreso de Trabajo Social

Libro de Comunicaciones



¿Qué herramientas para qué Trabajo Social?

Ejes:

- 1.- Las herramientas «epistemológicas».**
- 2.- Las herramientas técnicas.**
- 3.- El/la profesional del Trabajo Social como herramienta fundamental de nuestro ejercicio profesional.**

8 y 9 de junio de 2023

Edita: Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

ISBN: 978-84-09-52791-5

Índice

PRESENTACIÓN

PONENCIA MARCO

- *La ciencia del Trabajo Social. Resignificando la Epistemología y la fundamentación del Trabajo Social en el siglo xxi*
Emma Sobremonte Mendicuti

MESAS REDONDAS

Mesa redonda: Estrategias epistemológicas

- *Evolución de la Epistemología en Trabajo Social.*
Teresa Zamanillo Peral.
- *¿Qué herramientas para qué Epistemología? La tiranía de los instrumentos.*
Belén Navarro Llobregat.
- *Repensar el Trabajo Social desde una praxis colaborativa.*
Miren Edurne Ario Aituna.

Mesa Redonda: Estrategias y Técnicas de Intervención

- *Apoyo a personas con discapacidad en el ámbito rural.*
Laura Díaz Fuente, Pilar Sánchez Rodríguez y Clara Iglesias Rodríguez

Mesa Redonda: Identidad, cambio y profesión

- *De donde venimos y hacia dónde vamos: profesión/disciplina/Colegio profesional.*
Agustina Crespo Valencia.
- *Tejiendo hilos invisibles: la trabajadora social como herramienta para la construcción de relaciones y creación de vínculos. La necesidad imprescindible de la supervisión.*
Raquel Poderoso Bravo y Aránzazu Campos Gómez.

COMUNICACIONES

Bloque 1: Trabajos de investigación de Trabajo Social y Buenas Prácticas, estudio de caso de Trabajo Social

1. *Estudio intervención de Trabajo Social Sanitario en casos de violencia machista desde un Centro de Salud de Atención Primaria.*
Autoría: Jaime Muñoz Fernández y Yolanda Otero García.

2. *Variables sociales relacionadas con pacientes interesados durante más de dos meses.*
Autoría: Marta Candel Rodríguez, Miriam Caballero Ferrer, Úrsula Díaz Torres y Ana Rosalía Lara López.

3. *La realidad relacional de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo y exclusión residencial: apoyo y relaciones sociales.*
Autoría: Iria Noa de la Fuente Roldán y Esteban Sánchez Moreno.

4. *Estudio piloto de una escala para evaluar la vulnerabilidad social en pacientes que han sufrido un accidente laboral y solicitan una prestación complementaria en el Hospital de Asepeyo.*
Autoría: Ana Llorens Marín, Rebeca Marugán Quintas, Ana Marina Chávez Estrabón y Patricia Rubio Fernández.

5. *Nuevos caminos para transitar por el Trabajo Social en los Servicios Sociales y en la Administración Pública: Proyecto piloto para implantar un modelo predictivo en el Ayuntamiento de Alcobendas.*
Autoría: Mar Salvador Ávila, Iciar García Martínez de la Fuente, Pilar Taeño Cuevas y Raquel Fernández de Heredia Ayala.

Buenas Prácticas, Estudio de Casos en Trabajo Social

6. *El valor en la medición del impacto en las bolsas de mediación en alquiler de vivienda asequible.*
Autoría: Javier Oliver López, Elena Martínez Goytre y María Teresa Yáñez Cifuentes.

7. *Abordaje multiprofesional del paciente paliativo y su entorno. Caso práctico.*
Autoría: Raquel Aperador Muñoz, Laura Esteban Moreno y Paloma Sanz Hidalgo.

8. *El rol del Trabajo Social dentro del Comité de Ética Asistencial del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.*
Autoría: Marta Gelpi Domínguez, Eva Ausina Valdearcos y Melinda Jiménez Ibáñez.

9. *Servicios Sociales Municipales y Universalidad: ¿Misión imposible? Análisis de un caso: Los Servicios Sociales de la Ciudad de Madrid.*
Autoría: José Ignacio Santás García

10. *La práctica de Trabajo Social en el Proceso Orto geriátrico del Hospital de la Santa Creu.*
Autoría: Eva Ausina Valdearcos, Marta Gelpi Domínguez y Melinda Jiménez Ibáñez.

Bloque 2: Trabajos de revisión o reflexión teórica sobre Trabajo Social y Sistematización de la práctica profesional en Trabajo Social y Análisis crítico de proyectos de Trabajo Social

11. *El «coaching» como herramienta en procesos de acompañamiento social con personas vulnerables y/o en situación de riesgo social.*
Autoría: Cristina Ramón Callejo.

12. *El Trabajo Social como herramienta para la humanización de la asistencia sanitaria desde el modelo biopsicosocial.*
Autoría: Sonia García Aguña.

13. *Trabajo Social. Retos desde una mirada deontológica.*
Autoría: M.^a del Rosario Luis-Yagüe López.

14. *El Trabajo Social del futuro: Reflexión sobre los elementos más determinantes del Trabajo Social.*

Autoría: Javier Enrique Calafat Gutiérrez.

15. *El feminismo en el Trabajo Social. Una mirada necesaria.*

Autoría: Ainara Ibarro Merino, Cristina de Blas Hernando y Cristina Zapatero Muñoz.

16. *Contextualizando el Trabajo Social en la Unidad de Daño Cerebral Adquirido Pediátrico, la importancia del Trabajo Social.*

Autoría: Ana Moreno Moreno

17. *Proyecto de vida como herramienta clave para el Trabajo Social.*

Autoría: Javier García García.

18.- *El Informe Social.*

Autoría: Belén Novillo García, Ana García Montero, Esperanza Sánchez Hernández, Ainara Ibarro Merino, Rubén Yusta Tirado, Beatriz Castaño Albarrán, Marta Cubero García, Rosa, M.^a Fernández del Rey, M.^a del Carmen Mairena Cubero, Clara Sanz Pascual.

Comisión de Informe Social del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.

19. *Incorporación del Trabajo Social Sanitario en la Cartera de Servicios estandarizados de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Oportunidad para el abordaje social centrado en la salud de las personas.*

Autoría: M.^a José Planas García de Dios, Eva María Toledano Sacristán, Ana Blanco Martín y Raquel Millán Susinos.

20. *Valoración de las situaciones de desprotección en la infancia y la adolescencia desde los Servicios Sociales de Atención Social Primaria, una tarea compleja.*

Autoría: Clara Sanz Pascual.

21. *Interseccionalidad: líneas de actuación para el Trabajo Social.*

Autoría: Miguel Urra Canales

CONCLUSIONES

VISUAL THINKING

Estimadas/os compañeras/os, colegas y amigas/os:

En junio de 2023 el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid celebró el 7.º Congreso Trabajo Social Madrid bajo el lema “¿Qué herramientas para qué Trabajo Social?” en el municipio madrileño de Tres Cantos. Por diferentes motivos no pudimos en su día publicar el libro con los contenidos de dicho Congreso. Os pedimos mil disculpas.

No obstante y para reparar dicho error os ofrecemos un documento elaborado con las conclusiones de aquel encuentro en el que se analizaron los ejes que pensamos que responden a la actualidad de la profesión y de la sociedad y nos permiten reflexionar desde el concepto de “herramienta” en torno a los retos que tiene nuestra profesión.

En esta ocasión la imagen del Congreso intentó reflejar y recoger la multitud de ámbitos de actuación en los que nuestra profesión tiene un papel fundamental, además, a través de nuestro lema quisimos lanzar un mensaje de reflexión a todas/os las/os profesionales sobre cuáles son las herramientas que queremos y necesitamos conocer y emplear para lograr el Trabajo Social con el que hoy en día soñamos.

En relación con el lema y contenido de aquel Congreso, cabe mencionar, que las herramientas de trabajo son algo que se usa para facilitar la realización de una actividad. Nos gustaría destacar que, curiosamente, la palabra herramienta proviene del neutro latino “ferramentum” que es de género neutro. La mayoría de los neutros pasaron en las lenguas romances a masculinos, pero en algunos casos se pasaron a femenino como es el caso de la palabra “herramienta” que es una palabra femenina que aglutina el conjunto de herramientas, esto nos hace relacionar aún más el lema y conceptos sobre los que giró ese Congreso con nuestra profesión eminentemente femenina.

Nuestra caja de herramientas se conformaría con los tres ejes sobre los que organizamos las distintas mesas, ponencias, espacios de participación y comunicaciones: el primero “Las herramientas epistemológicas”, el segundo “Las herramientas técnicas” y el tercero, “El/la profesional del Trabajo Social como herramienta fundamental de nuestro ejercicio profesional”.

Todo esto fue posible gracias al Comité Científico y Organizador, al equipo del Colegio y a todas las compañeras que desde Madrid y todo el territorio contribuyeron a crear un espacio de conocimiento, de debate, de exposición y de generación de discurso profesional.

Esperamos que estos contenidos aunque lleguen tarde, nutran tu ejercicio profesional y sirvan para seguir inspirándonos y sean un impulso para que en este año 2025 sigamos haciendo más y mejor trabajo social.

Seguimos conectadas por el Trabajo Social.

Belén Novillo García,
Decana del Colegio Oficial de
Trabajo Social de Madrid



Presentación

Ponencia marco



*¿Qué Herramientas
para qué Trabajo Social?*

CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

Ponencia marco

La ciencia del Trabajo Social. Resignificando la epistemología y la fundamentación del Trabajo Social en el siglo xxi

Emma Sobremonde de Mendicuti

Resumen: En esta ponencia se plantea la apuesta por una Ciencia del Trabajo Social y se argumentan sus condiciones de posibilidad considerando los cambios epistemológicos de las últimas décadas. Se defiende que actualmente existe un corpus epistemológico, teórico, metodológico y ético suficiente que permite denominar al Trabajo Social como ciencia autónoma con un dominio propio de conocimiento dentro de las Ciencias Sociales. Esta apuesta exige una definición de la Ciencia del Trabajo Social que explicita la singularidad de su objeto de estudio frente a ciencias afines. Autodefinirnos como ciencia desde la academia y las organizaciones profesionales es un paso necesario para la emancipación y autonomía que exige convicción, proactividad, empoderamiento y valentía.

Palabras Clave: Ciencia del Trabajo Social, Trabajo Social, Epistemología, Definición del Trabajo Social, Disciplina científica.

Abstract: In this paper the commitment to a Science of social work is raised and its conditions of possibility are argued considering the epistemological changes of recent decades. It is argued that there is currently a sufficient epistemological, theoretical, methodological and ethical corpus that allows social work to be called an autonomous science with its own domain of knowledge within the Social Sciences. This commitment requires a definition of the Science of social work that makes explicit the uniqueness of its object of study compared to related sciences. Defining ourselves as a science from academia and professional organizations is a necessary step for emancipation and autonomy that requires conviction, proactivity, empowerment and courage.

Keywords: Social Work Science, Social Work, Epistemology, Social Work definition, Scientific discipline.

INTRODUCCIÓN

Como indica el título de la ponencia, en este espacio voy a compartir algunas ideas relativas al estatuto científico del trabajo social que han ocupado especialmente mi atención durante las últimas décadas y que he publicado en diferentes espacios. En esta ponencia reelaboro algunas de ellas y planteo un desafío: la apuesta por una Ciencia del Trabajo Social. A modo introductorio haré unas consideraciones de carácter autobiográfico con el ánimo de que comprendan la posición de la que parto.

Mi inquietud por el análisis y la reflexión sobre los aspectos específicos y singulares que confieren al trabajo social su identidad profesional, su singularidad disciplinar y su carácter científico comienza tempranamente, en mi práctica como trabajadora social sanitaria durante veintidós años en un hospital del Sistema Sanitario Público Vasco. Advertía que mi profesión estaba preñada de estereotipos y prejuicios fuertemente arraigados en un tipo de práctica asistencialista propia de épocas ya pretéritas que, sin embargo, estaba muy institucionalizada y asumida en el imaginario colectivo.

Al mismo tiempo, el trabajar en un hospital universitario despertó en mi la curiosidad por la ciencia al observar cómo profesionales de la medicina recurrían de manera constante a la ciencia para mejorar sus diagnósticos y tratamientos. Acudían frecuentemente a la biblioteca del hospital para ponerse al día y, aunque la mayoría no eran investigadores e investigadoras, consumían los resultados de investigación publicados en las revistas de sus especialidades. Así pude visualizar a lo largo de esos años cómo iban mejorando su práctica profesional gracias a su interés por conocer los avances disponibles. Fui también testigo de cómo ante enfermedades letales y desconocidas, como, por ejemplo, el SIDA, se redoblaron los esfuerzos de investigación para poder comprenderlas, prevenirlas, tratarlas o curarlas. Reconozco y agradezco la oportunidad que me brindó esa experiencia para comprender el valor de la ciencia e interesarme por el conocimiento para fundamentar la praxis profesional del trabajo social.

Posteriormente, mi inquietud por el estado en que se encontraba nuestra disciplina y por la formación, me llevó a la academia. Encontré que a pesar de que la construcción disciplinar había progresado mucho con la incorporación de los estudios a la universidad, la falta de reconocimiento y las dificultades relativas a la identidad profesional y disciplinar seguían presentes.

Esa realidad actuó en mi como acicate para dedicarme a reflexionar junto a mis colegas de Deusto, especialmente con Arantxa Rodríguez-Berrio, sobre la construcción disciplinar del trabajo social con el objetivo de fortalecer la formación futura del alumnado. El paso de la diplomatura al grado, al hilo del proceso colectivo de reformulación de los planes de estudio en España, nos ofreció una oportunidad singular para repensar la formación que se estaba impartiendo, así como sus fundamentos teóricos, epistemológicos y metodológicos. Y ese fue un momento crucial que nos impulsó a organizar en el Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Deusto varios congresos internacionales sobre la construcción disciplinar del trabajo social y a abrir en nuestro departamento esa línea de investigación. Imagino que esa es también la razón por la que hoy estoy aquí hablando de este tema, oportunidad que agradezco profundamente. Tras este preámbulo, empiezo mi intervención planteando un desafío que no es nuevo para el trabajo social: la posibilidad de una Ciencia del Trabajo Social. Un desafío que con los cambios epistemológicos que se han producido en las últimas décadas considero interesante retomar al hilo del intenso debate que se ha reabierto en las últimas décadas entre académicos y académicas, principalmente de Estados Unidos (Brekke y Anastas, 2019; Brekke, 2012; Anastas, 2012; Longhofer y Floersch, 2012) Reino Unido (Shaw, 2016), países de habla germana (Göppner y Hämläläinen, 2007) y en España (Etxegaray, 2023; Peláez y Marcuello, 2019; Lorente y Luxardo, 2018; Lopez y Segado, 2012) donde se plantean las condiciones de posibilidad y los retos para una Ciencia del Trabajo Social.

Entiendo que abordar el desafío de la apuesta por una Ciencia del Trabajo Social y sus condiciones de posibilidad, significa un tercer paso del proceso de constitución del trabajo social, primero como profesión, después como disciplina y, por último, como ciencia.

LA APUESTA POR UNA CIENCIA DEL TRABAJO SOCIAL: SUPUESTOS DE PARTIDA

La apuesta por denominar al trabajo social como ciencia implica un ejercicio de resignificación de los aspectos epistemológicos del trabajo social y sus fundamentos. Resignificar supone otorgar un significado diferente a la descripción de los hechos y acontecimientos por los que ha transitado el trabajo social hasta la fecha. Parto de que todo hecho comporta un acto de interpretación y que la realidad se construye/co-construye intersubjetivamente, por tanto, la descripción del bagaje acumulado hasta ahora puede adquirir un nuevo significado. Esta postura supone promover la apuesta por la co-construcción de narrativas alternativas sobre el carácter científico del trabajo social que pongan en valor sus fortalezas y logros. El lenguaje que empleamos, los términos que utilizamos para nombrar las cosas, crean realidad. El

lenguaje es performativo ¿Podemos desde estas premisas “nombrar” al trabajo social como ciencia? Como dijo el sociólogo estadounidense W. I. Thomas (1863-1947): “Si los individuos definen las situaciones como reales, son reales en sus consecuencias”.

Para pensar este desafío y ordenar mi exposición me he planteado las siguientes preguntas:

¿Es importante la ciencia en el trabajo social? ¿Es necesaria una ciencia del trabajo social? ¿Qué se pone en juego? ¿Qué importancia tiene una ciencia del trabajo social para la práctica profesional? ¿Podemos hablar de una ciencia del trabajo social? ¿Existen condiciones de posibilidad? ¿Qué significaría autodefinirnos como una ciencia del trabajo social?

¿Por qué es importante la ciencia para el trabajo social? ¿Qué se pone en juego?

En primer lugar, porque la ciencia, es un instrumento, una herramienta para producir conocimiento y el trabajo social como cualquier otra disciplina tiene la responsabilidad de producir conocimiento válido al servicio de su objeto/sujeto de intervención, de lo que le es propio, de lo que son sus fines, sus principios éticos y su misión. Tenemos, por tanto, una gran responsabilidad ética de producir conocimiento. ¿Cómo desarrollar intervenciones transformadoras y emancipadoras sólidamente fundadas sin conocimiento válido? ¿Cómo conocer si nuestras intervenciones mejoran la vida de las personas y de la sociedad?

Como reza el primer principio de la bioética *primum non nocere*, lo primero es no hacer daño.

En segundo lugar, la ciencia para el trabajo social es importante porque se pone en juego el rigor de nuestra práctica profesional, nuestra supervivencia y nuestra autonomía. Como dijo Amaia Ituarte hace muchos años: “No nos planteamos que el problema de la ciencia nos atañe directamente y caemos en un mero practicismo mecanicista que solo produce frustración e insatisfacción. Y a la larga el aniquilamiento de una profesión” (Ituarte, 1988, pp. 155-156) citada por Teresa Zamanillo, 2000, p. 182). Además, la ausencia de una ciencia autónoma nos aboca a la colonización de nuestro territorio por otras ciencias o disciplinas, o a que, como ha señalado Alfonso Rodríguez (2016), “prescindan de nosotras cada vez con mayor frecuencia en los equipos de intervención” (p. 2). También Belén Lorente y Natalia Luxardo (2018) han señalado la necesidad de la ciencia del trabajo social “para evitar que desde fuera del trabajo social se ofrezcan prescripciones epistemológicas, consejos y otras terapéuticas sin tener en cuenta que en el interior de esta profesión feminizada la ciencia ha sido importante siempre” (Lorente y Luxardo, p. 96). La apuesta por una ciencia del trabajo social implica pasar de la heteronomía a la autonomía y dejar atrás la subalternidad.

Hay que considerar que la colonización epistemológica y teórica es también resultado de las luchas de poder que se producen tanto en la academia como en la arena profesional por la apropiación del conocimiento puesto que dependiendo del estatus asignado a cada disciplina en el mercado del conocimiento sus posibilidades de ubicarse en la jerarquía académica y profesional son bien diferentes (Sobremonte y Rodríguez Berrio, 2019). Esta cuestión de la subalternidad merece sin duda un examen más a fondo que impida su reproducción. Por otra parte, una ciencia del trabajo social autónoma nos prevendría de estar al albur de las modas teóricas presentes en cada momento histórico porque como ya advirtió Payne en 1995: “Tenemos que fijarnos en cuáles son las circunstancias sociales en que la teoría del trabajo social es utilizada en la práctica para darnos cuenta de cómo los desarrollos y las corrientes teóricas actuales reflejan las concepciones sociales del momento” (p. 295). También un sistema de ciencia autónoma nos facilitaría, por una parte, analizar críticamente cómo se acogen las teorías en los procesos de intervención profesional y cómo se producen (Goppner, 2012) y, por la otra, cómo otros tipos de saberes y conocimientos, como el saber experiencial procedente de la práctica reflexiva y la sistematización, así como los saberes locales y lo artístico se incorporan en los procesos de producción del conocimiento y en los procesos de intervención.

Una ciencia del trabajo social entendida como “un sistema de conocimiento” aporta un principio organizador para la articulación de los diferentes dominios de explicación e interpretación de la realidad siempre en relación con nuestro objeto de estudio dimensionando así su doble vertiente: conocer para transformar. La ciencia del trabajo social proporcionaría asimismo un marco epistemológico amplio y diverso para la producción de conocimiento específico en trabajo social que fundamente la validez de sus teorías y metodologías de investigación e intervención.

¿PODEMOS HABLAR DE UNA CIENCIA DEL TRABAJO SOCIAL?

Si y no, depende ¿de qué depende? Depende de múltiples variables, pero señalaré dos que a mi juicio adquieren gran relevancia. En primer lugar, depende de la manera de concebir la ciencia y de los métodos utilizados para acreditar el conocimiento científico. En segundo lugar, depende del significado que otorguemos nosotras/os mismas/os a los procesos y elementos de la construcción disciplinar que han configurado nuestra base de conocimientos.

A) De la manera de concebir la ciencia. A lo largo de nuestra historia y en diferentes momentos y contextos un buen número de autores/as nacionales e internacionales han dado argumentos sólidos para decantarse hacia diferentes posiciones: el trabajo social es ciencia, tecnología, arte, o por qué no, la combinación de varias de ellas. Pero esto tampoco es algo exclusivamente nuestro, en otras disciplinas ha ocurrido algo similar. Como arte y ciencia se han definido, por ejemplo, la salud pública o la medicina, entendiendo esta última que la ciencia médica requiere del arte profesional para aproximarla a la persona enferma y abrirse a su singularidad y a la incertidumbre que toda situación dinámica y única conlleva. Por tanto, el componente artístico de la práctica médica no contradice su carácter científico, sino que opera a su favor tratando de evitar el reduccionismo científico y el dogmatismo. Esto mismo podría decirse de la ciencia del trabajo social y del arte que despliegan las y los profesionales.

Tampoco importa para su denominación como ciencia el carácter aplicado del trabajo social. Como señaló el reconocido epistemólogo Mario Bunge en una entrevista que le hicieron en 2010 sobre esta cuestión, a propósito de la medicina, y que considero extrapolable al trabajo social en cuanto ciencia aplicada: “la medicina, como cualquier otra disciplina, puede ser vista como una actividad o como un cuerpo de conocimientos. En ambos casos puede considerársela como ciencia, como técnica, o como una combinación de ambas”.

Ahora bien, con carácter general para quienes se adscriben al positivismo dominante en la ciencia hasta mediados del siglo xx, el trabajo social no es ciencia. Sin embargo, tras las críticas que recibirá el positivismo emergerán en la posmodernidad una pluralidad de epistemologías que defenderán diferentes formas de generar conocimiento científico y de entender la realidad. Se cuestionarán las pretensiones de objetividad de la ciencia puesto que esta no es independiente del sujeto que observa ni del proceso de conocimiento. Por tanto, no ha lugar limitar nuestra mirada al paradigma científico imperante/hegemónico entendido como una suerte de teología del conocimiento, por fuera de la cual, sin profesar su sacerdocio y sin seguir sus reglas, no fuera posible producir conocimiento. Hace cincuenta años, el trabajo social igual que el resto de las ciencias sociales, entendía la investigación como la representaba el positivismo lógico y sus sucesores. Y eso afortunadamente ha cambiado de la mano de algunas epistemologías contemporáneas que critican esta manera hegemónica de hacer ciencia ofreciendo marcos compatibles con lo que se necesita para la investigación y el desarrollo de conocimiento relevante para la práctica profesional. Estas nuevas epistemologías aportan bases firmes para el pluralismo metodológico, para atender a la naturaleza social y política de la ciencia y, para poner fin al científicismo convencional.

El cambio de paradigma implicará nuevas aproximaciones de tipo hermenéutico o fenomenológico, por ejemplo, que conllevarán cambios en la metodología operativa del procedimiento de investigación para la generación y producción de conocimiento. Se acreditarán las técnicas cualitativas y la utilización de metodologías mixtas de investigación. El cambio de paradigma jugará a favor del trabajo social acreditando la variedad y/o especificidad de sus fuentes de conocimiento, procedimientos y técnicas de investigación.

Estos cambios epistemológicos tratarán de superar lo que Edgar Morin (2004) denominará “modos simplificadores” del conocimiento impresos en el modelo positivista de la ciencia convencional expresándolo como sigue: “El sueño del positivismo lógico creyó fundar con certeza la teoría científica. Ahora bien, Popper, después Kuhn, cada uno a su modo, han mostrado que lo propio de una teoría científica es ser biodegradable” (p. 9).

Desde el paradigma de la complejidad cabe pensar que los argumentos a favor o en contra del carácter científico del trabajo social se nos presentan como dicotomías aparentemente insuperables, ¿no serán esas dicotomías en términos morinianos simplificaciones para hacer más inteligible la complejidad del trabajo social? Las luchas, tensiones y conflictos que genera esta variedad teórica y epistemológica en el mundo profesional y académico podemos vivirla y actuarla, como motor de innovación científica para superar el reduccionismo al que nos conduce lo que Morin denomina inteligencia ciega y, desde esa perspectiva, articular e integrar conocimientos teóricos y saberes provenientes de diversas fuentes siempre atendiendo a la especificidad del objeto del trabajo social.

Pero hay que subrayar una vez más algo muy importante, y es que este debate epistemológico, no es específico del trabajo social sino del conjunto de las ciencias sociales y eso no ha impedido que se acrediten como ciencias, ¿entonces?

B) Del significado que otorguemos a las elaboraciones realizadas a lo largo del proceso de construcción disciplinar: cuerpo de conocimientos, producción científica e investigación.

Respecto al cuerpo de conocimientos del trabajo social se ha debatido largo y tendido, pero llegados al punto actual está en nuestras manos interpretar que disponemos de un cuerpo propio de conocimientos suficientes que nos acrediten como ciencia autónoma o, por el contrario, interpretar que disponemos simplemente de una amalgama yuxtapuesta de conocimientos de otras ciencias. El debate interno se dirime entre autonomía y heteronomía.

Pero este argumento tampoco afecta exclusivamente al trabajo social, otras ciencias también han configurado su corpus teórico apoyándose en conocimientos de otras ciencias, pensemos por ejemplo en la ciencia médica o en la antropología o la sociología, etc. Por tanto, el carácter interdisciplinar del trabajo social no es un obstáculo, sino una fortaleza, ninguna ciencia parte ex novo, todas se nutren y, cada vez con más fuerza, de conceptos, categorías, teorías o metodologías de investigación de otras ciencias para dar cuenta de la complejidad de la realidad que conforma su objeto de estudio. De ahí que vaya ganado terreno la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad y se vayan produciendo integraciones entre ciencias que antes estaban aisladas, configurándose de esta manera nuevos campos científicos, véase, por ejemplo, la neuropsicología o la sociogenómica. Resulta curioso que, precisamente por la original visión de la complejidad que tuvo el trabajo social desde sus orígenes integrando y articulando saberes de otras ciencias, haya sido criticado. Quizás haya llegado el momento de redoblar nuestros esfuerzos por visibilizar esta fortaleza y ponerla en valor. Por eso, el camino iniciado en la ciencia hacia la integración de saberes favorece el poder hablar de una ciencia del trabajo social. A tenor de lo que se ocupa el trabajo social, nuestra ciencia no solo es interdisciplinar sino transdisciplinar, características que paradójicamente en la actualidad, como señalábamos anteriormente gozan del mayor reconocimiento en el imaginario científico. Y es que nunca fue buena idea poner puertas al campo. La realidad se acaba imponiendo.

La cuestión reside, en definitiva, en si tomamos la decisión interna de continuar interpretando que aplicamos mimética y acríticamente los saberes de otras ciencias o, si, por el contrario, afirmamos que hemos desarrollado y acumulado una base de conocimientos propia teórica, metodológica y ética suficiente, para poder apostar por una ciencia del trabajo social.

¿Podemos entonces resignificar positivamente el conjunto de teorías, métodos, modelos o enfoques de intervención que se han ido elaborando, articulando e integrando, desde mi punto de vista creativamente y con rigor, al servicio de nuestros fines a partir de referentes teóricos y metodológicos de diferentes disciplinas o ciencias (psicología, sociología, cibernética, medicina, etc.)?

¿Acaso el trabajo social familiar desarrollado desde la teoría sistémica o el trabajo social clínico a partir de teorías de la mente y el comportamiento humano, o el trabajo social crítico basado en teorías sociológicas sobre el poder y la opresión, la desigualdad social, de género, etc., no pueden ser resignificados como elaboraciones propias?

¿Puede este acervo acumulado hasta la fecha ser resignificado como cuerpo propio de conocimientos de una ciencia del trabajo social? Aun a sabiendas de los debates y las críticas vertidas sobre estas cuestiones y de todo el trabajo de articulación, integración y operacionalización que aún queda pendiente, interpreto que es posible responder afirmativamente.

Respecto a la producción científica y la investigación hay que subrayar que el trabajo social ha desarrollado una gran producción científica en las últimas décadas aplicando sistemáticamente y con rigor la pluralidad de métodos que utilizan las ciencias sociales para acreditar el conocimiento. A ello ha contribuido de manera especial el que se haya logrado acceder a estudios de Máster y Doctorado. El incremento constante de tesis doctorales da buena cuenta de ello.

Ha crecido exponencialmente el volumen de las investigaciones y publicaciones. No hay más que ver el incremento de obras escritas por trabajadoras/es sociales y la cantidad y calidad de las publicaciones en revistas nacionales e internacionales de trabajo social y en otras revistas especializadas indexadas avaladas por la comunidad científica y cuyo nivel de impacto va incrementándose.

El trabajo social también se ha incorporado al movimiento de la práctica basada en la evidencia (PBE) para orientar la práctica profesional en función de evidencias disponibles sobre resultados de intervenciones realizadas (Gibbs y Gambrill, 2002), movimiento no exento de críticas desde posiciones epistemológicas contrarias al positivismo (Webb, 2001). Esta producción avala la ciencia del trabajo social, aunque a juicio de algunos autores/as queda un desafío pendiente, centrar más la producción científica hacia lo que, en su opinión consideran que es su dominio específico de investigación diferenciador de la producción de otras ciencias sociales: la intervención (Howard, 2015; Raya y Caparrós, 2016).

Por tanto, a tenor de estas evidencias, ¿podría decirse que nuestra producción científica avala el que podamos hablar de la ciencia del trabajo social? Pienso que sí. Como dijo irónicamente Sommerfeld (2014): “¿Qué se ha estado haciendo entonces en la universidad durante tanto tiempo? ¿Y cómo puede ser que haya artículos de investigación de trabajo social de tan alto nivel si no existe la ciencia del trabajo social? (p. 586).

DE DISCIPLINA A CIENCIA... PROCESO Y DEFINICIÓN

En este apartado voy a ilustrar el paso de disciplina a ciencia haciendo una comparación sencilla con otras disciplinas sin otra finalidad que animar a la reflexión. Mientras el trabajo social sigue debatiendo su estatuto científico otras disciplinas que se apoyan también en otras disciplinas se han “convertido” en ciencias, como es el caso de las Ciencias de la Comunicación o las Ciencias del Deporte como actualmente se denominan públicamente. También ellas sufrieron avatares similares a los nuestros en su proceso de constitución como ciencias. Veamos un ejemplo de la crítica que recibió el periodismo (ahora ciencia de la comunicación/información) que sin duda nos va a resultar familiar.

Un experto de la evolución del periodismo en Alemania, Otto Groth, hizo en 1945 una sarcástica afirmación: “A la ciencia del periodismo le faltan bases teóricas. No se tenían ideas claras sobre el objeto y el método propio que hubieran podido justificar la pretensión de que se la reconociera como ciencia independiente. Y no se han conseguido crear esas bases teóricas en las universidades (...). Uno de los factores que estuvieron impidiéndolo fue la postura inmovilista de que quienes ocupaban entonces las cátedras universitarias” (Beth y Prost, 1990 p.18). Sin embargo, pasado el tiempo se definieron como ciencia.

Comparemos ahora cómo se definen las Ciencias de la Comunicación y como se define el trabajo social y analicemos las diferencias.

- Las Ciencias de la Comunicación son una rama de las ciencias sociales cuyo objetivo principal es analizar, estudiar y discutir los fenómenos relacionados con la información y el efecto de la acción de la comunicación humana. También se encargan de observar y examinar los medios de difusión masivos, las industrias culturales, el consumo y el conjunto semiótico que estos construyen. Su objeto de estudio es la comunicación humana, y es interdisciplinaria pues se apoya de ciencias como la antropología, la psicología social, la sociología, la ciencia política, la sociolingüística, filosofía, la informática, la cibernética, etc., para estudiar el proceso comunicativo.

¿Cómo se define el trabajo social? Según la última definición global aprobada en Melbourne (2014) queda así definido:

- El trabajo social es 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. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social.

Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

Para facilitar el análisis se presenta a continuación una tabla comparativa con los elementos que incluye cada una de las definiciones.

Tabla 1. Comparativa definiciones ciencias de la comunicación y trabajo social

COMPARATIVA	C. DE LA COMUNICACIÓN	TRABAJO SOCIAL
DENOMINACIÓN	Las Ciencias de la Comunicación son una rama de las ciencias sociales.	El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica.
OJETIVO PRINCIPAL	Analizar, estudiar y discutir los fenómenos relacionados con la información y el efecto de la acción de la comunicación humana. También se encargan de observar y examinar los medios de difusión masivos, las industrias culturales, el consumo y el conjunto semiótico que estos construyen.	Promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social.
OBJETO DE ESTUDIO	Su objeto de estudio es la comunicación humana.	
CUERPO DE CONOCIMIENTOS	Es interdisciplinaria pues se apoya de ciencias como la antropología, la psicología social o la sociología para estudiar el proceso comunicativo.	Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas.
CÓMO		Involucra a las personas y estructuras para desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

Analicemos ahora algunas de las diferencias:

1. En primer lugar, en trabajo social no nos definimos como ciencia ni como disciplina de carácter científico, hecho ya destacado por Brekke (2012) de la siguiente manera: “Es evidente que el trabajo social no se ha comprometido en el proceso de autodefinición como ciencia” (p. 456).
2. En segundo lugar, nos definimos como una profesión basada en la práctica, ¿qué quiere decir? ¿Que no se basa en el conocimiento? Da la impresión a ojos ajenos que tal y como está redactado el texto nuestro conocimiento proviene fundamentalmente de la práctica es decir que es la propia práctica la que decide lo que tiene sentido es útil o adecuado para las personas, y en ese caso, la práctica se justificaría a sí misma Longhofer y Floersch (2012). Comparto con Olga Vélez Restrepo (2003) que es imprescindible “diferenciar la práctica fundada en un actuar conceptual y reflexivo, de aquella otra que resulta de un proceso de acción sustentada en el ensayo y error sin soporte crítico ni conceptual” (p. 25).
3. En tercer lugar, no mencionamos el concepto de interdisciplinariedad como característica importante del trabajo social, mientras que las ciencias de la comunicación se autodefinen como interdisciplinarias. Y, sin embargo, en ambas definiciones se indican las ciencias, disciplinas teorías y o conocimientos que les nutren y respaldan.
4. El objeto de estudio de nuestra ciencia no está expresado de forma clara y concisa, está ausente. Si para las ciencias de la comunicación es la “comunicación” el objeto de estudio, o, por poner otro ejemplo, para la ciencia del deporte, es el hecho deportivo, es evidente que en nuestra definición no se expresa de la misma manera. Cuando se apela a finalidades como la promoción del cambio, desarrollo social, etc., y a los principios y valores, se atisba claramente por donde va el trabajo social, pero resulta de gran ambigüedad desde la perspectiva del objeto. Una definición, clara, concisa y precisa es capital para visibilizar nuestro “territorio” diferenciador de otras ciencias. Pienso que ocuparnos del desarrollo social, la cohesión social, la justicia social, los derechos humanos, etc., aunque son esenciales, no son patrimonio exclusivo del trabajo social, sino campos de conocimiento compartidos con otras ciencias sociales por lo que sus formulaciones en esos términos no ayudan a la diferenciación.
5. Resulta también curioso que no se mencione la intervención cuando es un rasgo definitorio sustancial en una ciencia aplicada como la nuestra y con el que definimos el actuar profesional. En vez de mencionar explícitamente nuestro carácter interventivo, se señala que “involucramos a las personas y a las estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida”, pero, ¿cómo involucramos? No se menciona la metodología, ¿a qué personas?, tampoco se mencionan, ¿a qué estructuras?, ¿hay que imaginárselas...? ¿a qué desafíos se refiere la definición? porque la vida es ya por sí misma un gran desafío. Permítanme decir que la ambigüedad de dicha formulación es tan amplia que alguien que venga de fuera difícilmente podrá saber de qué se ocupa exactamente el trabajo social, ni yo misma sería capaz de hacer una interpretación precisa de lo que significa. Si no concretamos a qué nos referimos con cada uno de los términos no se puede captar la singularidad del objeto de estudio.

Por último, y dada la importancia que otorgamos a la dimensión ética en trabajo social me gustaría señalar otro aspecto interesante. Revisando los códigos deontológicos de otras profesiones como la psicología, la medicina o la sociología se puede observar que promulgan como uno de sus principios éticos la responsabilidad científica mientras que en el trabajo social este principio así formulado está también ausente.

En definitiva, la definición adolece de un elevado grado de ambigüedad e imprecisión, es más utópica que operativa y no da debida cuenta de lo que se ocupa el trabajo social cotidiano en sus diversas formas de pensar y hacer ni de sus ámbitos de investigación específicos. Por tanto, definiendo que para una ciencia del trabajo social es necesaria una nueva definición que incluya los aspectos señalados de los que carece. También sugiero que la definición de la ciencia del trabajo social no debe confundirse con la definición de la profesión y/o de sus ámbitos de actividad. De cualquier ciencia se desprenden subespecialidades muy distintas que brindan múltiples y diversas oportunidades de ejercicio y desarrollo profesional. Siguiendo con el ejemplo de las ciencias de la comunicación podemos encontrar dentro de su ámbito de conocimiento subespecialidades como el periodismo, la comunicación audiovisual o el *marketing*, que bajo el paraguas de la misma ciencia remiten a desarrollos y recorridos profesionales diferentes. Por esta razón se denominan en plural ciencias de la comunicación. Y será el mercado laboral en función de sus necesidades quien requiera los servicios profesionales de los distintos perfiles profesionales formados en comunicación. Desde esta perspectiva de diferenciar ciencia y profesión cabría plantearse también la denominación de ciencias del trabajo social y estimar que subespecialidades podrían formar parte de estas. Otro desafío que dejo sobre la mesa para la reflexión considerando la trayectoria histórica del trabajo social internacional y de sus diferentes vertientes y especialidades.

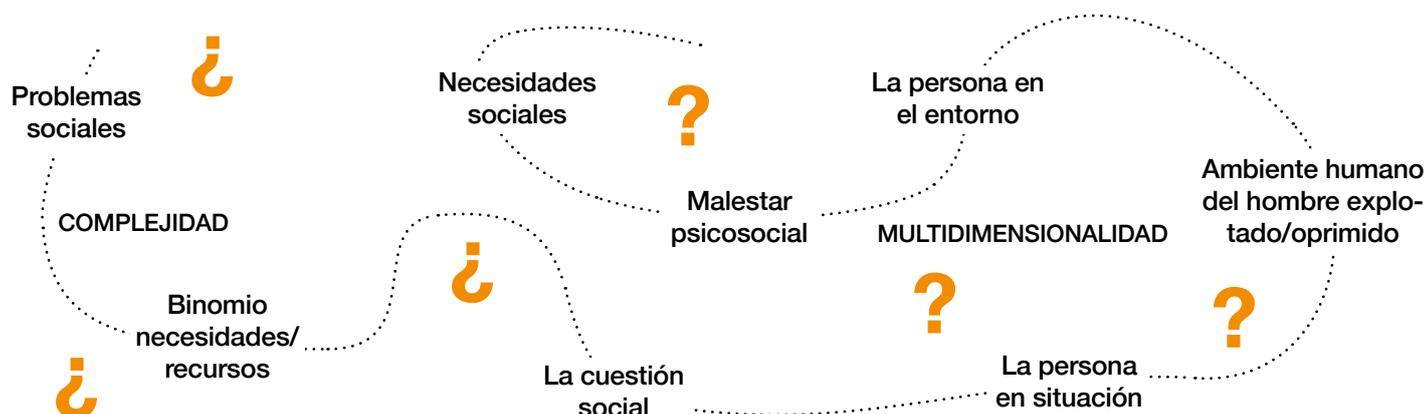
SOBRE EL OBJETO DEL TRABAJO SOCIAL

Volviendo a la definición, como hemos visto anteriormente, un aspecto sine qua non para definir una ciencia del trabajo social autónoma reside en la delimitación formal del objeto de nuestra ciencia. Como sabemos la formulación del objeto de estudio/intervención ha sido una de las cuestiones más complejas que ha afrontado la disciplina y sigue siendo una tarea pendiente. Su importancia es capital porque en torno al objeto de estudio de una ciencia es como se articula el cuerpo de conocimientos y sus métodos de producción de conocimiento, de intervención y de transferencia. Pero también es comprensible la dificultad que conlleva su formulación dada la complejidad y multidimensionalidad propia del trabajo social que deviene entre otras cosas de la intersección entre lo interno y lo externo, lo macro y lo micro, lo individual y lo comunitario, y un largo etcétera de otras dimensiones vividas como dicotómicas o contrapuestas en el seno de nuestra disciplina y profesión producto del pensamiento binario en el que nos hemos socializado. Esto me lleva a reflexionar sobre dos características muy especiales de la profesión y ciencia del trabajo social, que me atrevo a formular como “la entridad” y la “liminalidad” que pueden verse como debilidades o, por el contrario, a mi entender, como fortalezas. Con el concepto de entridad quiero expresar que el trabajo social está siempre a caballo entre lo uno y lo otro, entre las personas y su malestar psicosocial y sufrimiento social y las instituciones, entre lo psicológico y lo social, entre lo social, lo político, lo profesional, lo personal, entre la práctica y la teoría, en definitiva, siempre entre esto y aquello... en medio... Lo cual no es extraño atendiendo a nuestros principios y valores. ¿Cómo conjugar, por ejemplo, en la práctica cotidiana la intervención orientada por los valores de justicia social e igualdad con las restricciones que nos impone el contexto social e institucional? ¿Cómo conjugar las funciones de ayuda y las de control? ¿Cómo defender los derechos sociales y el acceso a oportunidades en contextos neoliberales que han instrumentalizado la prestación de servicios a través del trabajo social? ¿Cómo escapar de eso que yo denomino la “servicialización” como fenómeno inserto en el aparato burocrático actual de los servicios sociales y otros sistemas de protección?, ¿cómo escapar de esa jaula de hierro weberiana donde se trata de atrapar al trabajo social y, en consecuencia, queda atrapada a la ciudadanía? Ese es actualmente uno de los grandes retos del trabajo social que una ciencia autónoma nos posibilitaría acometer investigando y repensado la potencialidad de esos intersticios e interfaces siempre presentes en los que nos manejamos repensándolos como oportunidades singulares liberadoras de la subalternidad a la que nos vemos arrastradas en no pocas ocasiones por las instituciones que ostentan el poder.

Con la liminalidad, que proviene del latín, limes, que significa límites o fronteras quiero expresar que precisamente por su “entridad” el trabajo social se sitúa en los márgenes, en los márgenes instituidos por los dispositivos materiales y simbólicos tanto profesionales como académicos, en la indefinición e incertidumbre que deviene del estar aquí ahora, y allá otrora... ¡todo depende de la situación en el contexto! Estas dos características que acabo de señalar dificultan al trabajo social visibilizar su territorio propio, es demasiado amplio y abarcador, razón por la que la definición de su objeto de estudio resulta tan compleja, debatida y, sin embargo, imprescindible. Ello le obstaculiza acotar su dominio propio y, simultáneamente, permite la incursión de otras disciplinas en nuestra “habitación propia” (Rodríguez, 2016). De ahí la dificultad para “comprender” el trabajo social, y para hacerlo comprensible a los demás.

Los intentos de definición han sido muchos y diversos en función de la mirada de cada autor y autora y del contexto histórico y social en que se han formulado. Excede el objetivo de esta ponencia hacer un repaso de todas las formulaciones que se han hecho, pero con el ánimo de ilustrar la polisemia del objeto se presentan simplificada y, a modo de ejemplo en el siguiente gráfico (Gráfico 1), algunas de sus enunciaciones que en otro texto plasmé con mayor nivel de detalle y al que remito para quienes deseen profundizar sobre ello (Sobremonte, 2020).

Gráfico 1. Algunas formulaciones del objeto del trabajo social.



Consecuencias de la indefinición del objeto: ocupación de dominios del trabajo social por otras ciencias.

Por las dificultades expuestas no es difícil que otras ciencias se apropien de un objeto similar tratando de llenar un vacío aparente, cuando hace más de un siglo el trabajo social vino a llenar el espacio vacío de otras ciencias centrándose especialmente en las intersecciones... en las fronteras entre ellas.

En este sentido, recientemente otras ciencias y disciplinas como la sociología clínica (De Gaulejac, 2015) y la filosofía Renault (2010, 2104) se están acercando a formulaciones próximas a nuestro objeto de estudio al subrayar la importancia de la dimensión vivencial de los fenómenos estructurales. Se plantea el concepto de sufrimiento social para dar cuenta de que detrás de categorías como la exclusión, la violencia, la falta de oportunidades, la injusticia, la opresión, la falta de reconocimiento, en definitiva, las personas padecen un tipo de sufrimiento social. Se subraya que el concepto de sufrimiento social supone un desafío para los límites disciplinares tradicionales entendiendo que abre un nuevo campo de estudio para demarcar simultáneamente los fenómenos individuales y sociales (Renault, 2010) y, además se aboga por incorporar un enfoque clínico a sus disciplinas. ¿Qué quieren decir cuando abogan por incorporar un enfoque clínico a sus disciplinas? Todo indica la necesidad de incorporar la intervención y las vivencias y no quedarse únicamente en el estudio teórico-conceptual de los fenómenos sociales generadores de sufrimiento social.

Si nos fijamos bien, tal y como entienden la génesis del concepto de sufrimiento social, y su forma de abordarlo están expresando con otras palabras una formulación similar del objeto que propuso Zamanillo: los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial ordenados según su génesis estructural y la vivencia personal. Da la impresión de que estos autores están aterrizando suavemente en el territorio del que nosotras/os habíamos despegado a primeros del siglo xx porque como señaló Payne (2006) el trabajo social es la única profesión que además de abrazar explícitamente el cambio social y la promoción de la justicia social, realiza funciones de ayuda social.

Desde mi punto de vista el desarrollo de la formulación de Zamanillo tiene una gran potencialidad para captar la singularidad del trabajo social y para fundamentar la base de conocimientos teóricos y metodológicos de nuestra Ciencia, así como para orientar la intervención y la investigación específica del trabajo social, de tal manera que ambas puedan retroalimentarse. Por eso propongo que para la definición de la Ciencia del Trabajo Social partamos de dicho objeto para acotar nuestro dominio específico de conocimiento.

LA APUESTA: AUTODEFINIRNOS COMO CIENCIA DEL TRABAJO SOCIAL

Por las evidencias y argumentos aportados considero que sí estamos en condiciones de resignificar positivamente los discursos sobre la construcción disciplinar del trabajo social valorando las debilidades y asuntos pendientes como oportunidad para el avance de nuestra ciencia y profesión. Ahora bien, ¿implica esto una apuesta ingenua que no tiene en cuenta el camino que queda por recorrer? Evidentemente, no. Ahora bien, si una seña de identidad del trabajo social es poner el foco en las fortalezas de las personas y en su capacidad de agencia para promover cambios, en este momento diría que el desafío es empoderarnos a nosotras mismas y dar el paso de autodefinirnos como ciencia.

¿Qué implica la autodefinición? En primer lugar, y fruto de la convicción, adoptar una actitud valiente y proactiva que exige no esperar a que otras personas lo hagan por nosotras, porque quizás no lo hagan nunca. En segundo lugar, supone empoderarnos y poner en valor la riqueza y el esfuerzo científico realizado internacionalmente desde Mary Richmond a lo largo de más de un siglo de profesión y disciplina. Y, en tercer lugar, ganar en reconocimiento, legitimidad y visibilidad dentro de la comunidad científica y de nuestros ámbitos profesionales.

Por tanto, lo que propongo aquí y ahora, en estos tiempos difíciles y convulsos que nos ha tocado vivir es invertir al trabajo social e invertir la semántica que utilizamos. Como dijo el poeta romano Virgilio: *Possunt quia posse videntur*, “pueden los que creen que pueden”.

Mesa redonda: Estrategias epistemológicas



Teresa Zamanillo Peral
Catedrática Emérita de Trabajo Social
Universidad Complutense de Madrid
mtzpgcamino@gmail.com

Mesa redonda

Evolución de la epistemología en Trabajo Social

Resumen: Este trabajo trata sobre la evolución del conocimiento en Trabajo Social desde sus orígenes hasta su reciente construcción epistemológica como disciplina académica. Son muchas las preguntas que hemos de hacernos en el camino que queremos recorrer hasta ser reconocidas como ciencia, planteamiento que llevó al Congreso Enma Sobremonte. Este encargo viene a ser un resumen inicial que explora diversas vías que se han construido por el camino y que invitan a tomar distintas rutas para ir completando el desafío de una historia inacabada.

Palabras Clave: Principios doctrinales, Asistencia social, Construcción epistemológica, Evolución, Ciencia, Historia, Objeto, Giro epistemológico.

Abstract: This paper is focused on the evolution of knowledge in Social Work from its origins to its recent epistemological construction as an academic discipline. We must ask ourselves many questions about how we want to follow to be recognized as a science, an approach that Enma Sobremonte brings to Congress. This paper is an initial summary that explores diverse ways built along the path, inviting us to take different routes to complete the challenge of an unfinished history.

Keywords: Doctrinal principles, Social assistance, Epistemological construction, Evolution, Science, History, Object, Epistemological turn.

En esta ponencia vamos a exponer el origen epistemológico de nuestra profesión, hoy ya disciplina, desde que en 1990 se reconoce su área de conocimiento, tiempos aquellos en los que comienzan a presentarse los primeros doctorados. Este resumen ha sido elaborado con la Memoria de oposición a la Cátedra de Trabajo Social en 2005 y se corresponde en su mayoría con la presentación que se expondrá en la ponencia. Mas, necesario es decirlo, la primera parte de este pertenece a una magnífica investigación sobre las tesis de fin de estudios del período comprendido entre 1938 y 1983, depositadas en la antigua Escuela de Trabajo Social, que fue dirigida por la Profesora Carmen Santos . Lo que sigue pertenece al primer capítulo de la publicación elaborado por Teresa Zamanillo, denominado: La construcción del sujeto en el Trabajo Social.

Con la primera diapositiva titulada “De dónde venimos”, vemos que la Iglesia se constituye en protagonista de la acción social situándose en el centro de la Asistencia Social. Para la Iglesia, la persona, el “otro”, es mirado desde una posición privilegiada como un ser cosificado: el pobre, el necesitado. Nunca como un sujeto de derechos y obligaciones. Esta mirada prevalece hasta la creación de las escuelas. Así se expresan los que están arriba y gozan de su superioridad protectora:

(...) las deficiencias sociales que padece esta clase de la feligresía hemos estudiado que son de carácter espiritual, moral y físico (...). Así pues, a la hora de priorizar los problemas esta asistente social, como la

mayoría, considera que el principal problema de la Parroquia es el religioso, el segundo la inmoralidad, el tercero la falta de trabajo, el cuarto la vivienda y el quinto la falta de cultura (T. 1951, pp. 15-16).

En 1959 se observa un inicio de evolución en algunas tesinas. Se trata de depurar su carácter religioso y adoptar un papel asistencial entre la caridad y una asistencia social laica. Podemos observarlo en las siguientes palabras:

No faltan los que aspiran a un ejercicio de la Caridad en el sentido de perfecta armonía entre lo benéfico y social. Caridad practicada con perfecto espíritu Evangélico, siempre asesorada y valorizada por la técnica, buscando ayudar al necesitado, con soluciones definitivas, respetando y elevando su dignidad personal y no faltando nunca a la virtud de la justicia (...).

La Caridad que recomienda hoy la Iglesia es la que podríamos llamar hoy caridad intelectual, caridad que descubre la injusticia, que pone remedio a las necesidades más diversas, que procura crear nuevas estructuras, que usa de medios técnicos para despertar las energías del cliente (T. 1959, p. 17).

El primer inicio de evolución del pensamiento se observa en 1959. Se trata de depurar su carácter religioso y adoptar un papel asistencial entre la caridad y una asistencia social laica. Podemos observarlo en las siguientes palabras:

No faltan los que aspiran a un ejercicio de la Caridad en el sentido de perfecta armonía entre lo benéfico y social. Caridad practicada con perfecto espíritu Evangélico, siempre asesorada y valorizada por la técnica, buscando ayudar al necesitado, con soluciones definitivas, respetando y elevando su dignidad personal y no faltando nunca a la virtud de la justicia (...).

La Caridad que recomienda hoy la Iglesia es la que podríamos llamar hoy caridad intelectual, caridad que descubre la injusticia, que pone remedio a las necesidades más diversas, que procura crear nuevas estructuras, que usa de medios técnicos para despertar las energías del cliente (T. 1959, p. 17).

Pero la secularización que vive España sigue su curso y en los años sesenta encontramos ya interesantes discusiones sobre la asistencia pública y privada:

El Estado no nos puede hacer amar al prójimo: él no puede satisfacer sus necesidades espirituales (...) la asistencia oficial tiene la ventaja de disponer de medios abundantes, mientras que le falta por completo cualquier contenido espiritual (Hörler, 1961, p. 231).

Y concluye diciendo: “asistencia particular, pero con el apoyo y la ayuda financiera del Estado” (Hörler, 1961, p. 231).

Sin embargo, sí llama la atención que en esta época se encuentre agazapada Concepción Arenal (1820-1893) cuyo pensamiento, “humanista y moderno”, no fue continuado por las escuelas.

Y, es que, en las tesinas se observa que es la Iglesia oficial, recuperada más tarde en la Dictadura franquista, la que continúa encargándose de la asistencia a los pobres. Mas, la pregunta se impone hoy que está siendo rescatada su figura: ¿A qué se debió el abandono de la línea discursiva de Concepción Arenal? Son dos las hipótesis que me sugiere este estudio:

- A la alianza del poder de la Iglesia con el poder monárquico (Alianza del Altar al Trono contra el mundo moderno), (López Aranguren, 1991).
- El acercamiento de Concepción Arenal al Krausismo y la Institución Libre de Enseñanza.

No obstante, ya a mediados de siglo toman fuerza otras versiones del quehacer profesional, sobre todo la línea del desarrollo comunitario. Las asistentes sociales se profesionalizan guiadas por el empirismo positivista, corriente avalorista que tiene una larga trayectoria en España. Concretamente, en la intervención comunitaria. Por ello, se trata de:

Activar los recursos con que cuenta la comunidad, de suerte que la misma comunidad pueda resolver por sí sola algunos problemas (T. 1962, p. 29).

Esta teoría se instala con impulso en los estudios de Asistencia Social en 1964-65. Las tesis son dirigidas por profesores/as reconocidos de la Universidad, quienes recomiendan hacer estudios cuantitativos con una aparente falta de ideología. Este giro epistemológico es interesante por la formalización teórica que adquieren los/as profesionales, pero la mano de arte que tiene la relación de ayuda, el elemento artístico por excelencia de la profesión queda nublado por esa racionalidad instrumental. Los números ocultan lo que sucede en el encuentro profesional.

Antes de continuar con la historia del pensamiento ha venido a mi cabeza una pregunta que no me resisto a dejarla congelada en una de las casitas que cobija en mi mente este y otros trabajos relacionados con mi objeto de estudio: la disciplina que nos ocupa. Ahí está:

- ¿Qué permanece en la mente de las y los trabajadores/as sociales de hoy de estas concepciones?

La dejo colgada para que cada una se la haga en su “habitación propia”.

Y seguimos el camino epistemológico trazado. Un cambio sociocultural se estaba gestando en España. En la década de los sesenta el laicismo ya es un hecho real en nuestra sociedad, a pesar de que la Dictadura y la Iglesia tratan de sostener con represión sus credos. La juventud española ya está dando la vuelta a sus creencias y la permeabilización del país se ha abierto a otros acontecimientos externos. En esta nueva etapa hay un hito importante en nuestro país, las Jornadas de Pamplona. En ellas se define por primera vez el objeto de nuestra disciplina como “las necesidades sociales en relación con los recursos aplicables a las mismas”.

En estas jornadas se intenta dar un giro epistemológico que supere la línea empírica positivista pero no se consigue. La tendencia a definir necesidades previamente delimitadas por los recursos existentes no permite salirse de los límites del empirismo. Los recursos están limitados y el llamado binomio necesidad/recurso se organiza dentro de unos Servicios Sociales que definen las necesidades determinadas de antemano, así como los recursos.

La epistemología que sostiene a la profesión va evolucionando y siendo reconocida poco a poco, no tanto en la comunidad científica, hecho que no llega hasta mucho más tarde, pero sí entre el mundo profesional. Las jornadas de Pamplona supusieron una apertura al mundo político y a otros/as profesionales que cambiaron su mirada hacia los/as asistentes sociales. Aun no siendo materia de este trabajo, es preciso señalar que poco más tarde, los Servicios Sociales contribuyen a madurar el pensamiento en la medida en que su organización dio cabida a muchas y muchos profesionales. Este es el primer paso hacia la institucionalización del Trabajo Social y los Servicios Sociales.

Teniendo en cuenta que toda institucionalización de una profesión y disciplina requiere, según Berger y Luckmann, la transformación de un conocimiento primario, guiado por esquemas de acción y principios doctrinales, en un segundo nivel de proposiciones teóricas más riguroso, pasamos ahora a ver la institucionalización del Trabajo Social fuera de nuestro país, concretamente en EE.UU. Este es el paso que dio Mary Richmond (1917), reconocida en la comunidad de trabajadores sociales como la primera teórica de la materia. Ella define así el llamado hoy Trabajo Social:

“El servicio social de casos individual es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad reajustando consciente e individualmente el hombre a su medio”. Y más en concreto, el “quehacer específico” del Trabajo Social según la siguiente clasificación de los tipos de intervención es:

- 1) Comprensión de la individualidad y de las características personales.
- 2) Comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social.
- 3) Acción directa de la mentalidad del/de la asistente social sobre la de su cliente.
- 4) Acción indirecta ejercida sobre el medio social” (Richmond, M. 1982, p. 62).

Más, en la obra de Mary Richmond continúa la línea del empirismo positivista, fiel al valor de los hechos y de la “evidencia” a la manera durkheimiana. El desarrollo de la personalidad del individuo y su reajuste con el medio fue lo que más tarde, con la Reconceptualización, será objeto de crítica epistemológica. La línea discursiva se centra en el caso individual favoreciendo el psicoanálisis. Así, otras corrientes como la psicoanalítica vienen a sumarse a las desarrolladas por Mary Richmond.

Hacia los años setenta, el discurso psicologista de la intervención individual fue criticado por algunos sectores de izquierdas en EE.UU.

... en la historia de la reforma social muchas estrategias de acción social, entre ellas dos de los marxistas, los fabianos y los sindicalistas, han advertido que los servicios centrados en la atención de casos individuales pueden ser (usando una conocida expresión) “el opio de las masas” (Khan, 1971, pp. 62-72, citado en Lazarsfeld, 1971).

Más, el concepto de reforma social en Mary Richmond tuvo una gran importancia en su pensamiento ya que para ella el individuo/a y el medio son interdependientes. Veamos cómo se expresa respecto a este gran tema para ella:

Son tres las otras formas de trabajo social, cada una de las cuales se interrelaciona con el trabajo social de casos: trabajo Social de grupos, acción y reforma e investigación sociales (...), la acción y reforma social persigue la mejora de las condiciones de vida principalmente mediante la propaganda y la legislación social (1996, pp. 161-162).

Mucho más tarde de que se escribieran estas palabras, a mediados de los años sesenta, EE.UU. hizo un gran esfuerzo por la reforma social. Se aprobaron las leyes más importantes para combatir la pobreza, elevar el nivel de la educación, mejorar la salud, fomentar la formación profesional de los jóvenes, la re-formación de los parados...

Aunque, “la guerra contra la pobreza” de 1964 no produjo los efectos esperados, la tasa de pobreza se redujo drásticamente en los siguientes diez años. Según la Oficina del Censo de EE.UU., la tasa de pobreza en Estados Unidos en 1964 era del 19 %. Para 1973, la tasa de pobreza era del 11,3 %, según la Oficina del Censo.

Por su parte, la Reconceptualización en Latinoamérica criticó con fuerza el enfoque funcionalista de la profesión interpretado como adaptación de la persona a un medio hostil, lo cual supuso el cuestionamiento y la revisión de un nuevo trabajo social. Los objetivos: cambio del contenido asistencial y adaptativo de la profesión y alcanzar un mayor rigor científico. Para alcanzar estos creyeron que había que cambiar la mirada sobre el sujeto, esto es, pasar de trabajar con un/a individuo/a considerado como objeto por otro como sujeto, que sea crítico, reflexivo y protagonista de su propio cambio. El propósito debía ser transformar las situaciones sociales injustas.

El modelo dialéctico marxista es la referencia teórica que guía el proceso. Nos encontramos ante los albores de la llamada hoy perspectiva crítica.

A finales de los años setenta irrumpe con fuerza en el medio profesional del Trabajo Social la teoría sistémica, concretamente en su aplicación a la familia. No es de extrañar esta conquista si echamos la vista atrás, y reconocemos nuestro ADN en Mary Richmond y su teoría de la interdependencia.

Este paradigma concibe que toda situación es el resultado de una red compleja de elementos interrelacionados e interactuantes. La sociedad misma es un entramado de interrelaciones hechas de negociación, transacciones, intercambio y comunicaciones. Es un marco conceptual y operativo que traza una perspectiva unificadora y globalizadora. Supone una mirada privilegiada para el análisis de la complejidad de los fenómenos a los que se enfrenta el Trabajo Social.

Se analiza la interdependencia entre la persona considerada como sistema y los distintos sistemas de su medio social: familia, amigos/as, vecinos/as, compañeros/as de trabajo, escuela, ocio y las instituciones con las que mantienen vínculos significativos. Es un paso fundamental para el desarrollo de la teoría de la complejidad formalizada por Edgar Morin.

Y ha llegado el momento de exponer los elementos que ha de reunir, a mi juicio, un modelo de referencia para la investigación-acción en Trabajo Social:

- Las creencias acerca de la realidad del campo profesional. Ideología.
- La elección de las perspectivas o enfoque teóricos que explican el campo de intervención.
- El objeto de la disciplina como elección de los fenómenos materia de investigación-acción.
- El método como procedimiento, guía o camino que se va a seguir para intervenir.
- La elección de las técnicas, articuladas con el enfoque teórico.
- Las experiencias de campo como referencia de la realidad social. Sin esta no se completaría el diálogo entre la teoría y la práctica (Zamanillo, 2008, p. 58).

“¿Por qué la inclusión, en un primer paso, de las creencias del profesional o del investigador, si en Trabajo Social se ha asegurado siempre que hacer ciencia es soltar el lastre de lo ideológico, para alcanzar el máximo grado de objetividad? Porque el marco de referencia o las preconcepciones acerca del mundo social son el modo de acercarse a la realidad en un primer momento, de una manera sensible, intuitiva, inductiva, que aun a pesar de ser un conocimiento incierto y dudoso, por la índole de su subjetividad, puede proporcionar las primeras hipótesis sobre la misma. Porque, por medio de la práctica de la vida cotidiana, y de la experiencia en nuestro proceso biográfico, hemos ido construyendo nuestros cimientos éticos, nuestras creencias básicas, es decir, nuestro modelo de sociedad, ese que nos constituye y da fuerza a nuestra identidad de personas y de profesionales (...). Porque las creencias cumplen, así, la función de los prismáticos, que nos ponemos para visualizar, a lo lejos, panoramas en los que hemos de focalizar una mirada que, a modo de las primeras líneas de los mapas, nos van a ayudar a andar, a elegir caminos, a desandar lo andado. Y, sobre todo, porque nuestras creencias básicas nos van a ayudar a elegir la escuela teórica que, en coherencia con nuestra ideología, podrá formarnos en un conocimiento que dé sentido a nuestra actuación. No es lo mismo situarse en un punto de partida respecto al concepto de la delincuencia, o el maltrato, para una persona formada en un enfoque conductual-cognitivo, que sistémico, o psicodinámico. De ahí que, la articulación entre los distintos elementos de un modelo ha de tener una coherencia, formal y sensible, rigurosamente estructurada. Es pues, desde este punto de vista, que sostenemos que, con la ideología, comienzan los primeros pasos de la construcción de un modelo. Por eso, la elección de las teorías no puede ser impuesta por una instancia superior al investigador, como si de una ley universal se tratara. Y, además, es preciso repetir con Bateson, que el mapa no es el territorio” (Zamanillo, 2008, pp. 58-59).

Decía al comienzo que en los años noventa se produce una sucesión ininterrumpida en las escuelas, hoy facultades, de elaboración de memorias docentes que obligaron a estudiar al profesorado adquiriendo un nivel más alto de conocimiento. Asimismo, cuando en 1990 se crea el Área de Trabajo Social y Servicios Sociales los doctorados proporcionaron a la disciplina su reconocimiento en la comunidad científica.

Para ir terminado con los desarrollos del conocimiento más recientes, destacamos a continuación las líneas discursivas que se están formalizando poco a poco desde que la teoría sistémica se instaló con fuerza en nuestro campo. Estos son, entre otros: la teoría de la complejidad, la investigación narrativa, el constructivismo, la intervención en redes.

La perspectiva crítica y sistémica deben, a mi juicio, guiar el conocimiento para el análisis de la realidad sobre la que se interviene. También es aconsejable dirigir las investigaciones con el método Investigación Acción Participante (IAP) en prácticas colaborativas. El desarrollo reciente sobre este tema lo pueden encontrar en el libro Supervisión: hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar publicado en Thomson Reuters Aranzadi y coordinado por Berasaluze, Ariño-Altuna, Ovejas-Lara y Epelde-Juaristi publicado en 2023.

Y, al final, llegamos al principio, el de exponer la cuestión sobre el objeto, aunque, de acuerdo con Wagensberg, “se empieza con la elección del objeto y se termina cuando tal elección ha alcanzado cierta plenitud” (1992, p. 13). Hoy podríamos preguntarnos: ¿la elección desarrollada en el Congreso de Barcelona en 1992 según Teresa Zamanillo, como “todos los fenómenos relacionados con el malestar social de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal” ha alcanzado cierta plenitud hoy?

Con el fin de responder a esta pregunta necesitamos investigar en el área profesional teniendo en cuenta los elementos del sistema antes señalados para ir creando un terreno epistemológico sólido. Pero sin los/as profesionales de los distintos campos de trabajo y la Universidad, más las instituciones políticas y civiles —ONGs, asociaciones, movimientos sociales, etc.—, no podremos desarrollar mucho conocimiento para intervenir. Queda un gran terreno abierto para cultivar en el que debemos agudizar nuestra conciencia sobre el contexto neoliberal en el que se mueven las sociedades de hoy. Tal vez solo podamos resistir. De ahí que proponga formación sistémica y crítica como la base para profundizar en los desarrollos recientes de la teoría de la complejidad, narrativas, diálogos abiertos, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranguren, J. L. (1991). *Moral de la vida cotidiana, personal y religiosa*. Tecnos.
- Berasaluze, Ariño-Altuna, Ovejas-Lara y Epelde-Juaristi (coords.) (2023). *Supervisión. hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1984). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Bertalanffy, L. V. (1979). *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Ed. Alianza Editorial.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1991). *Servicio Social y Modelo Sistémico: una perspectiva para la práctica cotidiana*. Ed. Paidós.
- Dahrendorf, R. (1983). *Oportunidades vitales*. Espasa Calpe.
- Efran, J. y Fauber, R. (1998). "El constructivismo radical. preguntas y respuestas", en *Constructivismo en psicoterapia*. Paidós.
- Gans, H. (1971). "La pobreza urbana y la planificación social", en *Planificación sociológica de los problemas sociales*. Lazarsfeld, P. (comp.). Buenos Paidós.
- Hamilton, G. (1982). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. La Prensa Mexicana.
- Hörler, E. (1961). *Origen y objeto del Servicio Social. Misión de las asistentes sociales*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Howe, D. (1999). *Dando Sentido a la Práctica, una introducción a la teoría del trabajo social*. Editorial Maristáin.
- Ion, J. (2005). *Le Travail Social à Débat*. La Découverte.
- Kisnerman, N. (1982). *Prólogo de Caso Social Individual*. Humanitas.
- Lazarsfeld, P. F. Sewell, W. H. Wilensky, H.L. (comp.) (1971). *Planificación sociológica de los problemas sociales*. Paidós.
- Lima, Boris A. (1983). *Epistemología del trabajo social*. Humanitas.
- Mead, G. H. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Paidós.
- Minuchin, P.; Colapinto, J.; Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Amorrortu Editores.
- Minuchin, S. (1988). *Familia y Terapia Familiar*. Gedisa.
- Navarro, S. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. CCS.
- Neimeyer R. y Mahoney, M. (comp.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Paidós.
- Perلمان, H. H. (1980). *El trabajo social individualizado*. Rialp.
- Richmond, M. (1982). *El Caso social individual. El diagnóstico social*. Talasa, Ediciones S. L.
- Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis*. Russell Sage Foundation.
- Ritzer, G. (1995). *Teoría Sociológica*. McGraw-Hill.
- Torres Díaz, J. (1987). *Historia del trabajo social*. Humanitas.

Villalba, C. (1995). "Intervención en redes" Documentación Social, *Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, n.º 69. Cáritas Española.

VV.AA. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (2010). *El imaginario social en las tesis de fin de estudios 1938-1983*. (Coord. Carmen Santos). Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid.

Wagensberg, J. (1985). *Ideas sobre la complejidad del mundo*. Tusquets, Serie Metatemas.

Zamanillo, T., y Gaitán, L. (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Navarra: Verbo Divino.

Zamanillo, T. (2005). *Memoria de oposición a Cátedra*. Universidad Complutense de Madrid.

Zamanillo, T. (2008). *Trabajo Social con grupos y pedagogía ciudadana*. Síntesis.

ANEXO

Al final de esta ponencia, compartida con Miren Ariño y Belén Navarro, se hicieron diversas preguntas para fomentar el debate. Tres de las cuales se formulan a continuación:

- En un repaso a las definiciones de Trabajo Social desde 1919 hasta 1984, además de la de Melbourne en 2014, parece que nuestro ADN está construido sobre un ser humano (profesional) que quiere salvar al individuo y al mundo que lo rodea. Este es el alma del Trabajo Social. Esa concepción desde mi punto de vista se asienta en una desigualdad relacional de base: el que está bien desde una perspectiva tanto moral como psicológica y social y los que no están bien y necesitan alguna ayuda material o psicosocial. En las facultades, de alguna forma se transmite esto ¿cómo se resuelve esa diferencia desde el punto de vista metodológico?
- La definición de Melbourne reza así: El Trabajo Social es 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. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar ¿qué relación tiene esta definición con la realidad que vivimos?
- Siempre he pensado, y por eso he elegido la vía de la reflexión escrita, que por ese camino podríamos cambiar, pero me parece una ruta muy lenta. El mundo está cambiando mucho más rápidamente que nuestra disciplina. Hoy, el neoliberalismo nos interpela de una forma brutal y mientras tanto nosotras seguimos esquemas trazados desde hace mucho tiempo ¿cómo se puede seguir avanzando de manera que el conocimiento que proviene de la academia haga más porosa a la profesión, con el propósito de que sea más permeable a los cambios epistemológicos?

Belén Navarro Llobregat
hola@trabajosocialytal.com

Mesa redonda

Qué herramientas para qué epistemología: la tiranía de los instrumentos

Resumen: Este artículo trata de mostrar la influencia del contexto neoliberal en la epistemología del trabajo social, mostrando como ejemplo el uso de algunos instrumentos propios del trabajo social. La tesis principal es que el influjo neoliberal en el desempeño profesional actual puede hacer del trabajo social lo que Josefa Fombuena denomina una profesión imposible. Pretende, por tanto, incorporar algunas claves para manejarse en este contexto y hacer del trabajo social una profesión posible.

Palabras Clave: Epistemología, Neoliberalismo, Trabajo Social Crítico.

Abstract: This article attempts to show the influence of the neoliberal context on the epistemology of social work, showing as an example the use of some instruments specific to social work. The main thesis is that the neoliberal influence on current professional performance can make social work what Josefa Fombuena calls an impossible profession. It therefore aims to incorporate some keys to navigate in this context and make social work a possible profession.

Keywords: Epistemology, Neoliberalism, Critical Social Work.

En estas líneas pretendo describir la influencia del contexto neoliberal sobre la epistemología de la profesión y sus consecuencias sobre el ejercicio. Para ello recogeré algunas ideas de autoras referentes para el trabajo social, especialmente Miren Ariño, Josefa Fombuena, Enma Sobremonte y Teresa Zamanillo. Los escritos de estas autoras y algunas más son los culpables de que me haya ido convirtiendo en lo que la propia Teresa denomina profesional reflexiva (Zamanillo, 2018). Si muchas profesionales hemos podido iniciar un proceso de reflexión es porque caminamos a hombros de gigantes. Esta es la primera premisa que sustenta estas líneas.

En cada foro profesional, en los libros y hasta en las redes sociales se señala con insistencia que el trabajo social es una profesión ágrafa (Barriga, 2009). Que la generación de conocimiento proviene de la academia y que las profesionales no sistematizamos el conocimiento que se genera desde la práctica profesional. La nuestra, se dice, es una profesión que escribe poco.

Cabría introducir algunos matices a estas afirmaciones: en primer lugar, la mayoría de autoras/es referentes en la profesión han alternado la docencia con el ejercicio profesional, en segundo lugar, el creciente número de revistas profesionales es una muestra de que la generación de conocimiento por parte de la profesión es cada vez mayor y en tercer lugar, no podemos obviar el componente de género presente en trabajo social. En una profesión tan feminizada como la nuestra, obviar las dificultades que las/os trabajadoras/es sociales hemos de afrontar para tener nuestra *habitación propia* es hacer un análisis sesgado.

Es por ello por lo que lo segundo que pretendo señalar es una cierta misoginia proveniente de algunos foros académicos. Es necesario cuestionar este relato (como muchas compañeras/os han hecho ya) porque desgraciadamente tiene consecuencias en lo referente al desarrollo disciplinar. Al final de este texto explicaré cuáles son esas consecuencias.

Para articular mi reflexión, parto de la concepción del trabajo social como “una forma de ayuda racionalizada para neutralizar los fenómenos de desorganización social, producto de las situaciones de desigualdad” (Zamanillo, 2018, p. 28). Aunque estoy de acuerdo con Eduardo Galeano en que la utopía nos sirve para caminar, opino que en el asunto que nos ocupa son más útiles las ideas y conceptos que se refieren al ser sobre las que se refieren al deber ser. Considero, como explicaré más adelante, que la profesión arrastra, al menos en España, ciertos conceptos e ideas, digamos, salvíficos y pienso, como explicaré también más adelante, que no debemos confundir valores y principios éticos (necesarios) con el propósito o propósitos de la profesión. Entender el trabajo social como la profesión que se ocupa de “todos aquellos fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos, ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal” (2018, p. 74) ayuda a evitar estos sesgos mesiánicos.

Plantea Enma Sobremonte en una reflexión conjunta con Arantxa Rodríguez que el trabajo social dispone de un objeto propio que lo diferencia de otras disciplinas de las ciencias sociales y también que el objeto proviene de la práctica (2019), “La práctica del trabajo social es sin duda el momento de la verdad” ¡Qué frase! (*ibid.*, p. 27). Cabría matizar que esta práctica es variada pues depende del enfoque teórico que oriente la acción. A este respecto señalan Sobremonte y Rodríguez que esto ocurre en cualquier disciplina y que “no se debe confundir los elementos de un enfoque determinado con los elementos constitutivos del objeto” (*ibid.*, pp. 36-37). Desde esta perspectiva, concluyen, aunque el objeto permanezca no existe un único trabajo social porque además de lo anterior se realiza en un contexto del que no puede desligarse. Ese contexto es lo que conocemos como sociedad neoliberal. En palabras de Saul Karsz “el trabajo social está hoy día tomado, asediado, atrapado, se desarrolla y colisiona contra límites infranqueables en el mundo de la revolución neoliberal” (2019, p. 45). Al contrario de lo que se suele creer, lejos de abandonar las políticas sociales, el neoliberalismo ha incorporado —desgraciadamente con éxito— su propio ideario que se resume en “la forma empresa como la mejor manera de organizar la intervención social” pues la competencia es un motor de progreso (Ávila *et al.*, 2019, p. 86).

La desigualdad se ha naturalizado y ya no es algo contra lo que haya que luchar sino un elemento a gestionar a través de la producción de individuos empresarios de sí mismos (*ibid.*, 2019). De la explotación hemos transitado acríticamente a la exclusión, de la integración a la activación y así sucesivamente hemos ido asumiendo paulatinamente una serie de mantras venenosos y cuando creíamos haberlo visto todo hemos acabado escuchando que la justicia social es un invento de la izquierda en una suerte de terraplanismo social al que desde luego no podemos negarle la originalidad.

Según Donella Meadows (2022) el propósito de un sistema no es conocer sus elementos ni la retórica de sus objetivos sino observarlo durante un tiempo y ver cómo se comporta. Podemos visualizar esta idea al observar la utilización por parte de las administraciones de términos tales como igualdad, sostenibilidad, equidad, innovación social, etc. Son conceptos loables, qué duda cabe, que acaban enmascarando políticas no tan nobles para la mayoría social. Hacer de su relato el marco ideológico hegemónico en la sociedad ha sido otro de los logros del tsunami neoliberal (Lakoff, 2020).

Ante esta revolución neoliberal, Saul Karsz apunta tres reacciones en el seno de nuestra profesión: la colaboración, la resignación y la resistencia (2019, pp. 48-49). La colaboración se concreta en la asunción acrítica de directrices políticas y administrativas a pesar de que puedan dañar; se trata de un desempeño basado en la culpabilización a las familias de su precariedad, en la puesta en marcha de proyectos destinados a estimular a las personas a asumir sus propias responsabilidades sin esperar que la ayuda les venga del exterior, desempeño que acaba convirtiéndose en una dinámica de señalamiento sistemático de los supuestos déficits que impiden a las personas progresar.

A este ejercicio lo denomino **praxis colaboracionista** y de quienes lo representan solo desearía que no se parapetasen tras una pretendida neutralidad ideológica que no existe. Es el único modo de poder debatir. También sería un ejercicio de honestidad que quienes defienden un modelo neoliberal en políticas sociales reconozcan que ciertas prácticas, programas e iniciativas están diseñadas (en el mejor de los casos) para facilitar la gestión de las administraciones y no para mejorar la vida de las personas.

Por su parte, la segunda reacción, la resignación combina el desacuerdo con las políticas sociales en vigor con el rechazo a denunciar esas políticas, bien por considerar que el trabajo social debe mantenerse en esa neutralidad

que citaba en líneas precedentes, o bien por entender que la denuncia o reivindicación no serviría de nada. En esta vorágine neoliberal en la que se encuentran los sistemas de protección social es comprensible, incluso diría, a diferencia de Saúl Karsz, que es un legítimo mecanismo de defensa de las/os profesionales. Hay que estar dentro para entender las tensiones a las que están sometidas las profesionales en el contexto actual.

La tercera postura es la de resistencia. Es un término “que conlleva una extensa tradición de insumisiones, valentías y rebeldías contra dominaciones y sojuzgamiento de toda suerte” (Karsz, 2019, p. 49). La fuerza de la resistencia es también su debilidad porque, al igual que la resignación, es reactiva. Es una respuesta a la vorágine neoliberal y hace referencia en la mayoría de sus manifestaciones a un supuesto tiempo pasado que no volverá.

Tanto la resignación como la resistencia son, como digo, respuestas reactivas, aunque lógicas. Nuestra profesión es muy complicada. Álvarez-Uría (1995 *apud* Pelegrí, 2004) establece que el trabajo social nació condicionado por una ambigüedad constitutiva y constituyente, que consiste en la tensión entre la búsqueda de la igualdad y los propios límites institucionales preestablecidos y la pendulación entre el control y la ayuda. Fombuena (2006) profundiza en esta ambigüedad describiendo una dicotomía entre cuidados y derechos.

Este enfoque, con dimensión de género, se sustenta en el hecho de las/os trabajadoras/es sociales desempeñamos tareas de dos tipos: Por un lado, se desempeñan tareas propias de mujeres, es decir, el apoyo en aquellos problemas convivenciales que se dan en el espacio privado de la sociedad, la familia. Por otro se nos asigna el encargo de perseguir la justicia social, una tarea propia del espacio público y, por tanto, de hombres. Es por ello por lo que “para el trabajo social resulta de especial interés el análisis feminista relativo a la división del trabajo entre los espacios público y privado” (*ibid.*, p. 139).

Estas y otras contradicciones dan lugar a lo que la propia Fombuena denomina “un trabajo social hecho de paradojas” (2019, p. 132). Actualmente el trabajo social se encuentra cada vez más entrampado, especialmente (aunque no únicamente) en el sector de los servicios sociales. Se multiplican las situaciones que nos obligan a elegir entre abogar por nuestros clientes o por las instituciones porque aumentan los programas de control y monitoreo de pobres, programas que responden a las políticas de las administraciones, pero dañan a las personas. La paradoja entre las paradojas es que el objeto del trabajo social es el malestar psicosocial y la intervención social neoliberal nos está obligando a infringir malestar a las personas a través de las llamadas *necropolíticas*. Lo peor es que han llegado para quedarse.

A este paso el trabajo social corre el riesgo, en palabras de Fombuena, de convertirse en una profesión imposible (*ibid.*, 2019). Por trabajo social imposible se entiende aquel cuyo ejercicio produce un malestar insostenible tanto en las propias profesionales como en la ciudadanía. En el caso de la ciudadanía que atendemos, debido a que nos identifican con las *necropolíticas*. Es importante matizar que las *necropolíticas* no solo están relacionadas con la garantía de subsistencia; la gestión de la conocida Ley de Dependencia se caracteriza por el incumplimiento sistemático de los plazos por parte de las administraciones. Con respecto a la ciudadanía no atendida por el trabajo social también hay un malestar creciente con la profesión porque va calando el mantra de que apoyamos la indulgencia y despilfarramos el dinero público.

En definitiva, mi tesis principal es que el desempeño profesional en el contexto neoliberal está modelando lentamente nuestro quehacer alejándonos cada vez más de ese trabajo social aspiracional contenido en la definición de la Federación Internacional de Trabajo Social, el que (teóricamente) querríamos desarrollar. ¿Qué podemos hacer, entonces? ¿Qué conocimiento necesitamos para afrontar este panorama? Por lo pronto, urge recuperar la perspectiva crítica y sistematizar los saberes de las/os profesionales y de la ciudadanía. Miren Ariño ha desarrollado lo que ella denomina un *giro epistemológico* hacia una praxis colaborativa (Ariño y Velasco, 2012, p. 55), que proporciona valiosas claves para el ejercicio profesional.

¿Cómo hacer todo esto? A mi juicio es necesario redefinir qué entendemos por trabajo social crítico. Comparto las tesis de Carlos Montañó, quien plantea que el trabajo social crítico no debe ser entendido como “revolucionario” o “transformador” porque eso representa una visión mesiánica de la profesión (2019). El punto de partida de la perspectiva crítica es la realidad, su motor es la indignación y la teoría es la herramienta, continúa argumentando. Por lo tanto, el trabajo social crítico supone una postura y una perspectiva frente a la realidad que debe dar lugar a una práctica también crítica.

La práctica crítica comienza politizando nuestro ejercicio profesional, es decir, explicitando los intereses a veces antagónicos que existen en la sociedad en general y en nuestro trabajo en particular. Es necesario externalizar

esos intereses que están en juego entre los sujetos, sean micro o macro. Pongo como ejemplo la utilización de algunos de los instrumentos propios del trabajo social. Uno de ellos es el instrumento conocido como proyecto de intervención social.

La Ley de Servicios Sociales de Andalucía establece un modelo de proyecto que la Ley Andaluza de Servicios Sociales denomina PRISO. En el PRISO se trasluce nítidamente la ideología de quienes diseñan las políticas de servicios sociales. Tras este modelo de PRISO se esconden tres ideas neoliberales. La primera es que los problemas de las personas que acuden a servicios sociales se deben a averías individuales relacionadas con dificultades para integrarse.

La segunda idea la señalamos Berta Lago, Pedro Celiméndiz y servidora: “Si una persona se encuentra en situación de pobreza, como es consecuencia de su responsabilidad individual hay que incentivarle (o castigarle) para que salga de esa situación a través de la técnica del palo y la zanahoria” (2020, p. 13). La tercera y última idea neoliberal ha sido repetida hasta la saciedad: el empleo es la mejor política social. Este mantra es asumido por cada vez más partidos del arco ideológico a pesar de que cualquiera sabe que en la actualidad la tenencia de empleo per se no saca a las personas del pozo. Aun así, a los servicios sociales nos han convertido en un pseudo Servicio Andaluz de Empleo para pobres, instándonos a realizar PRISOS de activación laboral por cada prestación económica que gestionamos.

La Ley de Dependencia no escapa de esta tiranía. Para prescribir los recursos del Catálogo de Dependencia en Andalucía se diseñó una aplicación informática llamada Netgefys. Esta aplicación impide, por ejemplo, prescribir veinte horas de ayuda a domicilio a las personas con grado I de dependencia, aunque la ley así lo determine. La aplicación solo permite prescribir diez horas. Pero no solo sucede esto en el ámbito de los servicios sociales de atención primaria. El SIPASDA, que es la aplicación de los centros de tratamiento ambulatorio de adicciones andaluces, no permite dar de alta a personas que estén en fase precontemplativa, aunque acudan a terapia. Si no se inicia el tratamiento la persona no puede ser dada de alta en el sistema, con lo que hay centros que directamente no dan cita a estas personas.

La cumplimentación de la herramienta VALÓRAME de protección de menores exige entrevistar a las niñas y niños para algunos ítems, aunque las/os profesionales entiendan que dicha entrevista pueda suponer una revictimización. En definitiva, la prioridad para las administraciones ya no son las personas sino los expedientes en una obsesión por los protocolos cada vez mayor porque en el fondo lo importante es que no recaigan responsabilidades de ningún tipo derivadas de nuestra actuación profesional. De ahí la importancia creciente de los indicadores de esfuerzo por encima de los indicadores de resultado: Se han hecho catorce entrevistas y once visitas a domicilio y la familia no mejora. Como diría Pedro Celiméndiz, "la operación ha sido un éxito, lamentablemente el paciente ha muerto".

Que no se me malinterprete, no estoy en contra de los protocolos ni mucho menos de los instrumentos, esto sería como estar en contra de una silla o un vaso. Lo que quiero poner de manifiesto es su uso perverso por parte de muchas administraciones y, por ende, la necesidad de denunciarlo. Estoy segura de que cada Comunidad Autónoma tiene sus propios ejemplos al respecto porque desgraciadamente las políticas son similares. Y, por otra parte, basta con sacar a colación el procedimiento de tramitación del Ingreso Mínimo Vital, una prestación que ya nació con graves problemas y cuya tramitación por parte de la ciudadanía es prácticamente imposible.

En esta línea hay que apuntar que la puesta en marcha de la administración electrónica en un país con la brecha digital que padece España es cuestionable. Es evidente que la administración electrónica es un imperativo en sociedades avanzadas, pero sin una implantación acompañada de soportes de ayuda, al menos en el entorno rural del que procedo, acaba convirtiéndose en otra barrera más. En esta línea habría que hablar con detenimiento del uso de las Tics por parte de las administraciones, lo dejo para la reflexión.

La utilización de instrumentos perversos nos obliga a un desempeño cuanto menos ineficaz y es el ejemplo que he querido compartir para alertar del desvarío epistemológico que supone no cuestionar el contexto en el que nos desenvolvemos y asumir sin más el estado de las cosas. Y como de lo que se trata es de abrir grietas por donde entre la luz vuelvo a Josefa Fombuena, que ofrece tres claves para convertir el trabajo social en una profesión posible (2019). Yo complementaré estas claves con algunas ideas propias que se exponen a continuación:

1. Abandonar: Josefa Fombuena plantea que el trabajo social debe renunciar al absoluto, en palabras de Teresa, al poder salvífico (2018), en palabras de Sobremonte y Rodríguez al trabajo social sacralizado (2019).

La búsqueda de la justicia social es un componente prestigioso que se convierte en condena debido a la magnificencia de la misión. Las consecuencias: un trabajo social siempre insatisfecho, exigente y severo ¿Hemos

de arrinconar la justicia social? ¡De ninguna manera! Ya expliqué al principio de este texto que es un disparate negacionista decir que es un invento de la izquierda. Es, como dije, terraplanismo social.

Lo que la profesora Fombuena propone es renunciar a la justicia social como propósito del trabajo social y lo que yo propongo, complementando lo anterior, es que la justicia social sea un principio ético, irrenunciable como valor, no como misión. Plantear la justicia social como un propósito nos lleva a afirmaciones hechas también por esta que suscribe tales como *el principal recurso somos las/os profesionales*. No debe ser así, ni como personas ni como profesionales. El principal recurso, dice Josefa, es la agenda social que organiza y jerarquiza las cuestiones sociales, haciendo que la sociedad priorice estas cuestiones frente a otras ¿que las/os profesionales somos fundamentales? Por supuesto, pero no somos responsables de unas políticas u otras, lo que eso no significa que no tengamos un margen de acción, como explicaré al final de estas líneas.

Opino, por otra parte, que debemos abandonar de una buena vez el pensamiento disociado. Por más que se haya señalado en foros y congresos continuamos con las famosas disyuntivas entre el trabajo de despacho y de calle, entre lo individual y lo comunitario, la intervención y la gestión y así sucesivamente. Sobremonte y Rodríguez señalan, refiriéndose a las tensiones entre teoría y práctica, individual y colectivo, etc., “hemos convertido lo problemático en dilemático” (2019, p. 26).

En relación con los instrumentos me maravilla la obsesión no solo de las/os profesionales sino de muchas/os autoras/es provenientes del mundo académico de dotar a la visita domiciliaria de una trascendencia casi mística para el trabajo social. Si la visita domiciliaria o el informe social son las señas de identidad de la profesión apañadas estamos. Habría que abandonar esas banderas lo que no significa otorgarles la importancia que tengan que es, en mi opinión, relativa.

2. Mantener: Josefa plantea reconocer y mantener el valor de la práctica profesional en estos términos “Mostrar empatía hacia la práctica por parte de las/os propias/os profesionales, que cada día realizan (realizamos) análisis en intervenciones más allá de la queja, desde el acompañamiento y la escucha hacia la otra persona. Hoy día las/os profesionales ya no expresan solo su cansancio o su rabia, sino que demandan (demandamos) el reconocimiento que nuestro trabajo complejo merece. Esa empatía ha de mostrarse también desde la propia investigación”, apoyando a las/os profesionales en la generación de conocimiento. Esto me lleva al inicio de mi intervención cuando señalaba la misoginia y las consecuencias para el desarrollo epistemológico de la profesión. Señalar sistemáticamente las deficiencias en investigación por parte de las/os profesionales no facilitará la generación de conocimiento, mucho menos las revisiones innecesariamente crueles en las revistas especializadas que yo misma he sufrido en mis carnes.

Es importante también mantener un cierto grado de indignación proactiva. Dice la escritora Chimamanda Ngozi Adichie, refiriéndose a la brecha de género: “Estoy rabiosa. Todos tendríamos que estar rabiosos. La rabia tiene una larga historia de propiciar cambios positivos. Y además de rabia, también tengo esperanza, porque creo firmemente en la capacidad de los seres humanos para reformularse a sí mismos para mejor” (2015, p. 27).

Y por último en lo que se refiere a mantener, quiero señalar como una práctica muy positiva el diseño de instrumentos por parte de las/os profesionales del trabajo social, sea desde las administraciones, la estructura colegial o por encargo a otras colegas. Pongo por caso el informe social para la valoración de apoyos que han elaborado las compañeras Marta Cubero y Belén Novillo (2023). A menos de que se trate de profesionales colaboracionistas (en cuyo caso no estaremos avanzando nada) nuestro propio diseño del instrumento garantizará que al menos no dañará a las personas y, en el mejor de los casos, contribuirá a garantizar sus derechos, como ocurre con el informe que acabo de citar.

3. Incorporar: Josefa Fombuena propone incorporar la esperanza a la práctica del trabajo social, profundizar en la investigación y que las/os trabajadoras/es sociales comencemos a percibirnos a nosotras/os mismas/os como intelectuales. Por mi parte quiero aportar tres ideas, la primera, aprender a manejar el encargo institucional ¿cómo? En primer lugar, negándonos colectivamente a aquellas iniciativas que vulneren el Código Deontológico con el apoyo de nuestros colegios profesionales. En segundo lugar, separándonos del rol que al que se nos está abocando. Me explico. Tramitar prestaciones que dañan no significa estar de acuerdo con ellas. Es fundamental que la ciudadanía conozca nuestro malestar y nuestro posicionamiento crítico.

En tercer lugar, urge recuperar la función de defensa característica del trabajo social que defiende Malcolm Payne (2015). Para Payne, uno de los aspectos comunes en el contexto social del trabajo social es la defensa: el trabajo

social, a diferencia de otras disciplinas como la psicología o la sociología, aboga por sus clientes. Dicho de otro modo, no solo informamos a las personas de los derechos que les asisten, sino que mediante nuestra actuación profesional tratamos de que estos derechos no se vulneren.

ASPECTO	IMPLICACIONES
Personalización	Se trata a la gente como individuos, no como categorías.
Utilización del conocimiento	Para poder provocar cambios, los TT.SS. necesitan que las personas atendidas lleguen a comprenderse a través del conocimiento.
Relación	El trabajo social funciona mediante relaciones y éstas son un fin en sí mismas.
Contexto orgánico	El trabajo social utiliza el contexto orgánico de sus relaciones para llevar a cabo sus actividades.
Necesidad	El trabajo social define la necesidad.
Mantenimiento de instituciones sociales	El trabajo social está ligado al mantenimiento de estructuras sociales importantes.
Defensa	El trabajo social aboga por sus personas atendidas.

Fuente: Teorías contemporáneas del Trabajo Social, P. 45.

Este cuadro resume las características del trabajo social que establece Payne y además puede utilizarse como herramienta de autoevaluación:

- ¿Estoy tratando a la gente como individuos/as o como categorías?
- ¿Utilizo el conocimiento durante la intervención social, o el prejuicio acumulado?
- ¿Cómo están siendo mis relaciones con la ciudadanía?
- ¿Cómo me estoy relacionando con la institución?
- ¿Estoy atendiendo las necesidades reales de las personas? ¿cuáles son?
- ¿Qué estructuras sociales estoy ayudando a mantener?
- ¿Estoy abogando por mis clientes?

La segunda idea, se refiere a la complejidad, un paradigma que ha calado en la epistemología del trabajo social pero no hemos acabado de trasladar a la práctica profesional. Solo desde una mirada compleja y sistémica podremos estar en condiciones de comprender la realidad y acompañar mejor.

La tercera y última idea hace referencia al conocimiento procedente de otras disciplinas, básico para nuestro propio desarrollo epistemológico y técnico. No podemos dar la espalda a todos los avances que se están produciendo en disciplinas como la neurociencia porque esos avances nos están ofreciendo importantes descubrimientos sobre el comportamiento humano. Por otra parte, como viene reclamando Teresa desde hace mucho tiempo, la filosofía es una de las fuentes de las que el trabajo social tiene que beber. Por ello acabo haciendo referencia a una de las filósofas más importantes de nuestro país.

La reflexión final, que persigue lanzar preguntas al viento, es la que sigue: si tal y como afirma Marina Garcés sabemos más sobre la relación del saber con el poder que sobre el saber y la emancipación, se trataría de dilucidar, en este caso, no solo qué tipo de respuestas puede ofrecer el trabajo social a los problemas sociales generados por la sociedad del conocimiento, sino, sobre todo, cómo apoyarse en el saber para generar emancipación y más concretamente cómo utilizar desde la disciplina y la profesión las tics para que contribuyan al proyecto autónomo vital de personas, grupos y comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adichie, C. N. (2015). *Todos deberíamos ser feministas*. Literatura Random House.
- Ávila, D., Cassián, N., García, S., y Pérez, M. (2019). *Por una acción social crítica. Tensiones en la intervención social*. Editorial UOC.
- Barriga, L. (2009). *El sexto sentido en Trabajo Social*. XI Congreso Estatal del Trabajo Social: Sentido y Sentidos.
- Celiméndiz, P., Lago, B., y Navarro, B. (2020). *Trabajo Social ante la garantía de rentas*.
- Cubero, M., y Novillo, B. (2023). *Informe social de valoración de apoyos*. <https://www.comtrabajosocial.com/informe-social-valoracion-de-apoyos/>
- Fombuena, J. (2006). "La influencia de la dimensión de género en el Trabajo Social". *Cuadernos de Trabajo Social*, 19(19), 133-154. <https://doi.org/10.5209/CUTS.8411>
- Garcés, M. (2017). *Nueva ilustración radical* (3ª ed.). Anagrama.
- Guinot, C., y Ferran, A. (2016). "Trabajo Social: arte para generar vínculos". *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. Deusto Digital.
- Karsz, S. (2019). "¡El Trabajo Social es cada vez menos lo que nunca ha sido!". *El Trabajo Social en un mundo en transformación* (p. 500).
- Lakoff, G. (2020). *No pienses en un elefante*. Península.
- Meadows, D. (2022). *Pensar en sistemas*. Capitán Swing.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Paidós.
- Pelegrí, X. (2004). "El poder en Trabajo Social: Una aproximación desde Foucault". *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 21-43.
- Zamanillo, T. (2018). *Epistemología del Trabajo Social: De la evidencia empírica a la exigencia teórica*. Ediciones Complutense.

Miren Ariño Altuna
PDI de la Universidad del País Vasco UPV/EHU
mirenedurne.arino@ehu.eus

Mesa redonda

Repensar el Trabajo Social desde una praxis colaborativa. Tránsitos hacia un giro epistemológico

El presente texto sintetiza algunas ideas fundamentales en torno a la necesidad de transitar desde posturas cercanas a claves positivistas-empiristas con acento en la tecnocracia y el pragmatismo para pasar a posiciones más comprensivas, abiertas a la complejidad, cercanas al socio construccionismo, sin perder de vista la necesaria orientación ética que rescate y actualice nuestros principios filosóficos, es decir un claro posicionamiento crítico-reflexivo y dialógico en torno a las condiciones de los contextos en lo que trabajamos y colaboramos.

Contemplemos la definición de objeto —no superada— que señala Teresa Zamanillo: *todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de las personas organizados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal*, podemos convenir en que reúne todos los elementos para no perder de vista las interacciones entre las personas y sus contextos, entre cómo viven e interpretan las personas las situaciones que les empujan a solicitar apoyo pero sin perder de vista cómo se han originado, a quien o quienes concierne y quienes han de responsabilizarse más allá de las personas que las sufren.

Las creencias de que existe un/a individuo/a aislado/a, centrado en sí mismo/a, frente a un exterior —cosa a la que podemos asomarnos, describir, observar y retratar con una distancia objetiva— son creencias que han estado y están en los fundamentos de múltiples dogmas cientistas y cuentistas, que han dejado huella en nuestro quehacer profesional. ¿Cuándo dejan huella en nuestro quehacer profesional? **Cuando confundimos a las personas con objetos, cuando nos hacemos cargo de sus riesgos, de sus decisiones, de sus vidas...**

Lo que nos acerca, de nuevo, a cuestiones sobre el objeto, que por tanto no ha de ser sujeto, sino objeto, es decir no las personas sino las situaciones que, en alguna medida, nos impiden serlo, que dificultan decidir, vivir de manera autónoma, serán las situaciones que nos cosifican, que nos hacen dependientes, sumisas, solas, deficientes, perdidas, desinformadas, etc.

Transitar desde una intervención (intervencionista) a una praxis colaborativa, pero ¿por qué?:

Praxis porque reúne teoría y práctica. **Colaborativa** porque conlleva un cambio en la sintaxis, en los sujetos de los verbos:

- **Informar.** No se trata de recoger y dar información sino de GENERARLA. Informamos y nos informan..., sobre todo para informarse. Informes sociales participativos...
- **Diagnosticar.** Pasar de los diagnósticos administrativos a los co-diagnósticos o interpretaciones compartidas.
- **Planificar.** Mediante estrategias consensuadas.
- **PRAXIS ... DIÁLOGO... Y PARTICIPACIÓN** en contextos respetuosos, próximos y amigables.

¿CÓMO PODEMOS COMPRENDER MEJOR, QUÉ TEORÍAS PUEDEN AYUDARNOS?



Fuente: Elaboración propia.

Tránsito 1 - Del conocimiento descriptivo-explicativo al conocimiento transdisciplinar e indisciplinar.

- Del conocer mecanicista, reduccionista, objetivista, lineal, basado fundamentalmente en la observación-cuantificación estadística, la experimentación, la fragmentación, la separación del objeto-sujeto al conocer construido, multiplicador, multiverso, multidimensional, transdisciplinar e indisciplinar.
- De la observación objetiva a la construcción compartida basada en relaciones de mutualidad. *Confrontar su saber con nuestro conocimiento.*
- De la objetividad neutral a la plasticidad histórica-contextual. Deconstruyendo para construir un futuro más abierto a posibilidades de cambio. Opción por una investigación-acción-participación.

Giro epistémico que conlleva giro metodológico (método y técnicas):

Los y las trabajadores/as sociales colaborando con la ciudadanía y otros agentes sociales podrán “ir deconstruyendo la situación construida, hacia adentro, desde lo acuciante de la apariencia, desenredando los nexos hasta determinar con las personas involucradas, el origen del proceso. Solo así podrá construir el objeto en que se trabajará” (Kisnerman, 2003).

La realidad social injusta construida mediante interacciones sociales se convierte en objeto de praxis social.

Los problemas sociales son siempre emergentes de una estructura socioeconómica, cultural y política. Se hacen presentes por lo acuciante y lo desencadenante, pero están instalados fundamentalmente en lo relacional... (Natalio Kisnerman).

- Una epistemología **construccionista** favorece una mirada y un ser-estar-hacer con las personas en espacios de intercambio en los que los significados que atribuimos a diferentes situaciones son construcciones y reconstrucciones dialógicas que emergen de interacciones sociales, mediatizadas por el lenguaje y la cultura.

Tránsito 2 - Relaciones dialógicas. De las relaciones de poder al poder de las relaciones

- El diálogo sugiere que un significado que surja en el intercambio de ideas y acciones no pertenece a cualquiera de las partes que están en comunicación. Es un producto de la relación dialógica, una praxis colaborativa, no una intervención: "... porque las razones no se transmiten, se engendran, por cooperación, en el diálogo" (Antonio Machado).
- Diálogos participativos. Sin participación de la ciudadanía y de otros sistemas y agentes sociales no podemos hacer Trabajo Social.
- Del dirigismo a la autonomía. Posición ética.
- Del "preséntate" al presentarnos. Del tú me cuentas al nos contamos.
- De la recogida de datos a la generación de información y estrategias de cambio dialogadas.
- Del intervencionismo a la praxis colaborativa. Del saber de experta/o al "no saber". Genuina curiosidad. Confrontar su saber y nuestro conocimiento ...
- Del lenguaje técnico-especializado a las palabras de uso común-familiar.
- De las hipótesis lineales-causales a las circulares-relacionales.
- De la explicación causal y rígida a la interpretación multiverso, contextual, sistémico-relacional, histórica y crítica.
- Del binomio ayudadora-ayudado, asistente-asistida a la confrontación complementaria (tu saber y mi conocimiento).
- Del relato centrado en el déficit de las personas usuarias — participantes pasivos — a la reconstrucción de historias alternativas que contemplen la complejidad individual y colectiva, ética y política de las personas con quienes colaboramos — participantes activos—. Contra el olvido de la cuestión social.
- Del diagnóstico administrativo, planes e informes sociales unilaterales a la redefinición dialogada y compartida.
- Del acento en las indicaciones (normas, protocolos...) y recursos institucionales al acento en la toma de decisiones, estrategias, recursos personales y contextuales-sociales de las personas con quienes colaboramos.
- De los instrumentos de control y su automatismo a las herramientas, técnicas y documentos de trabajo social y su empleo profesional y participado.
- De la aceptación de la demanda literal (versión redificada) a la redefinición de las relaciones y contextos de creación de la demanda (reconstrucción dinámica).

Tránsito 3 - De lo individual a los colectivo y vuelta

- Del acento en la responsabilidad individual a la externalización de las situaciones críticas, conflictivas, de malestar... confrontación de las situaciones que generan "los problemas" (descentrar el "problema y los recursos"...) y favorecer el "conocimiento local".
- De la vivencia personal a las estructuras sociales: de tú eres o tienes un problema a el problema o situación de vulneración nos concierne.
- Del problema o necesidad individual a las situaciones malestar, desventaja social o de vulneración de los derechos humanos y sociales.
- De la asistencia individual a la evidencia y denuncia de las situaciones de vulneración y a la participación en las políticas sociales.
- Del trabajo individual al social ("no estamos solas", fuera de los muros de la institución hay vida...). Multiplicando recursos. Posicionamiento ético-político. Coordinación transdisciplinaria.
- De la subordinación sumisa a los poderes del Estado, al fundamentalismo científico y al mercado, a la aceptación de la complejidad socio-histórica-cultural-política con posturas intersubjetivas, las relaciones de interdependencia entre los sistemas, el pluralismo y la incertidumbre. Es contra este "cientifismo", no contra la ciencia.
- De la intervención a la praxis colaborativa, amparada por posturas feministas en la política y en el discurso social, con relaciones no jerárquicas, sino horizontales, basadas en la igualdad de derechos y responsabilidades, libertad, en el apoyo mutuo, respeto, solidaridad, etc.

OPORTUNIDAD

Sería interesante revisar los referentes y modelos que guían la praxis profesional en los Servicios Sociales de Base, darles una vuelta, resignificar y construir participadamente un modelo que responda al objeto u objetos y objetivos de un trabajo social elegido, deseado, reflexivo, creativo...

- Un impulso para recuperar un buen hacer, no solo desde el punto de vista ético, sino también, reflexivo, crítico, relacional e históricamente deseado.
- Un camino hacia una praxis colaborativa “Construir” otros sentidos favorables al cambio mediante un proceso abierto y constante de crear complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariño Altuna, M., y Berasaluze Correa, A. (2020). “Cuerpos de pensamiento: a propósito de los modelos en Trabajo Social”. *Revista de Treball Social*, 218, 29-40. DOI: 10.32061/RTS2020.218.02

Berasaluze, A. y Ariño-Altuna, M. (2023). “La supervisión desde el modelo IAPS: investigación-acción-participación-supervisión”. Berasaluze, Ariño-Altuna, Ovejas-Lara y Epelde-Juaristi (Coord.), *Supervisión: hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar* (31-48). Aranzadi.

Cardona, Josefa y Campos, J. F. (2018). “La dimensión relacional del trabajo social: una perspectiva colaborativa”. *Revista Treball Social*, 214, 29-43.

Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.

Machado Antonio, J. de M., edición de Antonio Fernández Ferrer, Madrid. Cátedra, 1986, vol. 1.

Nogués, L. y García, T. (2023). “Metamorfosis de los servicios sociales en España”. Berasaluze, Ariño-Altuna, Ovejas-Lara y Epelde-Juaristi (Coord.), *Supervisión: hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar* (233-246). Aranzadi.

Sobremonte, E. (2023). “Paradigma de la complejidad y epistemología sistémica: implicaciones para el trabajo social”. Berasaluze, Ariño-Altuna, Ovejas-Lara y Epelde-Juaristi (Coord.), *Supervisión: hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar* (79-91). Aranzadi.

Zamanillo, T. (2009). “Invitación a un trabajo social reflexivo”, en XI Congreso Estatal de Trabajo Social: Trabajo Social, sentido y sentidos. Actas. Zaragoza, el 6 al 8 de mayo de 2009. ISBN: 13:978-84-615-9555-6

Zamanillo, T. (2018). *Epistemología del Trabajo Social: de la evidencia empírica a la exigencia teórica*. Ediciones Complutense.

Mesa Redonda: Estrategias y Técnicas de Intervención



Laura Díaz Fuente
ldiazfuente@gmail.com

Pilar Sánchez Rodríguez
pilarsancro@gmail.com

Clara Iglesias Rodríguez
claraigrod@gmail.com

Mesa redonda

El apoyo a personas con discapacidad en el ámbito rural de la Comunidad de Madrid

Resumen: El objetivo de este artículo es plantear una reflexión sobre la relevancia del Trabajo en Red colaborativo y de las redes sociales en el apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica a personas con discapacidad en el ámbito rural. Para ello, se ha hecho una reflexión sobre nuestra práctica profesional en la Agencia Madrileña para el Apoyo a personas Adultas con discapacidad (AMAPAD). La primera parte en base a una metodología descriptiva, se llevó a cabo una revisión conceptual de los/as autores/as que consideramos más relevantes en el tema, aportes sobre los condicionantes sociales de salud y la teoría de capacidades de Nussbaum. En la segunda parte exponemos la experiencia de diferentes agentes sociales relevantes.

Palabras Clave: Apoyo a personas con discapacidad, Trabajo en Red colaborativo, Redes sociales, Encuentro.

Abstract: The aim of this article is to reflect on the relevance of collaborative networking and social networks in supporting people with disabilities in rural areas in exercising their legal capacity. To this end, a reflection has been made on our professional practice at the Madrid Agency for Support for Adults with Disabilities (AMAPAD). The first part, based on a descriptive methodology, carried out a conceptual review of the authors we consider most relevant in the subject, contributions on social determinants of health and Nussbaum's theory of capabilities. In the second part we present the experience of different relevant social agents.

Keywords: Support for people with disabilities, Collaborative networking, Social networks, Meeting.

INTRODUCCIÓN

Hay un nuevo paradigma en la prestación de apoyos en el ejercicio de la capacidad jurídica: 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.

La población que atendemos son en su mayoría personas con discapacidad y entre ellas, un gran número de personas con enfermedad mental grave y duradera, que residen en su domicilio.

La labor de las trabajadoras sociales en el Área Social de AMAPAD viene definida (cada vez mejor gracias a los instrumentos de valoración de necesidades de apoyo) por sentencia judicial. El objetivo ha de ser la consecución de la mayor autonomía de la persona posible, en el ejercicio de su capacidad jurídica, en coordinación con entidades públicas y privadas.

Tal cual viene recogido en los fines y funciones de la Agencia en la Ley 1/2023, de 15 de febrero, de creación de la Agencia Madrileña para el Apoyo a las Personas Adultas con Discapacidad: fomento y realización de acciones encaminadas a la participación y la inclusión social de las personas apoyadas por la Agencia, de acuerdo a su voluntad, deseos y preferencias, gestionando y coordinando los apoyos, recursos sociales y la asistencia necesarios

(...) promoviendo su autonomía para que pueda ejercer su capacidad jurídica con menos intensidad de apoyo en el futuro (...).

Desde el marco teórico del modelo ecológico sistémico se presta atención al contexto más amplio y las interacciones que se dan entre los sistemas para dar una explicación de los fenómenos. Asimismo, siguiendo el enfoque interdisciplinario y ecológico de Auserwald (Ackerman y cols., 1976), se atiende a los puntos de intersección de las estructuras conceptuales de las diferentes disciplinas, entre los operadores de la red. Las ideas que nos aportan lo teóricos del constructivismo social plantean que la construcción de la realidad que surge en el intercambio social a través del lenguaje, y construyen los casos con los que trabajamos en la interacción entre los recursos (Bruner, 1986, citado por Epson y cols., 1996).

Los casos atendidos tienen detrás una historia con muchas dificultades y situaciones traumáticas. En todos los casos existe una falta de apoyo familiar adecuado, negligente o que ha dañado activamente, con las consecuencias que sabemos que eso conlleva. En todos los casos ha habido mucha intervención desde los servicios (sociales, de salud, etc.) y una acumulación de intervenciones, a veces fallidas o no suficientes, que generan una experiencia de fracaso tanto en todos/as los/as implicados/as (Imberblack, 2000). Estas experiencias no suelen estar integradas en el relato, de hecho, es llamativa la desconexión que existe en la narración entre los eventos en la biografía de estas personas y su situación actual.

En el ámbito rural se dan además una serie de particularidades. Existe escasez de recursos especializados de atención y de rehabilitación psicosocial, además de ausencia de entidades del Tercer Sector. Esto supone que, o bien las personas con discapacidad no tienen acceso a estos recursos, o bien cuando el apoyo no puede darse en la comunidad la persona debe desarraigarse del entorno. El papel de los servicios sociales generales es clave en estas situaciones.

Nos encontramos que los casos atendidos desde los servicios sociales a los que nos referimos en este artículo precisan de un menor apoyo por parte de AMAPAD. Esta realidad despertó en las autoras mucha curiosidad sobre cuáles eran las claves que permitían este cambio cualitativo en la intervención.

TRABAJO EN RED

¿Cómo podemos crear las clases de relaciones y conversaciones con los otros que permitan a todos los participantes acceder a su creatividad y desarrollar posibilidades donde no parecían existir antes? (Anderson y Goolishian, 1992).

Una de las primeras claves detectadas fue el establecimiento del trabajo en red. En la tarea de la prestación de apoyos, trabajar al margen de la red o hacer unos “servicios sociales” paralelos no es una buena práctica. No resulta viable asumir la tarea de los Servicios Sociales de Atención Primaria y no se trata de recurso de cercanía. La persona no puede acudir personalmente con facilidad y nuestra capacidad de detección de situaciones de riesgo está comprometida.

Los casos que manejamos son casos cronificados. Es posible que se planteen unas expectativas desajustadas sobre la tarea de la Agencia y lo que puede conseguir, incluso en una descalificación que torpedea el trabajo en red y afecta negativamente a la intervención. Desactivar esto es uno de los principales objetivos de las trabajadoras sociales de AMAPAD y son los espacios de coordinación institucional donde es posible hacerlo, teniendo en cuenta que en estos espacios se rigen por sus propias leyes, donde se establecen jerarquías, alianzas y coaliciones (Colletti y Linares, 1997).

La colaboración entre todos es necesaria para hacer una intervención coherente. Debemos generar conversaciones que permitan otra visión de nosotros como operadores y de las posibilidades de la persona. Es decir, debemos crear contextos de colaboración, compartiendo hipótesis que cada uno tenemos para crear una nueva visión conjunta. Consideramos que el establecimiento de las bases necesarias para un buen trabajo en red es tan o más importante que la intervención directa con la persona/el trabajo social individual.

Ubieto (2009) propone el trabajo en red regido por la concepción del saber cómo elaboración colectiva: no como resultado de un saber previo de profesional experto. De esta manera, el lugar central del caso debe ser un interrogante: el “vacío de saber”. Cada operador tiene un “saber experto”, pero no tiene todo el saber, esto es inalcanzable. Esta idea nos permite manejar la incertidumbre y los narcisismos de cada uno, señalando la

interdependencia entre nosotros y la importancia del discurso de las personas con las que trabajamos. Plantea también la necesidad de un trabajo en equipo que requiere enunciación particular de cada uno/a, que debe posicionarse con su estilo propio. Es decir, no todos/as somos lo mismo, sabemos y hacemos cosas distintas, pero nuestras acciones deben estar interconectadas de manera coherente. Todos los operadores intervenimos con el convencimiento de que nuestra actuación es útil, que nuestra visión ilumina una información que estaba oculta. Pero lo más enriquecedor son las preguntas que no están respondidas, los interrogantes que dan lugar a lo que las personas con las que trabajamos tienen que decir sobre sí mismas. Y aquí nuestro papel como trabajadoras/es de AMAPAD tiene una posición privilegiada, con una función de facilitadoras de estos encuentros con este fin. Uno de nuestros objetivos por tanto es que se puedan formular aún preguntas sobre el caso, pese a tener un relato saturado de problemas, como diría White (1993).

Y como también señalan Libertad González y Alfonsa Rodríguez:

Es un trabajo en red que aspira a recuperar al profesional reflexivo, es decir aquel que no solo reconoce la capacidad de pensar mientras se actúa para resolver situaciones únicas, inciertas o conflictivas, sino que desafía la división entre lo interno y lo externo; lo objetivo y lo subjetivo (Schön, 1983). Es un profesional que está dispuesto a repensar la acción práctica en su dimensión teórica, técnica y ética (González y Rodríguez, 2020).

El establecimiento de estos contextos nos permite trascender del modelo de atención centrado en el síntoma o en el diagnóstico. El caso se construye con la red y la con propia persona (Ubieto, 2012), contando con su contexto (Seikkula, 2016). Para ello, hay que facilitar encuentros con la PCD y con su red, para que se puedan dar conversaciones que faciliten entender qué ha pasado y dar un sentido a su sufrimiento.

DEL MODELO BIOMÉDICO AL MODELO PSICOSOCIAL

El modelo biomédico psicopatologiza el sufrimiento social y tiene un impacto negativo en todas las profesiones de ayuda (Gardner y Kleimann, 2019) Algunas de las consecuencias de esta ideología son la disminución de la confianza en la capacidad de mejoría en situaciones de sufrimiento social si no es a través de intervenciones técnicas dirigidas por expertos «PSI». Sería, como decía Sennet, la tendencia a la individualización y psicologización, que desmantela la vida comunitaria y las instituciones sociales a través de las cuales el individuo solucionaba colectivamente los riesgos y contradicciones de la vida social moderna (Sennett, 2010).

Frente a esto, paradójicamente (o no), la ausencia de recursos especializados de rehabilitación psicosocial, ponían la intervención social en el centro y era, en nuestra opinión, más efectiva.

La/el trabajadora/or social conoce el entorno y conoce a las personas que lo conforman, como parte central de su trabajo. Esta es su principal herramienta. Las actuaciones deben ir más allá de las “propias o específicas de la profesión” (mal entendida, desde posiciones defensivas), si no desde un encuentro con el/la otro/a, con su demanda y su sufrimiento, realizando intervenciones en red (Trabajadoras/es sociales de AMPAD y Trabajadoras/es sociales de Servicios Sociales). La angustia que produce este encuentro se convierte en algo manejable, gracias al trabajo en red y evita la actuación sin pensar, derivando, gestionando o buscando una satisfacción de la demanda rápida. Evita, en palabras de Concha Vicente “tapar la boca al sujeto” (Vicente, C. 2017).

REDES SOCIALES

Hay muchos autores que han desarrollado aportes teóricos sobre redes sociales y su aplicación en la praxis del trabajo social.

Carvajal nos plantea: “Para quienes trabajamos en torno a las acciones con sentido social de justicia, las redes adquieren importante fuerza para lo que denominamos logros de cambio y transformaciones sociales, relevantes en la acción de las profesiones de lo social. Desde la acción de Trabajo Social, trabajar con y desde redes es esencial para impulsar los cambios” (Carvajal, 2020).

Es también la propuesta de Seikkula con el Diálogo Abierto. Este modelo de intervención organiza el tratamiento psicoterapéutico de todos los pacientes dentro de sus respectivos sistemas de apoyo, y atiende a las formas de comunicación utilizadas dentro de las unidades de tratamiento compuestas por el equipo móvil de intervención en crisis, los pacientes y sus respectivas redes sociales (Seikkula, 2016).

Mony Elkaïm propuso las prácticas de Terapia de Red, incluyendo al sistema amplio en las entrevistas con la familia, en los casos cronificados y de gran complejidad (Mony Elkaïm, 1989). Carlos Sluzki (1996) habla del mapa relacional de los sujetos como contactos que son diferenciados de la masa anónima de la sociedad, e involucra en la intervención a las familias y demás grupos significativos para el sujeto.

La red sería definida como formas de interacción social continua en el cual se produce un intercambio continuo de ideas, servicios y modos de hacer, en donde los seres humanos encuentran conexión con diversos actores, para tener otra mirada de los problemas, refugio emocional y apoyo instrumental (Sluzki, 1996).

Manejar esta concepción de red, potencia que se tengan en cuenta y se activen redes novedosas, siempre contando con la persona. El papel de las/os bedeles de los ayuntamientos o el personal de bibliotecas adquiere otros matices que pueden colaborar en el apoyo. Otras figuras claves son trabajadoras/es de los restaurantes y bares, peluquerías y estancos. Y otras redes especializadas, como personal de las farmacias, han sido un apoyo importante para estas personas.

La/el profesional del trabajo social es parte de la red en sí misma, forma con el/la usuaria/o y el resto de la red un sistema fronterizo (González y Rodríguez, 2019). Trabajamos con esta premisa, podemos y debemos potenciar respuestas distintas a la fragmentación de la intervención (y por lo tanto del sujeto) que no facilita el entendimiento de las situaciones, del malestar y del sufrimiento. Apostamos por alternativas a las propuestas individualistas, que son los modelos dominantes de desarrollo, el modelo neoliberal imperante.

“Lo que ves es lo que hay”, nos decía la trabajadora social que trabajaba en una mancomunidad. Pero lo que hay, son ideas creativas de activación de la red como factor de protección para la/el sujeta/o, que involucraban a redes primarias, secundarias e institucionales.

TEORÍA DE LAS CAPACIDADES DE NUSSBAUMM

Gil Ríos propone un modelo de redes sociales que tiene como base el enfoque de la teoría de las capacidades de Nussbaum (2012). Nussbaum nos pregunta: ¿qué es capaz de ser y hacer una persona? Las capacidades serían como una moneda de doble cara. Lo que alguien ya trae (capacidades básicas) y lo que podría llegar a ser (capacidades combinadas/oportunidades). El contexto debe facilitar el despliegue de estas últimas.

Sería una intervención orientada a que la red ayude a recuperar agencia, a la construcción conjunta de nuevos sentidos de lo que se puede llegar a ser, proponer y hacer (Gil Ríos, 2015).

La tarea se trata de expandir y mejorar las redes existentes, ligando los cuidados formales recibidos con aquellos de sus familias y vecinos (de Federico, 2008). Y considerando a las personas con discapacidad no como seres pasivos ante los cuidados o intervenciones profesionales, sino como agentes activos de sus propias vidas y de la comunidad, donde pueden participar, decidir, aportar en su proceso y con los otros y donde pueda existir cierta reciprocidad.

COMUNIDADES MENTALIZADORAS

Lo que planteamos es que esta propuesta de trabajo, esta intervención articulada entre agencias faciliten que la comunidad ayude a la mentalización y a la conexión de lo interno y lo externo, facilita que las personas con discapacidad puedan reconocerse como individuos/os con posibilidad de participar y pertenecer a dicha comunidad. En palabras de Fonagy y colaboradores:

“... la interacción mentalizadora entre los individuos del sistema permite al individuo ser tanto un individuo como un miembro del sistema social. Desde esta perspectiva sintetizada, el yo en un sistema social mentalizador puede definirse como una experiencia siempre cambiante y continua de alteridad en el presente, en la que la dinámica de poder está equilibrada y propicia una experiencia intelectual y emocional plena del yo y del otro” (Twemlow, Stuart W.; Fonagy, Peter; Sacco, Frank C., 2005).

Y esto, no debe hacerse solo cuando no hay otros recursos más especializados donde derivar, si no que esta es la intervención más importante, que conecta lo biográfico con el aquí y el ahora y a la persona con la comunidad. El papel de la/del profesional del trabajo social, de los Servicios Sociales Públicos, es insustituible.

SEGUNDA PARTE: EXPERIENCIAS Y CONCLUSIONES DESDE LA PRÁXIS

Cómo hemos planteado desde el principio, toda la propuesta de nuestra exposición se basa en una hipótesis inicial que venía avalada por hechos objetivos: nuestra intervención en las zonas rurales en las que existían menos servicios especializados requería de una intervención por nuestra parte, como profesionales de trabajo social en AMAPAD, menos intensa, con menos demanda por parte de las personas para las que trabajábamos, al igual que detectábamos un equilibrio emocional más positivo en contraste con otras personas que residían en entornos más urbanos y con mayores recursos de intervención.

Para poder contrastar nuestras conjeturas, nos parecía que la mejor alternativa era efectivamente acudir a las fuentes, es decir, plantear a las/os profesionales de trabajo social de estos entornos nuestras conclusiones y escuchar que significaba para ellas.

Decidimos que la metodología de trabajo más efectiva era la entrevista abierta con estas/os profesionales, dándoles la oportunidad de plantear un espacio en el que la narrativa de su experiencia iba a ser nuestra respuesta; para poder abarcar todo el ámbito de nuestro trabajo, decidimos contactar con recursos que englobarán nuestros dos ámbitos de trabajo mayoritarios:

- Personas que residen en domicilio de manera autónoma con el apoyo de los Servicios Sociales
- Personas que residen en Centros Especializados, dado que necesitan una mayor supervisión, siendo las personas de apoyo las/os profesionales de dicho recurso

Una vez delimitado el ámbito que queríamos abarcar, nos decidimos por recursos que cumplirán con las características que habíamos determinado:

- 1.- Desarrollar su intervención en el entorno rural.
- 2.- Poblaciones pequeñas.
- 3.- Carencia de recursos especializados.

De ahí determinamos los siguientes recursos:

- Para valorar la intervención en domicilio: Servicios Sociales de Base de dos Mancomunidades de la Sierra de Madrid: Sierra Norte, Maliciosa.
- Con respecto a recurso especializado: Mini Residencia Alena, ubicada en Cadalso de los Vidrios.

LAS ENTREVISTAS

Las primeras entrevistas se realizaron a los Centros de Servicios Sociales y condicionaron sin lugar a duda la entrevista al Centro Especializado, ya que surgieron numerosas cuestiones en estas primeras que nosotras no habíamos contemplado; vamos por lo tanto a plantear aquellos puntos que consideramos más reveladores para nuestra intervención:

Cómo bien ha explicado mi compañera nuestra premisa parte de que determinadas características en la intervención en el entorno rural minimizan el impacto negativo sobre la persona; desde la teoría hemos ponderado los modelos que avalan esta cuestión, pero ¿qué sucede desde la praxis y cuál es el papel de nuestra profesión en todo esto?

Comenzaremos destacando aquello que nos parece positivo dentro de nuestra profesión en estos casos:

- Una de las cuestiones que nos pareció más destacable en las entrevistas, es la lectura de la persona dentro del contexto, en el entorno rural, la participación comunitaria, por las cuestiones obvias de menor población y territorio, hacen que la comunidad, el contexto de la persona, sean uno de los elementos que de manera clara y definida entran en el mapa de las/os trabajadoras/es sociales a la hora de desarrollar su trabajo; tuvimos claro desde el principio, que sin ser valorado como un ítem a medir las/os trabajadoras/es sociales no miraban solo desde el individuo y su enfermedad si no que incluían un sistema mucho más amplio en el tratamiento de la situación y en la responsabilidad, lo que claramente disminuye la asunción traumática de la/del individuo/a como único foco del conflicto.

- Otra de las cuestiones relevantes, es la creatividad; la figura de la/del trabajadora/or social, en muchas ocasiones se acaba ciñendo a una mera tramitación de recursos o a actuar como intermediaria entre los diversos agentes sociales; esta situación por la que hemos pasado todas/os nos resta consideración y respeto a nosotras/os como profesionales y como agentes de cambio; nuestra profesión ya solamente en nuestro plan de estudios se plantea como una figura interdisciplinar destinada a promover la justicia social y el avance en derechos, las múltiples disciplinas que se incluyen en nuestros estudios nos permiten valorar de una forma más global y con conocimiento técnico los problemas sociales, pero esta cuestión casi nunca se convierte en uno de los ejes de nuestra intervención. En cambio, en el contexto del que hablamos, las/os trabajadoras/es sociales, son claras agentes de cambio, con incidencia en las decisiones que competen a los más vulnerables y con una capacidad creativa y de gestión, que permite en muchos casos paliar las carencias del sistema de recursos sociales que viven en sus municipios. Lo que nuestras/os trabajadoras/es sociales del medio rural, nos trasladaban como una sobrecarga de trabajo, para nosotras/os, desde fuera es un ejercicio de la profesión amplio y con contenido teórico y práctico, que nos resalta como profesionales

- Otra de las líneas de intervención que nos sorprendió, fue la importancia de la figura de la/del trabajadora/or social en la lucha contra la estigmatización de las personas con discapacidad; su capacidad de impacto en la sociedad y el respeto de la figura de trabajo social, son imprescindibles a la hora de nivelar estas cuestiones, para comenzar porque es algo que tienen en cuenta, cuestión que en muchos casos obviamos, interviniendo con la/el individuo/o como ente aislado sin tener en cuenta su parte socializadora, fundamental para su desarrollo. La valoración de que esta situación existe trabaja de manera transversal el aislamiento, ya que no se deriva la intervención a la búsqueda de una compañía puntual, si no que la intervención se enfoca en la aceptación por parte del entorno, de la/del individuo/o y su situación, siendo las/os trabajadoras/es sociales las que materializan esta cuestión a través del trabajo en el contexto.

Por lo tanto, resumiendo nuestras conclusiones, podríamos decir, que el trabajo en estos entornos, convierten a la figura de la/del trabajadora/or social en un agente respetable dentro de la comunidad, lo que acaba generando un entorno y una sociedad mucho más cohesionada y con una visión de respeto a la diferencia mucho más amplia. Cuáles eran las cuestiones, por otra parte, que las/os compañeras/os nos trasladaban como negativas:

- La sobrecarga de trabajo, como factor de estrés y ansiedad en las profesionales al convertirse en la única alternativa en muchos casos, con problemas que se tendrían que tratar desde una perspectiva interdisciplinar.

- Preocupación de estar realizando tareas específicas de otras profesiones.

Pasamos ahora a destacar las cuestiones que nos parecieron relevantes en la entrevista con el Centro especializado en entorno rural:

En este caso concreto, la cuestión se invierte con respecto a la situación anterior, ya no estamos frente a un servicio que presta apoyo, como servicios sociales para numerosas problemáticas, sino con un servicio especializado en Salud Mental grave y duradera que tiene que hacerse hueco y lo consigue en un entorno, en el que en principio las claves serían el aislamiento de las personas que están allí ingresadas.

Desde el principio de la entrevista quedo claro algo que manifestaron todas/s las/os profesionales, las claves están:

- Tener clara una filosofía de trabajo, reflexionada y que sirva de contexto teórico para la intervención, que en este caso es la comunitaria, las/os diferentes profesionales incluyen el pueblo, en este caso, como parte de la intervención terapéutica.

- “Mucha calle” ser una/o más en el entorno; lo comunitario parte de una inmersión real en el contexto, algo de lo que hablaré más adelante y en este caso, las personas de la mini residencia son ciudadanas/os del entorno, que comparten sociedad, lo que les integra de manera natural.

- No perder la identidad y ofrecerla como algo que aporta; se parte de la especialización del recurso en tratamiento de enfermedad mental y ellos mismos plantean que la comunidad les considere como tal, lamentando sucesos que han podido ocurrir en el pueblo para los que les podrían haber consultado, no solo permanecen, la integración se hace desde la participación y desde la especialización sin perder el autoconcepto.

- Sacar a la calle las actividades, nos ponen de ejemplo un programa de radio que desarrollan en espacios comunitarios del pueblo y en el que de manera espontánea participa en muchas ocasiones el resto de la población;

esta cuestión nos pareció muy relevante, ya que en entornos con recursos más especializados habíamos detectado el desarrollo de actividades, teóricamente normalizadas, pero en entornos u horarios diferentes a lo que podría ser su desarrollo natural, lo que para nosotras/os acaba generando una profunda desconexión con el contexto habitual de la persona, situándola en una situación confusa, que contrasta con el resto de su entorno.

CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS

Está claro que la intervención desde nuestra profesión es tan amplia que en ocasiones es muy difícil encontrar el equilibrio, especialmente porque falta empoderamiento en la profesión y tardamos en ser conscientes del impacto que tiene nuestra intervención a nivel global, más allá de las situaciones individuales sobre las que intervenimos, los cambios que de los que somos precursoras/es impactan directamente en el entorno de una manera muy positiva que incentiva la justicia social y la igualdad de todas las personas. En estos casos que hemos trasladado, entendemos que ha sido el propio entorno el que ha generado el papel amplio de nuestras/os compañeras/os trabajadoras/es sociales y es evidente que el resultado es excepcional en cuanto a mejora de las personas para las que intervenimos y de los contextos en los que se desarrollan.

EXPERIENCIA CON EL MODELO DANÉS DE INTERVENCIÓN

Es obvio que cuando te apasiona lo que haces acabas encontrando sinergias en todos los espacios más allá de lo meramente profesional y además nuestra profesión para esto es especialista, cuando eres trabajadora/or social es muy difícil no mirar el mundo desde una perspectiva concreta desde todos los ámbitos de tu vida; de ahí llegamos al momento en el que a través del diálogo y del planteamiento de nuestro proyecto, encontramos a una compañera en Dinamarca, de otra disciplina, concretamente filosofía, a la que le pareció muy interesante nuestra propuesta, decidimos hacer el contraste con el modelo que nosotras consideramos referente en la intervención: el modelo nórdico, y de ahí surgió la oportunidad a través de nuestra compañera de entrevistar a un parlamentario danés: Niels Rasmussen, muy interesado en el desarrollo de las políticas de servicios sociales en los diferentes entornos de Europa.

A pesar de que el discurso trasladaba que los recortes a nivel europeo habían impactado enormemente en los servicios sociales, es evidente que la evolución en la profesión y en el desarrollo de los recursos ha tenido una trayectoria y una experiencia mucho más amplia que la nuestra, por lo que nos pareció muy interesante dejar constancia.

Cómo hemos venido diciendo, el comienzo de nuestro trabajo se basa en hipótesis, en lecturas y en teorías, partiendo de este contexto, nosotras considerábamos que el modelo nórdico de intervención era el referente en cuanto al tratamiento de la discapacidad, con un sistema público fuerte y con una base teórica que materializa una manera concreta de intervención que impacta de forma positiva en el desarrollo de la sociedad, el contraste nos hizo obtener unas conclusiones que nos han hecho reflexionar en cuanto a nuestro planteamiento de la significación de lo comunitario, un modelo de intervención, con el que desde nuestra profesión parece que nunca terminamos de dar con la respuesta.

Creo que aquí es importante destacar, que ya solo al comienzo de las coordinaciones, quedo latente algo que no habíamos tenido en cuenta, la diferencia cultural entre ambos países, las cuestiones que planteábamos desde aquí, en Dinamarca no eran evaluables por la diferencia entre ambas sociedades.

Nuestro concepto de comunidad, no es el de otros países, la Europa Mediterránea se sustenta en la familia y en los/as individuos/as del entorno como parte del sistema de cuidado, la falta de recursos públicos especializados ha hecho que se delegue la responsabilidad de los cuidados en el entorno de proximidad de la persona con discapacidad, fundamentando así una falta de asunción de compromiso en las políticas sociales con los más vulnerables, las sociedades nórdicas son individualistas a ese nivel de responsabilidad, pero en cambio, su concepto de comunidad es mucho más inclusivo que el nuestro, ya que plantean la pertenencia al grupo y su aporte como algo fundamental para el sistema, lo que conlleva que si una persona necesita apoyos para desarrollarse socialmente de manera natural, el propio sistema complementa esa parte, exigiendo también a cambio la participación desde la propia capacidad individual al sistema, lo que finalmente genera una pertenencia al grupo clara, solo que con diversas funcionalidades.

Exponemos muy someramente aquellos aspectos que nos parecieron claves en este entendimiento de la discapacidad:

- 1.- La discapacidad no plantea una evolución diferente en la integración comunitaria; nos llamó especialmente la atención el modelo de los pisos de emancipación para jóvenes con discapacidad; la edad de emancipación en Dinamarca comienza mucho antes que en España, siendo habitual que con 18 o 19 años las personas comiencen su vida de manera autónoma, en el caso de las personas con discapacidad el sistema ofrece la posibilidad de pisos compartidos con apoyos para jóvenes con discapacidad, ofreciendo de esta manera el desarrollo de la misma trayectoria vital que el resto de los jóvenes pero con apoyos, lo que ya no genera una diferencia desde el comienzo del proyecto de vida.
- 2.- Los proyectos comunitarios, no se generan sin valoración de impacto y externos al sistema, si no que todos están basados en la normalización, evitando guetos sociales. Lo comunitario entendido como la globalidad de las personas y con la trascendencia de que cada uno aporte desde su capacidad, el concepto de ciudadanía y de pertenencia a un sistema está mucho más integrado y la constancia de los derechos que te corresponden y las obligaciones que tienes frente al sistema es mucho más clara y profunda.
- 3.- Asunción de responsabilidad de las personas frente al sistema, generando el compromiso de aportar desde la diversidad.
- 4.- Mantenimiento en el entorno, no medicalización si no intervención de profesionales de apoyo como algo innato a la necesidad de la persona y al proyecto vital; el trabajo del vínculo con la profesional y el entendimiento claro de que somos sistemas de apoyo durante la trayectoria vital de la persona.

CONCLUSIONES CON RESPECTO A LO COMUNITARIO

En nuestra profesión siempre hablamos de las tres modalidades de intervención: individual, grupal y comunitaria, pero no terminamos de desarrollar con eficacia un modelo en el que lo comunitario se integre y en el que, de alguna manera, nuestra intervención como profesionales no se vea como una imposición o como algo ajeno a la propia comunidad. Después de la experiencia de este proyecto, consideramos que nos falta un modelo propio, que se genere desde nuestra identidad cultural, que es social, pero claramente no comunitaria. Nuestra identidad como comunidad es muy frágil y quizás sería desde ahí desde deberíamos comenzar a trabajar, desde la identidad. Nuestro más sincero agradecimiento a María José Martínez Lorente, trabajadora social, Marisa López Bañón, directora y María Antonia Martín Martínez, Coordinadora de Servicios Sociales y Mujer de la Mancomunidad "La Maliciosa", y a Sara Arranz Izquierdo y Ana Badorrey Toledano, trabajadoras sociales de Servicios Sociales de la mancomunidad Sierra Norte, así como al equipo de Miniresidencia Alena Sierra Oeste por su participación, disponibilidad y reflexiones compartidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Auerswald, E. H. (1976). "El enfoque interdisciplinario y el ecológico", en N. Ackerman y col. (coord.), *Grupoterapia de la familia* (pp. 275-290).
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). *Conversación, lenguaje y posibilidades, un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu.
- Benedito Subirá, C. (2022). "Desigualdades sociales y salud mental", en González Rubio, Raquel; Gullón Tosio, Pedro; González Herrera, Antonio; Carmona Osorio, Marta (coords.). *Transformar los barrios para evitar el sufrimiento psíquico: una mirada salubrista a la salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría: 67-94.
- Cerda Carvajal, J. (2020). "Trabajo de redes. Sentidos y significados desde el Trabajo Social". *Revista Cuaderno de Trabajo Social*, 15(1): 54-70, 2020
- Colleti, M, y Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática*. Paidós.
- Chadi, M. (2000). *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Espacio.
- Dabas, E. (2003). *Redes sociales, familias y escuela*. Editorial Paidós.

- Dabas, E. y Núñez, R. (2006). *Viviendo redes: experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Ciccus Ediciones, Colectivo Fundared.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
- Elkaïm, M. et al. (1989). *Las prácticas de la Terapia de Red. Salud mental y contexto social*. Editorial Gedisa.
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Gedisa.
- Federico de la Rúa (de) A. (2008). "Análisis de redes sociales y trabajo social". *Portularia vol. VIII, (1)* 9-21.
- Gardner, C., Kleinman, A. (2019). "Medicine and the Mind. The Consequences of Psychiatry's Identity Crisis". *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1697-1699.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Paidós.
- Gil, A. M. (2015). "Redes sociales en el trabajo social. Apuntes para la praxis profesional". *Revista Eleuthera*, 12, 181-196. DOI: 10.17151/elev.2015.12.10.
- González Abad, L. P.; Rodríguez Rodríguez, A. (2020) "El trabajo en red colaborativo: desafíos y posibilidades", en *Cuadernos de Trabajo Social* 33(1), 141-151.
- González Callado, B.; Mata Ruiz I. (2022). "Posibilidades narrativas para una salud mental comunitaria", en González Rubio, Raquel; Gullón Tosio, Pedro; González Herrera, Antonio; Carmona Osorio, Marta (coords.). *Transformar los barrios para evitar el sufrimiento psíquico: una mirada salubrista a la salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría: 139-163.
- Holt-Lunstad, J.; Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). "Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review". *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Imber-Black, E. (2000). *Familias y sistemas amplios: el terapeuta familiar en el laberinto*. Paidós.
- 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.
- Ley 1/2023, de 15 de febrero, de creación de la Agencia Madrileña para el apoyo de las personas adultas con discapacidad de Comunidad de Madrid.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*.
- Núñez, R. A. (2008). *Redes comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de la intervención profesional*. Espacio editorial.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades, propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.
- Rodríguez Rodríguez, A. (2001). "Contextos de colaboración: entre el deseo y la realidad". *Trabajo Social Hoy*, 31, 73-92.
- Seikkula, J. (2011). "Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life?" *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179-193.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder.
- Sennett, R. (2010). *La corrosión del carácter*. Ed. Anagrama.
- Schon, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Paidós.

- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Ubieto, J. R. (2009). *El Trabajo en Red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales*. Gedisa.
- Ubieto, J. R. (2007). "Modelos de trabajo en red". *Educación Social*, 36, 26-39.
- Vicente Mochales, C. (2017). *La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: La experiencia de un servicio de salud mental comunitario*. Universidad Complutense de Madrid.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. y Jackson, D. D. (1987). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Herder.
- White M, E. D. (1993), *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- World Health Organisation and Calaouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental Health*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>

Mesa Redonda: Identidad, cambio y profesión



Agustina Crespo Valencia
Trabajadora Social de la Oficina Regional de
Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid

Mesa redonda

De dónde venimos y hacia dónde vamos: profesión/disciplina/ Colegio profesional

Resumen: Pretende hacer un recorrido señalando algunos hitos que han identificado al trabajo social como profesión, su reconocimiento como disciplina tanto en el ámbito académico, como en el colegial.

El colegio profesional del trabajo social es la entidad corporativa que lidera la representación y vela por la profesión y por la colegiatura para afrontar su objetivo fundamental que son salvaguardar los valores y los conocimientos de la profesión en favor de la transformación y el cambio social para lograr una mejor cohesión social de las comunidades y apostar por la defensa de los derechos de la ciudadanía.

Palabras Clave: Trabajo Social, Identidad profesional, Identidad disciplinar, Identidad como Colegio.

Abstract: It aims to make a journey pointing out some milestones that have identified social work as a profession, its recognition as a discipline both in the academic and collegiate field.

The professional association of social work is the corporate entity that leads the representation and watches over the profession and the collegiate body to face its fundamental objective, which is to safeguard the values and knowledge of the profession in favor of transformation and social change to achieve better social cohesion of communities and to support the defense of citizens' rights.

Keywords: Social Work, Professional identity, Disciplinary identity, Identity as an association.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, nos encontramos en el 7.º Congreso de Trabajo Social y quería resaltar la importancia del significado del n.º 7, que para Hipócrates (460-370 a. c.), el n.º 7 quien decía que poder disponer de virtudes y eso nos lleva a realizar cosas, lo calificaba como un número dispensador de vida y de fuentes para el cambio. Esto nos lleva a interpretar y señalar que este Congreso nos puede llevar a la búsqueda del conocimiento, a la introspección para un ahondar en un enfoque de trabajo más especializado. Estos elementos están intrínsecamente correlacionados con el propósito de este Congreso y con esta mesa.

Si enlazo el elemento calidoscópico que fue central en el 6.º Congreso de Trabajo Social del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, en marzo de 2016, que tuvo como lema *“Trabajo Social Hoy: una profesión, múltiples ámbitos”*, donde se abordó la *“Situación del Trabajo Social, de los modelos de intervención por ámbitos y de las herramientas con un enfoque de derechos y de acompañamiento social”*, *“que nos permitió aportar diferentes miradas sobre la práctica profesional en los diferentes ámbitos desde la re-construcción de una mirada común de una profesión y un re-construir para lograr especialización y una sociedad más justa”* como señalaba Mar Ureña Campaña¹.

Otro elemento a tener en cuenta en esta presentación es que día en el que nos encontramos (9 junio), es el Día Internacional de los Archivos (reconocido desde 2008 por la UNESCO), se celebra para conmemorar la importancia de la administración de los archivos y su conservación como elementos fundamentales del patrimonio y representación de profesiones de todo el mundo. Son evidencia, nuestro pasado e identidad presente, siendo elementos y “cuna” para organizar un futuro. El poder disponer de esos archivos me permite hacer esta presentación.

Ahora nos toca dirimir, teniendo en cuenta el lema del congreso “¿Qué herramientas para que Trabajo Social?” y el eje conde se centraliza esta mesa “**IDENTIDAD, CAMBIO Y PROFESIÓN**”.

Rescataría tres elementos que están en consonancia con nuestra profesión: **dinámica** (en cuanto a cambios y desarrollo que ha tenido), **poliédrica** (modelos de intervención para dar respuesta a la complejidad con la que convivimos) y **calidoscópica** (mirada desde los diferentes ámbitos donde estamos presentes profesionalmente y los posibles nuevos nichos de intervención).

Las teorías humanistas influyeron en nuestros inicios profesionales y han configurado nuestro quehacer y desarrollo como profesión. Nos han permitido ordenar la práctica, los modelos de intervención más adecuados, el desarrollo epistemológico y teórico para lograr nuestro objetivo como profesión.

Para poner en valor una semblanza de las herramientas que hemos ido tejiendo, dando valor, reconocimiento e identidad a lo largo de los años y que nos permitirán apostar por retos de futuro, encuadraré la presentación en cuatro partes:

- Profesión-disciplina.
- Profesionales del Trabajo Social.
- Colegio Profesional.
- Nuevos retos.

Para hacer más fácil la comprensión de este artículo, las referencias legislativas solo van a ser reseñadas en el texto y no en la bibliografía.

1.- IDENTIDAD COMO PROFESIÓN-DISCIPLINA

Partimos de dos conceptos:

El **concepto de profesión** proviene del latín “*professio*”, significa ocupación.

La ocupación, es la facultad que tienen las personas de realizar una actividad con conocimiento (técnico y/o académico) previo, se adquieren en función de la vocación, conlleva un espíritu de servicio, una capacidad organizativa, está sujeta a un Código de Buenas Prácticas y por su desempeño se percibe una remuneración económica. Fuente: <https://conceptodefinicion.de/profesion/>.

En la época moderna, conceptualmente las profesiones emanan de la división del trabajo, principalmente de Émile Durkheim², Max Weber³, quienes aportaron una visión holística de las ciencias sociales y plantean la necesidad de establecer procesos de formación/especialización, fundamentales para el concepto de división del trabajo.

La profesión del Trabajo Social surge de la necesidad de cambio de las situaciones de desigualdad social y la falta de derechos sociales; su desarrollo emana de forma transversal y longitudinalmente a través del tiempo de las humanidades y de ciencias sociales; tiene herencias conceptuales de la sociología, de la antropología, la filosofía, de la psicología y del derecho.

Teresa Zamanillo Peral y Lourdes Gaitán, señala: “...*el Trabajo Social nace como consecuencia de la moderna división del trabajo... profesión legitimada y reconocida que busca neutralizar el desorden social producido por la desigualdad... la profesión tiene un vasto conjunto de conocimientos...*”⁴.

Y el **concepto de disciplina**: Como el conjunto de reglas de formación, enseñanza y de comportamiento relacionado con una profesión en base a un compromiso, a un desempeño organizado, eficaz y en el ejercicio de esta.

La ordenación de la profesión como disciplina ha necesitado en un recorrido que necesitó de un fortalecimiento de las bases de la práctica profesional, de la legitimación y legalización de esta y de un reconocimiento social.

Nuestra identidad como profesión y como disciplina está influenciada por nuestro pasado, en cómo ha sido nuestra relación con los diferentes momentos históricos, el constructo social y contextual donde hemos vivido y trabajado, con la multiculturalidad, con rol a lo largo de los años, nuestra capacidad de conocimiento, reflexión y desarrollo profesional, como elementos que han contribuido al cambio tanto profesional como disciplinar.

Las pioneras que fueron ordenando y diseñando la práctica profesional:

- Mary Richmond (1861-1928).
- Jane Addams (1860-1935).
- Gordon Hamilton (1892-1967).
- Octavia Gil (1892-1967).
- Concepción Arenal (1802-1893).

En España, el desarrollo de la profesión como tal, llegó al final de los años 30 con el inicio de las Escuelas de Formación que permitieron dar estructura a la profesión e iniciar el desarrollo, legitimización y las bases del reconocimiento legal en nuestro país.

Entre las normativas legales que han ido dando forma a la profesión y a la disciplina, podemos resaltar entre otras:

- Decreto 1403/1964, 30 de abril sobre Reglamentación de las Escuelas para la Formación de Asistentes Sociales. Fuente: BOE núm. 117, de 15 de mayo de 1964 (pág. 6305).
- Orden de 25 de octubre de 1966 se aprueba el emblema de los estudios de Asistente Sociales. Representada por la rueda dentada, mano tendida y rama de olivo (Rueda dentada: movimiento/cambio; Mano: símbolo de entrega, trabajo, forma de relacionarnos; Rama de Olivo: ayuda, paz, dignidad humana).
- Constitución de 1978. Capítulo 3.º de los derechos rectores de la Política Social y Económica, arts. 39-52.
- Real Decreto 1850/1981, 20 de agosto, sobre la incorporación a la universidad de los estudios de Asistentes Sociales como Escuelas Universitarias de Trabajo Social.
- Ley 10/1982, 13 abril por la que se crean los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales (art. 52 de Constitución Española de 1978).
- Real Decreto 1431/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título Universitario Oficial de Diplomado en Trabajo Social.
- Declaración de Bolonia, regularizada a través de la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril de Ordenación de Enseñanzas Universitarias Oficiales que modifica la Ley Orgánica 6/2001, 21 diciembre y el posterior Real Decreto 861/2010 que lo modifica.
- Real Decreto 861/2010, para modificar el Real Decreto de 2007 y poder reconocer créditos por experiencia profesional o laboral.
- Espacio Europeo Educación Superior en 2010. Del qué destacaría los planes de formación conjuntos, cambios de metodologías docentes dirigidos al aprendizaje basado en competencias. Fuente: <https://educaweb.com>

Sobre este desarrollo legislativo destacaría dos comentarios de profesionales del Trabajo Social:

- **Natividad de la Red Vega:** *“el trabajo social ha requerido poner en manifiesto múltiples iniciativas y procesos. Por ejemplo, encauzar fuerzas, atender realidades “desiertas”, prever demandas e ir más allá de las urgencias... acoger intuiciones y provocaciones de profesionales, integrar la creatividad de organizaciones de Servicios Sociales públicas y privada... que hacen del Trabajo Social que tenga un reconocimiento incuestionable”⁵.*
- **Mar Ureña,** en el 6.º Congreso de Trabajo Social de Madrid, señaló que *“... la profesión se ha ido construyendo con el desarrollo profesional en los diferentes ámbitos de desempeño profesional, desde el conocimiento y la formación, desde el desarrollo de leyes y el reconocimiento profesional y social, lo que ha producido por la acción transformadora que ha ido generando un cambio tanto en la profesión como en la sociedad”¹.*

Quiero recordar también desde este foro a las profesionales del Trabajo Social de la Comunidad de Madrid que han sido reconocidas por su trayectoria profesional por parte del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid: Pilar Albillo, Ana Toledo, Cristina Alonso, Alfonsa Rodríguez, Teresa Zamanillo. Gracias por vuestra aportación a la profesión.

Destacaré algunos comentarios sobre la profesión que han realizado algunas profesionales de nuestro entorno:

- **Ana Toledo:** *“Los valores que le ha aportado la profesión para el desarrollo personal y profesional”*⁶.
- **Alfonsa Rodríguez:** *“La profesión me ha permitido integral el sufrimiento humano con lo social y lo relacional.... poder temer esquemas conceptuales para dar sentido a la realidad y poder categorizar la intervención”. Plantea “el deseo que otros profesionales estén interesados por entender y comprender la realidad como herramienta para la intervención desde el Trabajo Social”*⁷.

Como profesión partimos de una intervención centrada en la persona, de sus formalezas como individuo/a y como sujeto único, complejo, dinámico, diferente según la construcción social donde se viva, sus circunstancias, contextos de vida; apostamos por una intervención basada en el derecho, enmarcando nuestra práctica y buena praxis profesional conforme a nuestro Código Deontológico⁸.

La definición actual de Trabajo Social⁹, nos lleva a una determinada función profesional y social, caracterizada como se señaló en el XIV congreso de AETSYS, del 11 al 13 de mayo de 2023 (Fuente: notas propias recogidas en dicho Congreso) por el profesor José Antonio Seoane, por los temas éticos y bioéticos que influyen en nuestra profesión, cuyo referente es el Código Deontológico (CD). Planteaba dos dimensiones a tener en cuenta:

- Profesión: Valores, deberes y normas.
- Disciplina: Práctica del conocimiento.

Desde este comentario engancho para abordar el segundo punto.

2. PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL

Ponemos en valor la descripción que nos identifica como profesionales del Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW)⁹ y el “Documento Básico. Construcción Histórica del Trabajo Social en España”¹⁰ (apartado 18, pág. 75), donde se explicita al Trabajo Social como una disciplina de la que se deriva la actividad profesional del/de la trabajador/a social y del/de la asistente social que tiene por objeto la intervención social ante necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, aplicando metodologías específicas, en la que se integra el Trabajo Social de caso, grupo y comunidad. El/la trabajador/a social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno”⁹

Para ejercer esta profesión se necesita tener una formación universitaria, poseer un título universitario de Graduado/a en Trabajo Social o Diplomado en Trabajo Social, además de estar colegiado/a en el territorio donde se ejerce de manera única o principal la profesión.

La Ley de Colegios Profesionales 2/1974, del 13 de febrero (art. 3.2) *“Sera requisito indispensable para los/as profesiones hallarse incorporado al Colegio profesional correspondiente cuando así lo establezca una Ley Estatal”* y Ley 10/1982, de 13 de abril sobre la creación de los Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales, recoge en su art. 3: *“los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, que podrán tener ámbito de Comunidad Autónoma, Regional o Provincial, integraran en sus respectivos territorios a quienes reúnan los requisitos legales para ser considerados como Diplomados Universitarios en Trabajo Social y Asistentes Sociales, siendo por tanto obligatoria para el ejercicio de la profesión la incorporación al Colegio correspondiente”*.

Normativa que nos explicita el deber de colegiación de los/as profesionales del Trabajo Social como forma de garantizar la legitimidad de la actividad profesional que desarrollamos, nuestro obligado cumplimiento al Código Deontológico y la protección de la ciudadanía frente a nuestras prácticas profesionales; ya que tenemos como profesionales una responsabilidad civil sujeta a un régimen disciplinar.

El ejercicio profesional implica actos profesionales que son susceptibles de responsabilidad profesional a nivel personal no institucional, pero sí de responsabilidad hacia terceras personas. Eso no quiere decir que no tengamos obligaciones y responsabilidades intrínsecas como profesionales en relación con las instituciones en las que trabajamos. Para poder regular nuestros actos profesionales disponemos de dos herramientas:

- **Base de Datos de Profesiones Reguladas de la Comisión Europea acuerdo directiva 2005/36/EC.** Nos señala que la *“Capacidad para el acceso a una determinada profesión, o a su ejercicio, que viene acreditada*

oficialmente por un título de formación, por un certificado de competencia, que lo aporta el título universitario de Graduado/a en Trabajo Social o Diplomado en Trabajo Social”.

En otro momento del documento hace una definición señalando que *“El trabajador social opera como agente de acceso de los ciudadanos al sistema de Servicios Sociales y atención especializada, ya que deriva a otros profesionales previa evaluación y diseño de la intervención, utilizando los instrumentos técnicos propios de los Servicios Sociales: ficha social, historia social y emisión de informes sociales. También tiene responsabilidad de coordinación de los procedimientos en materia de Servicios Sociales. Los campos específicos de actuación de los trabajadores sociales son: infancia y adolescencia, familias, adopción nacional e internacional, mayores, drogodependencias, salud mental, inmigración, refugiados, mujer e igualdad de oportunidades, violencia de género, personas con discapacidad, personas en situación de dependencia, personas sin hogar, instituciones penitenciarias, sistema educativo, ayudas de emergencia, ingresos mínimos, intervención como peritos sociales en materia judicial, empresas”¹¹.*

- **La Directiva 2006/123 del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa, 12 de diciembre de 2006¹²,** realiza recomendaciones sobre los servicios de mercado interior y plantea la obligación de velar por proteger a los/as usuarios/as y recoge que *“considera servicios esenciales a los servicios sociales vinculados con la familia, menores, vivienda y personas necesitadas en favor de garantizar los Derechos Humanos, la cohesión social y la solidaridad”.*

Las funciones que se nos otorgan de: *“planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actuamos con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de las funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice. De ello se desprende: Información, Investigación, prevención, asistencia, atención directa, promoción e inserción social, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, supervisión, docencia, coordinación”¹².*

Funciones que ponemos en valor a través de herramientas propias y diferenciadas de otras profesiones, con un enfoque especial relacionado:

A. VALORES ÉTICOS

Son parte de nuestras herramientas, nos identifican como profesionales del Trabajo Social: la no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia de cara a la ciudadanía, pero también apostando por nuestra integridad profesional, nuestros derechos como trabajadores/as dentro de las organizaciones en las que trabajamos y representamos, la necesidad continua de la reflexión ética crítica, el posicionamiento profesional frente a las políticas sociales y prácticas injustas, la capacidad de empatía, responsabilidad, tolerancia, escucha activa, prudencia, trabajo en equipo, nuestro lenguaje, a nuestro conocimiento y nuestra propuesta de mejora continua de nuestras competencias, la actitud y aptitud crítica frente a la realidad social que necesitamos cambiar y reconstruir.

B. CÓDIGO DEONTOLÓGICO⁸

Nos enmarca el ejercicio profesional de los/as profesionales del Trabajo Social: principios, funciones, instrumentos básicos, relación con el/la ciudadano/a, las instituciones, la confidencialidad y el secreto profesional, así como las comisiones deontológicas. En definitiva, el Código Deontológico es la herramienta garante de una buena praxis.

1. Principios del trabajo social

“...la dignidad, la libertad, la igualdad y como generales: respeto activo, aceptación de la persona, superación de categorizaciones, ausencia de juicio de valor, individualización, personalización, promoción integral de la persona, igualdad de oportunidades, de derechos, de equidad y de participación, solidaridad, justicia social, reconocimiento de derechos humanos y sociales, autonomía, autodeterminación, responsabilidad y corresponsabilidad, coherencia profesional, colaboración profesional e integrada”. Son elementos que tenemos que trasladar a nuestra práctica profesional de forma real y comprometida por el bien de la ciudadanía y de la buena praxis profesional.

2. Derechos y Deberes

- En relación con **las personas usuarias**: Respeto de los derechos fundamentales de las personas reconocidos por las instituciones internacionales y nacionales.
- En relación con **otros profesionales**: Señalara “*el intercambio de conocimiento entre colegas y profesionales de otras disciplinas*” (art. 26 CD), “*las relaciones entre los profesionales deben regirse por los principios de profesionalidad, coordinación, colaboración y respeto recíproco, evitando la competencia desleal*” (art. 30 del CD).

Presidente de la Unión Interprofesional de la Comunidad de Madrid (UICM) José María Alonso Puig en la Asamblea, de dicha entidad, de fecha 30 de marzo de 2023, señaló que “*como profesionales mantenemos relaciones con otros profesionales con las que estamos especialmente conectados, por la función social conjunta que desarrollamos y por ser generadores de transformación y cambio social además de contribuir a la economía de nuestras comunidades*” (Fuente: notas propias. Presente en dicha Asamblea).

En esa relación interprofesional e interdisciplinar tenemos un espacio de trabajo en red y con redes donde la cooperación, la coordinación y la corresponsabilidad profesional son herramientas fundamentales y facilitadoras para el objetivo común.

- La relación con **las instituciones**: Con la defensa de los derechos de las personas que atendemos, la defensa de nuestras funciones profesionales y la participación en los órganos de participación institucional.

3. Confidencialidad y secreto profesional

Una herramienta más de obligado cumplimiento para una buena praxis profesional. En respeto a la persona, familia, grupos a la que atendemos. Ambos elementos constituyen una obligación en la actuación profesional y en el derecho de las personas. La prioridad del/de la profesional es la vida de las personas, su seguridad e integridad física, psicosocial y social.

4. Comisión Deontológica

Como herramienta profesional se recoge entre sus funciones “*prestar asesoramiento genérico a los profesionales que lo requieran*”. Es el órgano por excelencia donde podemos plantear nuestros dilemas éticos y deontológicos.

En resumen, un Código que esta referenciado a los Principios Éticos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), al desempeño responsable del ejercicio profesional, a una intervención basada en derechos humanos y sociales, apostando por una intervención con acciones centradas en el respeto y libre de acciones coercitivas de cualquier tipo.

C. DECLARACIÓN GLOBAL DE PRINCIPIOS ÉTICOS Y DE LA INTEGRIDAD PROFESIONAL DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (FITS) DUBLIN, IRLANDA, JULIO 2018.

Donde se recogen los principios éticos para los/as trabajadores/as sociales, donde los ejes fundamentales están representados por el respeto a los derechos humanos y la dignidad humana, siendo de primordial importancia el respeto a la libre autodeterminación de las personas en los procesos de intervención, la participación del/de la individuo/a en dicho proceso, respeto a la individualidad y a la diversidad, así como, la diversidad de las comunidades, la privacidad en la vida familiar y comunitaria, el reconocimiento de las fortalezas e interdependencia de las personas, el principio de justicia social para combatir la discriminación, el acceso a los recursos de forma equitativa.

Principios Éticos que son de obligado cumplimiento para los/as profesionales y de los que tenemos que “rendición de cuentas” en nuestra praxis profesional. En definitiva, son otra herramienta que nos han ido facilitando, regularizando y fortaleciendo como profesión y que nos permiten un margen de mejora continua e innovación en su aplicación.

D. LA AGENDA DE 2023 DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

Herramienta de menor rango que nos ofrece anualmente el Colegio Profesional, su lema es “Más y Mejor Trabajo Social” nos muestra la necesidad de redes, de intercambio, de acompañamiento, necesarias para construir un mundo mejor y más solidario en Trabajo Social.

Toda la agenda nos evoca al Código Deontológico como elemento y herramienta que nos une, que nos sirve de marco regulatorio de la práctica, de nuestro comportamiento y de las responsabilidades profesionales.

E. CAPACIDADES Y COMPETENCIAS

Anna Marelli (2000)¹³ señala que *“la capacidad laboral debe ser medible, necesaria para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir resultados deseados por la organización. Está conformada por conocimientos, habilidades, destrezas y comportamientos que los trabajadores deben demostrar para que la organización alcance sus metas y objetivos, así son capacidades humanas, susceptibles de ser medidas, que se necesitan para satisfacer con eficacia los niveles de rendimiento exigidos en el trabajo”*, a esta definición podríamos añadir elementos que nos permitan una visión con concepción más holística de nuestra intervención donde debemos integrar la ética y los valores como parte de las capacidades y competencias, que deberán estar acordes con el ámbito de intervención donde se trabaja.

La Unión Europea (UE) en su documento **“Ocupación 28241065”**¹⁴ refrendado por la Dirección General del Servicio Público de Empleo de Comunidad de Madrid, explicita la misión, las funciones, los conocimientos técnicos y competencias profesionales esenciales, optativas y transversales que debe tener un/a trabajador/a social para desempeñar su puesto de trabajo.

De dicho documento destacan cinco competencias claves: comunicación, interculturalidad, gestión profesionalizada de proyectos, trabajo en red, planificación. Comunidad de Madrid añade otras dos Competencias transversales sobre el conocimiento de igualdad de género y la diversidad.

Ya tenemos algunos referentes en nuestra comunidad y seguiremos teniendo más. Podemos destacar la creación de la *“Guía de desarrollo de Competencias del SERMAS”*. Realizada en base a la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión y Organizaciones Sanitarias del SERMAS para determinar los perfiles directivos y de mando intermedios del Trabajo Social de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Mental y Adicciones (todo un avance hacia el trabajo por competencias. Documento que se podrán extrapolar a otros ámbitos de desempeño profesional del Trabajo Social.

3.- COLEGIO PROFESIONAL

Antes de la formación del Colegio Profesional existieron diferentes Escuelas Profesionales donde se impartía formación para el desempeño de esta profesión; se podría decir que fueron los inicios de la transmisión del conocimiento, la formación académica y prácticas profesionales que nos llevaron a la creación del reconocimiento del cuerpo de Asistentes Sociales.

Se crea la Primera Escuela 1939¹⁵ para la formación de Asistentes Sociales en Madrid, llamada Escuela de Formación Familiar y Social, popularmente conocida como *“Escuela de Lagasca”*. En Madrid llegaron a crearse cuatro asociaciones de asistentes sociales que en 1962 se unieron para defender y desarrollar la profesión, creándose la Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales (FEDAAS) representada por Carmen Lafarga (en 1983 sería mi profesora de prácticas), Matilde Arias, María Pilar Polo y María Dolores Barvueno.

Desde la **Constitución Española de 1978** (art. 36), donde se regulan los derechos y deberes de los/as ciudadanos/as y señala la necesidad de crear Colegios Profesionales, señalando que *“la ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos”*. Este reconocimiento otorga a los Colegios una garantía institucional de cara al futuro.

Hasta llegar a la **Ley 10/1982, 13 abril** por la que se crean los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales, como herramienta principal de la profesión. *“Se crean los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales como corporaciones de derecho público con responsabilidad jurídica y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines”* (art. 1). Consejo General del Trabajo Social (art. 2). Colegios Autonómicos (art. 3). Ya llevamos 40 años, celebrados en el año 2022.

Hasta la **Ley 19/1997, 11 de julio regula los Colegios Profesionales** Comunidad de Madrid, donde recoge dos artículos de máxima importancia:

- a) Art. 14: Se otorga a los Colegios la “representación de la profesión, ordenar actividad ética, adoptar medidas disciplinarias, medidas contra el intrusismo profesional, la competencia desleal, presupuestos anuales, participación en órganos consultivos de la Comunidad de Madrid, formación, mediación en conflictos profesionales, organización de actividades y servicios de carácter profesional para los colegiados/as; entre otros”.
- b) Art. 20: “Revisión del cumplimiento de las obligaciones deontológicas podrán ser sancionados por acciones u omisiones que no estén tipificadas como falta en los correspondientes Estatutos”.

Real Decreto 174/2001 que aprobaba los **Estatutos Generales de los Colegios**, en su art. 2: señala “Los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales integrarán en sus respectivos ámbitos territoriales a quienes posean la titulación de Diplomados Universitarios en Trabajo Social y/o de Asistentes Sociales, siendo obligatoria la incorporación al Colegio correspondiente para el ejercicio de la profesión”.

El Colegio Profesional como organización, “como casa de la profesión y de la colegiatura”, como herramienta de identidad para la profesión/disciplina y los/as profesionales; como motor de cambio y apoyo a la ciudadanía, con potestad organizativa de la profesión y como órgano sancionador de la inadecuada praxis profesional, promotor de las buenas prácticas, de la innovación en el ejercicio profesional, que apuesta por la igualdad, la diversidad y el compromiso con la ciudadanía, diversificación de los servicios a los y las colegiados/as, entre otros fines.

Desde los Estatutos de constitución de la FEDAAS en 1967 hasta los actuales de 12 de diciembre de 2018, se ha realizado todo un camino de consolidación del Colegio Profesional, siendo una herramienta que da una estructura interna y marca un funcionamiento de cara a la profesión, para los/as profesionales, la ciudadanía, las instituciones y los agentes sociales.

Ley 8/2009 de 21 de diciembre, de **Medidas Liberalizadoras y de Apoyo a la Empresa Madrileña**, mantiene, en su disposición adicional primera, *que las disposiciones establecidas en ella no serán de aplicación a los Colegios Profesionales que se encuentren inscritos en el Registro de Colegios Profesionales de la Comunidad de Madrid en la fecha de entrada en vigor de la misma y por tanto, se mantiene la obligatoriedad de colegiación para los Colegios Oficiales¹⁶ ya registrados (como el de nuestra profesión) antes de dicha Ley 8/2009.*

En el acto del 40.º Aniversario del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, José Antonio Ceballos Amandi señaló (notas recogidas en el acto por la autora de este artículo) que “los colegios profesionales son una necesidad social, un elemento vertebrador de las profesiones, que protege la actividad reservada a cada profesión”. Planteó que es un espacio dialógico en continua construcción de la profesión y que en el caso del Trabajo Social es un agente de cambio real y un activista social. Hizo referencia a tres puntos fundamentales:

- Conocedor de la realidad social cambiante, de las nuevas formas de intervención.
- En su labor de intentar cambiar para revertir la realidad de las personas a las que tratamos.
- Una profesión que está en primera línea de como profesión esencial.

Como Colegio somos miembros de la **Unión Interprofesional de Comunidad de Madrid** desde hace más de 20 años, es otra herramienta para el reclamo de derechos de las profesiones y de los/as ciudadanos/as. Es un espacio de intercambio de conocimiento, defensa y divulgación de las profesiones dentro del ámbito territorial de Comunidad de Madrid.

Desde la primera Junta de Gobierno capitaneada por la presidenta María Jesús Repullés Benito, con la que pudimos tener como Colegio Profesional un encuentro con motivo del Día Mundial del Trabajo Social en 2021 (iniciativa del CGTS), hasta el decano actual, Daniel Gil Martorell, hemos ido creciendo, a fecha de junio de 2023 somos 6 160 colegiados/as y seguimos creciendo.

Otra herramienta sería las **memorias anuales**, (herramienta de gestión para el conocimiento del colegio) ya de presentan una fotografía que nos permite hacer la evaluación y reflexión del quehacer colegial en favor de la profesión, la colegiatura y la ciudadanía.

Resaltar la importancia de la relación interpares, representada principalmente en **Grupos de Trabajo y Comisiones**, como herramientas orientadas al debate sobre temas y/o áreas determinadas. Las actividades para el cuidado mutuo interpares que se han realizado en la etapa COVID y la supervisión como otras herramientas que suman para hacer un mejor Trabajo Social. Todo un entramado de organización y de gestión.

Desde el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, durante estos últimos años se está trabajando herramientas que esperamos tengan incidencia a nivel profesional:

- Perfiles profesionales por ámbitos certificando acreditaciones.
- Itinerarios de competencias por ámbitos de cara a certificación de formación por competencias.
- Temas sobre reserva de actividad.

4.- NUEVOS RETOS COMO PROFESIÓN /COLEGIO

Nos comentaba **Adela Cortina** en el XIV Congreso Estatal y II Iberoamericano de Trabajo Social celebrado en junio de 2022, que para hacer frente a esta situación debemos de tener fuerza para sobrellevarla; ponía el énfasis en la moral como forma de afrontar los retos de la sociedad y de la profesión en particular (Fuente: notas propias de la asistencia al Congreso).

Gestionar la incertidumbre de las personas, grupos y comunidades con las que trabajamos es todo un reto teniendo en cuenta el momento sociopolítico y geopolítico en el que vivimos, donde la realidad social presenta una gran complejidad, considerándose fundamental mantener la equidad y la sostenibilidad de los Sistemas de Protección Social.

La perspectiva holística de la intervención psicosocial y social del Trabajo Social es universal, poner en valor nuestro trabajo y una posición activa dentro del contexto socioeconómico y demográfico en el que nos encontramos, se hace evidente la necesidad de organizar el futuro que permita la (re)conceptualización del Estado de Bienestar, de las Políticas Públicas y la innovación de estas.

Estamos cada vez más fragmentados socialmente, cada vez percibimos más situaciones de vulnerabilidad social y de derechos, las situaciones presentan más complejidad en la intervención por las causas multifactoriales que se detectan conllevando situaciones de exclusión social, disponemos de menos recursos (humanos y de protección social) para hacer frente a la singularidad de los casos a nivel individual y a la vez la diversidad de las familias y las comunidades; donde sus potencialidades, redes de apoyo “reales” y la posibilidades de recuperación personal, familiar y social están limitadas.

El aumento de los niveles de pobreza con el consiguiente riesgo social, las nuevas formas de exclusión social que nos trajo la pandemia del COVID-19, el envejecimiento de la población, la cronicidad en temas de salud, la complejidad de los casos, la falta de soporte para combatir la soledad, la multiculturalidad, los problemas de género, el aumento de la violencia género, los cambios en las estructuras familiares, las catástrofes, la emigración, a la soledad... son solo algunos de los retos con los que nos vamos a encontrar a la hora de ejercer la profesión del Trabajo Social.

Se hace cada vez más necesarias políticas integrales e integradas y una reorganización institucional que genere procedimientos con rutas o pasarelas de gestión e intervención que faciliten el abordaje integral de las necesidades de la ciudadanía, donde la municipalidad debe tener un valor destacado y facilitador de la coordinación y en gestión de la continuidad de cuidados.

Nuestro encuadre como disciplina está recogido en el **Libro Blanco del Grado del Trabajo Social. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA)**. Diseño de un título de grado adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) en junio 2004. Uno de los pocos documentos elaborados con la participación y consenso de los ámbitos académicos y profesionales, donde se apuesta por unas capacidades y unas competencias para el/la profesional del Trabajo Social necesarias para la acción social. Nos reconoce como *“un profesional con una amplia comprensión de las estructuras y procesos sociales, el cambio social y del comportamiento humano que nos capacita para: intervenir en las situaciones (problemas) sociales (de malestar) que viven individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades, asistiendo, manejando conflictos y ejerciendo mediación; participar en la formulación de las Políticas Sociales y contribuir a la ciudadanía activa mediante el empoderamiento y la garantía de los derechos sociales”*.

Como ya he señalado, **nuestros valores éticos** como profesionales del Trabajo Social emanan o hasta ahora creo que han emanado de nuestra parte vocacional y de principios éticos recogidos en el Código Deontológico. Al menos del aprendizaje y desarrollo de estos deben estar en consonancia con las intervenciones que realizamos y con las instituciones en las que trabajamos.

Necesitamos seguir mejorando nuestra praxis profesional, apostando por desarrollo y capacitación en **competencias profesionales** (transversales y específicas) tanto en formación académica a través de la universidad como la formación continuada (propia o de la entidad para la que trabajamos), que nos permita una mejora continua de cara a la especialización.

Leer y re-leer a los clásicos del Trabajo Social y conocer las evidencias de nuevos **estudios desde el Trabajo Social** nos permitirá tener más y mejores herramientas para la práctica profesional.

Necesitamos cada vez más un trabajo fundamentado en **modelos teóricos, técnicas y tecnología** que nos permita el trabajo “ordenado” y sistematizado con una organización colaborativa, cooperativa y corresponsable tanto interprofesional, multiprofesional como transdepartamental con el objetivo común de mejorar la situación de la persona con necesidad de intervención que genere cambios en las personas, las familias y las comunidades; siempre respetando los derechos humanos (autodeterminación y la autonomía) como elementos inherentes de la dignidad de las personas y nuestro Código Deontológico.

Investigación, desde el Trabajo Social, nuestra asignatura pendiente. Permitirá mejorar la práctica profesional, evaluar procedimientos, obtener datos cuantitativos y cualitativos, mejorar calidad y eficiencia profesional y asistencial y evaluación la calidad percibida por el/l ciudadano/a.

Durante años hemos funcionado en algunos ámbitos profesionales como burócratas en la gestión de servicios y recursos de protección social, abordando la intervención psicosocial y social desde el Trabajo Social, a veces no valoramos la **participación de las personas en sus procesos de intervención**, excluirlas de la toma de decisión personales sobre su proceso de personal, no sirve, no da resultados positivos. Nos comentaba Lourdes Rodríguez del Barrio en la jornada del 18 de mayo, celebradas en Madrid sobre “Modelo sociosanitario a debate: perspectivas desde el Trabajo Social” (notas propias) que para mejorar en calidad de servicios que demos a la ciudadanía tenemos que renovar las intervenciones, co-construir espacios, redes de colaboración intersectorial que permitan mejorar la calidad de vida de la comunidad, espacios de colaboración con los/as usuarios/as (micro-meso-macro), supervisión de las prácticas de esos espacios.

El **desarrollo tecnológico y digital es todo un reto**, la exigencia social e institucional nos evoca a los procedimientos informatizados en aumento y con cambios constantes ¿Cómo llegar a este desarrollo con herramientas que no sean deshumanizadas ni deshumanizantes? Tenemos que apostar por el respeto a la persona, el derecho a la confidencialidad de algunos datos, el secreto profesional y el consentimiento informado son como herramientas fundamentales para preservar la dignidad, la confidencialidad y la protección de los datos.

Los/as profesionales necesitamos evaluar y mejorar los procesos de intervención mediante **supervisión profesional** que mejore nuestro desempeño, la calidad de los servicios, la mejorar las capacidades personales de los/as profesionales para afrontar la complejidad de los casos de una manera lo más satisfactoria posible.

Necesitamos **innovar** como profesionales y también dentro de las distintas instituciones en las que trabajamos, la visión vocacional no es suficiente, necesitamos activar como herramienta una reflexión crítica inter pares con argumentos de valor sobre nuestra práctica y donde se incluya la participación de las personas para las que trabajamos.

Otro reto es la **especialización** en algunos ámbitos de trabajo (sanidad, justicia, educación, etc. como forma de mejora, de necesidad de reconocimiento de competencias propias para dichos ámbitos, de la acreditación de la especialidad con formación académica propia y reconocimiento legal y legitimado. Que nos permita acreditaciones competenciales que favorezcan el desempeño profesional y los puestos de responsabilidad en las instituciones.

Las **condiciones de trabajo**, es otra área en la que necesitamos mejoras. Reivindicaciones laborales, nuestro reconocimiento profesional en las instituciones, las plantillas, los horarios, los espacios, los salarios, los recursos técnicos, la sobrecarga laboral, el estrés laboral (burnout); son circunstancias con las que vivimos diariamente y en las que tenemos todo un reto defensa y de mejora.

El **Colegio Profesional**, como institución y organizador de nuestra profesión, tiene por delante todo un reto de mejora continua, con estrategias ajustadas a las necesidades de la colegiatura y de la ciudadanía, que velara por la profesión y los/as profesionales dentro de sus competencias de corporación de derecho público, apostara por la profesionalización de los servicios y la diversificación de los mismos ajustándose a las necesidades y demandas,

potenciando y creando espacios de participación para la colegiatura (necesidad de generar sinergias que favorezcan la participación en el ámbito colegial), y mejorando los servicios de la ciudadanía y la sociedad (cuerpo de voluntarios/as en grandes emergencias) y con el fortalecimiento de la presencia institucional y profesional con un trabajo en red con la universidad, otros colegios profesionales, Administraciones Públicas, Privadas y movimiento asociativo profesional y social.

Todo en favor de hacer “Más y Mejor Trabajo Social”.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ureña, M. (2016). “Una mirada caleidoscópica desde el Trabajo Social” Revista Trabajo Social Hoy. 2.º Cuatrimestre 2016. N.º 78 (pág. 117-120) ISSN 1134-0991.
2. Durkheim, E. (2007). “De la división del Trabajo Social”. Ed. Colofón. 6.ª Edición. IBSN: 978-968-867-008-8.
3. Pereira, L. (2008). “Teoría y concepción del Trabajo Social: una mirada los teóricos del siglo xix. Gaceta Laboral 14(1) 81-101. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1315-85972008000100004&lng=es&lng=es
4. Zamanillo, T. y Gaitán, L. (1991). “Para comprender el Trabajo Social”. Editorial: Verbo Divino. 2.ª Edición. ISBN 84 7151 647 0
5. Libro digital n.º 065. Edita Consejo General del Trabajo Social, con motivo de la entrega del II Premio Nacional del Trabajo Social”, dic. 2012
6. Tercera Gala de Trabajo Social de Madrid. (2020). Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. <https://youtu.be/ocNvhFillKg?si=r2J3LKVZA8n2hn45>
7. Cuarta Gala de Trabajo Social. (2021). Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. https://youtu.be/og-9-rNZKZ8?WyvgK25naA9I-Hi_
8. Código Deontológico de Trabajo Social. “Herramientas e Instrumentos de Trabajo Social n.º 12” (4.ª edición 2020). Edita: Consejo General del Trabajo Social. ISBN: 978-84-09-21762-5.
9. IFSW. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
10. “Documento Básico. Construcción Histórica del Trabajo Social en España” (apartado 18),
11. <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/regprof/448>
12. Directiva 2006/123 Parlamento Europeo y del Consejo de Europa, 12 de diciembre de 2006. Diario Oficial de la Unión Europea 27/12/2006. https://es.wikipedia.org/wiki/Trabajo_social#cite_note-43
13. Anna Marelli. (2000). Introduce el concepto de competencias, en su libro “Introducción al análisis y desarrollo de modelos de competencia”.
14. Documento Unión Europea “Ocupación 28241065” https://eu.docworkspace.com/d/sll_xioxd34DypwY?sa=00&st=0t
15. Dirección General del Servicio Público de Empleo de Comunidad de Madrid). https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc.empleo/2824154_trabajadores_sociales.pdf
16. “Retazos de una Historia. Veinticinco años del Colegio Oficial de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales (1982-2007). (2008). Editado por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. ISBN: m-55276-2008.
17. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. www.comtrabajosocial.com

Aránzazu Campos Gómez
Trabajadora Social Mancomunidad Servicios Sociales Mejorada Velilla

Raquel Poderoso Bravo
Trabajadora Social Mancomunidad Servicios Sociales Mejorada Velilla
serviciosociales@mejoradadelcampo.org

Mesa redonda

Tejiendo hilos invisibles: la trabajadora social como herramienta para la construcción de relaciones y creación de vínculos. La necesidad imprescindible de la supervisión

Resumen: El Trabajo Social reconoce la importancia de la relación y el vínculo con las personas que se atienden. Aunque las/os trabajadoras/es sociales cuentan con formación y herramientas técnicas, se enfatiza que ellas mismas son la principal herramienta para generar relaciones seguras que promuevan el cambio en las/os individuos/os y familias a las que ayudan. Se menciona la necesidad de desprenderse de prejuicios, crear un propósito compartido y generar confianza para establecer vínculos efectivos. Además, se resalta la importancia de la supervisión para mejorar la práctica profesional, proteger a las/os usuarias/os y fomentar el bienestar de la/del profesional. Se concluye que el enfoque basado en “estar con la gente” y centrado en la relación es esencial en el Trabajo Social.

Palabras Clave: Herramienta, Relación, Vínculo, Ayuda, Recurso, Experiencia, Momento vital, Responsabilidad, Compromiso, Formación y Supervisión.

Abstract: Social Work acknowledges the significance of the relationship and bond with the individuals being served. Despite having training and technical tools, social workers emphasize that they themselves are the primary instrument for building secure relationships that foster change in the individuals and families they assist. It is mentioned that letting go of prejudices, creating a shared purpose, and building trust are necessary for establishing effective connections. Moreover, the importance of supervision is highlighted for enhancing professional practice, safeguarding users, and promoting the well-being of the professional. It is concluded that an approach based on “being with the people” and centered on the relationship is essential in Social Work.

Keywords: Tool, Relationship, Bond, Assistance, Resource, Experience, Life stage, Responsibility, Commitment, Training, and supervision.

LA/EL TRABAJADORA/OR SOCIAL COMO HERRAMIENTA

Venimos de una sociedad donde se reconoce que tener una titulación universitaria, una formación posterior y participar en procesos de oposición nos sitúa en una posición de distancia respecto a las personas para las que trabajamos, todo ello nos otorga un escudo de protección y un sentido de poder. Sin embargo, este distanciamiento también nos concede una objetividad falsa.

Terminamos nuestra carrera universitaria, conseguimos un trabajo, conocemos la institución, los recursos, los procedimientos, las necesidades de la población, los protocolos y los diferentes servicios. De repente, nos encontramos ante una situación con una familia en la que ninguna de nuestras herramientas anteriores se ajusta a sus necesidades o demandas.

¿Qué nos queda? Nos quedamos solas. En ese momento, nos quedamos paralizadas y un poco nerviosas. Al principio, experimentamos sudores mientras buscamos en nuestro repertorio de recursos algo que encaje, pero no lo encontramos. Además, nuestras propias experiencias personales y emociones comienzan a surgir, y esto se nota. En esos primeros momentos como trabajadoras sociales, seguimos buscando un recurso adecuado para ayudar a la familia.

Sentimos la necesidad de generar recursos, revisar nuestras formas de trabajo, establecer protocolos para las intervenciones, estandarizar modelos y aprender de cómo funcionan otros municipios. Sin embargo, algo aún nos falta.

Después de dar muchas vueltas, podemos tomar conciencia de que parte del recurso que la familia necesita somos nosotras mismas. Nosotras, solas, solo la persona o la familia y tú. No somos un “tú” cualquiera; somos un “tú” con formación, con respaldo legal, respaldo profesional y formamos parte de una institución. También contamos con herramientas epistemológicas y técnicas.

Llega un momento en nuestra experiencia profesional en el que te das cuenta de que *tú* eres la herramienta principal para generar una relación segura que permita a la otra persona reflexionar, analizar y cuestionarse, y así promover situaciones diferentes que provoquen cambios.

“Recordamos a Teodora y Pablo, donde Pablo tuvo comportamientos desajustados con su mujer cuando ella manifestaba los primeros signos de Alzheimer. Las/os hijas/os eran conscientes de esta situación, y las/os vecinas/os llamaron a la policía al escuchar fuertes discusiones en el domicilio. La demanda llegó a los servicios sociales y convocamos a los tres hijos, cada uno expresó su visión de la situación en el hogar de sus padres. Posteriormente, planteamos una reunión conjunta con Teodora, Pablo y sus hijos. Contextualizamos la situación, creamos un espacio seguro y los ayudamos a escucharse y reflexionar. Como resultado de esta intervención, se implementaron acciones relacionadas con la protección de Teodora y la atención hacia Pablo”.

Cuando nos damos cuenta de que estamos solas esto nos provoca inquietud, ya que estas situaciones familiares pueden llegar a despertar voces internas, experiencias vividas y sentimientos que nos mueven y conmueven. Y nos vemos influenciadas por nuestro momento vital.

Cuando afrontamos estas situaciones en un contexto terapéutico, nuestro objetivo es utilizarlas para el crecimiento de las personas y fomentar el cambio. En definitiva, construirlas como herramientas técnicas de intervención.

Esto solo puede ser llevado a cabo por la propia trabajadora social en su faceta humana.

Entendemos el trabajo social como una profesión basada en las relaciones, un ejercicio que implica la co-construcción de conocimiento en el que tanto la/el trabajadora/or social es ayudada/o como ayuda a otras/os. Esta relación de ayuda la concebimos desde una posición simétrica, sin expertos ni distancias.

Esto nos exige competencias como la empatía, una comunicación efectiva, pensamiento crítico, ética profesional y resiliencia, entre otras. Estamos hablando de una parte fundamental de nuestra profesión que, en la era de la inteligencia artificial que está tan en boga en la actualidad, será muy difícil de reemplazar, siempre y cuando restauremos el enfoque en las relaciones como algo prioritario.

La inteligencia artificial puede ayudarnos a aliviar la carga burocrática que nos incomoda y que nos roba tiempo para trabajar en y para las relaciones. Sin embargo, ahora es el momento de volver a centrarnos en la persona misma de la/del trabajadora/or social como herramienta principal.

LA IMPORTANCIA DEL VINCULO EN LA INTERVENCIÓN

La intervención implica una relación, específicamente la relación entre la/el profesional y la persona. Esta relación se refiere al conjunto de interacciones, comunicaciones y acciones que ocurren entre el que ayuda y la/el ayudada/o. Nosotras trabajamos en un contexto institucional de servicios sociales de atención primaria, de carácter polivalente y comunitario donde recibimos una amplia variedad de demandas de atención social y brindamos respuestas diversas a los problemas planteados en el entorno donde las personas conviven y se relacionan.

En ocasiones nos enfrentamos a situaciones como la vivida con Rodrigo y Rebeca durante su proceso de divorcio, la imposibilidad de distanciarse de la relación conyugal tuvo consecuencias negativas para sus hijas que las llevaron a un alto grado de sufrimiento. Nos vimos inmersas en el conflicto y nos fue imposible intervenir debido a la falta de vínculo.

La relación es el contexto en el que se establece el vínculo y una de las tareas más difíciles en nuestra intervención es generarlo.

De ahí nuestro fracaso con Rebeca y Rodrigo, no logramos generarlo.

Aquí es donde recordamos las palabras de Silvia Navarro Pedreño (2016) en su artículo “Sobre el tacto en el contacto: por un saber de la caricia en el Trabajo Social”, donde nos advierte que no podemos dejar de lado la generación del vínculo debido a las dificultades que conlleva, ya que esto podría llevarnos a perder la verdadera esencia de nuestro trabajo.

“Exiliar de nuestro campo de acción la práctica del vínculo, de la escucha, del cuidado y del acompañamiento no es, en modo alguno, un detalle menor, es lo más dramático y grave que nos puede suceder porque vacía nuestra práctica de su verdadera esencia, de toda posibilidad de trascendencia. Sólo cuando nos comprometemos con el otro (sea una persona, una familia, un grupo o un colectivo) en la conquista de su autonomía y vinculación social, cuando nos sumergimos en la singularidad de lo que éste es, somos capaces de reconocerle como una identidad y una dignidad valiosas que debemos respetar y promover” (p. 4).

En este sentido, nos preguntamos cómo se genera el vínculo en nuestra práctica profesional: ¿alguna vez os habéis puesto en el otro lado de la mesa donde soléis trabajar? La generación del vínculo implica poder conectar con la persona, escucharla y comprenderla, sentir que sabe que le estás mirando y no olvidarnos que la/el otra/o también nos mira.

Para generar un vínculo seguro, debemos desprendernos de prejuicios, ser capaces de crear y compartir un propósito, involucrarnos y asumir responsabilidad en el proceso de cambio. Una relación auténtica y basada en la confianza allana el camino para brindar una ayuda eficaz.

Recientemente, hemos estado trabajando con una familia donde Alba, una menor de 15 años, ha estado expuesta a graves situaciones de riesgo que ponen en peligro su integridad física. Nos encontramos en un contexto coercitivo y cuando logramos la participación de los padres en la intervención, las instituciones no dieron la respuesta esperada, lo que llevó a la familia a sentirse defraudada. Los padres muestran desconfianza en el funcionamiento del sistema y llega el momento en que debemos abrir la puerta al vínculo y hacerles ver que estamos comprometidas/os con su proceso. Para generar confianza, pudimos decirles auténticamente: “Haremos todo lo que esté en nuestras manos”. Esto activó nuestra responsabilidad profesional e institucional.

La compasión fue clave para restaurar el vínculo con la familia. La compasión se caracteriza por la empatía y el deseo de aliviar el sufrimiento de otra persona. Es un sentimiento profundo de conexión y solidaridad con las/os demás que nos impulsa a querer ayudarles.

Nosotras/os también nos sentimos defraudadas por las respuestas de las instituciones.

Nosotras estamos hablando desde una posición de acompañamiento, no sustituyendo ni dirigiendo, creyendo en las capacidades de las personas y comprometiéndonos con ellas. Somos conscientes de que formamos parte de sus vidas en un momento determinado, pero no somos determinantes.

Es importante saber trabajar las despedidas, entendiendo este proceso como una oportunidad para fomentar la autonomía de la persona, permitiéndole analizarse, reflexionar y responder a sus propias necesidades.

En este proceso de acompañamiento, no podemos olvidar nuestro propio proceso vital como profesionales de ayuda. En ocasiones, nos encontramos en situaciones donde el otro nos coloca en un rol esperado o determinado, y nos identificamos con los sentimientos, necesidades, respuestas y conflictos de las personas a las que ayudamos. Todo esto puede generar una respuesta consciente o inconsciente que afecta y moldea nuestra relación con el otro, por lo que es importante ser conscientes de ello. En este momento, estamos hablando de conceptos como la transferencia y la contratransferencia, asociados al psicoanálisis.

Reflexionando sobre estos conceptos, nos viene a la mente la relación de ayuda que establecimos con Diana, una mujer embarazada con problemas de consumo, diagnóstico de salud mental y una relación violenta con el padre de su hijo. Diana era una mujer con altas competencias laborales, diplomada y con un empleo estable en la administración. Durante la intervención, surgieron conexiones relacionadas con nuestros respectivos procesos vitales: ella y yo, dos mujeres en el proceso de crear una familia, con Diana embarazada y yo deseando ser madre. Yo acababa de empezar en un puesto en la Administración Pública, con una diplomatura finalizada y comenzando a comprender la responsabilidad de nuestro trabajo. Entre nosotras se generó un vínculo en el que todas estas cuestiones influyeron y condicionaron nuestra relación e incluso la toma de decisiones. Olvidé que mi propia persona era parte del proceso, que no era alguien ajeno; mi momento vital y mis deseos de ser madre estaban influyendo y construyendo esa relación. Aprendí la necesidad de realizar un análisis personal para poder ser una agente de ayuda efectiva.

Sin embargo, este fenómeno no solo ocurre en el ámbito de ayuda a las/os ciudadanas/os, sino también en un contexto de intervención en red, donde se generan relaciones marcadas por la subjetividad. Cada profesional se enmarca en un contexto institucional, un estilo de trabajo y un objetivo diferente, y cada uno tiene su propia identidad, personalidad y momento vital. En muchas ocasiones, en las reuniones de red, surgen interacciones donde se mezclan los diferentes “yoes” profesionales, lo cual afecta a la relación y a menudo no somos conscientes de cómo nos afecta en la consecución de los objetivos.

¿Por qué nos sucede esto? Es posible que influyan nuestros propios complejos (siempre se nos considera el “cajón de sastre” a los servicios sociales, donde todos creen “saber sobre lo social”), las resistencias internas (alguien que constantemente nos cuestiona o nos mira por encima del hombro) y los límites institucionales (horarios, agendas y procedimientos de intervención diferentes).

Todo esto nos lleva nuevamente a la necesidad del análisis personal e institucional. Como podemos observar, en ocasiones nos encontramos preparadas para enfrentar las situaciones desde un punto de vista técnico. Pero nos encontramos con una amplia variedad de casos y relaciones en nuestra labor de intervención, lo que hace necesario contar con una formación continua, un análisis personal y profesional, así como una supervisión constante.

SUPERVISIÓN

En nuestro trabajo como trabajadoras/es sociales, las relaciones son fundamentales y son nuestra principal herramienta de intervención. Teniendo en cuenta las múltiples situaciones que enfrentamos, su complejidad y la diversidad de problemas que abordamos, a veces experimentamos estrés, impotencia, cansancio, agotamiento e incluso sufrimiento. Consideramos que la supervisión es un método de apoyo que intenta dar respuesta a todas estas dificultades.

Al mismo tiempo, la supervisión es un espacio de reconocimiento y aprobación de nuestra labor profesional, de todas/os las/os que participamos en ella nos beneficiamos y enriquecemos.

La supervisión parte de la persona con su saber hacer, su capacidad de comprensión y su subjetividad, teniendo en cuenta también su momento vital. Se comparte en un espacio que promueve el autocuidado profesional y, por extensión, el cuidado de las personas a las que nos debemos.

La supervisión es una herramienta que genera espacios para que las/os trabajadoras/es sociales podamos reflexionar sobre nuestra forma de trabajo profesional en las instituciones. Implica una relación de complementariedad y una práctica de co-construcción.

La supervisión se centra en una revisión reflexiva y nos permite hablar de nuestros aciertos, errores, inquietudes y miedos. Es un medio para enriquecernos con nuestras experiencias y las de otras/os, respaldándonos en referencias teóricas.

A su vez, es un proceso que nos ayuda a resolver diferencias entre los miembros del equipo, por ejemplo, o a enfrentar dilemas y superar situaciones de estancamiento en la intervención. Favorece la integración de la experiencia y las contribuciones teóricas, en definitiva, mejora nuestra práctica.

Al principio comentábamos la importancia de la intervención, y reconocemos que, en el encuentro con el otro, el proceso de vinculación es el momento más delicado y difícil. El espacio de supervisión nos permite llevar a cabo una reflexión y un aprendizaje que nos ayuda a generar vínculos con las personas con las que nos relacionamos. En nuestra Mancomunidad, hemos contado con la supervisión desde 2008. La implementación de esta formación fue un deseo conjunto del equipo, planteado desde una perspectiva de colaboración y cooperación, con el objetivo de crear un clima de confianza y seguridad para todas las participantes.

Después de quince años de formación y supervisión, consideramos que es imprescindible incorporar esta práctica en nuestro día a día.

Recordando el ejemplo anterior de Rebeca y Rodrigo, quienes estaban inmersos en un difícil proceso de divorcio, sentíamos que habíamos fracasado en la intervención. A través de la supervisión, pudimos reflexionar sobre el mapa de relaciones que se había generado durante el proceso. Gracias a esta supervisión, comprendimos que nosotras/os también éramos parte de ese mapa de relaciones. Ambos progenitores intentaban aliarse con nosotras en contra del otro, mientras que nosotras intentábamos constantemente liberarnos del papel que nos habían asignado. Esto condujo a un bloqueo y estancamiento en la intervención, por lo que decidimos analizarlo en el espacio de supervisión.

La supervisión nos ayudó a reflexionar sobre nuestra relación con los progenitores y entender la razón detrás del estancamiento en la intervención. Este espacio nos alivió. También descubrimos que estábamos asumiendo el peso del sufrimiento de las menores (a veces nos involucrábamos más que los propios padres), y comprendimos que al final son los propios progenitores quienes deben tomar conciencia de ello.

Aprendimos que la desconexión entre el síntoma/demanda/sufrimiento es una de las causas del fracaso en la intervención. Los padres nos pedían formar alianzas para desacreditar al otro. Cada uno planteaba su propia demanda. Juan Luis manifestaba un alto grado de sufrimiento al no poder mantener una relación más cercana con sus hijas, pero al mismo tiempo, ese sufrimiento le alejaba de ellas (llegaba a perseguirlas a escondidas por el municipio). Además, su hija mayor estaba consumiendo cannabis, mientras que su hija menor presentaba un grave fracaso escolar, absentismo y conductas de riesgo a nivel sexual con sus iguales.

Y nosotras, mientras tanto, intentábamos salir del conflicto. No pudimos establecer una vinculación adecuada porque el proyecto de intervención no era compartido ni habíamos participado en su creación conjunta.

El espacio de la supervisión nos ayudó a tomar conciencia de la situación en la que nos encontrábamos y nos ayudó a diferenciar nuestras necesidades como profesionales de las necesidades de la familia. Aprendimos a participar de forma colaborativa con la familia en lugar de ser absorbidas por ella (evitando ser consideradas segundas madres para las menores).

Como profesionales del trabajo social, entendemos la supervisión como un componente esencial en los servicios sociales, dado que contribuye a mejorar la práctica, proteger a las/os usuarias/os, promover el bienestar del profesional, facilitar el aprendizaje continuo y fomentar la colaboración.

CONCLUSIONES

Con estas palabras hemos intentado transmitir nuestra experiencia en intervención social desde una perspectiva del Trabajo Social centrada en la construcción de relaciones. Aquí hemos hablado de un enfoque que como Daniel Parajuá cita en su tesis doctoral como un enfoque basado en “estar con la gente”; concepto apoyado en términos igualitarios y simétricos y que se asocia a un tipo de relación centrada en la igualdad de trato, sinceridad y la autenticidad. Hemos estado hablando de un estilo de trabajo que valora la importancia de la relación y el vínculo con las personas, y donde la propia trabajadora social es la herramienta de trabajo elegida para construir una ayuda que sea útil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ceberio, M. R. (2002). "Confesiones de resonancias de un terapeuta". *Revista Perspectivas Sistémicas*.
- Lodewich, P y Piroton, G. (coords.). (2008). "Supervisión: análisis, testimonios y perspectivas". *Revista Internacional Les Politiques Sociales*, Bélgica 1935. Revista N.º 23.
- Parajuá Navarrete, D. (2014). *Tesis doctoral. Estar con la gente y estar en la institución. La construcción de los usuarios de los Servicios Sociales en el marco de las políticas sociales neoliberales*. Editor Universidad Complutense de Madrid.
- Pedreño Navarro, S. (2016). *Sobre el tacto en el contacto: por un saber de la caricia en el Trabajo Social. III Congreso Internacional de Trabajo Social. Trabajo Social: arte para generar vínculos*. Edita Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Deusto. (Ponencia 2).
- Rodríguez Rodríguez, A. (2023). *La supervisión como aprendizaje significativo*. Editorial Thomsom Reuters Aranzadi.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Editorial Gedisa.

Comuni- caciones



*¿Qué Herramientas
para qué Trabajo Social?*

CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

Bloque 1: Trabajos de investigación de Trabajo Social y Buenas Prácticas, estudio de caso de Trabajo Social



Jaime Muñoz Fernández
Yolanda Otero García

Comunicación 1

Estudio intervención de Trabajo Social Sanitario en casos de violencia machista desde un Centro de Salud de Atención Primaria.

Resumen: El presente estudio se basa en la evaluación de la puesta en marcha del procedimiento de trabajo de detección e intervención en casos de violencia de género en un centro de atención primaria de salud. Este incluye al personal sanitario del centro con la finalidad de realizar un acercamiento integral a estas situaciones. Se lleva a cabo una valoración de la tipología de casos y la intervención por parte de trabajo social sanitario en los casos de maltrato.

Palabras Clave: Violencia machista, Trabajo Social Sanitario, Intervención social, Protocolo de trabajo violencia machista, Evaluación casos.

Abstract: The present study is based on the evaluation of the implementation of the work procedure for detection and intervention in cases of gender violence in a primary health care center. This includes the center's health personnel in order to carry out a comprehensive approach to these situations. An assessment of the typology of cases and the intervention by health social work in cases of abuse is carried out.

Keywords: Male violence, Social Health Work, Social Intervention, Male violence work protocol, Case evaluation.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En el presente estudio sobre la intervención de trabajo social sanitario en relación con la atención en casos de violencia de género, se ha realizado una revisión bibliográfica en relación con la existencia de estudios sobre el asunto, y no se han encontrado valoraciones con parámetros similares.

Asimismo, se valoró necesario la revisión en ámbitos relacionados con aspectos que se trabajan en el presente estudio como serían la idiosincrasia propia de la profesión de trabajo social, la preparación a nivel académico de los/as trabajadores/as sociales para afrontar la intervención en casos de violencia de género (entendida esta dentro de los estudios reglados del Grado de Trabajo Social), y el propio desarrollo de la gestión de los casos de violencia en el ámbito sanitario.

La profesión de trabajo social está definida por el Consejo General del Trabajo Social en España (2014):

El trabajo social es 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. Los principios

de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

En relación con ello, y si tenemos presente que el objetivo de trabajo social es luchar contra las desigualdades de género, y las consecuencias que éstas crean en fenómenos como la violencia machista, sería necesario que en la formación de futuros/as profesionales se incluyera la perspectiva de género y asignaturas propias de atención a la violencia machista, tanto desde el ámbito de la intervención individual como desde la perspectiva grupal y comunitaria. En este se ha realizado búsqueda en los planes de estudio de Trabajo Social en las universidades de Cataluña sin encontrar asignaturas que abarquen este concepto.

Santana-Hernández, J. D. (2010) realiza comparativa de planes de estudios de diversas universidades de España, en el que indica las asignaturas en relación con el trabajo con la violencia machista. Destaca que la mayoría de estas se insieren dentro de la formación optativa que pueden realizar los estudiantes.

Es importante señalar los determinantes de salud que inciden en la problemática de violencia machista. Factores personales de salud crónicos (como discapacidad), embarazo, entono social y cultural incrementan la fragilidad y el riesgo.

Caudillo-Ortega, L., Hernández-Ramos, M. T., Flores-Arias, y M. L. (2017) destacan los tres niveles en relación con los determinantes de salud en este fenómeno. Por un lado, tenemos lo macro (relacionados con causas como el origen de la mujer que puede condicionar su vulnerabilidad tanto desde una vertiente cultural, económica, laboral); un nivel intermedio (red social), y finalmente un nivel micro (condicionantes propios de cada persona donde englobaríamos aspectos más relacionados con la salud).

Sería desde este nivel intermedio-micro donde el trabajo social sanitario tendría que desarrollar su intervención. En el intermedio favoreciendo que la institución pública de salud reconociera la necesidad de generar planes específicos de erradicación de la violencia machista y la brecha de género, y a nivel micro con el desarrollo de una intervención interdisciplinar con el resto de personal sanitario de los centros de salud dadas las múltiples especificidades en el tratamiento, soporte y acompañamiento a las mujeres supervivientes de violencia de género.

INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género, promoviendo las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, asistencia y recuperación de las mujeres maltratadas.

La Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, define este acto como la violación de los derechos humanos a través de la violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, intimidaciones y coacciones, tiene como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como privado.

El Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Sistema Nacional de Salud (2012) recomienda la detección temprana y mejorar la atención de los/as profesionales de la salud a las situaciones de violencia machista, realizar sistemáticamente a las mujeres que acuden a la consulta una valoración sobre esta situación mediante preguntas exploratorias.

Las diversas Administraciones Públicas del Estado (central y autonómica), ante el sufrimiento que causa este tipo de violencia y desigualdad, no solo a las mujeres sino a la sociedad en general, han realizado la tarea de proceder a establecer protocolos de sensibilización, detección, intervención, y apoyo a las mujeres que sufren esta violencia. Estos han sido adaptados a la peculiaridad de cada estamento de la administración (educación, salud, ámbito

laboral), y a los diversos perfiles de mujeres que la padecen, para ofrecer una respuesta lo más adecuada a la situación y necesidad.

Asimismo, debe tenerse presente en el ámbito territorial de L'Hospitalet de Llobregat la función impulsora de programas e intervenciones en relación con la violencia de género que realiza el Centro de Atención a la Mujer de L'Hospitalet, que cuenta con el Plan Municipal por la Mujer, que tiene por objetivo desarrollar políticas de igualdad de género en la ciudad.

En el ámbito de salud se destaca por parte de la Generalidad de Cataluña, el Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña, que presenta la finalidad de facilitar a los/as profesionales del ámbito sanitario herramientas para la prevención, detección, actuación y recuperación de las supervivientes de violencia machista, así como establecer circuitos de intervención entre los distintos dispositivos que trabajan en este ámbito para garantizar una atención integral, así como evitar situaciones de segunda victimización de las mujeres.

JUSTIFICACIÓN

Estudios realizados a nivel nacional indican diversos factores de por qué las mujeres víctimas de violencia de género no denuncian o informan de esta situación; algunos de estos serían:

- Edad: cuando mayor edad en la mujer, se incrementa el tiempo de concienciación y verbalización de la situación de violencia.
- Cargas familiares y convivencia con agresor.
- Discapacidad.
- Dependencia en varios factores del agresor.

Es por estas razones que una actuación encaminada a mejorar la detección precoz de violencia machista puede ofrecer un espacio de soporte, reflexión y acompañamiento en el proceso de su recuperación. Desde el ámbito de la salud se dispone de un espacio con las características de confianza en el equipo asistencial (medicina, enfermería y trabajo social sanitario) que puede facilitar el conocimiento y seguimiento, así como dar a las mujeres un espacio de seguridad en la verbalización de la situación de violencia.

El motivo, según estudios y encuestas realizadas por lo que la mujer solicita finalmente ayuda se basa sobre todo (aproximadamente en un 50 %) en el momento en que sufre un daño físico o psicológico importado.

Asimismo, las mujeres que verbalizan episodios de violencia (de cualquier tipo) solo informaron a recursos formales (entre ellos el sanitario) en una proporción del 45 %, que si bien es un índice alto no deja de evidenciar cierto desconocimiento que tienen las víctimas de la posibilidad de ayuda por parte de las administraciones.

Investigadores del fenómeno de la violencia de género indican dos campos en los que debería trabajarse e incidir:

- Formación y mejora de la atención por parte de los/as profesionales de la administración (Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación —2019—, refiere que un 21 % de las mujeres no sabía dónde dirigirse para poder informar y recibir el asesoramiento necesario).
- Sensibilización social.
- Orientación de los recursos de apoyo y sociales.

DATOS VIOLENCIA MACHISTA

Según los datos de la última macroencuesta realizada por el Ministerio de Igualdad (última publicado año 2019).

- Una de cada dos mujeres (57,3 %) residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres. Suponen 11 688 411 mujeres.
- Una de cada cinco (19,8 %) la han sufrido en los últimos 12 meses. Suponen 4 048 273 mujeres de 16 o más años. Las mujeres jóvenes lo experimentan más: el 71,2 % de las mujeres de 16 a 24 años y el 68,3 % de las mujeres de 25 a 34 años han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas frente al 42,1 % de las que tienen 65 años o más.

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 13,7 % (2 802 914 mujeres) han sufrido violencia sexual a lo largo de la vida de cualquier persona (pareja actual, parejas pasadas o personas con las que no se ha mantenido una relación de pareja), y el 1,8 % (359.095 mujeres) en los últimos 12 meses.

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 21,5 % (4 387 480 mujeres) han sufrido violencia física a lo largo de la vida por parte de cualquier persona (pareja actual, parejas pasadas o personas con las que no se ha mantenido una relación de pareja), y el 1,7 % (351 770 mujeres) en los últimos 12 meses.

A nivel territorial más cercano de la población atendida en el Área Básica de Salud (ABS) La Torrassa se muestran los datos que se presentan y que son parte de la memoria de actividad e intervención del Centro de Atención a la Mujer de Hospitalet de Llobregat que recogen a nivel general de la ciudad pero que aportan la importancia de la problemática de la violencia machista en la ciudad.

El Centro de Atención e Información a la Mujer (CAID) atendió a un total de 1 052 mujeres, de las que un 43 % eran nuevas consultas.

De esa intervención un 40 % fue por violencia física y psicológica, un 35 % por violencia psicológica, aproximadamente un 6,5 % por violencia sexual.

Cabe indicar que, de las citadas intervenciones, un 16 %, fueron provenientes del ámbito de la salud, un porcentaje que podría denotar infra diagnóstico desde los servicios de salud en comparación con otros recursos como servicios sociales municipales (más de un 27 %).

VIOLENCIA MACHISTA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Los diferentes dispositivos del ámbito sanitario son en muchas ocasiones la puerta de acceso y detección de los casos de violencia de género, no solo por ser los que atienden situaciones de gravedad como cuando aparece la violencia física (en su forma más grave, ya en que en muchas ocasiones ésta queda escondida dentro del ámbito familiar por la falta de apoyo que perciben las mujeres), sino también porque la salud es un ámbito accesible y no “estigmatizado” (ya que se trata de un servicio generalista) donde las mujeres pueden acudir a su equipo sanitario de referencia para poder informar de situaciones relacionadas con el maltrato.

Datos que justifican la necesidad de ampliar el cribado y apoyo que se facilita a las mujeres víctimas de violencia machista se evidencian en la citada macroencuesta de 2019 del Ministerio de Igualdad.

El 28,9 % (1 477 723 mujeres) ha buscado ayuda en servicios sanitarios o sociales a causa de la Violencia Física, Sexual, emocional o Miedo (VFSEM) que han sufrido alguna pareja, actual o pasada, en algún momento de sus vidas.

La propia violencia machista comporta graves problemas en relación con la salud de las mujeres:

- Salud física.
- Cronicidad.
- Salud sexual y reproductiva.
- Psíquica.
- Social y laboral.
- Salud de las hijas e hijos.

El 27,07 % de las mujeres que han sufrido violencia física sexual o emocional de alguna pareja, actual o pasada, se han puesto en contacto con algún servicio sanitario (médico/a, centro de salud, psicología/psiquiatría, farmacia). Suponen 1 380 606 mujeres. Desde el ámbito sanitario, además se podría considerar que este porcentaje pudiera ser inferior al real, ya que solo incorpora las respuestas de las mujeres que han pedido ayuda y, por tanto, son conscientes de que viven una situación de violencia de género, pero no incluiría a aquellas que acuden a los servicios de salud mental o sanitarios sin saberse víctimas de esta violencia. Por tanto, la intervención en la detección temprana desde el ámbito sanitario es decisiva (Ministerio de Sanidad, 2011).

La Atención Primaria debe erigirse como garante de la prevención primaria en la detección de la violencia de género, desde una vertiente que analice los diversos factores que afectan a la mujer, como con un trabajo multidisciplinar y coordinado, tanto entre los profesionales de las áreas básicas de salud, como con recursos especializados. Una

detección, apoyo y atención temprana reduce los efectos a largo plazo de la violencia machista, pudiendo evitar situaciones de riesgo.

Pero cabe señalar que la propuesta del cribado rutinario en el ámbito sanitario debe ir acompañado de protocolos y actuaciones para apoyar a las mujeres que informen de su situación.

Es por este motivo que debe darse importancia a la necesidad de que desde los equipos de atención primaria de salud se faciliten herramientas de intervención en los casos de género. A tal fin, dentro del Consorci Sanitari Integral se ha diseñado y puesto en marcha diferentes protocolos de intervención que facilitan la orientación y pautas intervención al personal sanitario con la finalidad última de garantizar una atención integral e integrada a la mujer. Favoreciendo una respuesta óptima y en coordinación con el resto de los dispositivos para garantizar una vinculación al sistema de salud y otros recursos, con el objetivo de conseguir un seguimiento y soportes adecuados, a través de un abordaje general de todos los aspectos vitales que reciben el impacto de la situación que sufre la mujer en ese momento.

OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN: PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN RELACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO ÁREA BÁSICA DE SALUD (ABS) LA TORRASSA-L'HOSPITALET DE LLOBREGAT)

Contexto de la Experiencia

La puesta en marcha del procedimiento de trabajo para el abordaje de la violencia de género se lleva a cabo en el año 2015 a raíz de la valoración de la necesidad de contextualizar la labor de los/as profesionales del área básica de salud y abordar la problemática de la violencia machista.

Sin embargo, es necesario introducir la situación del territorio donde se lleva a cabo esta experiencia. El Área Básica de Salud da servicio al barrio de La Torrassa que forma parte del Distrito II de Hospitalet de Llobregat. Las características del territorio son importantes para comprender la existencia de factores determinantes de la salud que influyen en la aparición de la violencia machista.

A nivel demográfico el barrio cuenta con una población de unas 50 000 personas (siendo mujeres aproximadamente la mitad de ese total). Presenta la densidad de población más elevada de la ciudad, y un nivel de estudios en el que destaca que aproximadamente el 60 % de la población no tiene estudios o solo primarios o secundarios.

Un hecho diferencial en relación con los determinantes de la salud de la población de mujeres del territorio se da en muchas ocasiones por ser mujeres solas (población recién migrada), madres solteras, precariedad económica y laboral (dada por su situación administrativa y falta de apoyo de la red familiar no presente en el territorio).

Estos hechos demográficos conllevan diversas problemáticas asociadas con factores determinantes de la salud como una baja renta per cápita, problemas de vivienda, paro, falta alfabetización en relación con el uso de los recursos existentes; estos elementos pueden valorarse como factores de riesgo potencial por la aparición de situaciones asociables a violencia machista.

Otro hecho importante a valorar, anterior a la puesta en marcha del procedimiento de trabajo, fue la evidente no concordancia de los datos sobre violencia machista a nivel de ciudad y la detección de estas situaciones que se daban en el área básica de salud. Por tanto, se indujo que se estaba infradiagnosticando la violencia machista dentro de este recurso de la salud.

A partir de estos hechos se realizó una labor de definición de las funciones de del personal sanitario del área básica de salud para conseguir la detección, abordaje y recuperación de las mujeres víctimas de violencia.

Este trabajo fue realizado por un grupo de trabajo formado por profesionales de las especialidades de medicina, enfermería y trabajo social.

El resultado fue la elaboración del procedimiento de trabajo en situaciones de violencia machista en las que se facilitan pautas de actuación para la detección: detección, atención y recuperación de mujeres que sufren violencia de género.

Objetivos

Los objetivos marcados por la realización del procedimiento de trabajo se resumen:

- Detectar situaciones de violencia machista teniendo en cuenta las características del territorio, y en consonancia con el estudio de los determinantes de salud de las mujeres.
- Intervenir de forma coordinada el personal sanitario del Área Básica de Salud para ofrecer un apoyo inmediato tanto en situaciones que precisan el seguimiento y apoyo emocional de las mujeres, como en aquellas circunstancias donde se precisa una intervención temprana por riesgo para la vida de la mujer o de los hijos.
- Seguimiento de los casos de violencia machista detectados en constante coordinación tanto dentro del Área Básica de Salud como con profesionales y técnicos/as externos de los recursos especializados en la atención de víctimas de violencia machista.
- Favorecer la recuperación de las supervivientes con soporte en recursos específicos, tanto a nivel económico, de vivienda, psicológico, siempre individualizando la intervención.
- Sensibilizar a profesionales del Área Básica de Salud en la detección, intervención y recuperación de las mujeres, con sesiones realizadas por trabajo social sanitario del propio centro, y actualización de las herramientas del sistema informático propio que permiten diagnóstico y seguimiento.

Población Diana

Mujeres atendidas en las consultas del área básica de salud mayores de 16 años.

Cabe destacar que la detección se realiza normalmente dentro de la consulta ordinaria del equipo sanitario y de trabajo social. Pero es importante señalar que, una vez detectado el caso, se incorpora un seguimiento específico siempre siguiendo y respetando el proceso propio de cada mujer.

Actividades Realizadas

Las actividades en esta experiencia pueden destacarse en dos principales:

- Realización de procedimiento de trabajo en relación con casos de violencia machista. Este trabajo se llevó a cabo dentro de una comisión en la que estaban incluidos los diversos estamentos de profesionales del área básica de salud con la intencionalidad que recogiera el máximo de perspectiva y experiencia.
- Formación a profesionales del área básica de salud con el fin de que se pudiera aplicar de forma adecuada, y siguiendo unos estándares de calidad para la atención de las mujeres.
- Uso de herramientas TIC facilitadas por el sistema eCAP (estación informática de registro de la actividad) que permite realizar un cribado inicial de posible situación de violencia machista y con resultado positivo de éste lleva a cabo una exploración más específica en el seguimiento, que permite orientar las actuaciones del personal sanitario y sirve de marco de referencia de la situación de la mujer en la coordinación con servicios especializados. Esta herramienta recoge las garantías de confidencialidad de datos propias de los sistemas informáticos del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

Recursos

Esta experiencia está orientada a una participación de profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as en el Área Básica de Salud.

Hay que tener presente que el abordaje de las situaciones de violencia machista no se puede realizar desde una vertiente tan solo de salud física, psicológica o social, al contrario, debe recoger una visión multi profesional para dar un apoyo efectivo.

Profesionales implicados en la puesta en marcha del procedimiento serían:

- Equipo sanitario asignado a la población; en este sentido a lo largo de las visitas programadas por parte de la propia mujer con su equipo sanitario (medicina y enfermería) se llevaría a cabo la detección de situaciones de violencia, ya sea por información facilitada por la propia mujer, como por el análisis que realiza del historial clínico su equipo asistencial.
- Trabajo Social Sanitario del área básica de salud; debe tenerse presente que la demanda de intervención puede ser originada por derivación del equipo sanitario de la mujer que ha detectado situación de violencia,

por entrevista solicitada por la mujer con el propio servicio de trabajo social, o por derivación de otros recursos sociales o sanitarios (hospitales, entidades del territorio...).

El equipo profesional sanitario y no sanitario está formado por 34 mujeres y 7 hombres (el ámbito no sanitario está formado por dos profesionales del trabajo social sanitario).

Dado que la aplicación del procedimiento de trabajo no se ha realizado fuera del contexto de la consulta propia de profesionales, no ha supuesto ningún incremento horario. Sin embargo, cabe destacar que en las entrevistas de seguimiento y apoyo ha sido necesario adaptar el tiempo dedicado a la visita.

Planificación

La experiencia inicia su planificación en 2015 con la puesta en marcha de las comisiones para llevar a cabo los procedimientos de trabajo. Una vez hecho borrador de éste se pasó por la validación de las direcciones de los centros de Atención Primaria de Salud.

Con la aprobación del procedimiento de trabajo se realizó una labor de difusión a profesionales del centro para captar su valoración e informar de la puesta en marcha del proyecto.

Desde la fecha de planificación hasta el año actual cabe mencionar dificultades propias y conocidas de la atención primaria para llevar a cabo una correcta puesta en marcha del procedimiento de trabajo, sobre todo en referencia a su evaluación. Sin embargo, cabe destacar que el funcionamiento ha sido correcto ya que se ha conseguido que los casos detectados de violencia machista tuvieran una intervención individualizada y de apoyo a nivel de salud y social.

Acciones de Comunicación

Al tratarse de una experiencia de funcionamiento interno del área básica de salud se han realizado charlas de comunicación al conjunto de personal del centro.

Por otra parte, al estar en trabajo coordinado con la Comisión de Violencia Machista del Centro de Atención a la Mujer de Hospitalet se ha realizado difusión del método de trabajo a los miembros de la citada Comisión.

Trabajo en Red

El trabajo en coordinación con otros recursos se valora fundamental por la correcta atención de las necesidades de las mujeres en procesos de violencia de género. En este sentido se ha trabajado principalmente con:

- Centro de Atención a la Mujer de L'Hospitalet.
- Área Básica de Servicios Sociales La Torrassa.
- Grupo Atención a la Víctima de Mossos d'Esquadra.
- Recursos del Tercer Sector (atención psicológica en casos de violencia sexual).

ESTUDIO DE LOS RESULTADOS

Obtención de los Datos

Los resultados se han obtenido mediante la solicitud de los diagnósticos clínicos asociados a situaciones de violencia de género según Taula de codis per a l'estandardització dels factors socials i psicosocials que influeixen en l'estat de salut.CIM-10-MC/SCP (Tabla de códigos para la estandarización de los factores sociales y psicosociales que influyen en el estado de salud CIM-10-MC/SCP) del ICS (Instituto Catalán de Salud).

En la citada tabla se recogen diagnósticos asociados a violencia machista tanto si hay sospecha como si el maltrato está confirmado. Se contabilizan nueve códigos que son los utilizados por el equipo sanitario del centro de salud para incorporar el diagnóstico de maltrato a la historia clínica.

Para el presente estudio los resultados se facilitaron mediante tablas Excel donde aparecen los datos de las mujeres que presentan las citadas codificaciones según el año de incorporación del diagnóstico a su historia clínica.

Análisis de los Datos

A través de las tablas Excel indicadas se ha procedido al vaciado de los datos que interesaban en el estudio.

En una primera fase se han limpiado las tablas en relación a personas duplicadas o diagnósticos que no se ajustan a los motivos del estudio.

Con los datos obtenidos se han revisado las historias clínicas donde se comprueba que el diagnóstico es correcto, si se ha realizado intervención por parte de trabajo social sanitario, entrevistas realizadas, tipo de intervención social y derivación a recursos especializados.

Este trabajo se ha llevado a cabo de manera manual ya que la estación clínica de los centros de salud no ha permitido el análisis automático de los datos descritos.

Limitación en Obtención de Resultados

A continuación, se señalan aspectos que limitan la obtención de los resultados y que se han de tener presentes como puntos de mejora para siguientes estudios:

- Se detecta una inadecuada codificación de los diagnósticos de violencia de género por parte del equipo sanitario. Este factor se puede deber al frecuente cambio de códigos en la estación clínica propia de la atención primaria de salud.
- Asimismo, cabe señalar que desde trabajo social se han llevado a cabo diferentes sesiones clínicas con el equipo sanitario para dar a conocer cambios de codificación como nuevas herramientas de la estación clínica para detección y seguimiento de casos de violencia machista.
- No obtención de datos en el año 2020 a raíz de la pandemia COVID-19. El trabajo del equipo sanitario se centró en la atención de la citada situación y las visitas presenciales se redujeron. Cabe anotar que en la evaluación de los resultados se detecta un incremento de casos en comparativa del año 2019 al 2021.
- Falta de datos de las situaciones de violencia machista por no aplicación del procedimiento de trabajo implantado para tal fin desde el año 2015 en el centro de salud.
- Detección que en diagnósticos de violencia machista no hay ningún tipo de anotación en relación con este y por lo tanto dificulta la posibilidad de análisis (tipo de violencia, gravedad, urgencia en la necesidad de intervención).
- Dada la extracción de datos antes referida se han presentado problemas para el análisis de conceptos como la edad y procedencia de las mujeres con diagnóstico de violencia machista.

Resultados

Los resultados se presentan según año de análisis. Seguidamente se indican los datos obtenidos en relación con total de mujeres con diagnóstico de violencia machista, número de derivaciones a trabajo social del centro de salud, número de visitas realizadas por trabajo social, así como tipo de intervención social.

A continuación, se muestran los resultados de la detección de casos e intervención de trabajo social (Tablas 1 a Tabla 7).

Tabla 1. Detección de casos de violencia de género ABS Torrassa 2015.

Variable	Total Casos	Porcentaje
Diagnósticos violencia de género	8	
Derivaciones a Trabajo Social	4	
Entrevistas realizadas por Trabajo Social	14	
Tipo de intervención:		
Soporte	3	
Derivación recursos especializados	0	
Derivación fuerzas del orden	1	

Variable	Total Casos	Porcentaje
Tipo de Maltrato:		
Físico	5	61 %
Psicológico	2	31 %
Físico + psicológico	1	8 %
Sexual	0	0 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Detección de casos de violencia de género ABS Torrassa 2016.

Variable	Total Casos	Porcentaje
Diagnósticos violencia de género	13	
Derivaciones a Trabajo Social	6	
Entrevistas realizadas por Trabajo Social	7	
Tipo de intervención:		
Soporte	4	
Derivación recursos especializados	2	
Derivación fuerzas del orden	0	
Tipo de Maltrato:		
Físico	8	60 %
Psicológico	4	29 %
Físico + psicológico	1	11 %
Sexual	0	0 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Detección de casos de violencia de género ABS Torrassa 2017.

Variable	Total Casos	Porcentaje
Diagnósticos violencia de género	6	
Derivaciones a Trabajo Social	1	
Entrevistas realizadas por Trabajo Social	3	
Tipo de intervención:		
Soporte	2	
Derivación recursos especializados	1	
Derivación fuerzas del orden	0	
Tipo de Maltrato:		
Físico	1	16 %
Psicológico	4	67 %
Físico + psicológico	1	17 %
Sexual	0	0 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Detección de casos de violencia de género ABS Torrassa 2018.

Variable	Total Casos	Porcentaje
Diagnósticos violencia de género	5	
Derivaciones a Trabajo Social	3	
Entrevistas realizadas por Trabajo Social	18	
Tipo de intervención:		
Soporte	15	
Derivación recursos especializados	3	
Derivación fuerzas del orden	0	
Tipo de Maltrato:		
Físico	2	40 %
Psicológico	2	40 %
Físico + psicológico	1	20 %
Sexual	0	0 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Detección de casos de violencia de género ABS Torrassa 2019.

Variable	Total Casos	Porcentaje
Diagnósticos violencia de género	12	
Derivaciones a Trabajo Social	7	
Entrevistas realizadas por Trabajo Social	14	
Tipo de intervención:		
Soporte	11	
Derivación recursos especializados	2	
Derivación fuerzas del orden	1	
Tipo de Maltrato:		
Físico	9	75 %
Psicológico	0	0 %
Físico + psicológico	1	8 %
Sexual	2	17 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Detección de casos de violencia de género ABS Torrassa 2021.

Variable	Total Casos	Porcentaje
Diagnósticos violencia de género	18	
Derivaciones a Trabajo Social	9	
Entrevistas realizadas por Trabajo Social	21	

Variable	Total Casos	Porcentaje
Tipo de intervención:		
Soporte	16	
Derivación recursos especializados	5	
Derivación fuerzas del orden	0	
Tipo de Maltrato:		
Físico	8	45 %
Psicológico	6	35 %
Físico + psicológico	2	10 %
Sexual	2	10 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Detección de casos de violencia de género ABS Torrasa 2022.

Variable	Total Casos	Porcentaje
Diagnósticos violencia de género	26	
Derivaciones a Trabajo Social	12	
Entrevistas realizadas por Trabajo Social	29	
Tipo de intervención:		
Soporte	27	
Derivación recursos especializados	2	
Derivación fuerzas del orden	0	
Tipo de Maltrato:		
Físico	15	58 %
Psicológico	8	31 %
Físico + psicológico	2	7 %
Sexual	1	4 %

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones Resultado Estudio

Evaluando los datos que se exponen se ha valorado:

- El tipo de maltrato más frecuente sería el físico, seguido del psicológico y por último el abuso sexual. Cabe indicar que en los casos de violencia de género se podría argumentar que cuando se produce el maltrato físico se está ejerciendo de manera paralela el psicológico.
- Con relación al abuso sexual hay que señalar que la detección no es tan acentuada en los centros de salud primaria ya que en la mayoría de las ocasiones las mujeres víctimas acuden a los servicios de urgencia de centros hospitalarios.
- Señalar el bajo número de derivaciones realizadas desde trabajo social a las fuerzas de seguridad. Este hecho se analiza en el sentido que los casos que intervienen estas se trata de situaciones de violencia grave a nivel físico por lo que la víctima acude directamente a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, en muchas ocasiones sin visita al centro de salud de atención primaria, y si se da esta visita tan solo se lleva a cabo el parte de lesiones que es enviado telemáticamente al juzgado.
- Un dato que destaca sería la falta de consistencia interna en el cambio constante de los porcentajes de tipo de maltrato en la comparativa de los años evaluados.

- La mayor parte de la intervención de trabajo social sanitario en casos de violencia machista se fundamenta en el soporte y seguimiento. Se destaca así la figura de trabajo social como figura referente.
- El número de intervenciones de trabajo social no está en paralelo con el número de casos diagnosticados ya que estas dependerán de cada situación y de la intensidad que se precise en el número de entrevistas de soporte y seguimiento.
- En el proceso de evaluación de las historias clínicas en relación con la intervención social se ha de señalar la importancia de la contención inicial realizada, y el soporte y asesoramiento para acompañar a la mujer en su proceso de recuperación.
- Finalmente poner de manifiesto el aumento de casos tanto en la detección e intervención en los años posteriores a la superación del estado de alarma y medidas restrictivas causadas por la pandemia.

Discusión

La evaluación de los resultados presentados llevo al equipo de trabajo social a valorar la necesidad de un cambio de estrategia en relación con la detección de casos de violencia de género, dado que se constata que la citada detección tanto por el personal sanitario como desde trabajo social no está relacionada con los datos generales obtenidos en estudios de diversas organizaciones y organismos gubernamentales.

En este caso aplicamos los datos facilitados por la OMS (2005) en Estudio multi país de la Organización Mundial de la Salud sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. En el citado estudio se presenta la conclusión que entre el 15 al 50 % de las mujeres han sido supervivientes de maltrato físico, y la cifra se elevaba en casos de violencia en alguna de sus formas (física, sexual, o ambas).

En los resultados obtenidos en la presente investigación, y teniendo presente la población de mujeres del territorio (aproximadamente 14000 personas), la estadística muestra que los casos detectados en el centro de Atención Primaria de Salud de La Torrassa se sitúan en márgenes de detección y atención del 0,07 % al 0,36 % (Tabla 8).

Tabla 8. Detección de casos de violencia de género ABS Torrassa 2015-2022.

Años	Casos detectados	Porcentaje
2015	8	0,112
2016	13	0,018
2017	6	0,084
2018	5	0,70
2019	12	0,168
2021	18	0,252
2022	26	0,364

Fuente: Elaboración propia.

La escasa detección se propuso como una palanca de cambio para la mejora tanto en la detección e intervención en casos de violencia de género entre el personal del centro de salud.

A raíz de lo indicado se puso en marcha por parte de trabajo social del Centro de Salud de La Torrassa, un nuevo abordaje de los casos de violencia de género que facilitará la detección y consecuentemente la intervención por parte del personal sanitario.

Inicialmente se planteó llevar a cabo un cribado masivo en la consulta de los equipos sanitarios y de trabajo social, aprovechando la herramienta del aplicativo informático empleado en el registro de la historia clínica (eCAP).

Tras la valoración de la propuesta, se evalúa que el planteamiento presentaba las siguientes dificultades:

- Formación del equipo sanitario en la detección y atención en casos de violencia de género.
- Falta de habilidades para el cribado a todas las mujeres que acuden a consulta del personal sanitario o social del centro de salud.

A partir de las evidencias señaladas, y teniendo como base la premisa de los resultados de la evaluación de la intervención en casos de violencia de género del presente estudio, se inicia la aplicación de un plan de mejora basado en los siguientes ejes:

1. Formación del personal sanitario en las habilidades de atención de violencia, y en el manejo del instrumentado de cribado.
2. Intervenir de forma integrada en los casos detectados en el cribado de violencia, con una perspectiva multidisciplinar y colaborativa.
3. Puesta en marcha de proyectos de atención grupal para personas supervivientes de violencia de género.

En el presente año 2023 se inicia la puesta en marcha del procedimiento descrito de mejora con el uso de la herramienta PVS (valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de la pareja/expareja y/u otros) que facilita la cuantificación de los factores de riesgo, elimina factores subjetivos del personal sanitario al realizar la detección e intervención, y facilita la posibilidad de seguimiento de casos detectados incorporando la propia valoración/percepción que realiza la mujer de su situación.

Los datos obtenidos hasta el momento de la redacción de este informe se ha de constatar que no son superiores a los de la media que se venían produciendo con el anterior método de trabajo desde el centro de salud, pero como se ha referido al incorporar tanto la valoración objetiva como subjetiva tanto del personal sanitario como de la superviviente de maltrato, permite elaborar un plan de trabajo de seguimiento de cada caso, así como valorar el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja/expareja.

A fecha de abril de 2023 se han detectado cinco casos de los cuales en el cribado dos de ellos han sido positivos (tres negativos), y en la valoración de riesgo todos ellos han dado resultado negativo.

A pesar de la limitación de los datos, el uso del aplicativo informático del centro de salud y de las herramientas RVD y PVS, han permitido crear alertas de seguimiento de los casos, programar entrevistas de seguimiento, y valorar a lo largo de éste el recurso más adecuado a cada fase de recuperación de la víctima de violencia de género.

CONCLUSIÓN

La conclusión se basa en la valoración de los resultados de la puesta en marcha del Protocolo de trabajo en relación con casos de violencia de género. Ésta lleva a destacar la necesidad de un trabajo más proactivo por parte de los equipos sanitarios de salud, como método de prevención primaria a modo de sensibilización tanto entre profesionales como a nivel de la población general, como la importancia de una prevención secundaria y terciaria, todo ello encaminado a que desde los centros de salud sean tanto puntos de referencia para las mujeres víctimas de violencia machista, como recursos que a través de la detección y soporte inicial se pueda facilitar el acompañamiento en el proceso de recuperación.

REFERENCIAS

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (2019). *Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista*. AQUAS. https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2019/avaluacio_protocol_violencia_masclista_metroplitana_nord_aquas2019.pdf

Ayuntamiento Hospitalet de Llobregat (2021). *Anuari estadístic de la Ciutat de L'Hospitalet* [Archivo PDF]. <https://www.l-h.cat/utills/obreFitxer.aspx?xiAbwUriL08wzGCYGbiTjfrTulTuly24uzQvZpjK38Xrzc83PLDW0qazC0EBUqazCbHqm>

BOE. (2014). *Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica* (Estambul 11 de mayo de 2011).

Cano Martínez, L. M., Berrocoso Martínez, A., De Arriba Muñoz, L., Bernaldo de Quirós Lorenzana, R., Alamar Provecho, J. D., y Cardo Maza, A. (2010). "Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria". *Revista Clínica Medicina de Familia*.

- Caudillo-Ortega, L.; Hernández-Ramos, M.ª T. Flores-Arias, M.ª L. (2017). “Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género”. *Ra Ximhai*, 13(2), 87-96.
- Circuit Barcelona Contra la Violència vers les dones. *RVD-BCN Protocol de valoració del risc de violència de parella contra la dona* [Archivo PDF]. <https://d31243f8qkwz2j.cloudfront.net/public/docs/214/2011-questionari-rvd.pdf>
- Colectivo Ioé. (2011). *Detección y tratamiento de la violencia de género. Actitudes del personal sanitario del Servicio Nacional de Salud*. Colectivo Ioé. <https://www.colectivoioe.org/uploads/72af8b64f651f933eade7d01c9920e1a476c8a61.pdf>
- Generalitat de Catalunya. (2009). *Protocol per l'abordatge de la violència Masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Violència en l'àmbit de la parella i familiar*.
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global definition of Social Work* [Archivo PDF]. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Institut Català de la Salut. (2022). *Taula de codis per a l'estandardització dels factors socials i psicosocials que influeixen en l'estat de salut. CIM-10-MC/SCP*. Sistemes d'Informació de Treball Social Sanitari - Atenció Primària. Coordinació Treball Social ICS. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9441/taula_codis_estandarditzacio_factors_socials_psicosocials_influeixen_estat_salut_cim_10_mc_scp_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Levy, B. (2002). *Violence against women*. NASW Press.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *BOE* núm. N.º. 313. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la machista. *DOGC* núm. 5123. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9294>
- Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. *DOGC* núm. 8303.
- Ministerio de Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad y contra la violencia de Género. (2019). *Resumen ejecutivo de la macroencuesta de violencia contra la mujer*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.
- Ministerio de Igualdad. (2019). *Macroencuesta de Violencia contra la mujer*. Secretaria de Igualdad y Contra la Violencia de Género. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
- Ministerio de la Presidencia, relaciones con las Cortes e Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad. (2019). *Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud*. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Muñoz Cobos, F. (2012). “La violencia de género en Atención Primaria”. *Epidemiología y salud* 1(2), 25-29. https://www.siicsalud.com/pdf/eys_1_2_124347_51613.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multi país de la Organización Mundial de la Salud sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Santana-Hernández, J. D. (2010). “La formación para el trabajo social en contextos de desigualdad de género y violencia contra las mujeres”. *Portularia*, vol. 10(2), 91-99.

Villaluenga de la Cruz, M. (2020). “Violencia de género y salud: perspectiva desde el Trabajo Social Sanitario”. *Revista de Estudios Campogibraltares*, 44.

Marta Candel Rodríguez
Miriam Caballero Ferrero

Úrsula Díaz Torre
Ana Rosalía Lara López

Comunicación 2

Variables sociales relacionadas con pacientes ingresados durante más de dos meses

Resumen: El estudio tiene el objetivo de conocer los aspectos sociales que condicionan los ingresos hospitalarios superiores a dos meses a partir de una muestra de 75 pacientes con intervención de Trabajo Social. Los resultados obtenidos indican que los pacientes con ingresos hospitalarios que se prolongan por más de dos meses se caracterizan por encontrarse en una situación de riesgo o problemática social y que requiere una intervención del Servicio de Trabajo Social más compleja y reiterada.

Palabras Clave: Prolongación ingreso hospitalario, Riesgo social, Problemática social, Intervención compleja.

Abstract: The purpose of the study is to identify the social aspects that condition the extension of hospitalizations from a sample of 75 patients with hospitalizations longer than two months and with Social Work intervention. The results obtained prove that patients with extended hospitalizations are characterized by being in a situation of risk/social problems that requires a more complex and repeated intervention by the Social Work Services.

Keywords: Extended hospitalization, Social risk, Social problems, Complex intervention.

INTRODUCCIÓN

La población española ha sufrido importantes cambios sociales que redefinen una sociedad más envejecida, donde los hogares cada vez son más pequeños, donde hay un retraso en la emancipación y mayor número de personas solteras.

Los problemas con el acceso a la vivienda han retrasado la edad de emancipación, hay mayor número de personas de edad avanzadas que viven solas y la precariedad en el empleo ha generado nuevos grupos de convivencia.

La omnipresencia de la tecnología ha generado otro reto para la población más vulnerable que en muchos casos ha sido un obstáculo para el acceso a servicios y prestaciones.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años superará el 30 % de la población en el 2050 en el territorio español (INE, 2022).

Actualmente la Comunidad de Madrid tienen una población donde los mayores de 65 años suponen un 18,41 % de la población total (INE, Indicadores de la estructura de la población, 2022, 2022).

Este envejecimiento tiene implícito el aumento de dependencia y discapacidad ya que a medida que nos hacemos mayores existen más factores de riesgo.

En la Comunidad de Madrid existen 6 % de personas con reconocimiento de discapacidad y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ha reconocido con un grado de dependencia a 2,4 % (IMSERSO, 2021).

A esto debemos sumar todas aquellas personas que teniendo un grado de discapacidad y/o dependencia no están reconocidos por ningún organismo público o los que teniendo limitaciones para realizar de manera satisfactoria las actividades básicas de la vida diaria (ABV) no alcanzan los mínimos recogidos por la Ley.

El contexto sociodemográfico presenta una sociedad envejecida pero también heterogénea en la configuración de la composición de las familias ahora más pequeñas, con cambio de roles y feminización en los hogares unipersonales. Los avances tecnológicos en el ámbito de la salud han supuesto que las enfermedades que antes eran agudas y graves ahora pasen a ser crónicas, lo que plantea nuevos retos para el cuidado de personas que aumentan su esperanza de vida y en algunas ocasiones, aumento de años con dependencia y discapacidad.

El Sistema de Salud ahora más que nunca debe tener en cuenta los determinantes sociales que afectan a la salud para garantizar una atención integral basada en un modelo biopsicosocial.

El modelo de Salud Pública debe tener en cuenta los determinantes sociales y detectar los factores de riesgo para intervenir sobre ellos.

El Sistema de Prestaciones de la Dependencia y Discapacidad no parecen responder con la eficacia y rapidez que requiere la sociedad, lo que tiene implicaciones para el resto de los sistemas, incluido el sanitario.

Algunos estudios indican que, entre otros factores, las personas mayores de 50 años son más frecuentadores del Sistema Sanitario y que esto aumenta proporcionalmente al aumento de la edad de la población (Ortega Tallona, 2004).

En este contexto cobra mayor importancia detectar lo antes posible los factores de riesgo sociales, esto es, las características vinculadas a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad de la persona para desarrollar cualquier daño (Servicio Madrileño de Salud, 2011).

Factores como las condiciones de la vivienda y su ubicación, la situación económica de las familias, los apoyos familiares y la red social con la que cuentan, necesidades de apoyo según su dependencia funcional o cognitiva, son, entre otros, factores a estudiar que pueden determinar el riesgo sociosanitario de los pacientes.

La detección temprana y una pronta respuesta de los servicios sociales del hospital para la búsqueda de los recursos que los pacientes puedan necesitar al alta hospitalaria pueden evitar nuevos ingresos hospitalarios o prolongación de ingresos como consecuencia de la falta de cuidados al alta.

La valoración social es compleja y presenta muchas dificultades en el medio hospitalario. Por un lado, los hospitales suelen contar con pocos profesionales de Trabajo Social, lo que se traduce en una gran sobrecarga de trabajo y por otro lado, los instrumentos utilizados para la valoración social requieren de un tiempo que no suele ajustarse a las estancias de ingreso hospitalario de muchos pacientes.

Para la recogida de datos, contrastar la información y realizar un diagnóstico social utilizamos como instrumento fundamental la Historia Social, las escalas de valoración social y técnicas como la entrevista con pacientes y familiares y la coordinación con otras entidades o con el equipo multidisciplinar del hospital (Asamblea General del Consejo General del Trabajo Social, 2011).

El modelo de intervención en crisis que empleamos en Trabajo Social Sanitario nos facilita un marco de referencia para manejar de manera más rápida y eficiente situaciones excepcionales que provocan sufrimiento, estrés y grandes cambios a los que deben ajustarse pacientes y familia.

Pero esta intervención requiere de generar confianza con las personas implicadas, recoger datos, analizar conjuntamente la situación, organizar las acciones y apoyar al paciente y familiar en el proceso y garantizar una continuidad en la intervención.

Este trabajo técnico es incluso más importante que los apoyos materiales e implica un gran trabajo y dedicación, poco valorado y valorable.

Es fundamental el trabajo coordinado y continuado entre los Sistemas Sanitario y de Servicios Sociales ya que conocer los factores de riesgo social y poder intervenir lo antes posible tiene una relación directa sobre la salud y el bienestar de las personas.

El Servicio de Trabajo Social del Hospital Universitario Infanta Leonor y el Hospital Virgen de la Torre se caracteriza por un trabajo coordinado y continuo que atiende pacientes ingresados en los dos hospitales. Ubicado en el distrito sanitario de Vallecas (distritos municipales de Puente de Vallecas y de Villa de Vallecas) atiende a la población del sureste del municipio de Madrid que se encuentra en los primeros puestos del ranking de vulnerabilidad.



Figura 1: Distritos municipales de Madrid.

Fuente: Decide Madrid: Portal de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Madrid.

Según los datos de padrón municipal del año 2022, el distrito de Puente de Vallecas cuenta con 235 638 habitantes censados y el de Villa de Vallecas con 114 817 habitantes. A ello habría que sumarle la población no censada del asentamiento que se ubica en lo que se conoce como Sector 6 de la Cañada Real Galiana (Ayuntamiento de Madrid, 2022).

El distrito municipal de Puente de Vallecas tiene más del doble de habitantes que el distrito de Villa de Vallecas y es uno de los distritos más envejecidos de la ciudad de Madrid con un porcentaje del 17,8 %; mientras que, en el distrito de Villa de Vallecas, el porcentaje de envejecimiento es del 13,1 %. A todo ello, cabe resaltar que el índice de dependencia en Puente de Vallecas es del 45,3 %, siendo en Villa de Vallecas de un 46,5 % (Ayuntamiento de Madrid, 2022).

El nivel de renta de Vallecas se sitúa al 70 % de la media de la Comunidad de Madrid, lo que lo sitúa en el segundo puesto más bajo del municipio de Madrid detrás del Oeste madrileño (Ayuntamiento de Madrid, 2022).

El distrito de Puente de Vallecas cuenta con una tasa absoluta de paro registrado (hasta diciembre de 2021) del 11,20 %; es decir, 18 337 parados; mientras que la tasa de paro absoluta en el distrito de Villa de Vallecas es de 9,38 %; es decir, 7 407 parados (Ayuntamiento de Madrid, 2022).

En resumen, la población de los distritos de Puente y Villa de Vallecas, desde un enfoque sociodemográfico es una población económicamente pobre, demográficamente envejecida, con alta prevalencia de precariedad laboral y áreas de marginalidad extrema; factores todos ellos que inciden en la frecuentación de los recursos sanitarios y que indican la elevada existencia de personas vulnerables en términos de salud.

Actualmente El Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre cuentan con un total de 393 camas hospitalarias, repartidas en 301 camas en el Hospital Universitario Infanta Leonor y 92 camas en el Hospital Virgen de la Torre (Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre, 2021).

El Hospital Universitario Infanta Leonor es un hospital con unidades de estancia breve repartido entre los ámbitos de urgencia, consultas externas y hospitalización.

El Hospital Virgen de la Torre es un hospital de apoyo del Hospital Universitario Infanta Leonor con estancias más prolongadas para alcanzar el objetivo terapéutico de cada paciente y cuenta con una Unidad de Paliativos, Unidad de Rehabilitación y otra Unidad de Reagudización de pacientes crónicos, un Hospital de Día y un servicio de radiodiagnóstico.

Teniendo en cuenta este contexto y estas premisas, realizamos este estudio con el objetivo de conocer el perfil sociodemográfico, identificar los problemas socio familiares y socioeconómicos y determinar cuáles son los factores de riesgo y si estos, están relacionados con los ingresos hospitalarios más prolongados de los pacientes de la muestra.

Además, este estudio quiere conocer el tipo de intervención profesional relacionando su complejidad con la situación social de los pacientes.

Los resultados de este trabajo nos llevan a afirmar que existe una relación entre las situaciones de riesgo o problemática social con respecto a las estancias hospitalarias más prolongadas, así como una intervención más compleja por parte de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

OBJETIVOS

- Conocer perfil del paciente con problemática o riesgo sociales que prolonga la estancia hospitalaria en más de dos meses.
- Conocer el tipo de intervención que realizan los/as trabajadores/as sociales en los casos de mayor problemática social.
- Conocer los factores de riesgo que influyen en la prolongación de los ingresos hospitalarios.

MÉTODO

DISEÑO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con población clínica.

Dicho estudio mide las características y distribución de un fenómeno en una población en un momento de tiempo determinado.

La primera finalidad de estos estudios es describir la frecuencia y las características más importantes de un problema. Su segunda función es proporcionar datos sobre los que basar hipótesis razonables (Veiga De Cabo; Fuente Díez, 2008).

PARTICIPANTES

Muestra de 75 pacientes correspondiente a la totalidad de pacientes que han superado una estancia en el hospital de más de dos meses durante el período de un año, entre febrero de 2021 y febrero de 2022 y han tenido intervención por parte de la Unidad de Trabajo Social del hospital.

VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES (CUANTITATIVAS O CUALITATIVAS)
N.º Historia	Cuantitativa.
Estancia (días)	Cuantitativa.
Intervención	Cualitativa (categorías: sencilla, compleja, compleja y reiterada).
Nombre Paciente	Cualitativa.
Edad	Cuantitativa.
Sexo	Cualitativa (categorías: mujer, hombre).
Lugar ingreso	Cualitativa (categoría: HUIL, HVT).
Diagnóstico	Cualitativa (categoría: ICTUS, deterioro del estado general, proceso oncológico, fractura, reagudización procesos insuficiencia cardíaca y respiratoria, COVID-19, demencia, proceso psiquiátrico úlceras por presión).
Ley Dependencia	Cualitativa (categoría: Desestimado, Grado I, Grado II, Grado III, No solicitado, Solicitado pendiente de valoración, Valorado pendiente de recurso).
Valoración social "Escala Gijón" (Ver Anexo)	Cualitativa (categorías: aceptable, riesgo, problema social).
Cuidador/a	Cualitativa (categorías: Sí, No, más de un/a).
Vivienda con gasto de alquiler o hipoteca	Cualitativa (categorías: Sin gasto, Gasto de 0 a 300 €, Gasto de 301 a 500 €, Gasto superior a 500 €).
Vivienda adaptabilidad	Cualitativa (categorías: Con plato ducha, con bañera).
Vivienda accesibilidad	Cualitativa (categorías: Con ascensor, sin ascensor).
Ingresos económicos	Cualitativa (categorías: Sin ingresos económicos, Ingresos hasta 600 €, Ingresos de 601 € hasta 900 €, Ingresos de 901 a 1 200 €, Ingresos superiores a 1 200 €).
Recurso social actual al ingreso	Cualitativo (categorías: Ninguno, Centro Día, Prestación económica para cuidados en el entorno familiar, Residencia Definitiva pública, Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia).
Situación al alta	Cualitativo (categorías: derivación a otros Centros hospitalarios para continuidad de cuidados, domicilio sin recursos, domicilio con ayuda económica para los cuidados en el entorno familiar, domicilio con servicio de ayuda a domicilio, domicilio con cuidador privado, residencia pública temporal, residencia definitiva pública, residencia definitiva privada, Éxitus).

PROCEDIMIENTO

Durante febrero de 2021 a febrero de 2022, 90 pacientes tuvieron una estancia superior de dos meses. De su totalidad 75 de ellos tuvieron intervención de la Unidad de Trabajo Social.

La muestra de este estudio son los 75 pacientes que desde febrero de 2021 a febrero de 2022 con ingreso hospitalario superior a dos meses y que han requerido intervención por parte de Unidad de Trabajo Social.

Se ha registrado en una tabla Excel las características sociosanitarias de los 75 pacientes, incluyendo datos relativos a la edad, sexo, dependencia, diagnóstico clínico, existencia de cuidador/a principal, escalas de problemática social, situación de la vivienda, recursos al ingreso y al alta hospitalaria; así como el tipo de intervención realizada por los/as trabajadores/as sociales, para obtener la clasificación de la situación social de los/as pacientes con ingreso superior a dos meses.

La situación social de los/as pacientes se ha clasificado en aceptable, riesgo o problemática social en función a distintas áreas de investigación, recogiendo cada una de ellas distintos ítems.

1. Ley de Dependencia:

- 1.1. Desestimado.
- 1.2. Grado I.
- 1.3. Grado II.
- 1.4. Grado III.
- 1.5. No solicitado.
- 1.6. Solicitado pendiente de valoración.
- 1.7. Valorado pendiente de recurso.

2. Cuidador/a principal:

- 2.1. Existe.
- 2.2. No existe.
- 2.3. Más de un/a.

3. Vivienda:

3.1. Gasto:

- 3.1.1. Sin gasto.
- 3.1.2. Gasto de 0 a 300 €.
- 3.1.3. Gasto de 301 a 500 €.
- 3.1.4. Gasto superior a 500 €.

3.2. Baño adaptado:

- 3.2.1. Bañera.
- 3.2.2. Plato de ducha.

3.3. Accesibilidad:

- 3.3.1. Edificio con ascensor.
- 3.3.2. Edificio sin ascensor.

4. Recursos económicos:

- 4.1. Sin ingresos económicos.
- 4.2. Ingresos hasta 600 €.
- 4.3. Ingresos de 601 hasta 900 €.
- 4.4. Ingresos de 901 a 1 200 €.
- 4.5. Ingresos superiores a 1 200 €.

5. Recursos sociales al ingreso:

- 5.1. Ninguno.
- 5.2. Centro Día.
- 5.3. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
- 5.4. Residencia Definitiva pública.
- 5.5. Servicio de Ayuda a domicilio.
- 5.6. Teleasistencia.

6. Situación social al alta:

- 6.1. Derivación a otros Centros hospitalarios para continuidad de cuidados.
- 6.2. Domicilio sin recursos.
- 6.3. Domicilio con ayuda económica para los cuidados en el entorno familiar.
- 6.4. Domicilio con servicio de ayuda a domicilio.
- 6.5. Domicilio con cuidador privado.
- 6.6. Residencia pública temporal.
- 6.7. Residencia definitiva pública.
- 6.8. Residencia definitiva privada.
- 6.9. Éxitus.

Se ha aplicado la Escala Gijón para determinar si existe una aceptable situación, riesgo o problemática social en los pacientes hospitalizados de más de 65 años.

La Escala de valoración sociofamiliar Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social para los/as profesionales que trabajan en sanidad. Recoge cinco variables: situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social (Alarcón, 1998).

La intervención social clínica la definimos como *“una práctica especializada del trabajo social y un proceso relacional psicoterapéutico, que trata de ayudar a un cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr sus relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional”* (Teallaeche, 2017).

Así la intervención social dentro del ámbito hospitalario se caracteriza por ser muy heterogéneo, que requiere además de un trabajo psicosocial con el/la paciente y familia, la gestión de recursos y el trabajo en equipo dentro y fuera de la institución.

Para llevar a cabo esta investigación, se ha determinado una clasificación del tipo de intervención social realizada por las trabajadoras sociales en función al número de actividades realizadas. Si ha requerido la continuidad en ambos hospitales y si se ha prolongado en dos o más ingresos hospitalarios.

Definimos **Intervención social** como las actividades profesionales que realiza las trabajadoras sociales para el logro de sus objetivos tales como la coordinación, entrevista, tramitación y gestión de recursos.

Según lo cual hemos **clasificado el tipo de intervención de las trabajadoras sociales como:**

- 1. Sencilla**, cuando dichas intervenciones han implicado que en el mismo ingreso hospitalario se hayan llevado a cabo actuaciones profesionales en menos de tres ocasiones.
- 2. Compleja**, cuando dichas intervenciones han implicado que en el mismo ingreso hospitalario se hayan llevado a cabo actuaciones profesionales igual o superior a tres ocasiones.
- 3. Compleja y reiterada**, cuando dichas intervenciones han implicado que durante distintos ingresos hospitalarios, en el período de un año, han requerido por parte de la Unidad de Trabajo Social actuaciones profesionales en más de tres ocasiones en cada uno de ellos.

Estas actuaciones profesionales de las trabajadoras sociales son las realizadas durante la intervención, una vez valorada la situación social y realizado el diagnóstico social, orientadas a la obtención de recursos sociales o apoyo psicosocial del paciente y sus familias.

Son actuaciones dentro de la intervención: Facilitar información de recursos, entregar solicitudes y derivar a la entidad correspondiente en caso de precisarlo; tramitación de solicitud de recursos directamente relacionados con nuestra Unidad de Trabajo Social Hospitalario en coordinación con otras entidades; mediación para el ajuste de expectativas y organización familiar para planificación del alta..., todas ellas dentro de las funciones recogidas en el Código Deontológico de Trabajo Social (Asamblea General del Consejo General del Trabajo Social, 2011).

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos utilizamos el paquete estadístico SPSS 25.0.

Se presenta un estudio descriptivo en el que calculamos media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

En el análisis inferencial comparamos variables cualitativas con el estadístico chi cuadrado.

Finalmente, hemos hecho un modelo predictivo con regresión logística para ver qué variables podrían asociarse a la necesidad de intervención compleja y reiterada por parte de Trabajo Social. En dicho modelo hemos incluido las variables edad, género, recursos económicos, grado de dependencia, situación social y si cuenta con cuidador/a.

RESULTADOS

Durante el período de un año, entre febrero de 2021 y 2022, se realizó intervención social con 75 pacientes que superaron la estancia hospitalaria de dos meses a los que se les detectó situación de riesgo o problemática social por el personal del hospital, esto supuso el 83,33 % del total de pacientes (90) que superaron los dos meses de estancia hospitalaria en dicho período.

PERFIL PACIENTES

Del total de la muestra el 61,33 % son hombres con 73,5 años de edad media y el 38,67 % son mujeres con 69,96 años de edad media. La mayoría de la muestra tiene igual o más de 65 años (69,33 %).

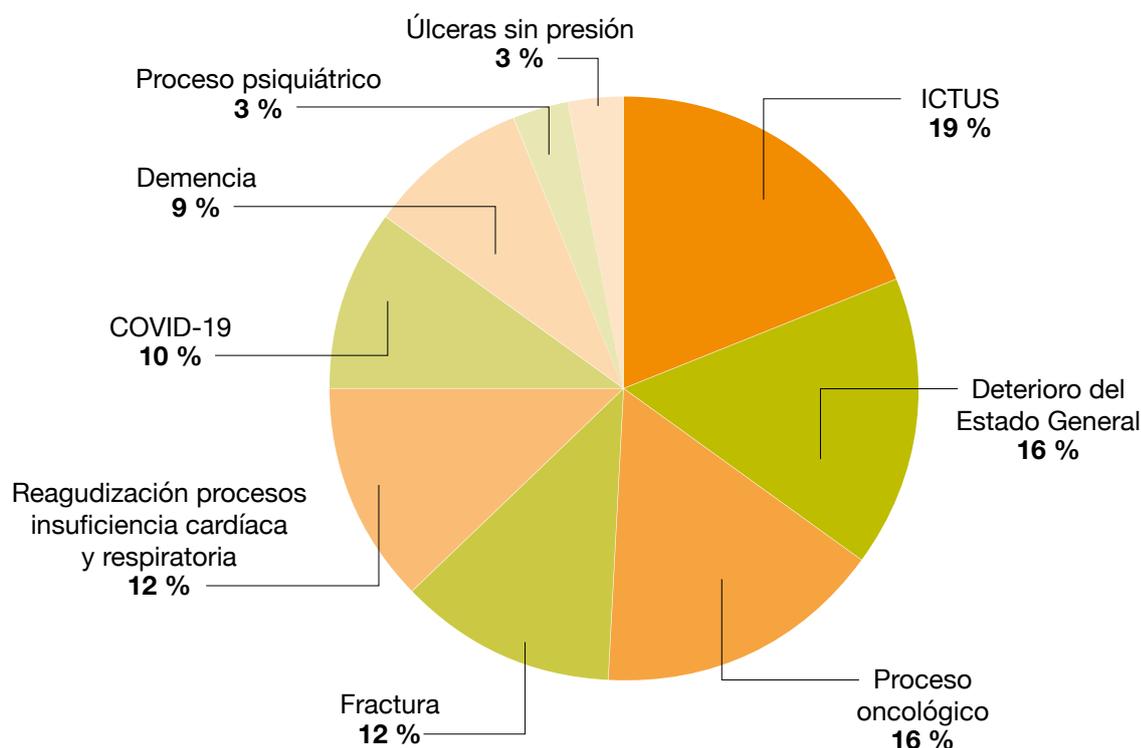
DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS AL INGRESO

Tabla 1: Número de pacientes según diagnósticos clínicos.

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS AL INGRESO	PACIENTES	PORCENTAJES
ICTUS	14	18,66 %
Deterioro del Estado General	12	16 %
Proceso oncológico	12	16 %
Fractura	9	12 %
Reagudización procesos insuficiencia cardíaca y respiratoria	9	12 %
COVID-19	8	10,66 %
Demencia	7	9,33 %
Proceso psiquiátrico	2	2,66 %
Úlceras por presión	2	2,66 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 1: Distribución de pacientes según diagnósticos clínicos.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

El diagnóstico clínico mayoritario en esta muestra es el ICTUS (**19 %**), seguido del Deterioro del Estado General (**16 %**), procesos oncológicos (**16 %**), fracturas (**12 %**), reagudización de procesos por insuficiencia respiratoria o cardíaca (**12 %**) y en menor medida diagnósticos como el COVID-19 (**11 %**), demencia (**9 %**), procesos psiquiátricos (**3 %**) y úlceras por presión (**3 %**).

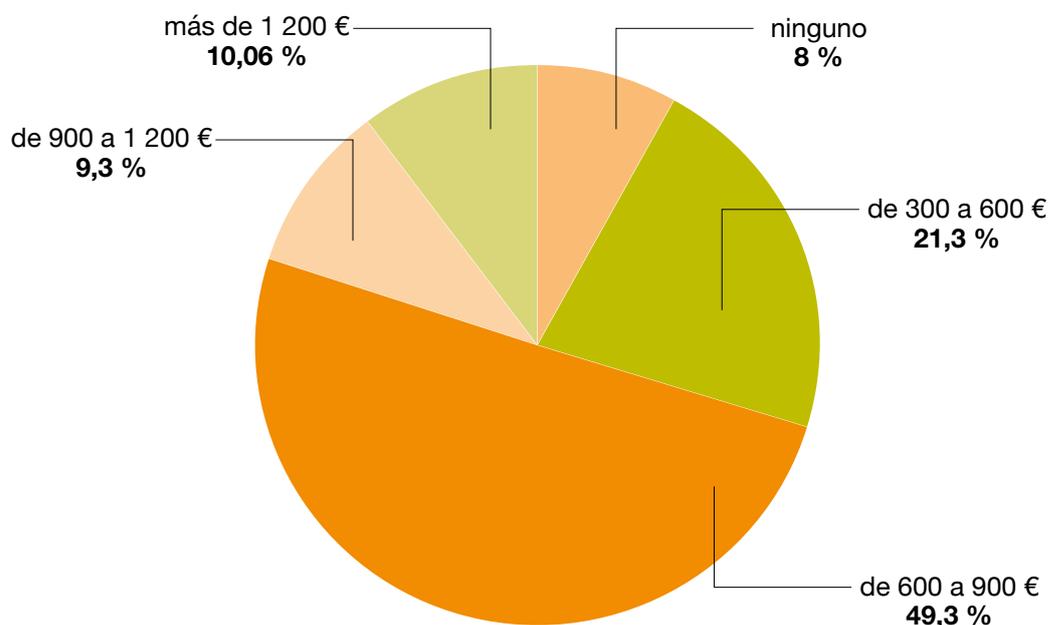
SITUACIÓN ECONÓMICA

Tabla 2: Distribución de pacientes según su situación económica.

INGRESOS ECONÓMICOS	PACIENTES	PORCENTAJES
No dispone	6	8 %
300 a 600 €	16	21,3 %
601 a 900 €	37	49,3 %
901 a 1 200 €	7	9,3 %
>1200€	8	10,6 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 2: Distribución de pacientes según ingresos económicos.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

La mayoría de los pacientes de la muestra (**49 %**) cuentan con unos ingresos económicos de entre 601 a 900 € al mes, seguido por un **21 %** de pacientes con ingresos económicos entre 300 a 600 €, posteriormente un **11 %** tiene una renta superior a 1 200 €, un **9 %** cobran de 901 a 1 200 €, un **8 %** de la muestra no dispone de ningún ingreso económico.

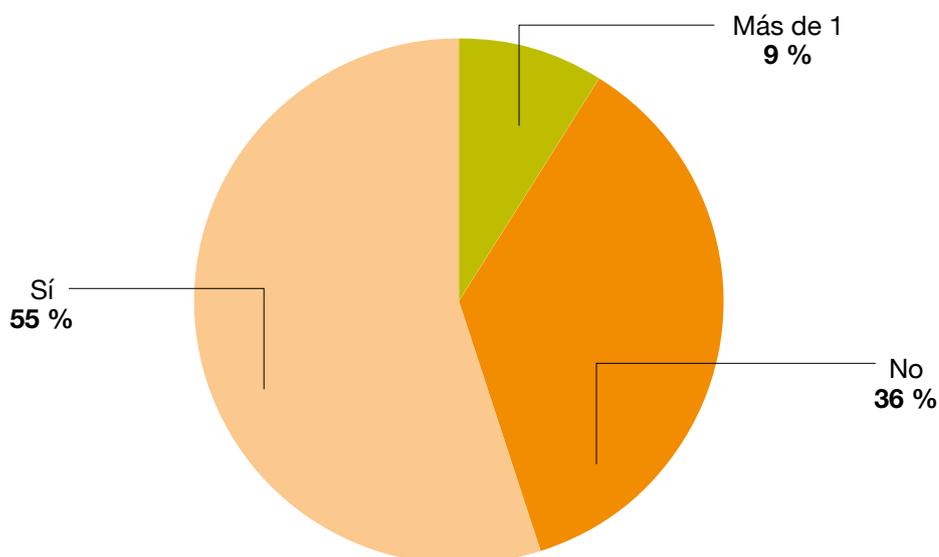
EXISTENCIA DE CUIDADORES/AS

Tabla 3: Distribución de pacientes según existencia de cuidadores/as.

CUIDADORES/AS	PACIENTES	PORCENTAJES
Más de 1 cuidador/a	7	9 %
No tiene cuidador/a	27	36 %
Sí tiene cuidador/a principal	41	55 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 3: Distribución de pacientes según la existencia de cuidadores/as.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

El **55 %** de la muestra cuenta con una única persona cuidador/a y el **9 %** de los pacientes tienen más de una persona cuidador/a. El **36 %** de los pacientes no cuentan con ningún cuidador/a que apoye en sus cuidados en domicilio.

VIVIENDA

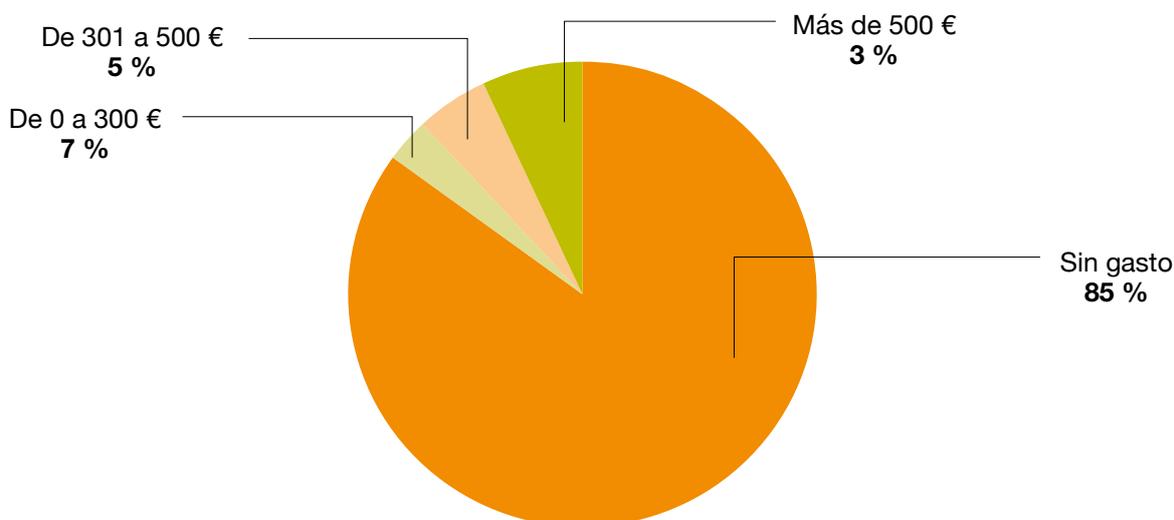
GASTOS VIVIENDA

Tabla 4: Distribución de pacientes según ingresos económicos.

VIVIENDA	PACIENTES	PORCENTAJE
Sin gasto	64	85,33 %
De 0 a 300 €	5	6,66 %
De 301 a 500 €	4	5,33 %
Más de 500 €	2	2,66 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 4: Distribución de pacientes según ingresos económicos.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Los pacientes de la muestra en la mayoría de los casos (**85 %**) no tienen gasto de hipoteca o alquiler de la vivienda, seguido con mucha diferencia de un **7 %** de pacientes que tienen unos gastos de 0 a 300 euros al mes, un **5 %** tienen gastos de 301 a 500 € y un **3 %** cuentan con un gasto superior a 500 €.

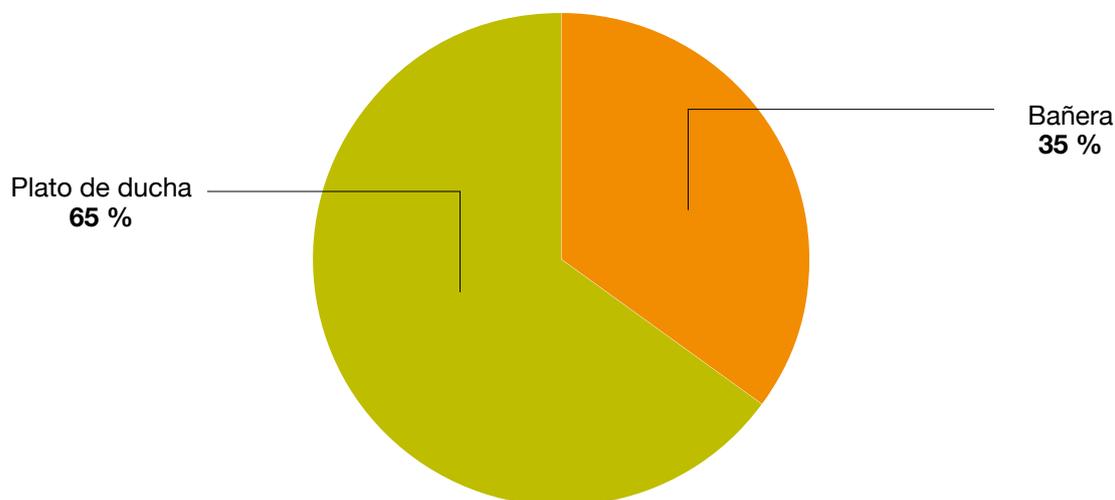
BAÑO ADAPTADO

Tabla 5: Distribución de pacientes según tenencia de bañera o de plato de ducha.

BAÑO	PACIENTES	PORCENTAJES
Bañera	26	34,66 %
Plato de ducha	49	65,33 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 5: Distribución de pacientes según tenencia de bañera o plato de ducha.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

En un **65 %** de la muestra los pacientes cuentan con plato de ducha frente a un **35 %** que cuentan con bañera.

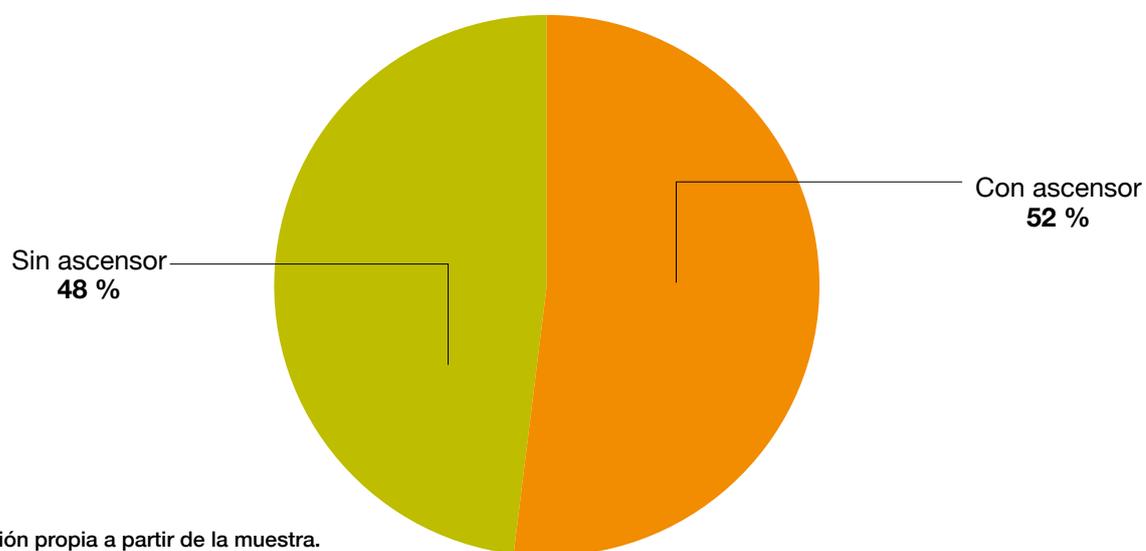
ACCESIBILIDAD A LA VIVIENDA

Tabla 6: Distribución de pacientes según existencia de ascensor de acceso la vivienda.

ACCESIBILIDAD	TOTAL DE VALORACIONES	PORCENTAJE
Con ascensor	39	52 %
Sin ascensor	36	48 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 6: Distribución de pacientes según existencia de ascensor de acceso a la vivienda.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Existe un **52 %** de los pacientes de la muestra que cuentan con ascensor de acceso a su vivienda frente a un **48 %** que carecen de ascensor.

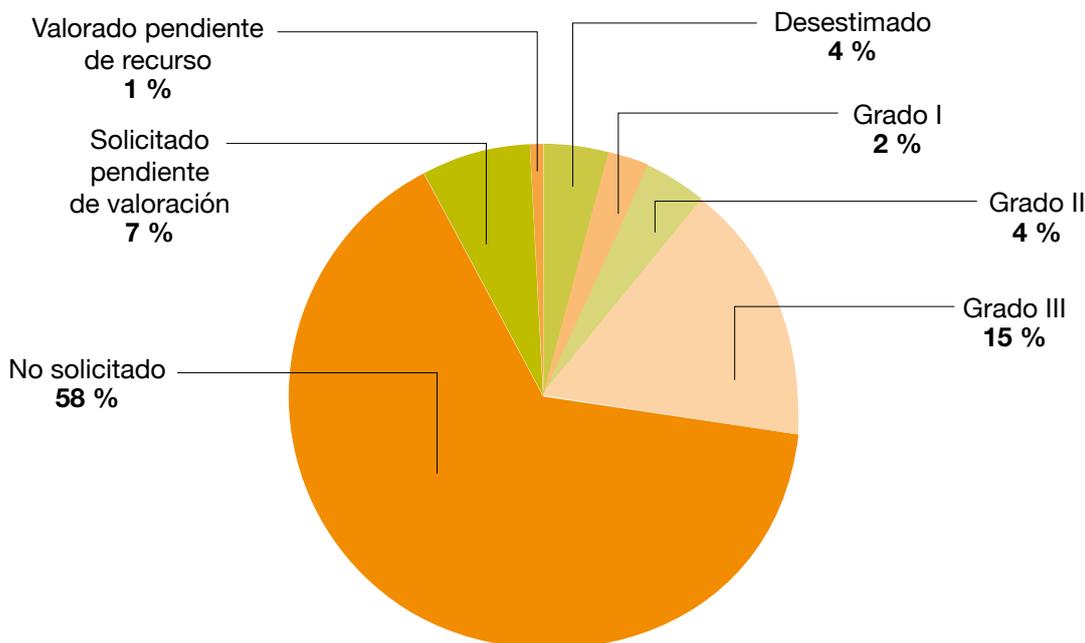
VALORACIÓN LEY DEPENDENCIA

Tabla 7: Distribución de pacientes según existencia de ascensor de acceso a la vivienda.

ESTADO VALORACIÓN DEPENDENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
Desestimado	3	4 %
Grado I	8	1,66 %
Grado II	3	4 %
Grado III	11	14,66 %
No solicitado	44	58,66 %
Solicitado pendiente de valoración	5	6,66 %
Valorado pendiente de recurso	1	1,33 %
TOTAL	75	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 7: Distribución de pacientes según existencia de ascensor de acceso a la vivienda.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

El **58 %** de la muestra no ha solicitado al ingreso hospitalario la tramitación de la Ley de Dependencia, seguido de un **15 %** que están valorados con un grado de dependencia III (grave), un **2 %** valorado con grado de dependencia I (leve), un **7 %** han solicitado el trámite de dependencia y se encuentra pendiente de valoración, un **4 %** de la muestra ha sido desestimado, un **4 %** de la muestra ha sido valorado con grado de dependencia II (moderado) y un **1 %** se encuentra ya valorado, pero pendiente de recurso.

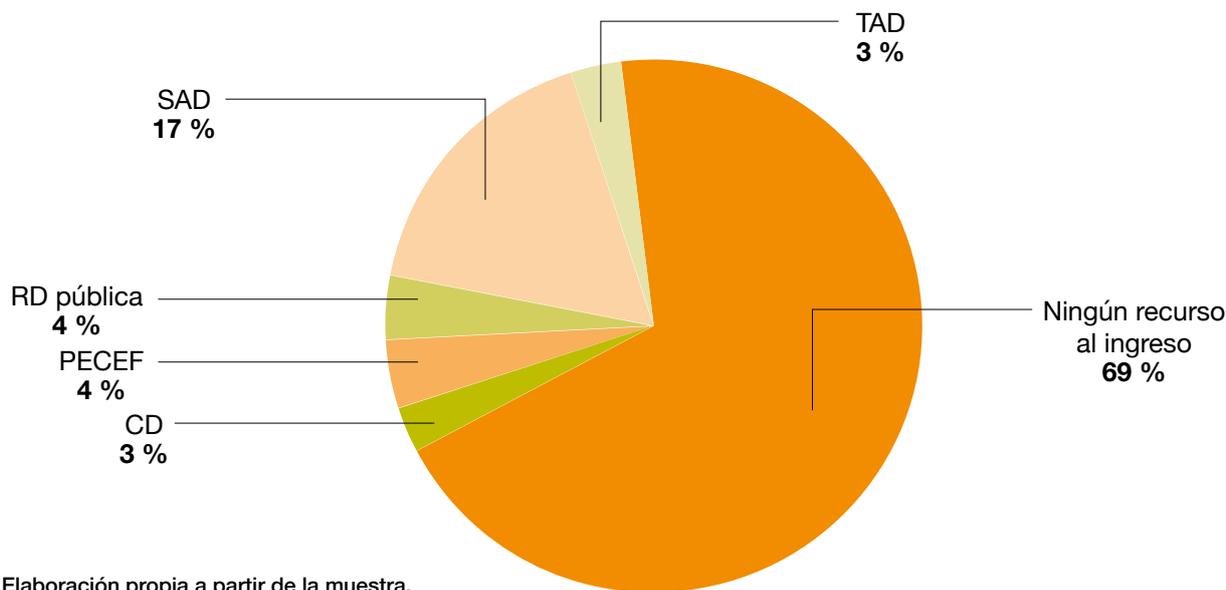
RECURSOS SOCIALES CON LOS QUE CUENTAN LOS PACIENTES AL INGRESO

Tabla 8: Distribución de pacientes según recursos con los que cuentan al ingreso hospitalario.

RECURSO AL INGRESO	TOTAL DE VALORACIONES	PORCENTAJES
Ningún recurso al ingreso	52	69,33 %
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	13	17,33 %
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF)	3	4 %
RD pública	3	4 %
TAD	2	2,66 %
CD	2	2,66 %
TOTAL	75	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 8: Distribución de pacientes según recursos con los que cuentan al ingreso hospitalario.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

El **69 %** de los pacientes no cuentan con ningún tipo de recurso al ingreso frente al **31 %** que cuentan con algún recurso público.

Del total de la muestra el **17 %** cuenta con un servicio de ayuda a domicilio, un **4 %** disponen de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, un **4 %** con residencia definitiva pública, seguido de un **3 %** que acuden a un Centro de Día y un **3 %** que cuentan con el servicio de Teleasistencia.

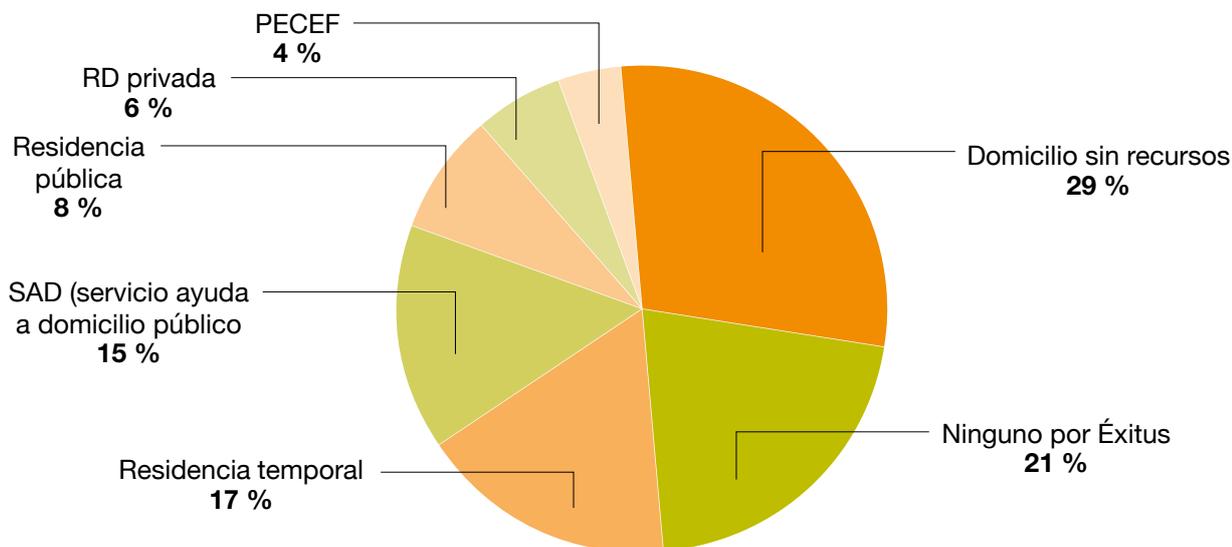
SITUACIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO A LOS RECURSOS SOCIALES CON LOS QUE CUENTAN AL ALTA

Tabla 9: Distribución de pacientes al alta hospitalaria.

SITUACION AL ALTA según recursos	PACIENTES	PORCENTAJES
Domicilio sin Recursos	22	29,33 %
Éxitus	16	21,33 %
Residencia Temporal	13	17,33 %
SAD (Servicio Ayuda a Domicilio público)	11	14,66 %
Residencia pública definitiva	6	8 %
RD privada	4	5,33 %
PECEF (prestación económica cuidados familiar)	3	4 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 9: Distribución de pacientes al alta hospitalaria.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Un 29 % de la muestra al alta hospitalaria regresa al domicilio sin recursos, seguido de un 21 % de pacientes que fallecen, un 17 % de pacientes que al alta son trasladados a residencias temporales para continuidad de cuidados, un 15 % cuenta al alta con un servicio de ayuda a domicilio, un 8 % de pacientes son trasladados a residencias públicas definitivas, un 5 % al alta hospitalaria acuden a residencias definitivas privadas y finalmente un 4 % de pacientes al alta hospitalaria cuentan con una prestación económica por cuidados en el entorno familiar.

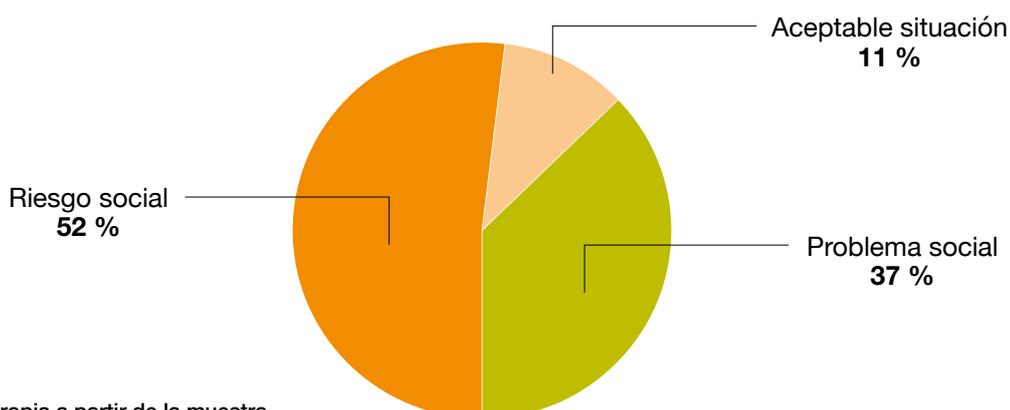
CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SITUACIÓN SOCIAL EN FUNCIÓN A LAS VARIABLES REGISTRADAS

Tabla 10: Distribución de pacientes según situación social: aceptable, riesgo o problema social.

SITUACIÓN SOCIAL	PACIENTES	PORCENTAJE
Problema social	28	37,33 %
Riesgo social	39	52 %
Aceptable situación	8	10,67 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 10: Distribución de pacientes según situación social: aceptable, riesgo o problema social.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Los mayores porcentajes de los pacientes que componen la muestra se encuentran en una situación de Riesgo Social (**52 %**); seguido por los pacientes con Problema Social (**37 %**) y en muy menor medida los que se encuentran en una situación de Aceptable Situación Social (**11 %**).

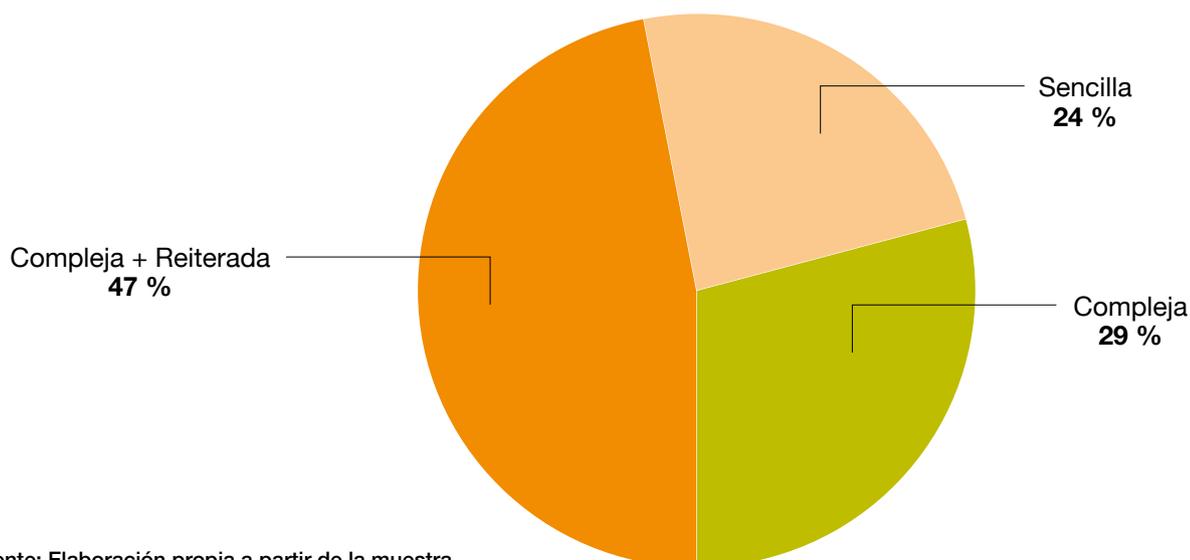
TIPO DE INTERVENCIÓN

Tabla 11: Distribución de pacientes según tipo de intervención social que han requerido durante el ingreso hospitalario.

TIPO DE INTERVENCIÓN	PACIENTES	PORCENTAJES
Sencilla	18	24 %
Compleja	22	29,33 %
Compleja y Reiterada	35	46,66 %
TOTAL	75	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 11: Distribución de pacientes según el tipo de intervención social que ha requerido durante su ingreso hospitalario.

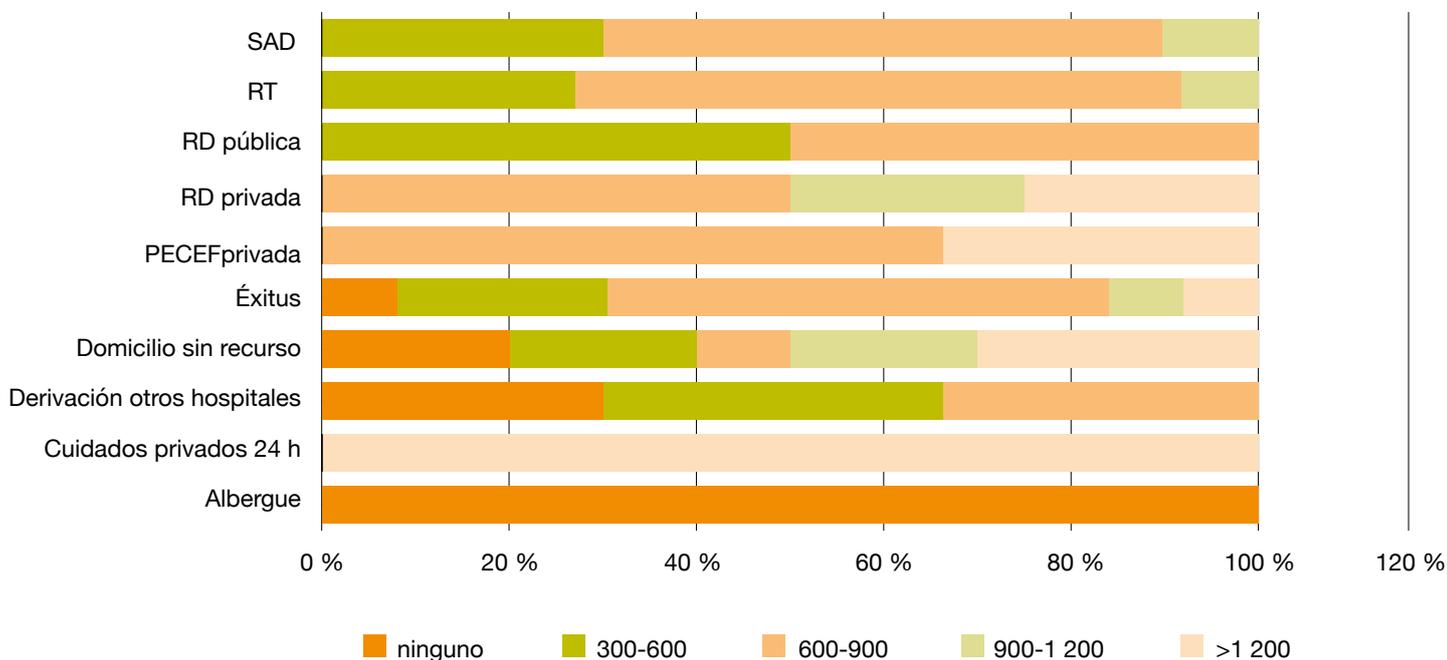


Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

La intervención compleja y reiterada (cuando dichas intervenciones han implicado que, durante distintos ingresos hospitalarios, en el período de un año, han requerido por parte de la Unidad de Trabajo Social actuaciones profesionales en más de tres ocasiones en cada una de ellas) ha implicado el **47 %** de los casos, seguida de la intervención compleja **29 %** y por una intervención sencilla **24 %**.

RELACIÓN DATOS ECONÓMICOS CON RECURSOS AL ALTA

Gráfica 12: Distribución de pacientes según ingresos económicos y los recursos/servicios sociales que tienen al alta.



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Los/as pacientes con mayores ingresos económicos al alta (superiores a 900 €) tienen servicios o prestaciones sociales de apoyo en el domicilio a través de PECEF y de cuidadores/as privadas 24h. Son además los/as que mayoritariamente optan a residencias privadas.

Los/as pacientes con menos ingresos económicos (inferiores a 900 €) son los que mayoritariamente al alta se benefician más de Servicio de Ayuda a Domicilio Público, Residencia Temporal Pública y Residencia Definitiva Pública. También es la muestra mayoritaria en traslados a otros hospitales y fallecimientos.

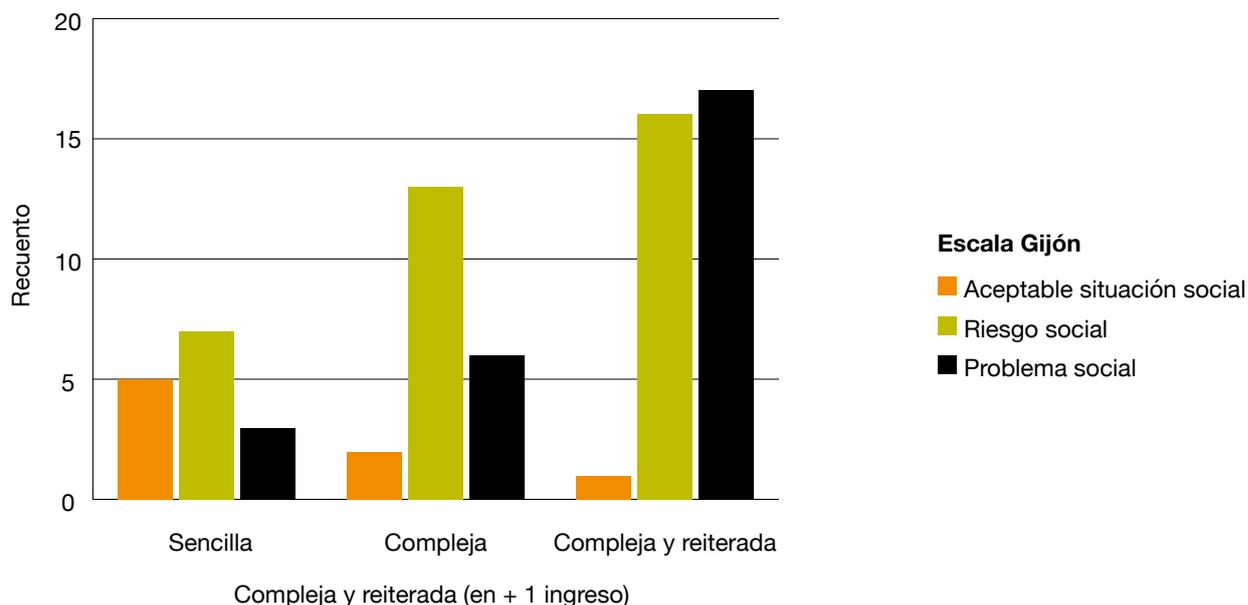
RELACIÓN VARIABLES: TIPO DE INTERVENCIÓN Y SITUACIÓN SOCIAL

Tabla 12: Distribución de pacientes según tipo de intervención y situación social.

		escala Gijon			Total	
		Aceptable situación social	Riesgo social	Problema Social		
compleja y reiterada (en +1 ingreso)	Sencilla	Recuento	5	7	3	15
		Recuento esperado	1,7	7,7	5,6	15,0
	Compleja	Recuento	2	13	6	21
		Recuento esperado	2,4	10,8	7,8	21,0
	Compleja y reiterada	Recuento	1	16	17	34
		Recuento esperado	3,9	17,5	12,6	34,0
Total	Recuento	8	36	26	70	
	Recuento esperado	8,0	36,0	26,0	70,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

Gráfica 13: Distribución de pacientes según situación social y tipo de intervención



Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra.

La tabla muestra que al relacionar las variables de situación social (aceptable, riesgo y problema social) con el tipo de intervención realizada por las trabajadoras sociales (sencilla, compleja y compleja y reiterada) la intervención en los casos de pacientes con situación de problema social es mayoritariamente compleja y reiterada.

Finalmente, hemos hecho un modelo predictivo con regresión logística para ver que variables podrían asociarse a la necesidad de **intervención compleja y reiterada** por parte de Trabajo Social.

En el modelo hemos incluido las siguientes variables: Edad, género, recursos económicos, grado de dependencia, situación social y si cuenta con cuidador/a.

De todas las variables estudiadas la única que **predice la intervención compleja y reiterada** es la "**situación social**" ($p < 0.05$), que explica un 12,1 % de la varianza.

Variables en la ecuación						
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0 Constante	-0,121	0,247	0,242	1	0,623	0,886

Resumen del modelo			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	85,006a	0,090	0,121

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de 0,001.

Variables en la ecuación							
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1ª	Escala Gijón	1,002	0,424	5,591	1	0,018	2,723
	Constante	-2,385	1,000	5,692	1	0,017	0,092

a. Variables especificadas en el paso 1: escala Gijón.

Las variables no están en la ecuación					
			Puntuación	gl	Sig.
Paso 1	Variables	Estancia (Días)	0,626	1	0,429
		Edad	0,074	1	0,785
		Sexo	0,007	1	0,933
		Lugar ingreso	2,763	1	0,096
		Dependencia	0,192	1	0,661
		Cuidador/a	1,757	1	0,185
		Recursos económicos	0,469	1	0,493
	Estadísticos globales			5,860	7

DISCUSIÓN

El perfil del/de la paciente con ingreso superior a dos meses es mayoritariamente (**61,33 %**) varones con 73,5 años de media y el resto (**38,67 %**) son mujeres con 69,96 años de edad media.

Los factores sociales que contribuyen al alto porcentaje de pacientes con situación de riesgo y/o problemática social son:

- Cuidador/a principal:

Los/as pacientes de la muestra no cuentan con cuidador/a en un **36 %** de los casos y es común encontrar que entre los/as pacientes que sí tienen cuidadores/as estas manifiesten sobrecarga por los cuidados.

- Recursos económicos:

La mayoría de los pacientes (**78,6 %**) tienen ingresos inferiores a 900 euros/mes y de estos, más de la mitad (**37,28 %**) tienen menos de 600 euros/mes de ingreso, lo que implica una dificultad a la hora de acceder a recursos privados que faciliten el alta hospitalaria.

- Vivienda:

Las viviendas donde residen estos/as pacientes distan mucho de que reúnan las condiciones de habitabilidad idóneas para facilitar su autonomía e independencia. Un **48 %** no tiene ascensor lo que limita la relación con el entorno y contribuye al aislamiento de los/as pacientes. En un **35 %** tienen bañera, lo que implica mayor riesgo de caída.

Pese a la edad avanzada de la muestra el **14,65 %** de los/as pacientes se encuentran pagando un alquiler o amortizando una hipoteca.

- Gestión de Ley de Dependencia:

La mayoría de la muestra no ha solicitado la tramitación de Ley de Dependencia para acceso a los recursos, lo que dificulta su obtención a corto o medio plazo.

Es destacable que más de la mitad de los/as pacientes (**58,66 %**) no hay iniciado trámites de dependencia lo que implica iniciar dichas gestiones desde el propio hospital, lo que ralentiza la obtención de recursos.

- Recursos con los que cuentan los/as pacientes al ingreso hospitalario:

Resulta muy significativo que el **69 %** de los/as pacientes no cuenten con ningún recurso de apoyo en los cuidados en domicilio ni públicos ni privados teniendo en cuenta la edad avanzada de la muestra y las dificultades que presenta las viviendas.

El recurso con el que cuenta el mayor número de pacientes (**17 %**) es el servicio de ayuda a domicilio público; seguido muy de lejos por el resto de los recursos (centro día, ayuda económica para cuidados en el entorno familiar, residencias definitivas y teleasistencia).

- Recursos al alta:

Cabe destacar que casi un **30 %** de los/as pacientes vuelven al domicilio sin ningún recurso al alta.

Entre los que sí hemos podido obtener algún recurso de apoyo al alta el mayor número de pacientes han ido a Residencias Temporales (**17,33 %**) seguidos por los que han obtenido un servicio de ayuda a domicilio público (**14,66 %**) y en mucha menos proporción los que han obtenido una residencia pública definitiva.

- Relación: ingresos económicos y recursos obtenidos al alta:

Los/as pacientes que tienen más recursos económicos optan en su gran mayoría a cuidados en domicilio que facilitan su permanencia en el medio habitual y en caso de que esto no sea posible son los que mayoritariamente acceden a residencias privadas.

Los/as pacientes con menores recursos económicos esperan al servicio de ayuda a domicilio público, residencias temporales o definitivas públicas.

Durante la intervención con esta muestra el **21 %** de los/as pacientes fallecieron al alta.

Entre los/as fallecidos/as hay mayor porcentaje de pacientes con menos de 600 euros/mes de ingresos económicos o ninguno (**33 %**) a los que tienen ingresos de más de 900 euros/mes (**16 %**).

El **33 %** de los/a fallecidos/as dentro de la muestra estudiada, son pacientes mayoritariamente con recursos económicos bajos (menos de 600 euros al mes) frente al **16 %** que representan a los/as pacientes con ingresos de más de 900 euros/mes.

CONCLUSIONES

1.- Las situaciones de riesgo o problemática social (**89 %**) están relacionados con los ingresos hospitalarios más prolongados y, además, supone para la Unidad de Trabajo Social un tipo de intervención compleja (**76 %**), en muchos casos efectuada a lo largo de varios ingresos.

2.- Dificultad y lentitud de acceso a recursos públicos al alta para los/as pacientes, incluso en situación de riesgo y problemática social. El **33 %** de la muestra vuelven al domicilio sin tener ningún recurso público al alta.

3.- Carencia de recursos de apoyo en los cuidados a domicilio (públicos y/o privados) en los/as pacientes de la muestra (**69 %**) al ingreso hospitalario.

Las cuestiones previas que nos llevan a cursar la presente investigación, es establecer una correlación e influencia entre los condicionantes sociales y los ingresos hospitalarios más prolongados y con una intervención social más reiterada o de mayor complejidad.

Siendo el resultado final de dicha investigación contundente hacia estas reflexiones, ya que supone un alto porcentaje (las situaciones de riesgo o problemática social (**89 %**), la influencia de la problemática y riesgo sociales adyacente al ingreso hospitalario de mayor duración.

Otra cuestión de interés para avanzar en la realización de esta investigación es conocer datos fehacientes relativos a la consecución de recursos de carácter social tras la intervención por parte de las unidades de Trabajo Social hospitalarias. Tras la realización de la investigación podemos evidenciar que para la mayoría de los/as pacientes no hay una asignación de recursos de manera inmediata o una agilización en la obtención de los mismos, siendo una realidad que para muchos de ellos/as no hay un recurso de apoyo al alta hospitalaria.

Entendiendo que debemos hacer mención, que los/as pacientes que sí han podido beneficiarse de algún tipo de apoyo social, es porque previamente lo tenían asignado por el Ayuntamiento de Madrid, por Programa individual de atención por dependencia, o porque se encontraban en lista de espera y se ha podido asignar previa justificación, coordinación e información médica, como acreditativo de necesidad.

Teniendo en cuenta que los determinantes para la salud abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud, apoyándonos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y concretamente en la exposición de motivos de la misma, cuyo reto no es otro que *“atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”*. Desde las unidades de trabajo social hospitalario intervenimos atendiendo la vulnerabilidad de las personas, acrecentada por la situación aguda de enfermedad, en cuanto a los cambios y consecuencias que esta pueda ocasionar.

De igual manera y tras las diversas casuísticas objetivables, tanto desde el ámbito sanitario como desde servicios sociales, por la falta de apoyos efectivos, la nueva Ordenanza 10/2022, de 28 de junio, reguladora del servicio de ayuda a domicilio para personas mayores y personas con discapacidad y de los servicios de centros de día, residencias y apartamentos para personas mayores y del centro municipal de Atención Integral Neurocognitiva, apoya con diversos recursos, entre ellos el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) simplificado, para dar respuesta a las necesidades de atención generadas de una manera más ágil y efectiva. Para ello se requiere una justificación previa desde el ámbito del Trabajo Social Clínico (Ituarte, A., 1992) por un período de convalecencia, un proceso postquirúrgico... basándose en la información recogida en la Unidad de Trabajo Social y la información médica. Teniendo de esta manera la posibilidad de dar cobertura al/a la paciente que vive un proceso dependiente, limitante e imprevisto.

Este estudio nos muestra un perfil social de un paciente varón de 73,5 años que, pese a no tener gasto destinado a la vivienda de alquiler o hipoteca, dicha vivienda tiene elementos que dificultan la autonomía de los/as pacientes dependientes y de las cuales casi la mitad carecen de ascensor.

Un perfil de paciente que en un **35 %** de los casos no cuenta con ayuda de ningún cuidador/a informal que apoye al/a la paciente en los cuidados que precise al alta.

La intervención del/de la trabajador/a social en la institución hospitalaria está relacionada por un lado con la inexistencia de ayudas formales de los/as pacientes, ya que el **69 %** de la muestra no cuenta con ningún recurso de apoyo al ingreso y con los plazos, generalmente largos, que supone la obtención de recursos que faciliten el cuidado al alta (*Decreto 54/2015, de 21 de mayo*).

Se concluye que factores como bajos recursos sociales, viviendas inadecuadas, falta de apoyo formal e informal, envejecimiento y lentitud en la obtención de recursos de apoyo a los/as pacientes, influyen en las estancias más largas en el hospital. Además, cuando estos factores sociales indican “situación de riesgo o problema social”, está relacionado con una intervención más compleja de las trabajadoras sociales hospitalarias.

Consideramos que la detección precoz de las situaciones de riesgo social y mejorar los cauces de coordinación entre las Consejerías de Sanidad y de Familia, Juventud y Política Social sería aconsejable para reducir estancias prolongadas en el hospital.

Por tanto, habría que considerar como líneas futuras de investigación:

- La búsqueda de herramientas adecuadas que permitan una pronta detección de situaciones de riesgo sociosanitario en el ámbito hospitalario.

- La relación entre la existencia de protocolos y guías de actuación profesional entre las instituciones implicadas (sanitarias y de servicios sociales) y su relación con un descenso en los plazos de obtención de recursos y su repercusión en las estancias hospitalarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud. (2021). *Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi "Haciendo camino entre todos y todas"* 1.ª ed., 2021. <https://www.euskadi.eus/documentacion/2021/estrategia-de-atencion-sociosanitaria-de-euskadi-2021-2024/web01-a2zesosa/es/>
- Alarcón, T. A., y Montalvo, J. I. G. (1998). "La Escala Sociofamiliar de Gijón: instrumento útil en el hospital general". *Revista Española de Geriátría y Gerontología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*, 33(3), 179.
- Ayuntamiento de Madrid y Universidad Carlos III. (2018). *Metodología para la elaboración del índice de vulnerabilidad territorial de barrios y distritos de Madrid y ranking de vulnerabilidad de informes, estudios 2018*. <https://www.madrid.es/UnidadWeb/Contenidos/Publicaciones/TemaServiciosSociales/IndiceVulnerabil/indicevulnerabilidad.pdf>
- Código Deontológico Trabajo Social. Asamblea General del Consejo General del Trabajo Social. 2011 https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid.
- IMSERSO. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2021). *Base Estatal de datos de personas con valoración del Grado de Discapacidad* (Informe a 31/12/2021). <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/base-estatal-datos-personas-con-discapacidad>
- IMSERSO. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023). Estadística Mensual del SAAD 2023 https://imserso.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/n1oS8lWfrx6m/content/estadisticas-e-informes-en-materia-de-dependencia-a-31-de-enero-de-2023/20123
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Proyecciones de Población 2022-2072* INE. Octubre 2022 https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Indicadores de la estructura de la población* https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *BOE*, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, 306, de 26 de diciembre de 2001. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2001/12/21/12/con>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE*, núm. de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Memoria 2021. Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre. <https://www.comunidad.madrid/hospital/infantaleonor/nosotros/memorias>
- Mondragón Lasagabaster, J., y Trigueros Guardiola, I. (1999). *Manual de Prácticas de Trabajo Social en el campo de la salud*.

Moral Iglesias, L. e Iglesias García, M.ª T. (2000). *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada* (Informe n.º 1773). Instituto Nacional de la Salud, Subdirección de Atención especializada. http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/consulta/busqueda_referencia.cmd?campo=idtitulo&idValor=3840&id=29050&forma=ficha&posicion=1

Ordenanza 10/2022, de 28 de junio, Reguladora del Servicio de Ayuda a Domicilio para personas mayores y personas con discapacidad y de los servicios de centros de día, residencias y apartamentos para personas mayores y del centro municipal de Atención Integral Neurocognitiva. Boletín Oficial del Ayuntamiento de Madrid, 9180, de 28 de junio de 2022. <https://transparencia.madrid.es/portales/transparencia/es/Informacion-juridica/Huella-normativa/>

Ordenanza-10-2022-de-28-de-junio-reguladora-del-servicio-de-ayuda-a-domicilio-para-personas-mayores-y-personas-con-discapacidad-y-de-los-servicios-de-centros-de-dia-residencias-y-apartamentos-para-personas-mayores-y-del-centro-municipal-de-/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=07ab8a264cd91610VgnVCM200001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=4099508929a56510VgnVCM1000008a4a900aRCRD

Pacientes hiperefrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios M. A. Ortega Tallóna, G. Roca Figueres B, M. Iglesias Rodríguez y J. M. Jurado Serrano (<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-pacientes-hiperefrecuentadores-un-centro-atencion-13057253>)

Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1391.pdf>

Portal estadístico. Ayuntamiento de Madrid. <http://portalestadistico.com/municipioencifras/?pn=madrid&pc=ZTV21>

Portal de Transparencia del Ayuntamiento de Madrid. *Informes y Estudios 2018*. Área de coordinación territorial y cooperación público social. <https://transparencia.madrid.es/portales/transparencia/es/Informacion-juridica/Plan-normativo/Area-de-Gobierno-de-Coordinacion-Territorial-y-Cooperacion-Publico-Social>

Portal web del Ayuntamiento de Madrid. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Distritos-en-cifras/Distritos-en-cifras->

Tellaeché, A. I. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (Vol. 8). Nau Llibres.

Veiga de Cabo, J., Fuente Díez, E. de la, y Zimmermann Verdejo, M. (2008). "Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño". *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88. Recuperado en 10 de mayo de 2023. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&Ing=es&tIng=es.

ANEXOS

Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón modificada.

Situación familiar

0. Vive con hijos.
1. Vive con la pareja de similar edad.
2. Vive con otros familiares o amigos.
3. Vive solo, pero tiene hijos próximos.
4. Vive solo, carece de hijos o viven alejados.

Vivienda

0. Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor).
1. Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores).
2. Barreras arquitectónicas.

3. Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores).
4. No tiene casa (ausencia de vivienda).

Relaciones y contactos sociales

0. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
1. Sólo se relaciona con familia y vecinos, sale de casa.
2. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
3. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1/semana).
4. No sale del domicilio, ni recibe visitas (o < 1/semana).

Apoyos de la red social

0. No necesita ningún apoyo.
1. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
2. Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria.
3. Pendiente de ingreso en residencia de ancianos.
4. Necesita cuidados permanentes que no son dados.

Situación económica (ingresos/mes)

0. Más de 119.000 pesetas.
1. Entre 80.000-119.000 pesetas.
2. Entre 40.000-79.000 pesetas.
3. Menor de 40.000 pesetas.
4. No recibe pensión, ni otros ingresos.

Puntuación total: ...

Iria Noa de la Fuente Roldán

Doctora en Trabajo Social. Instituto Universitario de Cooperación y Desarrollo (IUDC-UCM) y Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Complutense de Madrid. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6740-649X>

Esteban Sánchez Moreno

Doctor en Sociología. Instituto Universitario de Cooperación y Desarrollo (IUDC-UCM) y Departamento de Sociología: Metodología y Teoría. Universidad Complutense de Madrid. <https://orcid.org/0000-0002-2978-9485>

Red FACIAM

Federación de Entidades y Centros para la Integración y Ayuda de Marginados

Comunicación 3

La realidad relacional de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo y exclusión residencial: apoyo y relaciones sociales¹

Resumen: El presente trabajo analiza la realidad relacional (apoyo y relaciones sociales) de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo y exclusión residencial (PJsSH). La investigación parte de un diseño metodológico mixto mediante el uso de una encuesta a través de cuestionario (n=179) y entrevistas en profundidad (n=9). Los resultados muestran los escasos niveles de apoyo social y la precariedad relacional de las PJsSH. Esta realidad de aislamiento se ve vertebrada por la falta de referentes familiares y de amistad. A su vez, dicha precariedad relacional se ve amortiguada por la labor de los y las profesionales de la intervención social. Se concluye la importancia de abordar el sinhogarismo juvenil incorporando los aspectos relacionales, elementos clave para afrontar el impacto de las desigualdades sociales.

Palabras Clave: Exclusión social, Sinhogarismo, Personas jóvenes, Apoyo social, Relaciones sociales.

Abstract: This paper analyses the relational reality (social support and social relationships) of young people experiencing homelessness and residential exclusion (PJsSH). The research used a mixed methodological design involving a questionnaire-based survey (n=179) and semi-structured in-depth interviews (n=9). The results show the low levels of social support and the relational precariousness of PJsSH. This reality of isolation is underpinned by the lack of family and friends. In turn, this relational precariousness is cushioned by the work of social intervention professionals. It is concluded that it is important to address youth homelessness by incorporating relational aspects, which are key elements in coping the impact of social inequalities.

Keywords: Social exclusion, Homelessness, Young people, Social support, Social relations.

¹ Este estudio ha sido financiado por la Red FACIAM a través del contrato de investigación con referencia UCM PR 452-2020.

1. INTRODUCCIÓN

El sinhogarismo es una realidad social, histórica y cultural (Sánchez Morales y Tezanos Vázquez, 2004) que afecta, al menos, a 28 552 personas en España (Instituto Nacional de estadística [INE], 2022). De manera concreta, en la Comunidad de Madrid, se estima que la población sin hogar es de 4 146 personas (INE, 2022) de las cuales el 83,8 % son hombres y el 16,2 % son mujeres. Además, se destaca que el 44,6 % de PsSH son de origen español, siendo un 55,4 % las personas de origen extranjero. De la misma manera, el 13,6 % de PsSH residentes en esta Comunidad Autónoma tienen menos de 30 años; el 25,7 % tiene entre 30 y 44 años; el 54,7 % tiene entre 45 y 64 años; y el 6 % tiene 65 años o más (INE, 2022).

Estos datos ponen de manifiesto que la idea tradicional de “perfil” se ha visto desbordada por la creciente complejidad del sinhogarismo, reflejo directo del incremento de la complejidad de las desigualdades socioeconómicas en general, y de la exclusión social en particular (De la Fuente-Roldán, 2016). Así, parece que estas transformaciones se concretan en la identificación de grupos emergentes dentro del sinhogarismo entre los que destacan las mujeres (Matulič-Domandžić *et al.*, 2019; Vázquez *et al.*, 2020), las personas de origen extranjero (Moreno Márquez y Fernández Aragón, 2020) pero, también, las personas jóvenes (Peters *et al.*, 2021). De esta manera, la edad emerge como una variable de análisis fundamental, dando forma a uno de los grupos más vulnerables que configuran esta realidad social (Hodgson *et al.*, 2015).

1.1. El sinhogarismo que afecta a las personas jóvenes

Desde la década de los 1990, el análisis y el estudio del sinhogarismo ha tenido un notable protagonismo en el contexto español, destacando las investigaciones que profundizan en el análisis de su población y de las diferentes dimensiones que configuran su situación de exclusión social contribuyendo a que la realidad “sin hogar” aparezca y se mantenga (Panadero *et al.*, 2018; Tinland *et al.*, 2018). Dicha actividad investigadora pone de manifiesto que el sinhogarismo es un problema complejo que afecta a las poblaciones más vulnerables y que requiere de una comprensión integral de los diversos factores que afectan a la vida de las personas afectadas por el mismo (Nourazari *et al.*, 2021). Esto implica centrarse en abordar el impacto específico que estas dimensiones tienen en determinados grupos especialmente vulnerables, como las personas jóvenes menores de 35 años, que ya constituyen entre el 20-30 % del total de PsSH (FEANTSA, 2017).

La evidencia empírica disponible sugiere que la vulnerabilidad de las PJsSH viene definida por diferentes factores entre los que destacan los siguientes (Chamberlain y Johnson, 2013). En primer lugar, por la presencia de un mayor deterioro psicológico y problemas de salud mental (Calvo y Shaini, 2020). Este deterioro psicológico se traduce, además, en un impacto mayor de los sucesos vitales estresantes (Guillén *et al.*, 2020), en una mayor presencia de intentos de suicidio (Panadero *et al.*, 2018), mayor mortalidad (Hwang, 2000), y en mayores problemas de salud física (Adams *et al.*, 2022). En segundo lugar, otro de los ejes que definen la situación de las PJsSH es la escasez y precariedad de sus redes sociales y sus bajos niveles de apoyo social (Bender *et al.*, 2007).

1.2. La realidad relacional de las personas jóvenes afectadas por el sinhogarismo

Las redes sociales pueden ser entendidas como un conjunto definido de personas vinculadas entre sí a través del establecimiento de relaciones sociales (Lozares, 1996). Así, la “red” constituiría la estructura conformada por las relaciones sociales mantenidas a través de las cuales se pueden satisfacer diferentes necesidades. Como señala Barrón (1996), la existencia de redes y relaciones sociales no implica que exista apoyo social. De hecho, uno de los recursos derivados de la existencia de redes sociales y de las relaciones que las configuran es, precisamente, la posibilidad de disponer de apoyo social procedente de las mismas. Por ello, no solo es necesario que existan relaciones sociales, sino que también se precisa que las personas que formen parte de la red estén en disposición de proporcionar ayuda y apoyo (Sánchez-Moreno, 2004).

En definitiva, las relaciones sociales se refieren a los aspectos estructurales de apoyo social, mientras que el propio concepto de apoyo social se refiere a aspectos funcionales (Thoits, 2021). Ante esto, la importancia de abordar las relaciones sociales en el abordaje de la realidad de las PJsSH descansa, principalmente, en la potencial presencia de apoyo social, elemento fundamental para garantizar el bienestar y la calidad de vida de la ciudadanía (Andersen *et al.*, 2021). Así, aunque la vivienda es imprescindible para prevenir el sinhogarismo, las redes sociales, las relaciones y el apoyo sociales, también constituyen elementos definitorios de la realidad que caracteriza la exclusión social extrema de las personas jóvenes (De la Fuente Roldán *et al.*, 2022). Esto es especialmente cierto en países con sistemas de bienestar poco desarrollados, como el español donde las redes de apoyo, especialmente la familia, son garantes del bienestar de la ciudadanía (Ferrera, 1996).

El análisis del apoyo social y de las redes sociales en el contexto del sinhogarismo resulta fundamental ante la realidad de aislamiento estructural que afecta a las PsSH en general, y en las PJsSH en particular (Green *et al.*, 2013; Gabrielian, *et al.*, 2018). Como sostienen Bertram *et al.*, (2021), el aislamiento social y la soledad que tienden a presentar las PsSH aumentan las posibilidades de sufrir depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental. Por ello, la existencia y disposición de apoyo social para hacer frente al estrés se configura como un factor para la mejora de la realidad de las PJsSH (Martin y Howe, 2016). En esta línea, Garey *et al.*, (2019) confirmaron que las PsSH con un escaso apoyo social, mostraban una peor calidad de vida. De la misma forma, Chamberlain y Johnson (2013) apuntaban a que el riesgo hacia el sinhogarismo, especialmente en el caso de las PJsSH, venía modulado por las redes sociales y la disposición de apoyo social, sobre todo del procedente de la familia.

Ante esta realidad, se hace necesario el desarrollo de trabajos que aborden las dimensiones y aspectos específicos que definan la realidad relacional (relaciones y apoyo sociales) de las PJsSH y su impacto en su situación de exclusión. En esta línea, un primer objetivo de este trabajo consistió en analizar el apoyo social de las PJsSH participantes. Un segundo objetivo se centró en profundizar en las relaciones sociales que caracterizan y definen el apoyo social de las PJsSH que participaron en el estudio.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo recupera una parte de los resultados obtenidos en una investigación más amplia centrada en analizar la realidad de las PsSH de la Comunidad de Madrid. En este sentido, se recuperan los resultados de las PsSH menores de 36 años, obtenidos mediante un estudio transversal, descriptivo y correlacional con un diseño metodológico mixto. Las técnicas de investigación han sido la encuesta a través de cuestionario y la entrevista en profundidad.

2.1. Técnicas e instrumentos

El cuestionario se construyó *ad hoc* incluyendo diferentes variables. En este trabajo se destacan las siguientes:

- **Datos sociodemográficos y residenciales** (sexo, edad, origen, situación residencial, ingresos, nivel formativo y situación laboral).
- **Apoyo Social.** Evaluado a través de la escala *Oslo Social Support Scale* de tres ítems (OSSS-3; Kocalevent, 2018). Esta escala sirve para medir apoyo social percibido y está incluida en la lista de indicadores de Salud de la Comunidad Europea (ECHI), siendo utilizada en la Encuesta Europea de Salud (EHIS) elaborada por Eurostat. Los ítems de la escala son los siguientes: ¿cuántas personas son tan cercanas que podrías contar con ellas si tuvieras problemas serios? [ninguna (1), 1 o 2 (2), 3 o 5 (3), 5 o más (4)]; ¿Cuánto interés muestra la gente de tu entorno por aquello que te pasa o haces? [mucho (5), bastante (4), incierto (3), poco (2), ninguno (1)]; ¿Cómo de fácil te resultaría obtener ayuda de las personas de tu entorno si llegaras a necesitarla? [muy fácil (5), fácil (4), posible (3), difícil (2), muy difícil (1)]. La puntuación varía de 3 a 14 puntos, organizándose en tres niveles: apoyo social bajo (3-8 puntos); apoyo social medio (9-11 puntos) y apoyo social alto (12-14 puntos) (Kocalevent, 2018).
- **Frecuencia de relaciones sociales.** Se preguntó por la frecuencia de contacto pareja, progenitores, hermanos/as, otros familiares, amistades, vecindad, compañeros/as de trabajo, compañeros/as de clase y con compañeros/as de residencia. Para cada una de ellas se dieron las siguientes opciones de respuesta: no mantiene relación; diariamente; varias veces por semana; una vez por semana; menos de una vez a la semana; no procede/no tiene; no sabe/no contesta.
- **Satisfacción con las relaciones sociales mantenidas.** En este caso, se preguntó por la satisfacción de las PJsSH participantes con la relación mantenida con las mismas personas que en el punto anterior. Se dieron siete opciones de respuesta: muy satisfecho/a, algo satisfecho/a, ni satisfecho/a ni insatisfecho/a, algo insatisfecho/a, muy insatisfecho/a, no procede/no tiene, no sabe/no contesta.
- **Personas cercanas.** Se preguntó a las PJsSH participantes a quién o quiénes acudían cuando tenían un problema personal. Se trató de una pregunta abierta codificada posteriormente.

La metodología cuantitativa se complementó con la realización de entrevistas en profundidad semiestructurada con el fin de profundizar en la realidad relacional de las PJsSH y en su vivencia y experiencias acerca del papel jugado por el apoyo y relaciones sociales en sus procesos de inclusión social. Las entrevistas abordaron los siguientes temas:

- Información y proyecto personal.
- Trayectoria residencial y de sinhogarismo.

- Fuentes de apoyo social.
- Existencia de relaciones y frecuencia.
- Satisfacción con las relaciones personales.
- Personas cercanas en las que poder confiar y solicitar ayuda.

2.2. Muestreo y participantes

La muestra cuantitativa estuvo compuesta por 179 PJsSH de la Comunidad de Madrid. Se siguió un muestreo de conveniencia estableciendo los siguientes tres criterios teóricos (cuotas):

- La **definición operativa de sinhogarismo**. En la línea de los planteamientos que diferencian entre el sinhogarismo en sentido estricto y el sinhogarismo en sentido amplio (Eyrich-Garg *et al.*, 2008), se ha hecho uso de la *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS)*; Edgar y Meert 2005) considerando sus cuatro categorías conceptuales: sin techo (*ETHOS* 1), sin vivienda (*ETHOS* 2), vivienda insegura (*ETHOS* 3) y vivienda inadecuada (*ETHOS* 4). Las cuatro categorías conceptuales de *ETHOS* se han agrupado en dos dimensiones: sinhogarismo (SH; *ETHOS* 1 y 2) y exclusión residencial (ER; *ETHOS* 3 y 4).
- **Sexo**: Hombre/mujer.
- **Origen**: Extranjero/no extranjero.

La edad media de la muestra cuantitativa es de 26 años (SD = 5.09; mínimo 19 - máximo 35). El 32,4% de las PJsSH participantes son mujeres y el 67,6 % son hombres. Además, el 14 % son de nacionalidad española, teniendo nacionalidad extranjera el 86 % (el 6,7 % de otro país europeo; el 48,6 % de un país africano y el 30,7 % de un país latinoamericano). En cuanto a la situación residencial, el 55,3 % de las PsSH se encuentran en situación de SH y el 44,1% están en situación de ER. Respecto al nivel formativo, más de la mitad (54,7 %) de las PJsSH participantes refieren tener estudios secundarios o de Formación Profesional. Respecto a la situación laboral, se trata de una muestra mayoritariamente en situación de desempleo (89,5 %), aunque destaca que en torno al 10 % refieren estar trabajando (10,6 %) o estar en desempleo por estar estudiando (25,2 %). Además, el 67 % de las PJsSH participantes afirman no tener ingresos económicos. Estos datos se encuentran resumidos en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de la muestra cuantitativa.

Variables sociodemográficas		n	%
Sexo	Hombre	121	67,6
	Mujer	58	32,4
Nivel formativo	Primaria o inferior	60	33,5
	Secundaria o FP	98	54,7
	Universitarios	21	11,7
Origen	Español	25	14
	Europeo	12	6,7
	Africano	87	48,6
	Latinoamérica	55	30,7
Realidad Residencial	Sinhogarismo	99	55,3
	Exclusión residencial	79	44,1
Ingresos	Con ingresos	59	33
	Sin ingresos	120	67
Situación laboral	Empleado/a	19	10,6
	Desempleado/a sin estar estudiando	160	89,5
	Desempleado/a y estudiando	45	25,2

El muestreo cualitativo siguió criterios de representatividad socioestructural, siendo no probabilístico, intencional y teórico (Charmaz, 2006). Se entrevistó a nueve personas menores de 36 años. La muestra de las entrevistas se recoge en la Tabla 2.

Tabla 2. Descripción de la muestra cualitativa.

ID	Nombre	Sexo	Origen	Edad	Estudios	Alojamiento
E-1	Inma	M	Español	20	ESO	Calle
E-2	Arantxa	M	Extranjero	33	Primarios	Piso emergencia
E-3	Sara	M	Extranjero	18	Bachillerato	Piso de transición
E-4	Elena	M	Español	23	ESO	Cohabitación
E-5	Hannya	M	Extranjero	34	Primarios	Vivienda alquiler
E-6	Reme	M	Español	19	ESO	Piso emergencia
E-7	Rosana	M	Español	28	ESO	Piso emergencia
E-8	Fanny	M	Extranjero	33	Bachillerato	Piso emergencia
E-9	Hamir	H	Extranjero	24	FP	Albergue

2.3. Desarrollo de las entrevistas y administración del cuestionario

Las personas jóvenes en situación de sinhogarismo y exclusión residencial (PJsSH) participantes fueron captadas en diferentes recursos de atención social específicos para población sin hogar (albergues, comedores sociales, centros de acogida y recursos de emergencia).

El cuestionario fue administrado por parte de una persona del equipo de investigación mediante una entrevista personal y presencial en los recursos participantes. La administración del cuestionario se llevó a cabo entre febrero y julio de 2021. Por su parte, las PJsSH participantes en las entrevistas en profundidad fueron captadas con ayuda de los y las profesionales de los recursos participantes. Las entrevistas fueron realizadas entre marzo y junio de 2021, siendo grabadas en formato audio, asegurando la confidencialidad y el anonimato. Cada persona participó en dos sesiones de entrevista de una duración aproximada de una hora y media cada una.

Antes de participar en las entrevistas y en la encuesta, cada participante firmó el consentimiento informado. Además, esta investigación recibió la aprobación del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Referencia: CE_20210415-02_SOC).

2.4. Análisis de datos

El análisis del cuestionario fue de carácter transversal, descriptivo y correlacional. Este análisis se ha llevado a cabo con SPSS v28. Para el análisis correlacional, las dimensiones abordadas en el cuestionario serán analizadas en base a las intersecciones generadas por las variables sexo, nacionalidad y realidad residencial.

Las entrevistas han sido objeto de un análisis de contenido temático (Braun y Clarke, 2006). Este análisis se desarrolló mediante el uso de ATLAS.ti 22. Tal y como se recoge en la Tabla 3, se identificaron tres categorías de análisis con sus correspondientes subcategorías.

Tabla 3. Categorías y subcategorías del análisis cualitativo.

Categorías	Subcategorías	Definición
Apoyo social	Soledad	Niveles de apoyo social percibidos por las PJsSH.
	Aislamiento	
Fuentes de ayuda en caso de necesidad	Personas cercanas	Personas de la red de las PJsSH participantes que constituyen fuente de confianza y ayuda, actuando como referentes en su transición a la vida adulta.
	Referentes profesionales	
Relaciones sociales	Frecuencia	Personas que componen las redes sociales de las PJsSH participantes, destacando la importancia de la frecuencia y satisfacción con las mismas, sobre todo, en aquellos elementos garantes del bienestar de las personas jóvenes, como es el caso de la familia y las redes de amistad.
	Satisfacción	
	Conflictividad familiar	
	Amistad	

3. RESULTADOS

3.1. El apoyo social

La media de apoyo social de la muestra es de 7.78 (DT = 2.74), siendo la máxima puntuación posible de 13 y la mínima de 3. Considerando las variables de análisis con relación a la media de apoyo social, se han encontrado diferencias significativas para las variables realidad residencial ($t = 2.406$; $p = 0,016$), sexo ($t = -2.280$; $p = 0,023$) y nacionalidad ($f = 3.248$; $p = 0,022$). Como se observa en la Tabla 4, presentan medias más altas de apoyo social las personas en situación de ER (7.99; DT = 2.91); las mujeres (8.16; DT = 2.67) y las personas de origen español (8.28; DT = 2.64).

Tabla 4. Puntuaciones medias de apoyo social en función de la realidad residencial, sexo, y nacionalidad.

Variables		Media	Desviación
Realidad residencial	Exclusión Residencial	7.99	2.91
	Sinhogarismo	7.55	2.68
Sexo	Hombre	7.53	2.82
	Mujer	8.16	2.67
Nacionalidad	Española	8.28	2.64
	Europea	8.25	3.02
	Africana	7.26	2.81
	Latinoamérica	8.07	2.70

Así, por ejemplo, respecto al impacto de la realidad residencial, Hannya, que durante el tiempo que estuvo en situación de SH no pudo recibir apoyo de su familia, lo expresa en los siguientes términos:

Mira, pues me he tirado veinte años sin bajar. Veinte años. Mis padres sufriendo, yo sufriendo... me echan mucho de menos y yo también (...) y claro, como ya he hecho mis papeles eh... que empecé a arreglar mis papeles aquí al llegar a esta casa porque aquí, pues me mandaron una abogada que era buenísima ... y en dos mil dieciocho, cuando ya estoy en trámites y en mi casa estable, por fin, he bajado en 2018, pero solo quince días (...). Entonces, es bajar y subir. Quince días que volvía a ver a la familia (Hannya).

Además, aunque no se han encontrado diferencias significativas respecto al sexo, nacionalidad o situación residencial, como se observa en la Tabla 5, más de la mitad (55,2 %) de las PJsSH afirma tener bajos niveles de apoyo social, el 35,8 % afirma tener niveles medios de apoyo social y el 7,6 % niveles altos.

Tabla 5. Niveles de apoyo social.

Niveles de apoyo	n	%
Bajo apoyo social	95	55,2
Medio apoyo social	64	37,2
Alto apoyo social	13	7,6
Total	172	100
Perdidos	7	3,9
Total	179	100

En los discursos de las PJsSH, esta realidad de escaso apoyo social se recoge de la siguiente manera:

Y... o sea, menos después de las veces anteriores que... en una terminé en protección de menores y en la otra... eh... y sin ningún tipo de apoyo, de hecho, con problemas con mi madre y en la otra, pues... un bajísimo apoyo por todos lados (Elena).

En realidad, no cuento con apoyos de... de nadie. Aquí es difícil y... cada una va a lo suyo, fuera no tienes a nadie y... los técnicos pues... sí, pero no son tu amistad. O sea, no es un apoyo natural, ¿no? O sea, que no quiero... que es necesario, pero no es como... estar fuera, ¿sabes? (Fanny).

Además, el hecho de que tan pocas PJsSH refieran niveles altos de apoyo social, ilustra la soledad y el aislamiento que, de manera mayoritaria, afecta a las PJsSH:

Todo esto me ha hecho ver que... que en realidad no puedo confiar en nadie o sea... estás sola y ya está (Elena).

Mucha soledad. Mucho. Además, así no me hacen daño. No sé si es algo que elijo o... no sé. Es que estando sola no me hacen daño. Y mira que no me gusta la soledad, pero la prefiero a que me hagan daño (Arantxa).

3.2. Relaciones sociales

El apoyo social también se entiende a través del conjunto de contactos que mantienen unas personas con otras. Es decir, puede abordarse considerando las relaciones específicas que las personas tienen tales como relaciones de trabajo, estudios, familia o amistad. En la realidad de las PJsSH, este tipo de relaciones también destacan por su precariedad. Como se observa en la Tabla 6, cuando se pregunta a las PJsSH por la frecuencia de contactos con sus redes sociales, la mayoría de las personas jóvenes refieren no tener y, en el caso de hacerlo, no mantener relación con ninguna de ellas.

Tabla 6. Frecuencia de contacto con sus redes sociales (%).

	No tiene relación	Diaria	Varias a la semana	Una por semana	Menos de una por semana	No procede, no tiene
Pareja	16,4	14,7	4,5	3,4	1,7	59,3
Hijos/as	15,9	10,2	5,2	1,7	2,8	64,2
Hermano/a	24,9	14,7	16,4	15,3	21,5	7,3
Padre/madre	26,6	19,8	19,8	13,6	13,6	6,8
Otros familiares	46,1	5,1	10,1	6,7	23,6	8,4
Amigos/as	13,5	25,8	26,4	14,6	10,1	9,6
Vecinos/as	32,6	8,1	9,3	2,3	2,9	44,8
Compañeros/as Trabajo o clase	12,1	8,0	9,2	2,3	3,4	64,9

Destaca lo relativo a las relaciones familiares de manera que un elemento característico de las relaciones sociales de las PJsSH es la escasez y/o inexistencia de relaciones mantenidas con el entorno familiar (hermanos/as, padre, madre y otros familiares). Esto es especialmente cierto con relación a la figura paterna y materna:

O sea, mi madre ha dicho: “el día que te quedes en la calle y te mueras ... te mueres, pero a mi casa no subes”. O sea, ayer me contestó eso tal cual, pues bueno... Tengo dos hermanas, pero no las veo porque están en centros. Una está en un piso de tutela por la Comunidad de Madrid, que tiene once años, y la otra está con mi madre, pero porque también apareció en un centro. O sea, hace nada salió del piso y... fue su cumpleaños y todo y bueno, ahora vive con mi madre ... pero no quiere que suba (Reme).

Como se deriva del discurso de Reme, además de ser prácticamente inexistentes, cuando existen, las PJsSH apuntan a unas relaciones familiares basadas en la conflictividad:

Mi madre no quiso hacer nada por mí. Por eso nunca he tenido buena relación con mi familia. Porque ya de por sí... no confiaba en ella antes. O sea, no cariño y confianza como para decirle “me ha pasado esto (traga saliva) y me encuentro mal... necesito ayuda” (...) (Rosana).

Vivía con mi madre... hemos tenido muchos problemas. De hecho, yo entré, o sea, a los diecisiete años entré en protección de menores... y hace, cosa pues como dos, tres meses... estaba viviendo con mi madre y tuvimos un... conflicto. Nos agredimos mutuamente y... exploté y la denuncié a la policía... entonces me tuve que buscar otro sitio (Elena)

Por otro lado, los resultados recogidos en la Tabla 6 remarcan la importancia que adquieren las amistades, con quienes las PJsSH señalan tener más frecuencia de contactos. Así, al contrario que con la familia o la vecindad, el 25,8 y el 26,4 % de las PJsSH se relaciona con sus amistades diariamente o con una frecuencia de varias veces a la semana. Además, cuando se pregunta a las PJsSH por sus amistades, aparece con menor frecuencia la respuesta de no tener amigos/as (9,6 %) o tenerlos, pero no mantener relaciones (13,5 %). Arantxa y Hamir lo expresan de la siguiente forma:

Familia no tengo. Tengo dos hermanas, pero como si no las tuviera. Mis padres fallecieron cuando yo era bastante pequeña, así que no... es algo que me duela ya. Y amigos tengo tres aquí en Madrid que son... el pilar, ¿no? Sin ellos... no sé. (...). Entonces yo con ellos cuando voy intento desconectar (Arantxa).

(...). Tengo amigos ¿sabes? Pero amigos que están de confianza, aunque no están cerca, cerca (...). Tengo amigos que están en Barcelona que son mis amigos de verdad, ¿sabes? Somos amigos desde mucho tiempo, que también ha venido a España y nos conocemos desde hace mucho tiempo (Hamir).

Por último, aunque las relaciones con la vecindad son un elemento central para la participación social y comunitaria, como se observa en la Tabla 6, destacan las respuestas de las PJsSH que afirman no tener vecinos/as (44,8 %) y en el caso de tenerlos, no mantener relación (32,6 %).

Pese a esta precariedad residencial, las PJsSH se sienten mayoritariamente satisfechas con las relaciones que mantienen. De hecho, para todas las relaciones mantenidas salvo con la vecindad y en el trabajo o en clase —donde predomina la respuesta de “no tener”—, en torno al 40 % de las PJsSH participantes señalan estar muy satisfechas o algo satisfechas con las relaciones que mantienen con sus parejas, hijos/as, progenitores, hermanos/as, otros familiares y amistades. En todo caso, ahondar en los discursos permite volver a observar que, frente a dicha satisfacción, sobresale la conflictividad y la necesidad que las personas jóvenes participantes tienen de ver mejoradas sus relaciones sociales:

De verdad... Le mandé la foto de la ecografía que me hicieron y... “¿qué es eso? ¿de quién es?” y digo... “mía, de quién va a ser ¿No ves el nombre arriba en los papeles del médico, que pone el nombre de tu hija?” (...). Y nada. Mi madre pues que... que no se quiere hacer cargo de ayudarme con la criatura, no quiere saber nada. Pues mira, esto va a ser muy sencillo, tú te has ido trece años sin saber de mí y mi hija va a estar conmigo. No va a ser nada tuyo. Aunque lo desee con todas mis fuerzas. Y así estamos (Inma).

3.3. Personas cercanas y ayuda en caso de necesidad

Al panorama relacional descrito se añade que el 25,1 % de las PJsSH participantes señalan no tener a nadie a quien acudir en caso de necesidad. Por su parte, el 40,7 % señala disponer de una o dos personas, el 25,4 % de tres a cinco personas y el 8,4 % de seis personas o más. Como señalaban las propias PJsSH:

Bueno, eh... yo es que no... no tengo muchos amigos, entonces... Por ejemplo, aquí es algo puntual ¿no? Eh... me desahogo con personas de paso ¿sabes? (...). Claro, no tengo a alguien a quien pueda acudir siempre que... no (Fanny).

Una amiga, pero... ya no hablo con ella. No... ya te digo que amigas por la boca, eso no vale para mí. Somos paisanos (...). Tú a tu vida y yo a la mía, ¿sabes? (Hannya).

Al respecto se han encontrado diferencias significativas con la variable sexo ($X^2 = 8.510$; $p = 0,037$) en el sentido de que los hombres afirman con mayor frecuencia que las mujeres no disponer de nadie a quien acudir si lo necesitan. Hamir lo expresaba así:

Eso es y... te da hostia vida y ¡pum! Está tu padre, tu hermana, tu amigo. Yo tengo ostia todo el día ... yo solo tengo que ver cómo sobrevivir y reponerme de esto. O sea, no se puede así de solo o (...) sí se puede, pero es muy difícil. Muy difícil (Hamir).

Aunque no se han encontrado diferencias significativas, los resultados muestran que cuando se pregunta a las PJsSH participantes cuanto interés muestra su entorno por aquello que le sucede, el 45,3 % afirma que poco o ningún interés. El discurso de Rosana es especialmente ilustrativo en este sentido:

Me hace gracia, porque es que ni mi familia. O sea, si mi madre me trata así pues... ¿cómo me va a considerar el resto? Pues mal. Es que estás tirada en la calle, sola, sangrando y... ¡nadie te mira! (Rosana).

Además, considerando la facilidad para obtener ayuda de las personas de su entorno en caso de necesitarla, el 38 % de las personas participantes afirma que sería difícil o muy difícil obtenerla:

Es que, ¿cómo voy a pedirle ayuda a ella? Si no tiene ni para mantenerse con su pensión o sea... mi abuela no puede ayudarme más y si pudiera... lo haría, pero... no puede ayudar más (Inma).

Ante esta realidad, ¿a qué personas acuden las PJsSH cuando necesitan ayuda? Como se observa en la Tabla 6, los principales resultados se agrupan en las figuras profesionales.

Tabla 6. ¿A quién acudes en caso de necesidad?

	n	%
A nadie. No cuento con personas que me puedan ayudar	51	28,5
Familia	45	25,1
Pareja	19	10,6
Amistades	49	27,4
Profesionales	78	43,6
Referente religioso	2	1,1

Concretamente, más del 43 % de las PJsSH (43,6 %) señalaban que acuden a los y las diferentes profesionales con los que se encuentran en intervención. Los discursos son múltiples en este sentido:

Y todas las semanas mi trabajadora social sí quiero... me llama todos los días. Hoy no me ha llamao porque... o sea, no se lo he cogido (...). Siempre es... es mi referencia (Inma).

Sí, de este tipo, pero ¿sabes? Me ayudan aquí las personas de los centros (...). Esas tres, ¿sabes? Me ayudaron en un poco y busco... impulsaron a mejor, a mejorar yo ¿sabes? Siempre he estado buscando mejorar (...). Es un apoyo, si no lo tenía... me muero de todo. De frío, ¿sabes? Esta es la realidad (Hamir).

Es decir, ante la falta de figuras de referencia que caracteriza la realidad social de las personas jóvenes afectadas por el SH y la ER, las y los profesionales de la intervención social se han convertido en elementos de anclaje para casi la mitad de las PJsSH:

Porque mi amigo que era el único que... que he tenido en la vida pues me dijo que tenía que... que buscarme yo la vida (...). Él también viene de... de estar en pisos tutelados y que como él había podido, yo también. Así así, mi único amigo pues... me echó y solo me quedó mi trabajadora social. Solo ella (Fanny).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo analiza el apoyo y las relaciones sociales de las PJsSH. Los resultados obtenidos respecto a los niveles de apoyo social coinciden con otros trabajos que muestran los escasos niveles de apoyo con los que cuentan las PJsSH (Rokach, 2005). Esto es especialmente importante dada la relevancia que tienen el apoyo y las relaciones sociales para evitar el surgimiento y mantenimiento de las situaciones de exclusión residencial (Gabrielian *et al.*, 2018).

Además de confirmarse la realidad de escaso acceso al apoyo social de las PJsSH, se constata que esta realidad afecta con mayor frecuencia a los hombres, a las personas en situación de SH y a las personas de origen extranjero.

Así, coincidiendo con otros trabajos, las mujeres plantean realidades relacionales menos precarias, algo que descansa en el mayor paternalismo con el que las mujeres son tratadas en sociedades patriarcales (Winetrobe *et al.*, 2017). De la misma forma, se constata la mayor precariedad relacional de las personas que se encuentran en las formas más visibles de la realidad sin hogar: la vida en la calle y los centros de atención. Como han señalado Barman-Adhikari *et al.*, (2016), esto tiene que ver con las dificultades que las condiciones de vida más extremas imponen para poder mantener y/o retomar el proyecto vital por la falta de anclaje a figuras de apoyo que sirvan de referencia.

De la misma manera, se confirman las dificultades para acceder al apoyo social de las PJsSH de origen extranjero. Estos resultados son consistentes con la bibliografía que apunta a que, en el contexto del sinhogarismo juvenil, están sobrerrepresentados los procesos de institucionalización previos y, sobre todo, la presencia de niños/as que entraron a España sin personas adultas responsables de su cuidado (Moreno Márquez y Fernández Aragón, 2020). Sin red, sin relaciones y sin fuentes de apoyo social, la espiral de la exclusión aparece como una salida posible (Arslan, 2018).

Además de los bajos niveles de apoyo social, este trabajo constata la escasez de relaciones sociales que las PJsSH mantienen. Nuevamente, estos resultados encajan con los hallazgos obtenidos en otras investigaciones que destacan la importancia que para las PJsSH tiene contar con redes amplias de las que obtener apoyo (Addo e Ivey, 2022). Al respecto se pueden obtener algunas conclusiones relevantes.

Por un lado, aunque mantener relaciones sociales es fundamental para afrontar la exclusión social, de los resultados también se deriva que pueden ser elemento de malestar. Es decir, aunque miembros de las redes sociales de las PJsSH (por ejemplo, amistades o familia) pueden dar acceso a apoyo social, también pueden tener un impacto negativo para el bienestar, ya sea por su dificultad para generar de manera efectiva apoyo social o por ser relaciones habitualmente marcadas por el conflicto, tal y como se ha visto en los discursos de las PJsSH y confirma la bibliografía sobre el tema (Hawkins y Abrams, 2007).

Por otro lado, los resultados respecto a las relaciones sociales apuntan a que el “derecho a la comunidad” puede considerarse como uno de los ámbitos de vulneración más relevantes en el caso de las personas jóvenes. Los estudios existentes apuntan en este sentido: las PJsSH constituyen uno de los grupos de edad más afectados por el aislamiento y la escasez de redes, especialmente de aquellas que tienen que ver con el núcleo familiar más cercano, así como aquellas que articulan y facilitan la participación social y comunitaria (Chamberlain y Johnson, 2013). Esta participación comunitaria incluye tanto la participación formal (acceso a las instituciones comunitarias y los sistemas de protección social y empleo), como la participación informal (amistades, vecindad, etc.). Por tanto, la consideración de esta dimensión implica un elemento fundamental vinculado al abordaje del sinhogarismo juvenil desde un enfoque de derechos sociales y humanos (Gaetz *et al.*, 2018). Todo ello dirige la mirada a la importancia de crear programas dirigidos al desarrollo de redes comunitarias de apoyo para dar respuesta a los déficits relacionales de las PJsSH. Así, por ejemplo, los programas de ocio pueden ser instrumentos útiles en la generación de nuevos marcos relacionales, algo que, en el caso de las personas jóvenes afectadas por la realidad sin hogar, no puede ser algo secundario en la intervención.

De la misma manera que el ocio, tratándose de personas jóvenes, las cuestiones vinculadas a las redes de amistad adquieren una relevancia que es preciso atender. La presencia de redes de amistad se vincula con la importancia de crear espacios en los que compartir, sirviendo para canalizar el apoyo, construir identidades, adquirir el sentido de la pertenencia y, con ello, generar referentes (Giró, 2011) que vayan más allá de los marcos de la propia intervención social y de sus profesionales. La amistad como elemento central a partir del cual construir referentes es especialmente importante considerando la realidad familiar de las PJsSH. No es de extrañar que la falta de apoyos familiares sea un factor clave para explicar el riesgo y la vulnerabilidad de esta ciudadanía, al constituirse la familia como la principal institución de bienestar frente a la erosión de los derechos sociales (Moreno, 2001). Lo cierto es que, tal y como se ha mostrado, la precariedad de las relaciones familiares forma parte de las trayectorias vitales de las PJsSH y se trata de algo especialmente relevante si se consideran las dificultades que esta ciudadanía tiene, precisamente, para establecer relaciones significativas que sirvan de referentes en su transición a la vida adulta.

Este nivel de relaciones íntimas (Barrón, 1996) que incluye las redes de amistad y la familia es especialmente importante por ser uno de los que más se ha correlacionado con la salud y el bienestar de las personas al implicar sentimientos de compromiso y de intercambios recíprocos y mutuos donde la responsabilidad por el bienestar de la otra persona es mutuamente compartida (Barrón, 1996). Por ello, en la intervención con PJsSH es fundamental potenciar la creación de figuras de referencia. A este respecto, el diseño de programas de mentoría social pueden

ser una herramienta especialmente útil para dar respuesta a las necesidades de acompañamiento social de las PJsSH. Esto también dirige la mirada a la importancia de considerar que la juventud, con o sin sinhogarismo, no es sinónimo de inmediatez. Es decir, hay que imponer un cambio en la lógica de intervenciones que, en breves períodos temporales, piden a las PJsSH que alcancen objetivos de autonomía e independencia raramente exigidos a las personas jóvenes no afectadas por la exclusión social (De la Fuente Roldán *et al.*, 2022). Los procesos de intervención social deben diseñarse considerando dicha contradicción para tratar de evitarla.

Los resultados analizados permiten concluir que el aislamiento social y la carencia/escasez de apoyo social constituyen un factor de riesgo en la aparición y desarrollo del sinhogarismo de las personas jóvenes. Con ello, se apunta a que la realidad sin hogar no es solo un problema de vivienda. Además de elevar la vivienda a derecho fundamental, es preciso atender otras dimensiones entre las que se destacan los aspectos relacionales. Esta dimensión es eje de anclaje de la ciudadanía a la estructura social configurándose como un aspecto clave para afrontar y contener el impacto de las desigualdades sociales.

Ante ello, se dirige la mirada a la necesidad de que el aislamiento social, la conflictividad en las relaciones interpersonales y las dificultades de acceso al apoyo social sean elementos que incorporar en la intervención en el marco del sinhogarismo que afecta a las PJsSH. Las barreras a la participación social y la dificultad de acceso a los recursos de la comunidad suponen, por tanto, un eje específico de intervención y análisis, siendo necesario incorporar instrumentos que permitan medir el impacto que los procesos de intervención tengan sobre aspectos como el apoyo social; la soledad; el acceso a recursos comunitarios; la participación en asociaciones, entidades, agrupaciones o grupos comunitarios; y el acceso a recursos institucionales, específicamente a las instituciones de protección social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, E. A., Parker, J., Jablonski, T., Kennedy, J., Tasker, F., Hunter, D., Denham, K., Smiles, C., Muir, C., O'Donnell, A., Widnall, E., Dotsikas, K., Kaner, E. y Ramsay, S. E. (2022). "A qualitative study exploring access to mental health and substance use support among individuals experiencing homelessness during COVID-19". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3459. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063459>
- Addo, R. y Ivey, D. (2022). "I Don't Wanna Be around Nobody: A Retrospective Interview of Homeless Social Networks". *Journal of Social Service Research*, 48(3), 376-384. <https://doi.org/10.1080/01488376.2022.2050336>
- Andersen, L. M. B., Nikolajew Rasmussen, A. A., Reavley, N. J., Bøggild, H. y Overgaard, C. (2021). "The Social Route to Mental Health: A Systematic Review and Synthesis of Theories Linking Social Relationships to Mental Health to Inform Interventions". *SSM Mental Health*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100042>
- Arslan, G. (2018). "Social Exclusion, Social Support and Psychological Wellbeing at School: A Study of Mediation and Moderation Effect". *Child Indicators Research*, 11, 897-918. <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9451-1>
- Barman-Adhikari, A., Bowen, E., Bender, K., Brown, S. y Rice, E. (2016). "A Social Capital Approach to Identifying Correlates of Perceived Social Support Among Homeless Youth". *Child Youth Care Forum* 45, 691-708. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9352-3>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI.
- Bender, K., Thompson, S. J., McManus, H., Lantry, J. y Flynn, M. P. (2007). "Capacity for survival: Exploring strengths of homeless street youth". *Child & Youth Care Forum*, 36(1), 25-42. <https://doi.org/10.1007/s10566-006-9029-4>
- Bertram, F., Heinrich, F., Fröb, D., Wulff, B., Ondruschka, B., Püschel, K., König, H.-H. y Hajek, A. (2021). "Loneliness among Homeless Individuals during the First Wave of the COVID-19 Pandemic". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3035-. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063035>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). "Using thematic analysis in psychology". *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

- Calvo, F. y Shaimi, M. (2020). "Salud mental, sinhogarismo y vulnerabilidad de jóvenes extutelados". *Educació Social: Revista D'intervenció Sòcioeducativa*, 75, 117-44.
- Chamberlain, C. y Johnson, G. (2013). "Pathways into adult homelessness". *Journal of Sociology*, 49(1), 60-77. <https://doi.org/10.1177/1440783311422458>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- De la Fuente Roldán, I. N. (2016). *Las personas "sin hogar" en la ciudad de Madrid: un análisis de los nuevos procesos de desigualdad social en el marco de sociedades en transformación*. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46036/>
- De la Fuente Roldán, I. N., Fernández Maíllo, G., Lozano Benito, A. y Sánchez Moreno, E. (2022). *Más allá de la vivienda. Juventud y sinhogarismo*. Red FACIAM. <https://informecovidpsh.faciam.org/juventud-y-sinhogarismo/>
- Edgar, B. y Meert, H. (2005). *Fourth Review of Statistics on Homelessness in Europe. The ETHOS definition of homelessness*. FEANTSA. <http://www.feantsaresearch.org/spip.php?article121&lang=en>
- Eyrich-Garg, K. M., Cacciola, J. S., Carise, D., Lynch, K. G. y McLellan, A. T. (2008). "Individual characteristics of the literally homeless, marginally housed, and impoverished in a US substance abuse treatment-seeking sample". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 831-842. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0371-8>
- FEANTSA. (2017). *Housing solutions to youth homelessness based on a Human Rights Approach Report of the study session organised by FEANTSA Youth in Cooperation with the European Youth Centre of the Council of Europe*. FEANTSA. <https://www.feantsa.org/en/report/2017/12/15/housing-solutions>
- Ferrera, M. (1996). "The "Southern" Model of Welfare in Social Europe". *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37. <http://doi.org/10.1177/095892879600600102>
- Gabrielian, S., Young, A. S., Greenberg, J. M. y Bromley, E. (2018). "Social support and housing transitions among homeless adults with serious mental illness and substance use disorders". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 208-215. <https://doi.org/10.1037/prj0000213>
- Gaetz, S., Schwan, K., Redman, M., French, D. y Dej, E. (2018). *Report 6: duty to assist a human rights approach to youth homelessness*. Canadian Observatory on Homelessness Press. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/Duty_to_Assist.pdf
- Garey, L., Reitzel, L.R., Neisler, J., Kendzor, D. E., Zvolensky, M. J., Neighbors, C., Hernandez, D. C. y Businelle, M. S. (2019). "Health-Related Quality of Life Among Homeless Smokers: Risk and Protective Factors of Latent Class Membership". *Behavioral Medicine*, 45(1), 40-51. doi: 10.1080/08964289.2018.1447905.
- Giró, J. (2011). "Las amistades y el ocio de los adolescentes, hijos de la inmigración". *Papers*, 96(1), 77-95. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v96n1.157>
- Green, H. D., Tucker, J. S., Golinelli, D. y Wenzel, S. L. (2013). "Social networks, time homeless, and social support: A study of men on Skid Row". *Network science*, 1(3), 305-320. <https://doi.org/10.1017/nws.2013.18>
- Guillén, A. I., Marín, C., Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2020). "Substance use, stressful life events and mental health: A longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain)". *Addictive Behaviors*, 103, 106246. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>
- Hawkins, R. L. y Abrams, C. (2007). "Disappearing acts: The social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders". *Social Science & Medicine*, 65(10), 2031-2042. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.019>
- Hwang, S. W. (2000). "Mortality among men using homeless shelters in Toronto", Ontario. *The Journal of the American Medical Association*, 283(16), 2152-2157. <https://doi.org/10.1001/jama.283.16.2152>

- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Encuesta sobre personas sin hogar (INE-EPSH-personas)*. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=resultados&idp=1254735976608
- Kocalevent, R. D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U. y Brähler, E. (2018). "Social support in the general population: Standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3)". *BMC Psychol* 6(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>
- Lozares, C. (1996). "La teoría de redes sociales". *Papers*, 48, 103-126. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v48n0.1814>
- Martin, K. y Howe, T. R. (2016). "Attitudes toward mental health services among homeless and matched housed youth". *Child & Youth Services*, 37(1), 49-64. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052135>
- Matulič-Domandzic, M. V., De Vicente-Zueras, I., Boixadós-Porquet, A. y Caïs-Fontanella, J. (2019). "Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión residencial". *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 9(16), 49-68. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8198>
- Moreno, L. (2001). "La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo". *Papers: revista de Sociología* (63/64), 67-82. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v63n0.1207>
- Moreno Marquez, G. y Fernández Aragón, I. (2020). "Sinhogarismo y jóvenes extranjeros en Bilbao: la atención en un contexto de desbordamiento múltiple y secuencial de los recursos". *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, 70, 61-70. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.70.04>
- Nourazari, S., Lovato, K. y Weng, S. S. (2021). "Making the case for proactive strategies to alleviate homelessness: A systems approach". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2) <https://doi.org/10.3390/ijerph18020526>
- Panadero, S., Martín, R. M. y Vázquez J. J. (2018). "Suicide attempts and stressful life events among homeless people in Madrid (Spain)". *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 28(4), 200-212. <https://doi.org/10.1002/casp.2351>
- Rokach, A. (2005). "The Causes of Loneliness in Homeless Youth". *The Journal of Psychology*, 139(5), 469-480. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.469-480>
- Sánchez Morales, M. R. y Tezanos Vázquez, S. (2004). "Los inmigrantes "sin hogar" en España: un caso extremo de exclusión social". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* (55), pp. 45-64. http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/2004sociales.htm
- Sánchez Moreno, E. (2004). "Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support". *The Spanish Journal of Psychology* 7(2), 124-134. <https://doi.org/10.1017/s1138741600004820>
- Thoits, P. A. (2021). "We Know What They're Going Through: Social Support from Similar Versus Significant Others". *Sociological Quarterly* 62(4), 643-664. <https://doi.org/10.1080/00380253.2020.1802360>
- Tinland, A., Boyer, L., Loubière S, Greacen, T., Girard, V., Boucekine, M., Fond, G. y Auquier, P. (2018). "Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life". *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 2269-2279. <https://doi.org/10.2147/NDT.S161377>
- Vázquez, J. J., Panadero, S. y García-Pérez, C. (2020). "Immigrant women living homeless in Madrid (Spain)". *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(5), 633-643. <https://doi.org/10.1037/ort0000488>
- Winetrobe, H., Wenzel, S., Rhoades, H., Henwood, B., Rice, E., & Harris, T. (2017). "Differences in health and social support between homeless men and women entering permanent supportive housing". *Women's Health Issues*, 27(3), 286-293. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.12.011>

Ana Llorens Marín
Trabajadora Social
Sanitaria del Hospital
de Asepeyo Coslada

Rebeca Marugán
Quintas
Trabajadora Social
Sanitaria del Hospital
de Asepeyo Coslada

Ana Marina Chávez
Estrabón
Trabajadora Social del
Área Occidental de
Andalucía. Asepeyo.

Patricia Rubio
Fernández

Comunicación 4

Estudio piloto de una escala para evaluar la vulnerabilidad social en pacientes que han sufrido un accidente laboral y solicitan una prestación complementaria en el hospital de ASEPEYO

Resumen: El presente estudio, muestra los resultados obtenidos tras una primera prueba piloto de una escala elaborada por los/las trabajadoras/es sociales del Hospital de Asepeyo, para valorar la vulnerabilidad de los/las pacientes que han sufrido un accidente laboral y han solicitado a nuestro servicio una prestación complementaria (PC), durante los meses de septiembre a diciembre del año 2022, tras la publicación del Real Decreto 453/2022, de 14 de junio, por el que se modifica el régimen de aplicación de las PC.

Se hace necesario desde el servicio contar con una herramienta propia que nos ayude a elaborar un diagnóstico social y una propuesta de PC. En la escala se reflejan los factores sociales y sus puntuaciones. Los resultados obtenidos en una muestra de 36 pacientes muestran que todos han alcanzado puntuaciones de vulnerabilidad.

Palabras Clave: Vulnerabilidad social, Factores sociales, Estado o situación de necesidad, Accidente laboral, Prestaciones complementarias.

Abstract: The present study shows the results obtained after a first pilot test of a scale developed by the social workers of the Asepeyo Hospital, to assess the vulnerability of patients who have suffered a work accident and have requested our service a complementary benefit (PC), during the months of September to December 2022, after the publication of Royal Decree 453/2022, of June 14, which modifies the application regime of the PC.

It is necessary for the service to have its own tool that helps us prepare a social diagnosis and a PC proposal. The scale reflects social factors and their scores. The results obtained in a sample of 36 patients show that all have achieved vulnerability scores.

Keywords: Social vulnerability, Social factors, State or situation of need, Accident at work, Complementary benefits.

INTRODUCCIÓN

La publicación del R.D. 453/2022, de 14 de junio deja sin efecto la Resolución de 28 de octubre de 2019, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS), que establecía el régimen de aplicación de las prestaciones complementarias del artículo 96.1. b), del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), aprobado por Real Decreto (R.D.) Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (BOE, 2022).

En su apartado 1 del artículo 67, se indica que la Comisión de Prestaciones Especiales (CPE) tendrá a su cargo la concesión de los beneficios de la asistencia social; se deberá tramitar un expediente en el que “se tendrá que dejar constancia de la concurrencia de una especial situación o estado de necesidad justificativa de la prestación de asistencia social” (BOE, 2022).

El Real Decreto, establece los tipos de prestaciones complementarias de asistencia social, donde se puede diferenciar cuatro grandes grupos que incluyen las siguientes prestaciones:

1. Rehabilitación y recuperación:

- i. Ayuda para costear el ingreso en un centro socio-sanitario o residencial.
- ii. Ayuda para costear los gastos vinculados al ingreso de un/a trabajador/a en un centro hospitalario.
- iii. Ayuda para prótesis y ayudas técnicas no regladas.
- iv. Ayuda para tratamientos médicos o terapias no reglados.

2. Reorientación profesional y adaptación del puesto de trabajo:

- i. Cursos para la formación profesional e inserción laboral.
- ii. Adaptación del local donde el/la trabajador/a autónomo/a desarrolla su actividad.

3. Ayuda para la adaptación de los medios esenciales para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

- i. Ayuda para la eliminación de barreras en la vivienda habitual.
- ii. Ayuda para la adquisición de vivienda habitual adaptada.
- iii. Ayuda para la adaptación del vehículo.
- iv. Apoyo domiciliario para el desarrollo de las ABVD.
- v. Ayuda para el acceso a las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

4. Otras prestaciones:

- i. Complemento al auxilio por defunción.
- ii. Ayuda para la formación en el cuidado de personas en situación de Gran Invalidez.
- iii. Ayuda para el mantenimiento de la posesión o disfrute de la vivienda habitual.

Cualquier persona a lo largo de su vida se puede ver afectada por un accidente de trabajo o enfermedad profesional (AT o EP) que le provoque una situación de incapacidad temporal o permanente y le lleve a encontrarse en un estado de necesidad precisando de servicios y prestaciones para poder mantener una vida digna.

Por ello, el R.D. 453/2022 en este mismo artículo 67, define la asistencia social como “servicios y auxilios económicos que se conceden con carácter potestativo, tanto en su reconocimiento como en su cuantía, en atención a especiales estados y situaciones concretas de necesidad que se consideren precisos, estando claramente diferenciados de las prestaciones reglamentarias” (BOE, 2022).

Además, el/la legislador/a va más allá y define qué debe entenderse por especiales estados y situaciones de necesidad derivados del AT o EP, serán “aquellos que no se limitan a la pérdida de rentas salariales que cubre el Sistema de la Seguridad Social a través de las prestaciones enumeradas en el artículo 42 del texto refundido de la LGSS, aprobado por el R.D. Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, sino aquellos en los que concurren circunstancias adicionales que empeoran la situación derivada de la mera pérdida de dichas rentas, haciendo precisa la adopción de medidas complementarias de asistencia social no incluidas en la acción protectora del Sistema” (BOE, 2022).

Por otro lado, también es importante contemplar los criterios para determinar esas circunstancias adicionales que nombra el R.D. y la intensidad de los especiales estados y situaciones de necesidad derivados del AT o EP, debiendo ser uno de estos la valoración de los factores sociales. Así, como el/la legislador/a indica, “se tendrán en cuenta tanto las limitaciones en la capacidad laboral del/de la trabajador/a que se hayan ocasionado como consecuencia del AT o EP como los efectos para la unidad de convivencia de la pérdida de ingresos debido al tiempo en que el/la trabajador/a se encuentre imposibilitado para trabajar (...)” (BOE, 2022).

Teniendo en cuenta todo esto, desde el Área de Trabajo Social del Hospital de Asepeyo se ha planteado construir y evaluar una escala propia para valorar la vulnerabilidad social en los/as pacientes que han sufrido un AT o EP y son atendidos en nuestro centro por los/las trabajadores/as sociales para acceder a una prestación complementaria recogida en el R.D. mencionado. Para ello, vamos a apoyarnos en los factores sociales con los que podemos definir la situación social de una persona, como nombran Novillo y Cubero (2021, p. 4) al referirse a la valoración del Grado de Dependencia, que, si se tuvieran en cuenta los factores sociales, la respuesta a las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia sería más integral, y así, se daría prioridad a la ciudadanía con más desprotección social y en situación de mayor vulnerabilidad.

Por tanto, se ha realizado un estudio piloto de una primera escala inicial durante los meses de septiembre a diciembre de 2022.

CONTEXTUALIZACIÓN

Cuando una persona sufre un accidente de trabajo o enfermedad profesional (AT o EP) pasa por una situación de crisis, ya que un evento externo ha entrado en su flujo de vida diaria y puede hacer desestabilizar toda su estructura social, además de afectar a su salud física y mental. En este sentido, según Colom (2011, pp. 50-56), se producen cambios y pérdidas, no solo de salud, sino también en otras esferas de la vida del/de la paciente y de su familia. Puede ocurrir un cambio de roles en la unidad familiar, conflictos, sobrecarga del/de la cuidador/a, cambios en la situación económica y laboral, depresión, pérdida de autonomía, etc.

El accidente y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales pueden llevar a los/las pacientes y sus familias a situaciones de desprotección y exclusión social, que se caracterizan por la ausencia de trabajo, disminución de ingresos, conflictos personales y familiares, discapacidad y aislamiento social. Se trata, normalmente, como dice la Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias (2008: 83) citada por Del Pozo (2017, p. 118) “de situaciones provocadas por una acumulación de carencias, que se mantienen en el tiempo, imposibilitando el ejercicio de los derechos sociales que corresponden a una ciudadanía plena”. Por tanto, el AT o EP puede provocar una situación de desventaja social, entendida como proponen estos/as autores/as nombrando a Moreno Crossley (2008: 2,4), indica que “hay una coincidencia general en considerar a la vulnerabilidad social como una condición de riesgo o indefensión, la susceptibilidad a sufrir algún tipo de daño o perjuicio, o de padecer la incertidumbre”.

Podemos decir que vulnerabilidad social, serán aquellas condiciones físicas, psicológicas o sociales que sitúan o pueden situar al individuo en una situación potencialmente peligrosa. Por tanto, cuando indicamos que existe riesgo de vulnerabilidad, es que la situación está a punto de acontecer. De esta forma, al hablar de vulnerabilidad nos estamos refiriendo, por un lado, a la persona vulnerable o que puede serlo, y por otro, al motivo que la hace vulnerable (Riba, 2019).

En este sentido, Ribera (2012), nombra a Alwang *et al.*, (2001), en concreto para referirse a que “la unidad de análisis (individuo, hogar, grupo social) se define como vulnerable ante una amenaza específica, o es vulnerable a estar en una situación de pérdida, que puede ser de la salud, del ingreso, de las capacidades básicas, etc.” (Alwang *et al.*, 2001, p. 3).

También, el Ministerio para la Transición Ecológica sobre la vulnerabilidad social indica que “carecer de los recursos económicos necesarios, poseer malas condiciones físicas (como una mala salud) o determinadas desventajas sociales (por ejemplo, no comprender bien el idioma) pueden multiplicar la vulnerabilidad de determinados grupos sociales, lo que, a su vez, puede ampliar las desigualdades”.

Teniendo presente estas definiciones, abordaremos la vulnerabilidad social en nuestros/as pacientes desde el punto de vista de que el accidente provoca múltiples cambios en la vida del/de la paciente y su familia que pueden ocasionar que se encuentren en una situación de riesgo de vulnerabilidad.

Las Mutuas cuentan, como hemos indicado, con beneficios de asistencia social que a través de la Comisión de Prestaciones Especiales se conceden y tienen que ser satisfechos por la Mutua con cargo a los créditos presupuestarios de cada ejercicio, que van a servir para paliar estas desventajas que pueden aparecer.

Se hace preciso conocer de forma más completa la situación social de nuestros/as pacientes que solicitan alguna prestación complementaria, para ello, tendremos en cuenta los factores y condicionantes sociales que van a intervenir e incrementar la situación de necesidad.

Existen procedimientos que contemplan los factores sociales complementarios, como los que quedaban recogidos en el R.D. 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, a fin de facilitar la integración de las personas con diversidad funcional en la comunidad, ahora derogada, con efectos desde el 20 de abril de 2023, por la disposición derogatoria única del R.D. 888/2022, 18 de octubre. Estos son los siguientes:

- Factor familiar (puntuación máxima 5 puntos).
- Factor económico (puntuación máxima 4 puntos).
- Factor laboral (puntuación máxima 3 puntos).
- Factor cultural (puntuación máxima 4 puntos).
- Factor entorno (puntuación máxima 4 puntos).

A cada uno de los factores se les otorga una puntuación máxima, aunque estos no constituyen la puntuación total a otorgar en el baremo. Se trata de un valor absoluto a establecer, según criterio del/de la profesional, quien, tras el estudio de la situación específica, determinará la puntuación dentro del margen establecido. Al respecto Novillo y Cubero (2021, p. 5) observan que la carga máxima se encuentra en el factor familiar.

En nuestro caso, y teniendo presente estos factores sociales complementarios hemos considerado desarrollar los que creemos que se ajustan a la idiosincrasia de nuestra población, son los siguientes:

- Factor familiar (puntuación máxima 15 puntos):
 - Unidad de convivencia.
 - Red de apoyos sociales.
 - Violencia de género.
- Factor económico (puntuación máxima 5 puntos):
 - Situación económica de la unidad de convivencia.
- Factor laboral (puntuación máxima 5 puntos):
 - Situación laboral de la unidad de convivencia.
- Factores ambientales y entorno (puntuación máxima 10 puntos):
 - Situación de la vivienda.
 - Inmigrantes y desplazados.
- Factor funcional (puntuación máxima 5 puntos):
 - Situación funcional.

Se observa que la carga máxima también recae en el factor familiar debido a que hemos incluido tres ítems (unidad de convivencia, red de apoyos sociales y violencia de género) que cada uno puntúa 5 puntos.

Partiendo de estos factores hemos construido una escala, teniendo en cuenta el dominio objeto de medición, el contexto de aplicación y la población diana a la cual va dirigida (Moreno, Martínez y Muñiz, 2004).

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar un estudio piloto de una escala elaborada por el Servicio de Trabajo Social del Hospital de Asepeyo que permita evaluar la vulnerabilidad social de los/las pacientes que han sufrido un accidente laboral o enfermedad profesional y solicitan una prestación complementaria (PC).

Objetivos específicos

- Evaluar los factores o condicionantes sociales que influyen en la situación sociosanitaria del/de la trabajador/a que ha sufrido un accidente laboral o enfermedad profesional, para tener criterios suficientes a la hora de determinar esas circunstancias adicionales que nombra el Real Decreto.
- Analizar los casos estudiados según el género, edad, nacionalidad, diagnóstico médico, cualificación profesional y prestación social solicitada.

Preguntas de investigación

- ¿Qué puntuación de vulnerabilidad social obtienen los pacientes que han formado parte de la primera prueba piloto?
- ¿Cuáles son los factores o condicionantes sociales que se han tenido en cuenta a la hora de elaborar la escala de vulnerabilidad social propia de la Mutua y sus puntuaciones?
- ¿Cómo ha sido la muestra estudiada en la prueba piloto?

DISEÑO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Estudio piloto de evaluación de una escala creada por el servicio de Trabajo Social del Hospital de Asepeyo. Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal para cuantificar la vulnerabilidad social en pacientes que han sufrido un AT o EP y solicitan una PC.

Población y muestra

La población de estudio se encuentra constituida por los/las trabajadores/as que han sufrido un AT o EP y solicitan al servicio de Trabajo Social de la Mutua Asepeyo una PC, al encontrarse en una situación de necesidad provocada por el AT o EP.

A través de un muestreo no probabilístico y consecutivo se han ido incluyendo aquellos participantes atendidos por nuestro servicio y que cumplían los criterios de inclusión durante un período comprendido entre septiembre y diciembre de 2022.

Los criterios de selección:

- Criterios de inclusión: Pacientes que han sufrido un AT o EP y soliciten una PC a el/la trabajador/a social del hospital de Asepeyo.
- Criterios de exclusión: No se recogen criterios de exclusión.

Procedimiento

Para la elaboración de los ítems de esta escala se tuvieron en cuenta las directrices propuestas por Moreno, Martínez y Muñiz (2004, 2006) y Muñiz *et al.*, (2005) nombrados por Fonseca-Pedrero *et al.*, (2010, p.173). Primero, se ha realizado una revisión exhaustiva de fuentes bibliográficas con el fin de contextualizar la población de estudio y construir los ítems más adecuados. Después, se ha evitado la infra o sobrerrepresentación de las variables de interés.

Para ello, cada dominio evaluado cuenta con cinco ítems y se puntúa de la misma forma. En cuanto a la redacción de los ítems, se ha buscado la claridad y sencillez, evitando tecnicismos, negaciones o enunciados con un lenguaje complejo que pueda llevar a confusiones a la hora de evaluar la puntuación de cada dominio.

Para la recogida de datos se elaboró un instrumento *ad hoc* con ocho dimensiones y cinco ítems por cada una de ellas (Anexo 1). La escala ha sido elaborada por el programa Excel. Se cumplimentó por el/la profesional de trabajo social, después de una entrevista en profundidad realizada al/a la paciente y de la comprobación de la documentación obligatoria marcada en el manual para solicitar la prestación complementaria.

Cada dimensión corresponde a cada condicionante social que equivale a los factores sociales tenidos en cuenta y recogidos en el R.D. 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, a fin de facilitar la integración de las personas con diversidad funcional en la comunidad. Dichas dimensiones y su relación con los ítems se muestran en el Cuadro 1 (Anexo 2).

Los ítems se agrupan según el factor social. En ellos se incluyen los condicionantes que hemos considerado apropiados para cada uno, siguiendo los principios de representatividad, relevancia, diversidad, claridad, sencillez y comprensibilidad nombrados por Fonseca-Pedrero (2010), como se muestra en el Cuadro 2 (Anexo 3).

El formato de puntuaciones utilizado fue tipo Likert de cinco categorías (1 = menor puntuación; 5 = mayor puntuación), en cada uno de los ítems, pudiéndose obtener puntuaciones entre los 8 puntos como puntuación mínima y más de 38 como puntuación máxima. Los resultados se categorizan como leve, moderado, grave y muy grave, tal como se indica en el Cuadro 3 (Anexo 4).

Variables de estudio

Las variables independientes consideradas fueron: género, edad, profesión, diagnóstico médico, nacionalidad y tipo de prestación económica solicitada.

Las variables dependientes fueron: puntuaciones totales obtenidas en la escala de vulnerabilidad y sus dimensiones operacionalizados en leve, moderado, grave y muy grave.

Análisis de datos

Los datos obtenidos se introdujeron en una base central de datos codificada manteniendo la calidad, seguridad, confidencialidad y requisitos éticos necesarios en estos casos.

Se ha realizado un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en cada ítem de la escala y del resto de variables evaluadas en el estudio.

El análisis se ha realizado mediante el *software* estadístico Stata V.15. Las variables cualitativas se presentan mediante frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas se presentan mediante medias y desviación estándar.

Calendario de trabajo

Este trabajo de investigación tuvo una duración de seis meses. Comienza a realizarse en el mes de julio y finaliza en diciembre del año 2022.

Primera fase: Revisión bibliográfica y recopilación de datos para la realizar la introducción y estado de la situación. Propuesta en el mes de julio.

Segunda fase: Elaboración de la escala, selección de la muestra, entrevistas y estudio de la documentación, cumplimentación de la escala. Recogida de datos y análisis de resultados. Del 14 de septiembre al 30 de diciembre.

Tercera fase: Discusión y conclusiones. Informe final. Del 1 al 15 de enero del año 2023.

Cronograma

ACTIVIDADES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Revisión bibliográfica, recopilación de datos	X						
Elaboración escala, selección muestra, entrevistas, estudio de la documentación, pasar la escala. Recogida de datos y análisis de resultados			X	X	X	X	
Discusión y conclusiones. Informe final							X

Consideraciones éticas

El/la trabajador/a social debe, como indica la Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social (2018), “desafiar la discriminación; respetar la diversidad; construir solidaridad; proporcionar acceso a recursos equitativos; desafiar las políticas y las prácticas injustas” (IASSW AIETS, 2018).

El/la investigador/a forma parte de una organización que debe aplicar la ética, que para Pelegri (2013), es “imprimir una especie de pátina a todos los actos que generan los miembros en nombre de la organización; por tanto, es una dimensión más de la gestión de lo social”.

La información se ha recogido conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, siguiendo el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, de Protección de Datos.

RESULTADOS

Se ha estudiado y pasado la escala de valoración de la vulnerabilidad creada por el Servicio de Trabajo Social del Hospital Asepeyo a 36 pacientes.

Datos descriptivos de la muestra

Género

En relación con la variable género de los/las participantes, participaron seis mujeres que representaban 16,7 % de la muestra y treinta hombres que representaban el 83,3 % como se observa en el Gráfico 1 (Anexo 5).

Edad

Respecto a la variable edad de los/as participantes, la edad media fue de 49 años, siendo la persona de menor edad la de 32 y la de mayor 81 años, con una desviación típica de 10,01.

Ámbito profesional

De los casos estudiados participaron trece personas del sector de la construcción que representan el 36,1% de la muestra, del sector de limpieza fueron cuatro los participantes que representan el 11,1 %, del sector ventas los/as participantes fueron dos que representan el 5,6 % de la muestra, del sector mantenimiento los/as participantes han sido tres que representan el 8,3 %, del sector de la restauración participaron dos personas que representan el 5,6 %, han participado siete personas que eran pensionistas y representan el 19,4 % de la muestra, del sector automoción ha participado una persona que representa el 2,8 % de la muestra y una participante era viuda que corresponde al 2,8 % de la muestra, como se puede observar en el Gráfico 2 (Anexo 5).

Diagnóstico médico

En relación a la variable diagnóstico médico de los/las participantes ocho tenían lesión medular que representa el 22,2 % de la muestra, participó una persona que se encontraba en coma vigil que representa el 2,8 % de la muestra, cuatro participantes tenían un Daño Cerebral Adquirido (DCA) que representan el 11,1 %, dos participantes tenían una amputación que representa el 5,6 % de la muestra, tenía quemaduras graves una participante que representa el 2,8 %, participó una viuda de un fallecido que representa el 2,8 % de la muestra y diecinueve los/as participantes tenían polifracturas graves que representan el 52,8 % de la muestra, como se observa en el Gráfico 3 (Anexo 5).

Nacionalidad

Con relación a la nacionalidad, tres de los/as participantes eran de Marruecos que representa el 8,3 % de la muestra, un/o de los/as participantes es de Rumanía que representa el 2,8 % y de nacionalidad española los/as participantes fueron treinta y dos que representa el 88,9 % de la muestra, como se observa en el Gráfico 4 (Anexo 5).

Prestación económica solicitada

De los casos estudiados, los/las participantes habían solicitado las siguientes prestaciones complementarias representadas en el Cuadro 4 (Anexo 6).

Análisis de las puntuaciones de vulnerabilidad

De los casos estudiados se ha obtenido una puntuación media de vulnerabilidad de 15,7 puntos, que corresponde con una vulnerabilidad leve (8-17).

En relación con las puntuaciones de vulnerabilidad obtenidas, han puntuado vulnerabilidad leve veintitrés participantes que representan el 65,7 % de la muestra, han puntuado vulnerabilidad moderada once participantes que representan el 31,4 %, y vulnerabilidad grave un/a participante que representa el 2,9 % de la muestra cómo se observa en el Gráfico 5 (Anexo 5).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del estudio piloto han permitido realizar una primera evaluación satisfactoria de la vulnerabilidad social de este perfil de pacientes.

Nos permite dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, en cuanto a las puntuaciones de vulnerabilidad social que obtienen los/las pacientes que han formado parte de esta primera prueba piloto, se observa que la puntuación media ha sido de vulnerabilidad leve (8-17). Y que los condicionantes sociales que han intervenido han sido: pérdida de parte de los ingresos; diagnósticos médicos graves que provocan que la duración de la baja médica sea larga, lo que conlleva a que la situación de riesgo de exclusión se mantenga en el tiempo. Martín Muñoz *et al.*, (1996, p. 10) refieren que cuando la situación de exclusión se alarga en el tiempo, su cronificación comienza a deteriorar otras necesidades, como las de relación convivencial, autonomía personal, etc.

El 36,1 % de los/las participantes son del ámbito profesional de la construcción con contratos inestables; y sus redes sociales de apoyo se han marcado como débiles; con barreras arquitectónicas dentro y fuera de sus viviendas. Observamos una relación con los estudios realizados por Kaztman *et al.*, (1999a, pp. 19-20) referentes a la vulnerabilidad social, para ellos está relacionada con que las personas, grupos o comunidades no obtienen puestos de trabajo de calidad y/o estables; las redes sociales son débiles; el acceso a los servicios públicos es irregular. Estos/as mismos/as autores/as coinciden en que “si esta situación perdura en el tiempo, la vulnerabilidad puede tener carácter estable provocando una degradación progresiva de las condiciones de vida y el aumento de la exclusión en distintas esferas de la vida social” (Kaztman *et al.*, 1999a).

Tras finalizar este primer estudio piloto hemos considerado necesario revisar y llevar a cabo algunos cambios en la escala piloto, concretamente en los factores: familiar, económico y laboral. Se van a modificar en la unidad de convivencia los condicionantes sociales que se relacionan con los miembros y las cargas familiares. Dentro de este factor no hemos tenido ningún caso de violencia de género, aún así, no se modificará. En cuanto a la situación económica se estudiará modificar lo que se refiere a la pérdida de ingresos y su relación con el salario mínimo interprofesional (SMI) y relacionarlo con el número de personas de la unidad de convivencia que están a cargo del/de la paciente. En la situación laboral, se quiere realizar un cambio en cuanto a la formación laboral en otros sectores, y ligar el tipo de incapacidad laboral con la cuantía de la pensión.

Por tanto, trabajar en mejorar esta primera escala nos va a servir para tener una herramienta de trabajo social que nos ayude a identificar las situaciones vulnerables por las que atraviesan nuestros/as pacientes tras su AT o EP y nos proporcionará información valiosa para desarrollar un diagnóstico social y un plan de intervención adecuado que apoye la solicitud de una prestación complementaria más acorde a la necesidad planteada por el/la paciente para su valoración por la Comisión de Prestaciones Especiales de la Mutua.

Nos referimos a elaborar con la información recogida un buen informe social, como indican Novillo y Cubero (2021, p. 7) nombrando la ORDEN de 1 de abril de 2013 por la que se aprueba el modelo de informe social unificado para el área de dependencia, discapacidad y promoción de la autonomía personal y se aprueba su utilización en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, “se trata de facilitar un instrumento normalizado que recoja la información básica, pero suficientemente amplia para lograr una perspectiva global de la situación de la persona, de sus necesidades y potencialidades y de su red de apoyo social e institucional”.

En este estudio, no hemos podido hacer un análisis de inferencia estadística porque el tamaño muestral es muy pequeño (n=36), por lo que es complicado poder conseguir una significación estadística. Por este motivo, se ha planteado un análisis descriptivo, ya que el objetivo de este estudio piloto es realizar una primera exploración de que la escala elaborada permite obtener la información suficiente de los/las pacientes que solicitan una prestación complementaria.

Hemos tenido en cuenta que la vulnerabilidad es un concepto complejo y multifacético, y que ninguna herramienta por sí sola puede capturar completamente todos sus aspectos. En este sentido, González *et al.*, (2009 p. 2), indica que un individuo, hogar o comunidad es vulnerable como resultado del efecto conjunto de múltiples factores de riesgo que están asociados a la distribución desigual de bienes y recursos.

Para Busso (2002, pp. 8-13), la vulnerabilidad también es compleja, y dice que “está formada por varias dimensiones, pues confluyen aspectos relacionados con los hogares, los individuos, como así por las características ambientales, económicas, culturales y políticas de la sociedad”. De esta forma, propone que están vinculadas con el hábitat refiriéndose al medio ambiente y la vivienda; el capital humano con respecto a la salud y la educación; la dimensión económica como el empleo y los ingresos; el capital social y las redes de protección formal.

No hemos encontrado una única escala o medida que pueda capturar completamente la complejidad de la vulnerabilidad de las personas con el perfil de nuestros/as pacientes, ya que depende, como hemos indicado en la bibliografía nombrada, de múltiples factores y del contexto. Creemos que no existe un instrumento de medida específicamente diseñado para la valoración de este constructo dentro del ámbito de las Mutuas que haya sido validado científicamente.

En base a los resultados obtenidos, nuestras futuras líneas de investigación e intervención son las siguientes:

- Profundizar en el proceso de construcción y validación científica de una escala de valoración de la vulnerabilidad social en el ámbito del accidente o enfermedad profesional dentro de las Mutuas.
- Llevar a cabo los cambios indicados en el párrafo anterior, para aplicar dicha escala a un mayor tamaño muestral para poder realizar un análisis de propiedades psicométricas de la escala y evaluar cómo se relaciona el tipo de vulnerabilidad con las variables independientes comentadas (género, edad, profesión, diagnóstico médico, nacionalidad y prestación social solicitada).
- Si los resultados fueran positivos se podría exportar a otras Mutuas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Busso, G. (2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica en Nicaragua: un desafío para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza*. CELADE. <https://hdl.handle.net/11362/7167>
- Colom, D. (2011). *El Trabajo Social Sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Octubre th ed. Barcelona: UOC (50-56).
- Del Pozo, J. L. (2017). *Sobre la desprotección social*. Zerbitzuan, n.º 63, 117-123. https://www.ararteko.eus/sites/default/files/2021-12/0_1874_1.pdf
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Campillo-Álvarez, Á., Ordóñez-Cambor, N., y Muñiz, J. (2010). “Evaluación de la propensión a la psicosis con el ESQUIZO-Q”. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 1(2), 167-183. Redalyc.EVALUACIÓN DE LA PROPENSIÓN A LA PSICOSIS CON EL ESQUIZO-Q
- González, L., y González, L. M. (2009). “Orientaciones de lectura sobre vulnerabilidad social”. L. M. González (comp.), *Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social*, 13-29. https://www.researchgate.net/profile/Leandro-Gonzalez/publication/265595215_Orientaciones_de_lectura_sobre_vulnerabilidad_social/links/54135ce00cf2bb7347db2227/Orientaciones-de-lectura-sobre-vulnerabilidad-social.pdf
- IASSW, AIETS. (2018). *Ética en el Trabajo Social. Declaración de Principios*. Extraído el 16 de mayo, 2022, de <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2018/04/Spanish-Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles.pdf>
- Kaztman, Beccaria, L., Filgueira, F., Golbert, L., y Kessler, G. (1999). *Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay. Equipo Técnico Multidisciplinario para Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay*. https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay/alma993374583402676/41ILO_INST:41ILO_V1

- Moreno, R., Martínez, R. J., y Muñiz, J. (2006). "New guidelines for developing multiple-choice items". *Methodology*, 2(2), 65-72. New Guidelines for Developing Multiple-Choice Items | Methodology (hogrefe.com)
- Moreno, R., Martínez, R. J., y Muñiz, J. (2004). "Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple". *Psicothema*, 16(3), 490-497. Redalyc.Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple
- Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R. y Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems. Madrid: La Muralla.*
- Muñoz, M. M., Barandalla, M. F. M., Aldalur, A. V., Urretxu, Á. A., San Juan, A. F., y Martín, B. L. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social. Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.* <https://ctinobar.webs.ull.es/1docencia/DESIGUALDAD%20SOCIAL/MAITE.pdf>
- Novillo, B., y Cubero, M. (2021). "Los factores sociales en el acceso a las prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia". *Trabajo Social Hoy*, (92), 125-137. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8160455>
- Pelegrí, X. (2013). "Ética de las organizaciones de Servicios Sociales (parte I)". *Cuaderno de Trabajo Social*, 26, 139-148. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/40497>
- Real Decreto 453/2022, de 14 de junio, por el que se regula la determinación del hecho causante y los efectos económicos de la pensión de jubilación en su modalidad contributiva y de la prestación económica de Ingreso Mínimo Vital, y se modifican diversos reglamentos del Sistema de la Seguridad Social que regulan distintos ámbitos de gestión. *BOE*, núm. 142, de 16 de junio de 2022. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/06/14/453/con>.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del Grado de Minusvalía, a fin de facilitar la integración de las personas con diversidad funcional en la comunidad. *BOE*, núm. 22, de 26 de enero de 2000. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1999/12/23/1971/con>
- Riba, J. (2019). *La vulnerabilidad social, un concepto complejo que se puede medir.* <https://enfocatss.com/la-vulnerabilidad-social-un-concepto-complejo-que-se-puede-medir/>
- Ruiz Rivera, N. (2012). "La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo". *Investigaciones geográficas*, (77), 63-74. Recuperado el 31 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112012000100006&lng=es&tlng=es.
- Vicepresidencia Tercera del Gobierno: Ministerio para la transición ecológica y el reto demográfico (s.f). Plan nacional de adaptación al cambio climático: Vulnerabilidad social <https://www.miteco.gob.es/es/cambio-climatico/temas/impactos-vulnerabilidad-y-adaptacion/plan-nacional-adaptacion-cambio-climatico/vulnerabilidad-social.aspx>

ANEXOS

ANEXO 1

1. UNIDAD DE CONVIVENCIA		Puntuación
Vive con familiares sin discapacidad para cuidados de forma estable		1
Vive con familiares sin discapacidad para cuidados de forma temporal o rotatoria		2
Vive con familiares con limitaciones para cuidar de forma estable. O vive compartiendo piso sin vínculo familiar		3
Vive con familiares mayores de 65 años/ vive con menores (con o sin discapacidad)		4
Vive sola/a con cargas familiares (pensión alimenticia, separado/divorciado/viudas/os). O con un familiar con dedicación exclusiva a su cuidado		5
2. SITUACIÓN ECONÓMICA		
No existe variación de ingresos después del AT en la Unidad de Convivencia (UC) pero sí de gastos derivados del mismo (deducción de gastos médicos, etc)		1
Existe pérdida de ingresos en algún miembro de la UC derivada del AT (reducción de jornada, desempleo, etc)		2
Existe pérdida de ingresos del paciente de un 25% o más		3
Existe pérdida económica y los ingresos del paciente están por debajo del SMI		4
Ingresos por debajo del SMI y sin unidad de convivencia. Y/o pérdida de ingresos total del cuidador principal		5
3. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA Y ENTORNO		
Sin barreras arquitectónicas en entorno (dentro y fuera de la vivienda). Sin problemas de equipamiento, ni habitabilidad		1
Existen barreras dentro de la vivienda (peldaños, puertas estrechas, bañeras, cuartos de baño fuera de la vivienda),		2
Existen barreras fuera de la vivienda (escaleras, portal estrecho, ausencia de ascensor, etc) y en la población.		3
Pobreza energética: falta equipamientos básicos/ riesgo de impago de suministros básicos (Agua caliente, electricidad, gas, etc)		4
Ausencia de vivienda/ infravivienda/ riesgo de desahucio.		5
4. SITUACIÓN LABORAL		
Con contrato en situación de IT/ Autónomo		1
Finalización de contrato con derecho a prestación/ Autónomo (P.D)		2
Finalización contrato sin derecho a prestación/ Autónomo (trabajador en situación de alta laboral y/o sin experiencia en otro sector laboral)		3
Finalización contrato con derecho a prestación + de 1 familiar a su cargo/ Autónomo (sin experiencia en otro sector laboral y/o sin experiencia en otro sector)		4
Finalización contrato sin derecho a prestación + de 1 familiar a su cargo/ Autónomo (sin experiencia en otro sector laboral y/o sin experiencia en otro sector)		5
5. RED DE APOYO SOCIAL		
3 o más cuidadores en la red familiar		1
2 cuidadores en la red familiar		2
1 cuidador en la red familiar + apoyo formal (SAD, voluntariado, privado)		3
1 cuidador		4
Sin apoyos		5
6. SITUACIÓN FUNCIONAL		
En situación de incapacidad temporal sin limitaciones funcionales		1
En situación de incapacidad temporal con limitaciones funcionales		2
En situación de incapacidad permanente parcial		3
En situación de incapacidad permanente total		4
En situación de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez		5
7. INMIGRANTES Y DESPLAZADOS		
Sin familia cercana		1
Sin hogar de referencia		2
Acumulación en la unidad de convivencia de adultos en paro		3
Discapacidad en mayores y/o menores		4
Dificultad idiomática		5
8. VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA UNIDAD DE CONVIVENCIA		
Sin hijos a cargo		1
Con hijos a cargo		2
Impago de pensión de alimentos		3
Vive en centro de acogida		4
Sentencia judicial víctima de violencia de género		5
		Puntuación total
LEVE	8-17	
MODERADA	18-27	
GRAVE	28-37	
MUY GRAVE	más de 38	

ANEXO 2

Cuadro 1. Factores sociales y su relación con los ítems.

Dimensiones/factores sociales	Ítems
Factor familiar	1. Unidad de convivencia. 5. Red de apoyos sociales. 8. Violencia de género.
Factor económico	2. Situación económica de la unidad de convivencia.
Factor laboral	4. Situación laboral de la unidad de convivencia.
Factor entorno	3. Situación de la vivienda. 7. Inmigrantes y desplazados.
Factor funcional	6. Situación funcional del paciente.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3

Cuadro 2. Relación de ítems con los condicionantes sociales.

Ítems	Condicionante social
1. Unidad de convivencia	2. Vive con familiares sin discapacidad para cuidados de forma estable.
	3. Vive con familiares sin discapacidad para cuidados de forma temporal o rotatoria.
	4. Vive con familiares con limitaciones para cuidar de forma estable. O vive compartiendo piso sin vínculo familiar.
	5. Vive con familiares mayores de 65 años/ vive con menores (con o sin discapacidad).
	6. Vive solo/a con cargas familiares (pensión alimenticia, separado/a/divorciado/a/viudas/os). O con un familiar con dedicación exclusiva a su cuidado.
2. Situación económica de la unidad de convivencia (UC)	1. No existe variación de ingresos después del AT o EP en la UC, pero sí de gastos derivados del mismo.
	2. Existe pérdida de ingresos en algún miembro de la UC (reducción de jornada, desempleo, etc.).
	3. Existe pérdida de ingresos del paciente en un 25 % o más.
	4. Existe pérdida económica y los ingresos están por debajo del SMI.
	5. Ingresos por debajo del SMI y sin UC. Y/o pérdida total de ingresos del/de la cuidador/a principal.
3. Situación de la vivienda y entorno	1. Sin barreras arquitectónicas en el entorno (dentro y fuera de la vivienda). Sin problemas de equipamiento, ni habitabilidad.
	2. Existen barreras dentro de la vivienda (peldaños, puertas estrechas, bañeras, cuartos de baño exteriores).
	3. Existen barreras fuera de la vivienda (escaleras, portal estrecho, ausencia de ascensor) y en la población.
	4. Pobreza energética: falta equipamientos básicos/riesgo de impago de suministros básicos (agua caliente, electricidad, algún aparato de calefacción, aseo, teléfono).
	5. Ausencia de vivienda/infravivienda/riesgo de desahucio.

4. Situación laboral de la unidad de convivencia	1. Con contrato en situación de IT/Autónomo.
	2. Finalización de contrato con derecho a prestación/Autónomo. En Pago directo.
	3. Finalización de contrato sin derecho prestación/Autónomo (trabajador/a en situación de alta laboral y sin experiencia en otro sector laboral).
	4. Finalización de contrato con derecho a prestación + de un familiar a su cargo/ Autónomo (sin experiencia en otro sector laboral).
	5. Finalización de contrato sin derecho a prestación + de un familiar a su cargo/ Autónomo (sin experiencia en otro sector laboral).
5. Red de apoyos sociales	1. 3 o más cuidadores/as en la red familiar.
	2. 2 cuidadores/as en la red familiar.
	3. 1 cuidador en la red familiar + apoyo formal (SAD, voluntariado, privado).
	4. 1 cuidador/a familiar.
	5. Sin apoyos.
6. Situación funcional del paciente	1. En situación de incapacidad temporal sin limitaciones funcionales.
	2. En situación de incapacidad temporal con limitaciones funcionales.
	3. En situación de incapacidad permanente parcial.
	4. En situación de incapacidad permanente total.
	5. En situación de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez.
7. Inmigrantes y desplazados	1. Sin familia cercana.
	2. Sin hogar de referencia.
	3. Acumulación en la unidad de convivencia de adultos en paro.
	4. Discapacidad en mayores y/o menores.
	5. Dificultad idiomática.
8. Violencia de género	1. Sin hijos a cargo.
	2. Con hijos a cargo.
	3. No recibe pensión de alimentos.
	4. Vive en un centro de acogida.
	5. Sentencia judicial víctima de violencia de género.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 4

Cuadro 3. Medida de puntuación.

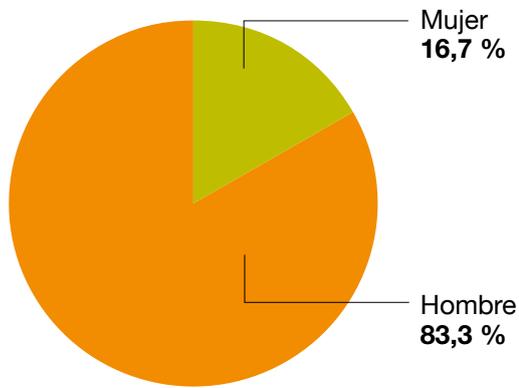
LEVE	8-17
MODERADO	18-27
GRAVE	28-37
MUY GRAVE	más de 38

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 5

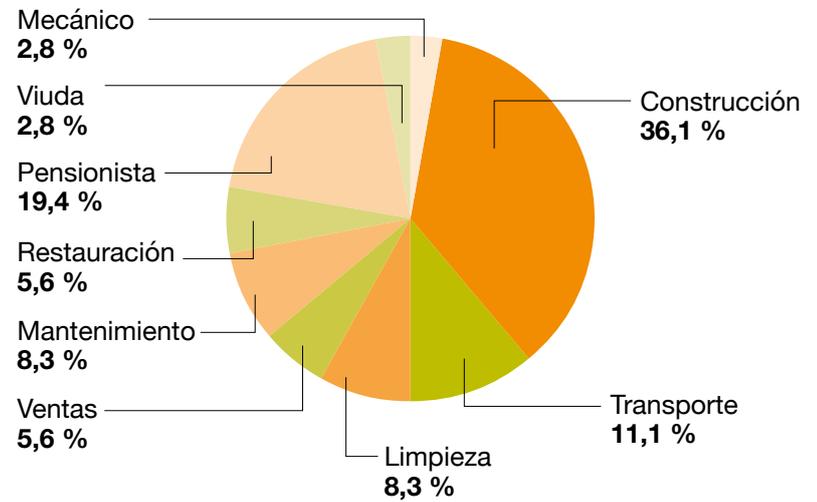
Gráficos

Gráfico 1. Género



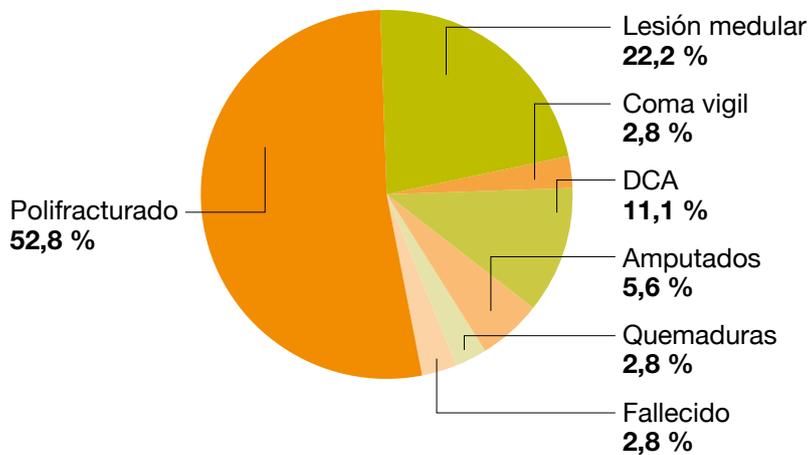
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Gráfico 2. Ámbito profesional



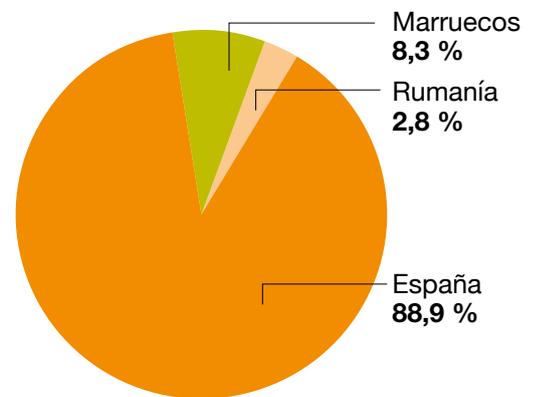
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Gráfico 3. Diagnóstico médico



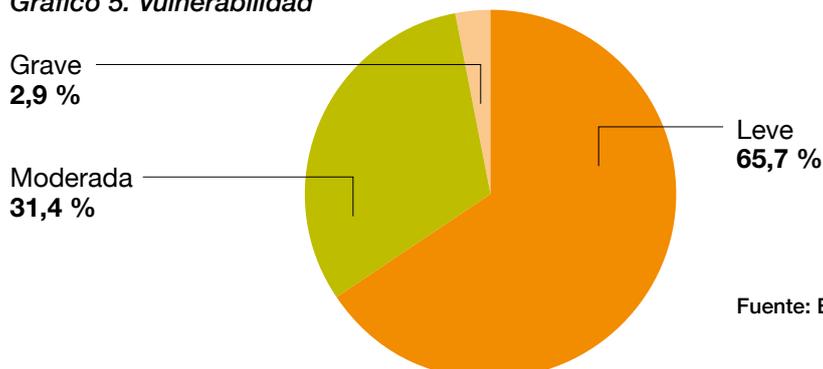
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Gráfico 4. Nacionalidad



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Gráfico 5. Vulnerabilidad



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

ANEXO 6

Cuadro 4. Tipos de prestaciones complementarias solicitadas.

Tipo PC	Solicitadas
0060.03 Ayuda para el mantenimiento de la posesión o disfrute de la vivienda habitual.	16
0050.01 Ayuda para la eliminación de barreras.	3
0030.03. Ayuda para prótesis y ayudas técnicas no regladas.	7
0050.03 Ayuda para la compra y adaptación del vehículo	1
0030.02 Ayuda para costear los gastos vinculados al ingreso en un centro hospitalario.	2
0030.04 Ayuda para tratamiento médico no reglado.	2
040.01. Cursos para la reinserción laboral y formación profesional.	4

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Mar Salvador Ávila
Icía García Martínez de la Fuente
Pilar Taeño Cuevas
Raquel Fernández de Heredia Ayala

Comunicación 5

Nuevos caminos para transitar por el Trabajo Social en los servicios sociales y en la Administración Pública: proyecto piloto para implantar un modelo predictivo en el Ayuntamiento de Alcobendas

Resumen: El trabajo social debe incluir entre sus herramientas y metodologías el análisis de datos registrados en sus historias sociales y sistemas de información combinadas con otras fuentes externas, incluir la utilización del Big data, Smart data, o los modelos predictivos. Es posible detectar situaciones de vulnerabilidad y ampliar el conocimiento de la realidad y de las necesidades sociales y permite conocer el impacto de las acciones de Servicios Sociales analizadas sobre la totalidad de la población del municipio, o sobre un sector concreto de interés. Una herramienta predictiva, permite anticipar la evolución de dichas necesidades, estimar la inversión requerida para afrontarlas, con el fin de poder tomar decisiones técnicas y políticas sobre evidencias.

Palabras Clave: Modelo predictivo, Administración Pública, Servicios Sociales, Vulnerabilidad, Big data.

Abstract: Social work must include among its tools and methodologies the analysis of data recorded in its social histories and information systems combined with other external sources, including the use of Big data, Smart data, or predictive models. It is possible to detect situations of vulnerability and expand knowledge of reality and social needs and allows us to know the impact of the social service actions analyzed on the entire population of the municipality, or on a specific sector of interest. A predictive tool, It allows you to anticipate the evolution of these needs, estimate the investment required to address them, in order to be able to make technical and political decisions based on evidence.

Keywords: Predictive model, Public administration, Social Services, Vulnerability, Big data.

INTRODUCCIÓN

Frecuentemente se denomina a nuestra sociedad, la “Sociedad de la Información”, y la “Sociedad del Conocimiento” porque el entorno tecnológico que la sustenta está produciendo profundas transformaciones en los ámbitos sociales, económicos y culturales que de alguna manera están configurando un nuevo tipo de sociedad.

Se puede decir que la construcción del conocimiento es en realidad un proceso de elaboración, en el sentido de que se selecciona, organiza y transforma la información que se recibe de muy diversas fuentes, estableciendo relaciones entre dicha información y las ideas o conocimientos previos en una sociedad en la que el conocimiento se renueva continuamente y con enorme velocidad. Esta competencia de saber buscar, valorar y seleccionar, estructurar y aplicar la información para elaborar conocimiento útil con el que afrontar las problemáticas que se presentan, es un valor característico de la sociedad del conocimiento (Carvajal, 2015).

El impacto de las tecnologías digitales se produce tanto en el ámbito individual como en el colectivo. La influencia de Internet, las plataformas sociales virtuales y las tecnologías informáticas están transformando todos los ámbitos de la vida social: la educación, el trabajo, la salud, la cultura, el ocio, las relaciones personales, igualmente en la gestión pública, y en concreto, en el ámbito de las prestaciones sociales.

Actualmente estamos viviendo la Cuarta Revolución Industrial, conocida también como la 4RI, donde se están combinando las tecnologías físicas, cibernéticas y biológicas, incluyendo la nanotecnología, la inteligencia artificial, el blockchain, la robótica o la impresión 3D.

El Trabajo Social no es ajeno a los cambios sociotecnológicos, ni al desafío que suponen los avances en las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC). La profesión fue fundamental en la primera Revolución Industrial, prueba de ello fue la labor que hizo la Charity Organization Society durante la segunda mitad del siglo xix. Ahora nos toca reflexionar cómo estar presentes en la revolución del siglo xxi.

Los Servicios Sociales Municipales son una organización esencial para garantizar un bienestar social básico de toda la ciudadanía, y juegan un papel fundamental en la atención y en la protección de los grupos más vulnerables de la sociedad.

La utilización de las tecnologías y el Big data ha sido objeto de estudio e interés por el trabajo social en los últimos años (Castillo de Mesa, 2017; Fernández Riquelme, 2019; Villar Cañada, 2020; Santas García, 2013, entre otros).

En este contexto, esta comunicación reflexiona sobre cómo puede el trabajo social participar activamente en la innovación, a través de la introducción de nuevas herramientas metodológicas TIC, como son la utilización del Big data, Smart data, o los modelos predictivos en el ámbito de los servicios sociales públicos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas, la calidad de los servicios que se ofrecen, y hacerlo desde un enfoque de eficiencia, transparencia, cercanía, equidad, detectando las necesidades de la ciudadanía.

Analizaremos las ventajas, implicaciones, retos y las oportunidades de la implantación de este tipo de herramientas metodológicas, como los modelos predictivos en los Servicios Sociales Públicos, basándonos en la experiencia concreta de los servicios sociales del Ayuntamiento de Alcobendas.

CONTEXTO ACTUAL EN LA INNOVACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

En este momento se está produciendo una significativa innovación de las Administraciones Públicas, señalaremos algunos planes y proyectos que se están desarrollando actualmente que ejemplifican esta renovación y digitalización, si bien, son muchos más los que se están generando:

- El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España (PRTR), está enmarcado en el programa Next Generation EU Plan de Digitalización de las Administraciones Públicas 2021-2025
- La Historia Social Única (HSU) de la Comunidad de Madrid, es una plataforma digital que permite a los/as ciudadanos/as disponer de la información más completa sobre los Servicios Sociales Públicos, al tiempo que facilita a los/as profesionales trabajar con todas las herramientas necesarias para prestar una mejor atención.
- El Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales (SIUSS), del Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030, se encuentra en proceso de una importante transformación.
- El Sistema de Tarjeta Social Digital (STD), es un Sistema de Información que integra las prestaciones económicas de carácter social gestionadas por las Administraciones Públicas (Estado, Comunidades

Autónomas, Entidades Locales), a través del convenio entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSS) y la Federación Española de Municipios en materia de intercambio de información y colaboración de las Entidades Locales para el impulso y consolidación del Sistema Tarjeta Social Digital.

- El Plan Innova de Alcobendas. Plan Estratégico 2030 Alcobendas Lidera: en su Eje 4: *Transformación. Ámbitos estratégicos: simplificación, innovación y digitalización. Integridad y Transparencia. Sostenibilidad, eficiencia y evidencia. Talento. Gestión Patrimonial.*

Todos estos proyectos son ejemplos de cómo las herramientas tecnológicas de datos van cobrando cada vez más importancia en las Administraciones Públicas, y serán especialmente útiles a la hora de detectar nuevos patrones sociales, además, de una mejor comprensión de los comportamientos de los/as ciudadanos/as, así como para ofrecer propuestas más personalizadas.

El elemento esencial para poder nutrir estas bases de información son los datos, y en las Administraciones Públicas se registran multitud de datos relevantes, referidos a residencia, rentas, empleo, educación, salud, prestaciones económicas, entre otros muchos. En concreto, en Servicios Sociales siempre ha sido esencial la recogida, selección y sistematización de la información, ya desde 1994 contamos con la base de datos SIUSS en todo el Estado Español, u otras similares en las distintas Comunidades Autónomas y Municipios.

El Big data se caracteriza por la utilización de un gran volumen de datos con unas características definitorias conocidas como “las siete Vs”: volumen, variedad, velocidad, visualización, variabilidad, valor y veracidad”, pero no basta con almacenarlos, para que estos tengan algún valor, deben poder utilizarse. La científica Nuria Oliver, afirmó hace unos años que: “*cuando no se utilizan los datos, son solo basura digital*”, solo ocupan espacio en los servidores.

Dado que los datos por sí mismos no proporcionan conocimiento, hay que tratarlos desde el análisis y el conocimiento especializado, en nuestro caso, desde los/as profesionales del ámbito de los Servicios Sociales. De poco sirven los datos si no se les puede generar un significado, es necesario conocer qué es lo que nos pueden decir y cómo se interpretan.

Debemos ir más allá de la información que éstos aportan, hay que generar conocimiento, que es “*lo que hace posible la transformación en instrucciones*” (Ackoff, 1989, p. 4).

En esta línea de trabajo es en la que nos debemos encontrar todas las Administraciones Públicas, en generar un conocimiento fundamentado en el rigor metodológico y con datos objetivos.

Actualmente, existen pocas prácticas de gestión de la información en el ámbito de los servicios sociales que nos permitan testar la generación de conocimiento que podemos obtener a través del Big data.

La aplicación del Big data al sector público debe ser práctica y generar valor efectivo en la prestación de servicios.

Desde el Ayuntamiento de Alcobendas partimos del propósito de “*Contribuir al progreso social y la prosperidad económica sostenible de la ciudadanía*” y de una visión enfocada en ser un “*referente de ciudad sostenible, innovadora e integradora, con una Administración Pública ágil, amigable y digitalizada*”.

Para conseguir este objetivo principal nos apoyamos en la palanca transformadora que supone la innovación sin olvidar otro de los valores universales y que supone la promesa central de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y que es “no dejar a nadie atrás”, de ahí el atributo de integradora. Esto implica el compromiso de no dejar que nadie se quede atrás, por lo que nuestras actuaciones están completamente alineadas con todo este proceso de innovación y digitalización, tomando como referencia, entre otros, los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030 (2030 Alcobendas Lidera, 2023, pp. 29 y 101).

UN MODELO PREDICTIVO: POR QUÉ Y PARA QUÉ

El modelo predictivo es una herramienta analítica que utiliza los datos actuales e históricos para predecir situaciones futuras. En general, las definiciones de este concepto suelen referirse como: *“El análisis predictivo es el examen de un conjunto de datos (a través de la estadística y algoritmos) para interpretarlos, detectar patrones y obtener predicciones sobre un proceso”* (Terreros, 2023).

En el ámbito municipal puede ser una valiosa herramienta para una gestión más eficiente, eficaz y de calidad de los servicios públicos, aplicada a pronosticar situaciones a corto y medio plazo, que permita la toma de decisiones basada en evidencias, y con datos, facilitando información sobre la totalidad de ciudadanos/as del Municipio.

En el ámbito de los Servicios Sociales Municipales puede ser utilizado para detectar a las personas que están, o pueden estar en situación de vulnerabilidad, prever la necesidad de servicios y recursos, así como para identificar geográficamente a las personas en esta situación.

BENEFICIOS DE LA INCORPORACIÓN DE HERRAMIENTAS PREDICTIVAS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Y EN CONCRETO, EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

A continuación, señalamos algunos de los beneficios que puede tener esta herramienta en el día a día de los Servicios Sociales Municipales:

- **Identificación temprana de situaciones de vulnerabilidad**, de necesidades no cubiertas en el presente y de posibles riesgos de desprotección futuros.
- **Localización geográfica** detallada de dichas situaciones.
- Permite **optimizar recursos**, evitar duplicidades y ser más eficientes en las respuestas.
- **Facilita la toma de decisiones** basada en evidencias, lo que posibilita una planificación proactiva sin esperar a que acuda un número significativo de personas y entonces, generar una respuesta reactiva, más tardía en el tiempo.
- Incluir los datos de las personas que acuden a Servicios Sociales, a otros repositorio de datos de las Administraciones Públicas, como: urbanismo, educación, sanidad, vivienda, servicio de atención al ciudadano, con el objetivo de evitar su invisibilización y sus circunstancias, ya que es una población especialmente afectada por la brecha digital, que suelen estar al margen de las plataformas habituales de datos, por lo que frecuentemente quedan fuera del conocimiento y de la planificación municipal.
- Contribuye a hacer efectiva la equidad y la inclusión social, ya que facilita la reducción de algunos sesgos en los datos, al evitar la infrarrepresentación de determinadas situaciones como son las de las personas migrantes, incluir perspectiva de género, contabilizar personas en situación de sinhogarismo, aquellas que están fuera del mercado de trabajo/formativo, o sin terminar de regularizar en su situación administrativa.
- Permite una evaluación de la cobertura y del impacto de las políticas sociales en la totalidad de la población, al poner en relación la información recogida en Servicios Sociales sobre el total de la población del municipio en el momento presente.
- Posibilita la simulación de escenarios futuros y la estimación de inversión necesaria para alcanzar unos objetivos concretos.
- Contribuye al aprendizaje y el conocimiento compartido al permitir comparar la gestión de situaciones similares en diferentes municipios/Comunidades Autónomas.

RETOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS PREDICTIVAS EN LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

Es importante reflejar los retos que tenemos como Administración a la hora de llevar a cabo e incorporar estas herramientas en nuestro desarrollo profesional:

- **Dilatación de plazos en la puesta en marcha de proyectos:** Implantar nuevos proyectos o modificaciones de estos en la Administración no es sencillo, precisa de una anticipación de más de un año, teniendo en cuenta el tiempo requerido desde la toma de decisiones, la necesidad de traducirlo en una previsión presupuestaria, aprobación de ésta y la gestión posterior en muchos casos, de contratos públicos.
- **Barreras tecnológicas y falta de infraestructura:** Existen multitud de bases de datos, fragmentadas, SIUSS, bases de datos contables, RMI, SIDEMA, padrón, usuarios municipales, discapacidad, becas escolares, IMV,

además de innumerables datos sin normalizar, en algunas ocasiones sin la calidad ni seguridad necesarias (“Excel de gestión”). Entre el personal de los servicios sociales no es habitual contar con especialistas en el ámbito del tratamiento de datos, y desde el área de planificación o informática no siempre se tiene conciencia de la importancia de la digitalización en el ámbito social, ni de la necesidad de la contribución de trabajadores/as sociales en el diseño y validación de estas herramientas.

- **Capacitación y formación del personal, resistencias al cambio.** A menudo existe la creencia de que los/as profesionales de los servicios sociales no tenemos nada que aportar, respecto a estas herramientas y metodologías, o que son ajenas a la profesión, por lo que no se incorporan para mejorar la detección temprana de situaciones emergentes, afinar en el diagnóstico o en incorporarlas en la evaluación de las intervenciones sociales.
- **Protección de la privacidad de los datos personales.** El trabajar con estas metodologías tiene importantes implicaciones éticas y legales. A diferencia de las bases de datos utilizadas en los distintos sistemas de información e historias sociales utilizadas en el ámbito, es imprescindible trabajar con datos anonimizados.
- **Estar alerta con los sesgos:** existe el riesgo de estigmatizar o discriminar a ciertas personas. La inteligencia de los datos y los modelos, como se ha demostrado (Gilman, S, 2019) pueden replicar y reproducir los prejuicios y algunos sesgos extendidos en la sociedad (racistas, sexistas, misóginos, xenófobos, aporóforicos, antigitanos, entre otros). La elaboración de los algoritmos debe ser analizada desde esta perspectiva, para evitar crear modelos que reproduzcan o agraven estructuras excluyentes o estigmatizadoras.

La presencia de profesionales del ámbito de los servicios sociales testando estos modelos puede contribuir a eliminar algunos de estos, entre otros, el “sesgo por selección” en el que están infrarrepresentadas personas que se encuentran “al margen” o que no “cumplen requisitos”, por lo que no son tenidas en cuenta. Como ejemplo, la detección de multitud de personas que han quedado fuera del Ingreso Mínimo Vital o sin beneficiarse del bono social en los suministros.

- **Colaboración interdisciplinaria y cooperación entre distintos servicios, ámbitos y administraciones:** Tanto en el ámbito municipal entre servicios como entre Administraciones Locales, Autonómica y Central, como con el Tercer Sector o en el ámbito empresarial. Entidades relacionadas con la gestión de rentas, con el ámbito laboral, académico, gestión de prestaciones, valoración de la discapacidad, atención a la dependencia, padrón, usuarios/as municipales de distintos servicios deportivos, culturales..., entre otros.
- **Aprendizaje y colaboración entre distintos municipios y Comunidades Autónomas** en el ámbito de los servicios sociales, compartiendo experiencia y buenas prácticas en la aplicación de herramientas predictivas.

FUTUROS POSIBLES DEL BIG DATA Y HERRAMIENTAS PREDICTIVAS EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Como hemos reiterado en esta comunicación, los datos recogidos por los sistemas de información de los servicios sociales tienen un enorme valor para el bienestar social, por lo que es el momento de ponerlos a trabajar y compartirlos con ámbitos externos para que superen la funcionalidad a la que se les ha relegado durante más de 30 años de elaborar memorias de gestión internas, con un tratamiento muy limitado y lejano en el tiempo, sin salir del ámbito de los servicios y sin contribuir a dar visibilidad a la situación real de millones de personas.

El futuro precisa de innovaciones e infraestructuras en la recolección, tratamiento y en el análisis de los datos en el ámbito social. Se requiere de la utilización de dispositivos de seguimiento a tiempo real para mejorar la capacidad de respuesta y eficacia de los servicios sociales. Se trata de utilizar en nuestros sistemas de información e historias sociales, técnicas avanzadas de análisis que incluyan el aprendizaje en inteligencia artificial.

En este momento se están diseñando cambios en los sistemas de información nacionales, se está trabajando sobre una Historia Social Única en la Comunidad de Madrid. Si no se tiene prevista la incorporación de inteligencia en los datos y la posibilidad de interactuar con ellos a gran escala, se corre el riesgo de realizar una gran inversión sin que tenga un impacto real en la vida de las personas, ni en la mejora de la gestión.

- Pueden **facilitar el diseño y evaluación de las políticas y programas sociales** que aborden aspectos, como: soledad no deseada, familias monoparentales, personas en situación de riesgo residencial, gran envejecimiento y dependencia entre otras muchas situaciones, ya que contribuyen a identificar patrones y tendencias de problemáticas sociales emergentes o concentraciones de estas en determinados espacios.
- Puede **contribuir a simplificar y acortar los procesos de gestión de las distintas prestaciones.** Minimizaría

errores, mantendría la información actualizada a tiempo real. Evitaría “colas” y listas de espera en los distintos sistemas de protección. Se destina mucha energía y presupuesto en la verificación de situaciones de pobreza y vulnerabilidad, arrastrando a veces a las personas a un periplo por distintas oficinas y administraciones para recibir un “certificado de exclusión”, con un impacto muy negativo en la dignidad y en la vida de las personas que atraviesan estas situaciones.

- Es necesario incluir **formación y capacitación en el desarrollo de habilidades técnicas para el análisis de datos** en los/as profesiones de intervención social, además de incluir otros perfiles profesionales de apoyo para utilizar el Big data en la toma de decisiones y prestaciones de servicios.
- **Cambiar las formas de colaboración entre diferentes sectores de la administración:** Es fundamental la colaboración entre los distintos ámbitos de Servicios Sociales (atención primaria y especializada: infancia, dependencia, discapacidad, violencia de género):
 - o La relación entre los Servicios Sociales y los servicios de salud.
 - o Servicios Sociales y ámbito educativo.
 - o Servicios Sociales y el INSS, el Servicio Público de empleo.
 - o Servicios Sociales y juzgados de familia.
 - o Servicios Sociales y urbanismo/vivienda.
- **Responsabilidad ética y deontológica:** Asegurar la protección de la privacidad, y trabajar de forma activa en un uso que tenga en cuenta las implicaciones sociales y éticas incluyendo la rendición de cuentas y la supervisión para asegurar que se toman las medidas adecuadas, con el fin de evitar y corregir los posibles efectos perversos y sesgos.

PROYECTO PILOTO EN EL AYUNTAMIENTO DE ALCOBENDAS

En el año 2021, la concejalía de Familias, Protección Social, Personas Mayores de Alcobendas se plantea realizar un proyecto piloto incorporando el análisis de datos de Big data, mediante la aplicación de un modelo predictivo en el ámbito de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alcobendas. El proyecto se ejecuta con la empresa MOMENTUM Analytics.

El objetivo era, por un lado, conocer el impacto actual de los Servicios Sociales en la población más vulnerable de Alcobendas, y por otro, realizar una previsión de la situación en los próximos años 2025 y 2027.

El proceso que hemos seguido responde a los siguientes aspectos:

¿Qué hemos hecho y para qué?

Hemos aplicado una herramienta predictiva en Servicios Sociales y Mayores que facilite la toma de decisiones en la asignación de recursos, proyectos y actuaciones municipales, sustentada en los datos procedentes de diferentes fuentes internas y externas.

¿Por qué?

Desde una visión estratégica es necesario conocer e identificar mejor a la población atendida/receptora de recursos de Servicios Sociales y Mayores, así como a la población en general, en el proceso de previsión de futuras necesidades, demandas, situaciones de riesgo, intervenciones interdepartamentales, entre otras, ante los cambios que se aproximan, y afrontarlos al menos, a medio plazo.

¿Cómo se ha llevado a cabo?

Se ha trabajado con datos municipales del Padrón, Servicios Sociales y Mayores, anonimizados y distribuidos por secciones censales. Es la primera vez que en el Ayuntamiento se lleva a cabo este tipo de colaboración entre los departamentos de Padrón, Protección de Datos, Informática y Servicios Sociales con datos de carácter personal anonimizados. Además, se ha contado con otras Bases de Datos públicas, incorporadas por la empresa Momentum, que ha sido quien ha desarrollado este proyecto de Big data.

¿Qué informes ofrece el modelo?

El modelo ofrece la información con dos enfoques: uno descriptivo y otro predictivo.

- a) **Descriptivo:** El modelo facilita resultados descriptivos de las variables sociodemográficas, previamente identificadas, de manera inmediata. Estos resultados se visualizan en datos, gráficos, mapas globales y por secciones censales, es decir, están contextualizados geográficamente en el municipio. En nuestro caso, las variables de población que se establecieron fueron: género, franjas de edad, nacionalidad, tipo de familias, renta. Además, se identificaron como criterios técnicos los recursos y las ayudas, con el fin de conocer el volumen y la distribución de estos.

Tener toda esta información identificada, estructurada, cuantificada, comparada y representada geográficamente de forma inmediata, aporta rigor, objetividad y permite conocer con mayor precisión, tanto a las personas que han recibido atención por parte del servicio, como del resto de la población, ya que permite la elaboración de perfiles sociodemográfico de las personas que han acudido a Servicios Sociales a nivel global, pero también, por sección censal. Y al mismo tiempo, proporciona conocimiento del resto de la población, ya que todo el proceso lo realiza comparando a la población atendida, la receptora de los recursos, con la población total, es decir, aquella que no ha acudido a los servicios sociales.

El modelo permite trasladar todas las actuaciones, intervenciones, recursos a datos objetivos y cuantificables, que se pueden contextualizar en un espacio geográfico, tiempo concreto, por segmento de población y lo hace a tiempo real. La unidad de análisis geográfica utilizada por esta herramienta es la sección censal, por ser esta la unidad más pequeña de población a la que se puede acceder nos permite conocer y valorar qué variables son significativas en ese territorio concreto.

- b) **Predictivo:** Se ofrecen resultados a tres y cinco años vista, referidos al incremento/decremento de la población, a la “potencial demanda de los recursos”, en relación con los grupos de población establecidos. Permite realizar simulaciones previas para conocer, entre otros aspectos, el porcentaje de cobertura al que se desee llegar, y su correspondiente correlación con el incremento/decremento de las personas atendidas y de los recursos afectados.

¿Cómo hemos trabajado?

Se estableció un equipo de trabajo mixto entre los analistas de la empresa (Momentum) ejecutora del modelo predictivo, personal de servicios sociales, de la Dirección de Bienestar Social y de la Concejalía, el cual se mantuvo en el tiempo hasta la puesta en marcha del proyecto. Desde este espacio técnico se determinó la necesidad de incorporar, a otros servicios municipales que en nuestro caso fueron los departamentos de Protección de Datos, Padrón e Informática e Innovación.

Este equipo llevó a cabo toda la labor de conceptualización, categorización tanto de las variables sociodemográficas, como de las diferentes tipologías. Dentro de los criterios que se establecieron, a modo de ejemplo, el equipo decidió que con el grupo de población de los menores era importante desglosar la franja de edad, con el fin de identificar mejor a este sector de población, teniendo en cuenta sus diferentes momentos vitales y los recursos que pueden necesitar: escuelas infantiles, colegios, colonias, campamentos, etc. De modo que se establecieron las siguientes franjas de edad: de 0 a 2 años; de 3 a 12 años; de 13 a 15 años; de 16 a 17 años.

Este equipo fue quien garantizó la coherencia de los datos. En Servicios Sociales contábamos con una fuente bien estructurada, como es la aplicación de SIUSS, y, aun así, se tuvo que trabajar para verificar la consistencia de estos.

Con los datos procedentes del Servicio de Mayores, al no proceder de una fuente estructurada, se incorporaron al modelo como resultados de un informe descriptivo, si bien, la empresa realizó la depuración correspondiente para que se pudiera incorporar al mismo. Actualmente, estamos en un importante proceso de mejora, a través de la implantación del nuevo sistema de información único para los diferentes servicios del Área de Bienestar Social.

¿En qué consiste el Modelo Predictivo utilizado?

El modelo predictivo, a diferencia de los informes de las memorias de gestión, facilita una mirada sobre el impacto de la intervención en la totalidad de la población de Alcobendas, es decir, incluye en su análisis a las personas que nunca han acudido a servicios sociales. Identifica geográficamente las situaciones analizadas en un mapa del municipio, permitiendo su visualización en el territorio en manzanas de 100 m².

La herramienta se compone de múltiples informes interactivos navegables desde un menú lateral. Dichos informes no son un texto narrativo, sino que están conformados por varios componentes visuales: gráficos, tablas, filtros, mapas.

El acceso a dichos informes se realiza a través de un enlace web y una clave para los/as usuarios/as de la herramienta.

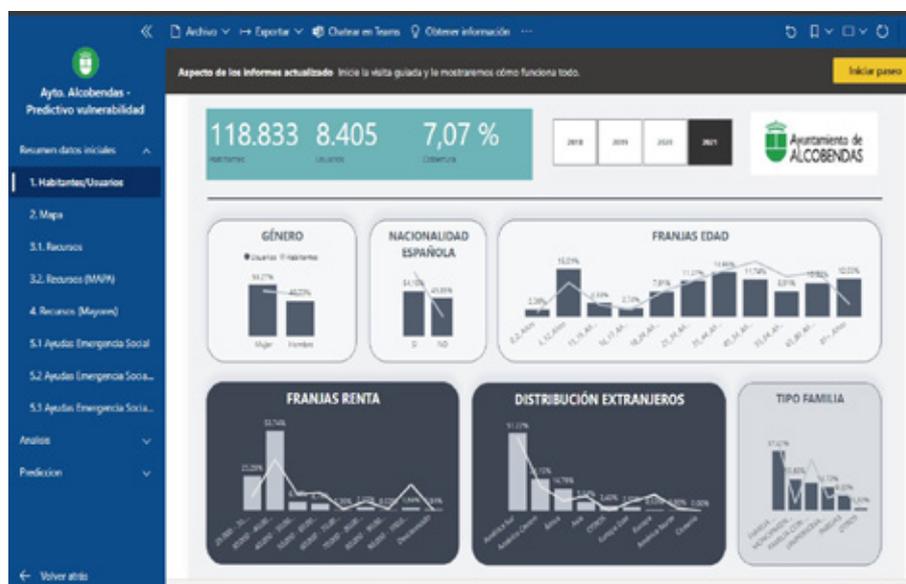
El proceso requería en primer lugar consensuar un marco conceptual. Así, se definieron seis tipologías de familias a efectos del análisis:

TIPOS DE FAMILIA	
Unipersonales	Solo reside 1 persona adulta.
Parejas	Residen 2 adultos cuya diferencia de edad es menor a 16 años.
Familia con hijos menores	Residen menos de 17 personas, al menos 2 son adultos con una diferencia de edad menor a 16 años y 1 o más son menores.
Familia con hijos mayores	Residen menos de 17 personas, no hay menores y existe una diferencia de 16 o más años entre dos de ellos.
Monoparental	Monoparental.
Otros	Solo residen menores o residen menos de 17 personas sin menores cuyas edades se comprenden en una franja de 15 años o No cumple los requisitos de unipersonal, familia con hijos menores, familia con hijos mayores, monoparental.

Se establecieron variables sociodemográficas, recursos, indicadores, entre otros, para poder obtener los informes que nos permitieran poder realizar un primer análisis descriptivo de la situación. De modo, que los resultados, reflejaran los siguientes aspectos:

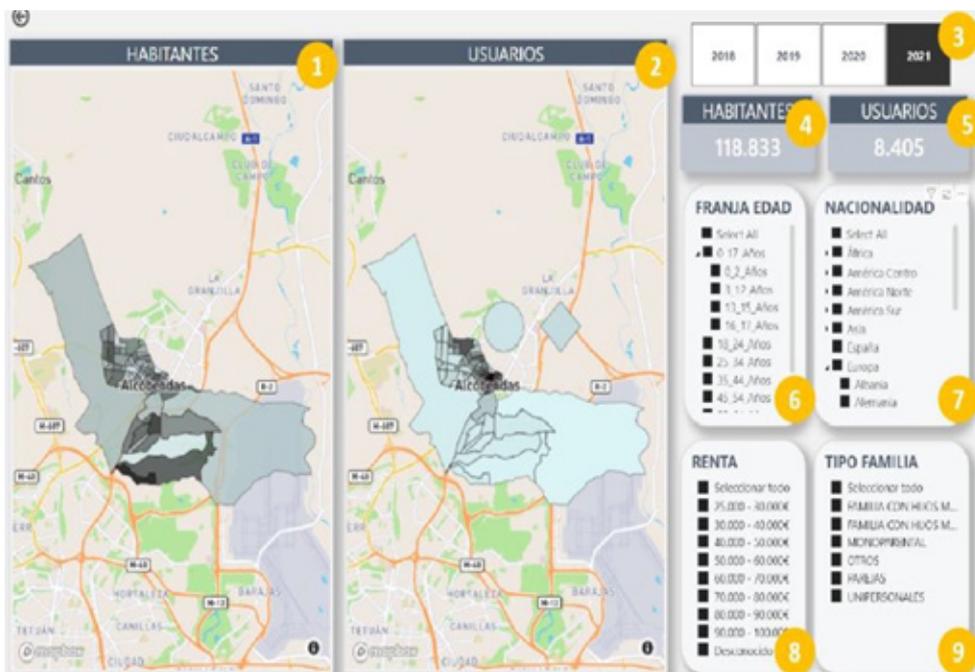
- Habitantes de Alcobendas/usuarios de Servicios Sociales/cobertura.
- Selección de años de análisis: El modelo permite la incorporación de los datos de cuatro años, lo que nos permite conocer los cambios que se hayan producido y la tendencia de estos.
- Variables sociodemográficas: Género, nacionalidad, franjas de edad, franjas de renta y tipologías de familia.
- Selección de recursos sociales sobre los que se iba a realizar el análisis. Se realizó una selección de los recursos sociales prescritos por los servicios sociales en un período de tiempo, con el fin de ver su distribución entre las tipologías de usuarios/as establecidas y la ubicación de los/as beneficiarios/as de cada prestación específica en el mapa de Alcobendas segmentado por secciones censales.
- Localización y ubicación en el Mapa de Alcobendas, en el que se visibiliza por sección censal la densidad de población de los grupos sujetos de estudio, permitiendo comparar a los/as usuarios/as de servicios sociales respecto al total de población de la ciudad.

Gráfico 1. Resumen datos básicos por años del modelo predictivo.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Mapa Alcobendas modelo predictivo. Localización de casos.

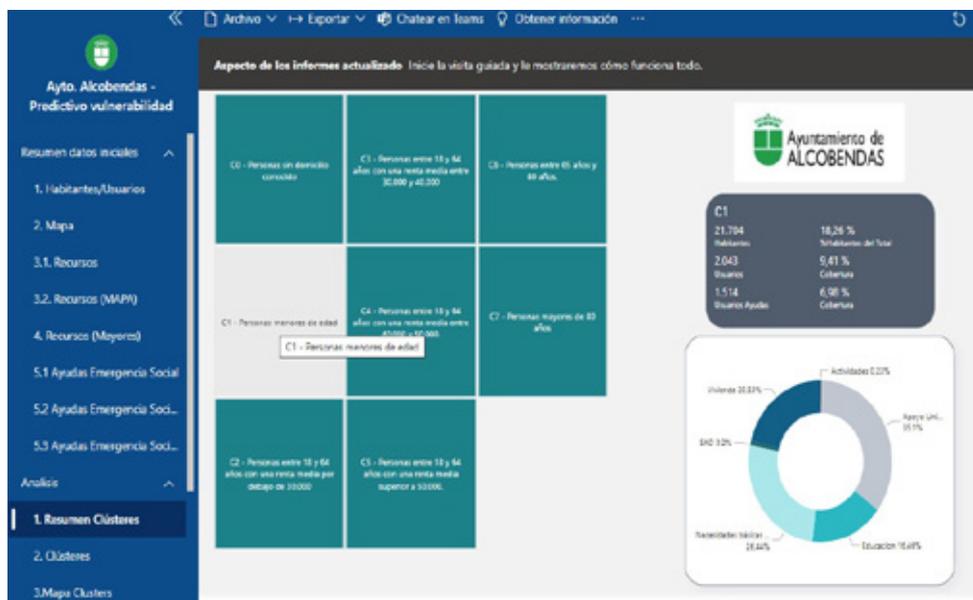


Consideramos que la territorialización del dato es un elemento clave para la elaboración de proyectos de intervención social.

Asimismo, se establecieron ocho agrupaciones de la población de Alcobendas, o segmentaciones de datos con determinadas características (Clústeres):

- C0: Personas sin domicilio conocido (personas sin hogar).
- C1: Personas menores de edad.
- C2: Personas entre 18 y 64 años con una renta media por debajo de 30 000 €
- C3: Personas entre 18 y 64 años con una renta media entre 30 000 a 40 000 €.
- C4: Personas entre 18 y 64 años con una renta media entre 40 000 a 50 000 €.
- C5: Personas entre 18 y 64 años con una renta media superior a 50 000 €.
- C6: Personas entre 65 y 80 años.
- C7: Personas mayores de 80 años.

Gráfico 3. Resumen de clústeres del modelo predictivo.



Fuente: Elaboración propia.

La herramienta permite visualizar múltiples tipos de **informes descriptivos** de la realidad social de Alcobendas y de los/as usuarios/a que han acudido a servicios sociales, a los que se les puede aplicar distintos filtros:

1. Informe de Habitantes/usuarios: Este informe compara los/as usuarios/as únicos/as por año del municipio con la población total del municipio, se pueden aplicar filtros de género, nacionalidad, franja de rentas, franjas de edad o tipos de familia. Los datos se visualizan tanto en valores como en porcentaje. Se visibiliza en todos los casos la cobertura dada por los servicios sociales en cada una de las categorías.
2. Informe sobre mapa: Los mapas facilitan un informe que permite comparar la densidad de población por sección censal con los/as usuarios/as filtrando por las categorías establecidas (franja de edad, nacionalidad, renta y tipos de familia) por cada año del estudio.
3. Informe de Recursos: Muestra la distribución de los/as usuarios/as según el tipo de recurso recibido y el sector de referencia establecido, en este caso establecimos los sectores de referencia utilizados en SIUSS.
4. Informe de Recursos sobre el mapa: Muestra la distribución de los/as usuarios/as según el tipo de recurso por sección censal.
5. Recursos del servicio de mayores: Muestra la distribución de los/as usuarios/as de los servicios de mayores.
6. Informe específico sobre las ayudas de emergencia social que permite analizar la distribución de dichas ayudas respecto al grupo que pertenecen y años.
7. Informe resumen de los clústeres: Muestra la distribución de las ayudas de emergencia social, SAD; Teleasistencia y apoyo a la unidad convivencial según el clúster seleccionado. Además, proporciona información sobre el número de habitantes usuarios/as y cobertura
8. Informe de la distribución en el mapa de Alcobendas de los/as habitantes y usuarios por clústeres.
9. Informe detallado de cada clúster: Permite ver la distribución de los habitantes y usuarios/as en segmentos de diferentes grupos a partir del clúster al que pertenece.

Informes predictivos interactivos que permiten la simulación de distintos escenarios:

- Facilita un informe que simula las proporciones de ayudas según la cobertura de usuarios/as que se desea alcanzar. Los valores mostrados siempre están filtrados por los clústeres seleccionados. La referencia a prestaciones se realizó con las ayudas de emergencia social, SAD, Teleasistencia y Apoyo a la Unidad convivencial.
- Otro informe hace referencia a la tipología de ayudas: Emergencia social, SAD, Teleasistencia y Apoyo a la unidad convivencial.
- La herramienta permite seleccionar un porcentaje de cobertura que se desee alcanzar y compara la situación actual con la situación en un escenario simulado. Muestra los valores simulados de número de habitantes, porcentaje de habitantes, número de usuarios/as, porcentaje de cobertura, número de usuarios/as de ayudas y el porcentaje de cobertura correspondiente, número de usuarios/as de cada una de las diferentes ayudas.

Simulación Macro Clústeres:

- Este informe simula los/as usuarios/as según la variación de variables macroeconómicas. Los valores mostrados siempre vienen filtrados por los clústeres seleccionados. Estos informes incluyen selectores macroeconómicos como el Paro/IPC/Precio de la vivienda m²: Controles deslizantes para seleccionar los valores de las variables macroeconómicas. Permite la introducción de valores manual.
- Contiene una gráfica usuarios: Muestra el valor real y simulado de los/as usuarios/as y el porcentaje de cobertura que representan.

Informe Predictivo a tres años:

- Este informe realiza una predicción a tres años vista de cada clúster, teniendo en cuenta las tendencias de las variables macroeconómicas.

Informe Predictivo a cinco años:

- Este informe realiza una predicción a cinco años vista de cada clúster, teniendo en cuenta las tendencias de las variables macroeconómicas.

RESUMEN DE ALGUNOS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL MODELO PREDICTIVO EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ALCOBENDAS

A modo de ejemplo, detallamos algunos de los resultados obtenidos, referido al año 2021:

Grupo de población: Menores de 0 a 17 años con renta entre 25 000 a 30 000€

- En el municipio hay un total de 16 663 menores de 0 a 17 años.
- Con renta entre 25 000 a 30 000 €, se totalizan 1 869 menores de 0 a 17 años, de los cuales, 568 han sido atendidos por Servicios Sociales, lo que supone un porcentaje de cobertura de atención de un 30,4 %.
- Los menores entre 3 a 12 años son los principales beneficiarios de los recursos de Servicios Sociales un 15,01 %, del total de personas atendidas.
- Se identifican tres secciones censales, con un mayor porcentaje de cobertura, en las que el 40, 34, y 22 % de los menores de 0 a 17 años, con renta baja, son atendidos por los servicios sociales.

Grupo de población: Familias monoparentales

- En el municipio hay un total de 5 507 habitantes miembros de familias monoparentales, de los cuales 1 655 han sido atendidos por Servicios Sociales, lo que supone un 30,05 % de cobertura.
- Con la franja de renta más baja registrada entre 25 000 a 30 000 €, hay 571 habitantes miembros de una familia monoparental, de los cuales 498 personas han sido atendidas por los servicios sociales municipales, lo que supone un alto porcentaje de cobertura de atención con un 87,2 %.
- Se identifican dos secciones censales concretas del municipio, con una mayor incidencia de atención por parte de los servicios sociales municipales, en donde se supera el 68 y el 94,3 % en el porcentaje de cobertura de atención, respecto al total de habitantes de esas secciones. Lo que nos permite afirmar, para esta última cobertura, que prácticamente la totalidad de los habitantes de esta sección han sido atendidos por los servicios sociales municipales.

Grupo de población: Personas mayores de 65 años

- En el Municipio de Alcobendas hay un total de 21 525 personas empadronadas mayores de 65 o más años.
- El modelo prevé un incremento de la población de 65 a 80 años en un 4,77 % para el 2025; y en un 7,07 % para 2027.
- Prevé un aumento de la población de 81 y más años en un 20,40 % para el 2025, y en un 39,08 % para el 2027.
- El modelo evidencia un importante incremento de este segmento de población, incidiendo directamente en el aumento de la demanda de recursos como: SAD, Teleasistencia, vivienda, apoyo a la unidad de convivencia y necesidades básicas.

Grupo de población: Personas mayores de 65 años, unipersonal, con renta inferior a 40 000 €

- En el municipio hay un total de 3 563 personas mayores de 65 o más años, unipersonales.
- El modelo identifica a un total 1 440 personas mayores entre 65 a 80 años, que viven solas, con una renta inferior a 40 000 €, de los cuales, 200 personas han sido atendidas por Servicios Sociales, lo que supone un porcentaje de cobertura de un 13,9 %.
- Por otro lado, el modelo identifica a 936 personas mayores de 81 y más años, que viven solas, con una renta inferior a 40 000 €, de los cuales 250 personas han sido atendidas por Servicios Sociales, lo que supone un porcentaje de cobertura de un 26,7 %. Lo que evidencia un aumento en la atención e intervención de los servicios sociales a las personas mayores de 81 años, sin familia, más vulnerables por condiciones sociales y de renta.

CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA

Todo este proceso nos ha aportado un importante conocimiento y experiencia, a modo de conclusión podemos destacar los siguientes aspectos:

- Constatamos que buena parte del éxito de este proceso tiene que ver con la calidad del dato previo. Es necesario partir de datos relevantes, estructurados y depurados. Es fundamental garantizar este proceso de partida para, posteriormente, trabajar con los datos.

- Este tipo de herramientas que trabaja desde una perspectiva de Big data, permite la incorporación y cruce de datos de diversas fuentes, tanto de diferentes servicios municipales (fuentes internas) como de organismos externos. para su análisis; lo que mejora y permite la identificación de patrones.
- Constatamos que en la medida que la herramienta incorpore nuevos bancos de datos, se podrá ampliar el alcance y abordar aspectos más globales a nivel municipal, como por ejemplo: el impacto, el riesgo ante posibles escenarios, los costes, la población vulnerable del municipio, entre otros. Por tanto, estamos hablando de una herramienta transversal a la organización. Esto supone ampliar y sumar visiones, datos, conocimientos que pueden derivar en actuaciones desde todos los ámbitos municipales como: educación, urbanismo, empleo, salud, cultura, lo que supone abordarlo desde una perspectiva más integral.
- El valor fundamental del tipo de herramientas que trabajan con este volumen de información organizada, estructurada y contextualizada geográficamente puede facilitar la toma de decisiones a nivel funcional y/o estructural. Y en su labor predictiva, aportan un gran valor por cuanto permiten simular escenarios futuros que pueden ayudarnos tanto para descubrir oportunidades, como para “prevenir” determinados escenarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Española de Protección de Datos. (2020). *Tecnologías y protección de datos en las AA.PP.* Recuperado el 7 de mayo de 2023, de <https://www.aepd.es/es/documento/guia-tecnologias-admin-digital.pdf>
- Agencia Española de Protección de Datos. (2018). *Protección de datos y administración local.* Guía sectorial de AEPD. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.aepd.es/es/documento/guia-proteccion-datos-administracionlocal.pdf>
- Ayuntamiento de Alcobendas. (2023). *2030 Alcobendas Lidera. Plan Estratégico.* Recuperado el 11 de mayo de 2023 de <https://www.alcobendas.org/sites/default/files/2023-03/Libro%20Plan%20Lidera.pdf>
- Castillo de Mesa J. (2017). “*El Trabajo Social ante el reto de la transformación digital: Big data y redes sociales para la investigación e intervención social* (1.ª ed., Servicio Social Work series Aranzadi)”. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi.
- Deniza, A. (2018). “El Trabajo Social ante el reto de la transformación digital. Redes”. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 29(2), 307-309. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.792>
- Fernández-Riquelme, S. (2019). “Conocer, integrar y divulgar. Las tecnologías digitales para la investigación y la intervención en Trabajo Social”. *Trabajo Social Hoy* (88), 43-68. <https://doi.org/10.12960/TSH.2019.0015>
- Gilman, S. (2019). *Proliferating predation: Reverse redlining, the digital proliferation of inferior social welfare products, and how to stop it.* *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review (CR-CL)*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3511892>
- Jauregi-Maza, L. (2021). “Big Data: La revolución de los datos masivos en la Administración Pública”. *Inguruak*, (71), 79-100. <https://doi.org/10.18543/inguruak-71-2021-art05>
- Santas García, J. I. (2014). “Una experiencia. Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para la intervención social en servicios sociales”. *Servicios Sociales y Política Social*, 104, 23-30
- Santas García J. I. (2016). “Proyecto de apropiación de las TIC en Servicios Sociales de Atención Social Primaria del Ayuntamiento de Madrid”. *Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2), 213-223. <https://doi.org/10.5209/CUTS.51835>
- Terreros, D. (2023). “Qué es el análisis predictivo, tipos, ejemplos y herramientas”. *HubSpot*. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://blog.hubspot.es/marketing/que-es-analisis-predictivo>

Elena Martínez Goytre

María Teresa Yañez Cifuentes

Javier Oliver Gómez

Comunicación 6

El valor en la medición del impacto en las bolsas de mediación en alquiler de vivienda asequible

Resumen: Análisis del impacto social y económico de las bolsas de mediación en alquiler de vivienda asequible, desde la metodología del retorno del social de la inversión que analiza los beneficios obtenidos por parte de cada uno de los *stakeholders*. Los resultados muestran que el retorno Social de la Inversión es positivo, con 1,35 € por cada euro invertido en que las personas inquilinas experimentan un mayor impacto social y económico. Esto destaca el potencial del modelo para impulsar políticas públicas basadas en evidencias que garanticen el derecho a la vivienda, especialmente de quienes están en riesgo de exclusión residencial.

Palabras Clave: SROI (Retorno Social de la Inversión), Evaluación de impacto, Bolsa de vivienda en alquiler asequible.

Abstract: Analysis of the social and economic impact of affordable housing rental mediation pools, from the social return on investment methodology that analyzes the benefits obtained by each of the *stakeholders*. The results show that the Social Return on Investment is positive, with €1.35 for every € invested in which tenants experience a greater social and economic impact. This highlights the model's potential to drive evidence-based public policies that guarantee the right to housing, especially for those at risk of residential exclusion.

Keywords: Social return on investment, Impact evaluation, Affordable rental housing program, Affordable.

INTRODUCCIÓN

Provivienda acompaña desde hace más de treinta años a las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad en el **acceso y mantenimiento de una vivienda digna** en parte importante del territorio de español.

La falta de vivienda asequible se encuentra en la raíz de la exclusión residencial en España y es un problema estructural que afecta a amplios sectores de la población. Trabajamos para garantizar que el derecho a una vivienda adecuada y asequible sea disfrutado por todas las personas, lo que es imprescindible para asegurar su participación en la sociedad. El año 2021 Provivienda ha alojado a 4 855 personas y gestionado 2 564 viviendas.

En este contexto, desde sus orígenes Provivienda cuenta con el Programa de **Bolsa de Vivienda de Alquiler Asequible**, un servicio gratuito que facilita el acceso al alquiler a personas o familias que tienen dificultades para acceder a una vivienda en el mercado libre. Ofrece garantías adicionales a las personas propietarias que alquilan

su vivienda en esta modalidad y múltiples ventajas en la gestión de la vivienda, previo compromiso social del/de la propietario/a de reducir un porcentaje de la renta respecto al precio que marca el mercado libre, fomentando la vivienda asequible en el territorio.

Provivienda se ha comprometido con conocer el impacto de nuestro trabajo iniciando un proceso de evaluación con miras a desarrollar un sistema que evalúe el impacto de los servicios ofrecidos, más allá de los indicadores de resultados que requieren los financiadores. Esta primera evaluación se ha centrado en el programa más longevo de la entidad con implantación en siete Comunidades Autónomas y tiene las siguientes motivaciones a la base:

- Conocer su impacto en la población beneficiaria y recoger evidencias de ello.
- Analizar si estamos consiguiendo la transformación social que buscamos y mejorar la gestión de los programas y su eficacia.
- Mejorar la comunicación con otros *stakeholders* acerca de los resultados de nuestro trabajo basado en evidencias.
- Impulsar políticas públicas basadas en evidencias que garanticen el derecho a la vivienda.

Para esta evaluación se ha optado por la metodología SROI, retorno social de la inversión por sus siglas en inglés. El SROI es un marco para medir y cuantificar este concepto, mucho más amplio, de valor; busca reducir la desigualdad y la degradación medioambiental, y mejorar el bienestar incorporando costos y beneficios sociales, medioambientales y económicos¹ (Nicholls *et al.*, 2009).

La metodología busca demostrar a través de evidencias la sostenibilidad de las intervenciones, comprendiendo y comunicando sus impactos en términos económicos, sociales y medioambientales.

El SROI tiene las siguientes particularidades:

- Mide cambios relevantes para las personas o entidades que lo experimentan o contribuyen al cambio. Incorpora la perspectiva subjetiva de los/as beneficiarios/as.
- Describe cómo se produce el cambio (Teoría del Cambio).
- Utiliza la monetización para representar los impactos a través de proxys, asigna valor económico a impactos difíciles de medir (mayor tranquilidad, por ejemplo).
- Resguarda en todo momento no sobreestimar la monetización de los impactos.
- Calcula impactos a partir del número de personas o entidades (dependencia del trabajo de campo).
- Define peso muerto (lo que hubiera ocurrido sin el programa de igual manera) y la atribución (cantidad de cambio que se debe a la intervención de otros), y se descuentan a la monetización de impactos.
- Define un período de duración de los impactos (decrecimiento).
- Calcula una ratio de costo-beneficio que recoge el valor de los impactos, por ejemplo, de cada euro invertido retorna socialmente 1,5.
- Puede ser prospectivo o retrospectivo.

BOLSA DE VIVIENDA EN ALQUILER ASEQUIBLE

La situación actual del mercado de alquiler, fundamentalmente concentrado en la gestión de inmobiliarias que establecen los requisitos de acceso que determinan las compañías aseguradoras, está llevando a dificultar este acceso a un sector cada vez más amplio de la población al mercado de alquiler.

El objetivo de gestionar una bolsa de vivienda en alquiler asequible, es, por un lado facilitar la accesibilidad de las personas expulsadas por el mercado a la vivienda de alquiler y por otro hacer la vivienda lo más asequible posible para las personas y/o familias que acceden a este tipo de programas.

Para conseguir la accesibilidad se establece que los requisitos de acceso se tienen que flexibilizar en relación a:

- La procedencia de los ingresos económicos (se tienen que tener en cuenta los ingresos reales, sin tener en cuenta ni de donde proceden dichos ingresos, ni la durabilidad a largo plazo de los mismos), ya que desde el propio

¹ Oficina de Gabinete Reino Unido (2012). *Guía para el retorno social de la inversión*. <http://www.socialvaluelab.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/SROI-a-guide-to-social-return-on-investment.pdf>

acompañamiento social que se realiza en el programa, se abordarán las incidencias que puedan ir surgiendo a lo largo del contrato de arrendamiento del mismo, para asegurar el mantenimiento de dichos ingresos, ya provengan de ayudas económicas o de trabajo por cuenta ajena o propia.

- La selección de las personas solicitantes de vivienda, se realiza en base a la capacidad de pago del alquiler que se propone evitando la discriminación por razones de nacionalidad o etnicidad, composición familiar y/o género. Esta selección nunca la realizan las personas propietarias de la vivienda, evitando los sesgos por las razones planteadas.
- Los requisitos de acceso que se establecen permiten personalizar la documentación a aportar y hacer un estudio personalizado de las condiciones para el acceso de las personas solicitantes en el programa.

Para conseguir la asequibilidad se plantean una serie de garantías a las personas propietarias de vivienda, que favorece la negociación del precio:

- La seguridad en el cobro de la renta, la gratuidad de los seguros multirriesgo, de la certificación energética y la gestión de suministros y averías, permiten gestionar a la baja el precio de las viviendas, acercándonos a la asequibilidad, para facilitar el acceso a las personas con recursos económicos que les permitan pagar un alquiler por debajo del precio del mercado.

a. Las actividades que se desarrollan en el proyecto/outputs:

Información y asesoramiento:

- Información de medidas de seguridad, higiene y restricciones (durante la pandemia).
- Información a las personas demandantes de vivienda del programa y sus requisitos de acceso.
- Asesoramiento a usuarias sobre recursos de vivienda y cuestiones relacionadas con la Ley de Arrendamientos Urbanos.

Valoración de casos:

- Estudio de casos de las personas solicitantes de vivienda.
- Concesiones de ayudas económicas para el pago de rentas de alquiler.
- Entrevistas de información y valoración de las situaciones de las personas demandantes de vivienda.
- Detección de situaciones de vulnerabilidad.

Acompañamiento:

- Mediación en conflictos de grupos de convivencia y con la comunidad de vecinos y vecinas.
- Salidas y bienvenidas de nuevas incorporaciones.
- Seguimiento y acompañamiento en trámites.
- Acompañamiento en inserción laboral.
- Seguimiento en la escolarización de menores.
- Información y acompañamiento a personas alojadas sobre recursos públicos y privados, ante necesidades detectadas y consensuadas.
- Propuestas de ocio.
- Derivación a entidades públicas y privadas ante situaciones detectadas y consensuadas con las personas alojadas, durante el alojamiento.
- Visitas periódicas para el buen uso de las viviendas.
- Acciones contra la pobreza energética.
- Información para la realización de solicitud de vivienda pública y seguimiento de dichas solicitudes.
- Información y apoyo en solicitud de ayudas al alquiler.
- Seguimiento del estado de salud.

Gestión de viviendas:

- Captación de vivienda y estudio de habitabilidad.
- Negociación de precio en relación a las condiciones de la vivienda y demanda existente.
- Ofrecer y alquilar viviendas a las personas solicitantes.
- Firma del contrato de arrendamiento, intermediación y adelanto en el pago de las rentas.
- Alojamiento de las personas solicitantes en viviendas.
- Asistencia técnica sobre las viviendas.

- Gestión de aval, certificado energético y seguro multirriesgo.
- Gestión de incidencias, del mantenimiento y de las pólizas de seguro.
- Atención personalizada a la parte arrendataria.
- Gestión de ayudas económicas para la rehabilitación de viviendas para la parte arrendadora del programa.
- Control de pagos de renta mensual.
- Gestión de fondo de impagos para rentas, desperfectos y gastos de comunidad.

Talleres y formación:

- Talleres sobre economía doméstica.
- Talleres sobre derechos y deberes en materia de vivienda.
- Talleres de ahorro y eficiencia energética.
- Talleres para la convivencia o derivación a otros proyectos que se realizan.
- Talleres sobre consumo responsable.
- Reuniones y asambleas en las viviendas.

Coordinación interna y externa y trabajo de entidad en redes:

- Reuniones de organización de equipo y de intervención con casos.
- Participación en redes estatales, europeas, autonómicas y locales.

En el programa coinciden varios grupos de interés, el prioritario y sobre el que se quiere enfocar el impacto de las actuaciones, es el de las personas solicitantes de vivienda, el segundo grupo es el de las personas propietarias que dejan su vivienda en el programa, el tercero serían las entidades derivantes, ya sean públicas o entidades sin ánimo de lucro y por último la propia organización, Provivienda.

En la evaluación del impacto se han tenido en cuenta estos *stakeholders*, para realizar el estudio. Se ha realizado el análisis en siete programas, con presencia en siete Comunidades Autónomas y en esta comunicación, presentaremos los resultados generales obtenidos en las cinco comunidades y el resultado desagregado en la Comunidad de Madrid que es donde se ha obtenido una muestra mayor.

2. EVALUACIÓN DEL IMPACTO CON LA METODOLOGÍA SROI

a. Teoría del cambio del programa

Tabla 1. Teoría del cambio elaborada por Provivienda.

FUNCIONES	FACTORES DETERMINANTES Y OBSTÁCULOS ABORDADOS	IMPACTOS PERSEGUIDOS (CAMBIOS)
Captar vivienda/propietarios/as y agencias inmobiliarias ofreciendo incentivos y garantías	O: Reticencias por parte de propietarios/as a alquilar la vivienda en unas condiciones menos lucrativas que en el mercado corriente. O: Duración limitada del programa (1 año) para la captación de vivienda de propietarios. O: Falta de conocimiento del programa/ Provivienda al comienzo de su implantación territorial. O: Reticencias a alquilar a través de una asociación a grupos vulnerables.	1. Facilitar el acceso a la vivienda a personas excluidas del mercado inmobiliario de alquiler (impacto las personas)
Sensibilizar a propietarios/as y agencias inmobiliarias frente a estereotipos asociados a determinados colectivos vulnerables y la falta de confianza	F: Confianza del propietario/a y agencia inmobiliaria en el programa de bolsa y sus profesionales.	

FUNCIONES	FACTORES DETERMINANTES Y OBSTÁCULOS ABORDADOS	IMPACTOS PERSEGUIDOS (CAMBIOS)
Identificar y/o canalizar una demanda de vivienda accesible (solicitud/derivación)	F: Coordinación y comunicación con entidades y servicios sociales en una intervención integral. F: Conocimiento del programa a nivel de personas inquilinas/usuarioas a través del boca a boca.	1. Facilitar el acceso a la vivienda a personas excluidas del mercado inmobiliario de alquiler (impacto las personas)
Facilitar asistencia técnica jurídica y administrativa a inquilinos/as y propietarios/as (petición de ayudas, procesos que no sea la relación contractual)	O: Falta de documentación específica por las particularidades de las personas.	
Ofrecer un servicio de intermediación en la relación contractual	F: Voluntad (o falta de) por la negociación entre partes.	2. Mejorar la asequibilidad de la viviendas para personas en situación de vulnerabilidad
Rebajar el precio del alquiler ofreciendo incentivos y garantías a las personas propietarias	F: Voluntad/predisposición de las personas propietarias. O: Dificultad de negociar en un contexto de elevada demanda y baja oferta.	
Evaluar el impacto social del programa para mejorar la gestión del mismo y ponerlo en valor para aumentar su implantación (escalabilidad)	F: Disponibilidad de recursos y voluntad para la realización de evaluaciones de impacto y otras investigaciones.	
Procurar que los propietarios/as mejoren las condiciones físicas de las viviendas y adecuación a las necesidades de las personas	O: Disponibilidad de recursos (económicos).	3. Contribuir a la adecuación de las viviendas a las necesidades de los inquilinos, garantizando su habitabilidad (cambio de mentalidad de propietarios/as e inquilinos/as y concienciación con AAPP)
Incidir con las personas inquilinas sobre el cuidado y mantenimiento en el uso de las viviendas	O: Resistencias a modificar hábitos.	
Incidir en las AAPP para que controlen las condiciones de habitabilidad de las viviendas a las que se destinan ayudas económicas (apoyo económico para el pago de alquiler, pago de facturas suministros, etc.).	F: Voluntad (o falta de) por la negociación con agentes que persiguen objetivos contrapuestos.	
Acompañamiento social individualizado y personalizado	F: Canales adecuados de comunicación entre las partes implicadas.	4. Impulsar la autonomía para evitar la exclusión residencial
Intermediar ante posibles conflictos intrafamiliares, vecinales y/o entre propietarios/as e inquilinos/as		
Facilitar los procesos de mediación comunitarias y de integración de los/as inquilinos/as en el vecindario		
Valorar y conceder ayudas puntuales en situaciones sobrevenidas y/o de precariedad económica de las personas inquilinas de la Bolsa	F: Disponibilidad de fondos suficientes del programa de Bolsa para situaciones de contingencia. O: Falta de posibilidad de creación de un fondo de garantía de cobro de rentas que cubra estas situaciones a largo plazo. Financiación por subvenciones y por un plazo de un año.	
Conexión con los servicios y recursos comunitarios para la integración de los inquilinos/as en el barrio	F: Conocimiento y coordinación entre distintos servicios. O: Ausencia o déficit de servicios y recursos comunitarios.	

FUNCIONES	FACTORES DETERMINANTES Y OBSTÁCULOS ABORDADOS	IMPACTOS PERSEGUIDOS (CAMBIOS)
Fomentar el trabajo en red con entidades sociales e instituciones públicas especializadas	F: Conocimiento y coordinación entre distintos servicios.	4. Impulsar la autonomía para evitar la exclusión residencial
Mejorar el ahorro y el consumo eficiente de las viviendas adscritas a la bolsa de vivienda	O: Resistencias a modificar hábitos.	
Servicio de información, asesoramiento y/o orientación sobre temas relacionados con el alquiler para propietarios/as e inquilinos/as	F: Necesario que la población general conozca el servicio y que éste sea realmente asequible.	5. Mejorar la transparencia del mercado inmobiliario para inquilinos/as y propietarios/as (impacto sobre mercado)

b. Inputs del programa

Para realizar el análisis de SROI, es necesario identificar los *inputs* o recursos invertidos en la ejecución del programa en evaluación. Para la evaluación de impacto social y económico de la bolsa se han identificado *inputs* del año 2021 relativos al coste de personal, coste de locales, costes en material informático y de personal de la estructura de la entidad de apoyo como es el caso del soporte jurídico y comunicaciones.

El coste de personal de los diferentes programas de bolsa de colectivos se calcula por el porcentaje de jornada laboral dedicada en exclusiva al programa de Bolsas. En el año 2021, en los cinco territorios analizados, trabajaban directamente en el programa de bolsa 32 personas con una dedicación media de entre el 5 y el 100 % de su jornada, dependiendo de su responsabilidad en la entidad y con respecto a las bolsas.

El coste de locales considera el alquiler y los gastos corrientes, se ha calculado en razón al uso del local que hace el programa de Bolsa, considerando el porcentaje de dedicación del personal y utilizando como supuesto que el personal total que trabaja en cada local lo está a jornada completa. Por lo tanto, aunque el gasto de un local sea mucho más elevado, para el SROI solo se tendrá en cuenta como *input* de Provienda una proporción del coste total.

Los gastos en informática para el año 2021 incluyen el uso del personal asociado a bolsa de un año de ordenador y móvil, estimado a partir del coste de adquisición y su vida útil, en razón del porcentaje de dedicación del personal al programa. También se incluye el coste de la línea móvil de todas las personas que trabajan en el programa de bolsa con voz y datos, gasto que es calculado en función de la jornada laboral dedicada de cada persona.

La estructura de la entidad proporciona soporte jurídico a las bolsas que también es registrado como *input* del programa. Cabe mencionar que dos Comunidades Autónomas incluyen dentro del personal de bolsa a abogados/as con una dedicación de jornada exclusiva a bolsas.

También se incorpora inversión desde el área de comunicación, del programa de empleo en Madrid y de la utilización del fondo de impagos.

Tabla 2. Inversión total de Provienda en el Programa de Bolsas 2021.

	Coste Personal	Coste Locales	Gastos informática	Jurídico	Comunicación	Empleo	Fondo de impagos	TOTALES
Madrid	118.751,5 €	8.674,5 €	1.282,3 €	589,6 €	166,8 €	9.329,5 €	-	138.794.20€
Estatad	530.379,2 €	34.511,4 €	7.582,5 €	2.120,1 €	834,4 €	9.329,5 €	6.436,2 €	591.192,9 €
INVERSIÓN TOTAL 2021								

Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: El coste de personal considera el salario bruto anual más el porcentaje de la Seguridad Social que paga la entidad, considerando así el coste total empresa por persona trabajadora de la bolsa según su porcentaje de dedicación al programa.

c. Impactos identificados

El proceso de identificación de los impactos identificados ha llevado a una serie de aprendizajes importantes para el propio equipo de evaluación. La operacionalización de los impactos, huyendo de las categorías macro y buscando el impacto más concreto y apegado a terreno, es muy importante como veremos más adelante a la hora de dar valor al impacto identificado. A su vez, es importante controlar el vínculo entre los impactos y los *stakeholders*, y no confundir los impactos derivados de un *stakeholder* hacia otro, para poder buscar la reformulación en línea del *stakeholder* investigado.

i. Impactos en las personas beneficiarias

El mapa de impactos de las personas beneficiarias incluye once impactos finales que se han evaluado a través de una encuesta a personas beneficiarias del programa y son los siguientes:

1. Mayor tranquilidad en el día a día de las personas beneficiarias. Todas las personas en los grupos de discusión hacían referencia a la desaparición de la intranquilidad en su día a día gracias a la participación en el programa. Esto se expresaba a través de sentirse más seguras en su día a día, a tener menos ansiedad y sensación de incertidumbre por diversas causas.
2. Mejores hábitos de alimentación en las personas beneficiarias. En los grupos de discusión salió reflejado que algunas de las personas participantes del programa habían mejorado los hábitos alimenticios gracias a su entrada en bolsa. Esto se producía, según explicaban, o bien porque aumentaba la calidad de las comidas consumidas, o bien porque aumentaba el número y la cantidad en las comidas realizadas dada la mayor capacidad de ahorro que supone un alquiler más asequible y la formación en gestión de la economía doméstica que facilita disponer de presupuesto para dedicar a otras necesidades.
3. Mejora de las relaciones familiares se mencionaba como un impacto de estar en el programa gracias, entre otras cosas, a tener un espacio físico suficiente que evita los problemas relacionados con situaciones de hacinamiento, así como la mayor tranquilidad y menos estrés que implica contar con una estabilidad residencial.
4. Mayor capacidad para defenderse y reivindicar sus derechos como inquilino/a dado que gracias al programa las personas inquilinas y la formación relacionada con la legislación y la Ley de Arrendamientos Urbanos (LAU).
5. Hacer más ejercicio físico dado el entorno de la vivienda del programa y la posibilidad de enfocar la energía en gestionar otras necesidades a partir de la mayor estabilidad residencial que entrega la vivienda del programa.
6. Mejora de la empleabilidad de las personas beneficiarias gracias a su participación en el programa y el asesoramiento e información proporcionada acerca de cursos de empleo y recursos disponibles en el entorno cercano de la vivienda.
7. Ha caído menos veces enfermo es mencionado en los grupos de discusión dada las mejores condiciones de vida que ofrece la vivienda como contar con un lugar de descanso adecuado y habitable.
8. Mejora/empeora de la localización con respecto a los desplazamientos cotidianos dada la vivienda alquilada con el programa.
9. Ha conseguido solicitar recursos y servicios públicos gracias a la asesoría e información proporcionada para acceder a ayudas y prestaciones económicas estatales, autonómicas y locales.
10. Mejora del ahorro energético a partir de la información facilitada desde el programa para solicitar ayudas relativas a campañas para el cambio de bombillas, temporizador para programar la caldera, cambio de neveras antiguas, entre otras.
11. Mejora de las relaciones de contactos y apoyo en el barrio.

ii. Impactos de los/as propietarios/as

1. Mayor sensación de tranquilidad en su vida diaria. Los/as propietarios/as aludían a tener mayor tranquilidad y a una menor sensación de estrés o preocupaciones asociadas a gestionar el alquiler de la vivienda.

- Sensación de contribuir a una iniciativa y causa social con su vivienda. En las entrevistas los/as propietarios/as referían a esta sensación al alquilar su vivienda a través de una entidad que colabora en la búsqueda de alternativa residencial con personas que enfrentan dificultades para acceder a un alquiler de manera autónoma.
- Mejora de la habitabilidad de la vivienda. Este impacto fue mencionado dado los apoyos de Provivienda para solicitar ayudas a la rehabilitación, la ayuda en la gestión de algunas reparaciones o arreglos varios.

iii. Impactos Provivienda

- Fortalecer su marca mediante la creación de reputación y nombre en el territorio en que se desarrolla el programa.
- Ampliar proyectos o programas a partir de las redes generadas por las bolsas. Se identifica en las reuniones con *stakeholders* de Provivienda las redes generadas con otras entidades del sector social o la Administración Pública en sus distintos niveles que dan lugar a nuevos proyectos.
- Ampliar líneas de intervención basadas en la estructura disponible de la bolsa.
- Patrimonializar vivienda para bolsa y otros programas. A partir de recursos del programa la entidad ha podido destinar tiempo de los equipos para la búsqueda y captación de vivienda para compra de la entidad en el marco del Plan Estatal de Vivienda que posibilita la compra de vivienda a entidades sociales para fomentar el alquiler de vivienda asequible a colectivos que enfrentan dificultades.

iv. Impacto Entidades Derivadoras

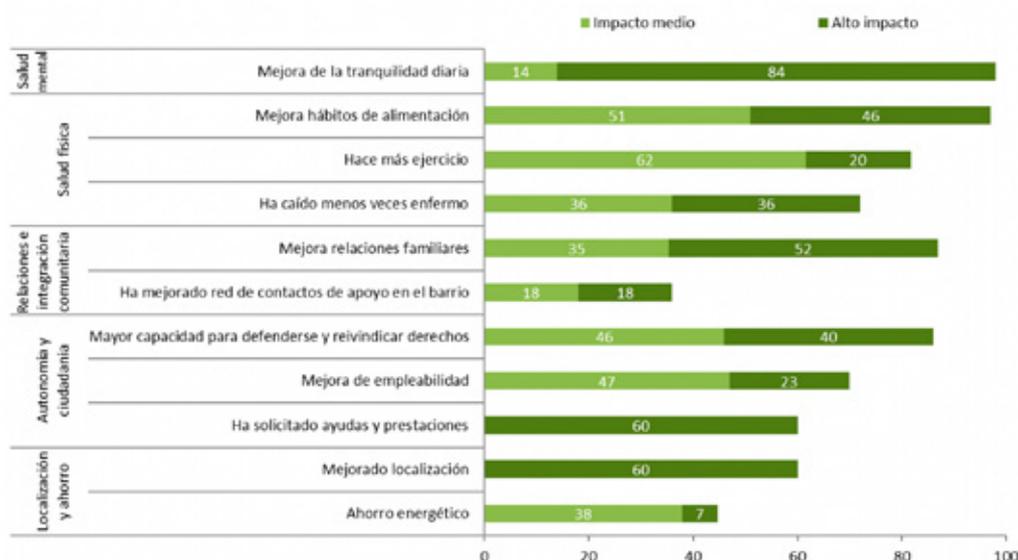
Y como impacto para entidades derivadoras, dentro de las que se encuentra Provivienda está la siguiente:

- Dar respuesta a las necesidades residenciales de las personas solicitantes. Conseguir que las personas que están en programas de alojamiento temporal en entidades puedan salir a una vivienda del programa de bolsa, evitando el mantenimiento en alojamientos para situaciones de vulnerabilidad residencial, de personas que habiendo hecho una mejora en sus condiciones no consiguen salir de esos recursos por no poder acceder a una vivienda de mercado libre. En este punto destaca la posibilidad que entrega la bolsa de entregar una solución residencial a través de la vivienda y la integración residencial a personas de otros programas que por diversas circunstancias se encuentran en situación de exclusión residencial. Para este impacto se podría haber tenido dos vías de medición, siendo incluido en personas beneficiarias del programa y dentro del *stakeholder* de entidades derivadoras, entendiendo que son ellas las que van a tener que dar cobertura a las necesidades residenciales de las personas que no pueden satisfacer las necesidades por sus propios medios.

3. IMPACTOS CONSEGUIDOS

a. Inquilinos/as

Gráfico 1. Porcentaje de impactos de inquilinos/as observados según nivel (n.º encuestados: 100).



Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: El impacto medio refiere a las categorías de respuesta poco y algo y alto impacto a las respuestas bastante y mucho. Dos impactos fueron evaluados con otra escala, el de solicitud de ayudas y prestaciones con respuesta dicotómica (sí/no) y el de mejora de localización con 3 categorías de respuesta (Sí, ha mejorado; No, ha empeorado; No ha cambiado). En ambos casos, la afirmación positiva refiere a presencia del impacto y se registra el impacto negativo en aquellos casos en que la vivienda empeora la localización.

Nota 2: El impacto de ahorro energético solo fue evaluado con población de Canarias (con un total de 29 encuestados).

Nota 3: Los impactos de haber solicitado ayudas y prestaciones y mejorado localización no cuentan con la categoría de impacto medio en su medición, por lo que no se recomienda comparar con el resto de impactos en esta desagregación.

Al analizar los impactos por nivel observamos que el de mayor tranquilidad en la vida diaria de la dimensión de salud mental continúa siendo el mayoritario, representando un nivel alto impacto para el 84 % de los/as inquilinos/as. En segundo lugar de alto impacto se encuentra el de haber solicitado ayudas y prestaciones y mejorado la localización, no obstante, como es señalado en la nota de la tabla, estos impactos no cuentan con categoría intermedia para realizar la distinción por lo que no se recomienda considerar en este análisis desagregado de manera comparada con los otros impactos. Así, el segundo impacto con mayor presencia al analizar por nivel (considerando el alto impacto) es la mejora de las relaciones familiares con un 52 y un 35 % impacto medio.

En la dimensión de salud física los impactos se concentran en mayor medida con un nivel de impacto medio. La mejora de los hábitos de alimentación continúa siendo el de mayor fuerza con un 46 % que lo reporta en nivel alto y un 51% en nivel medio, seguido de haber caído menos veces enfermo con un 36 % de alto impacto y la misma proporción un impacto medio y un 20 % que percibe alto impacto en la realización de más ejercicio físico frente al 62 % que tiene un impacto medio.

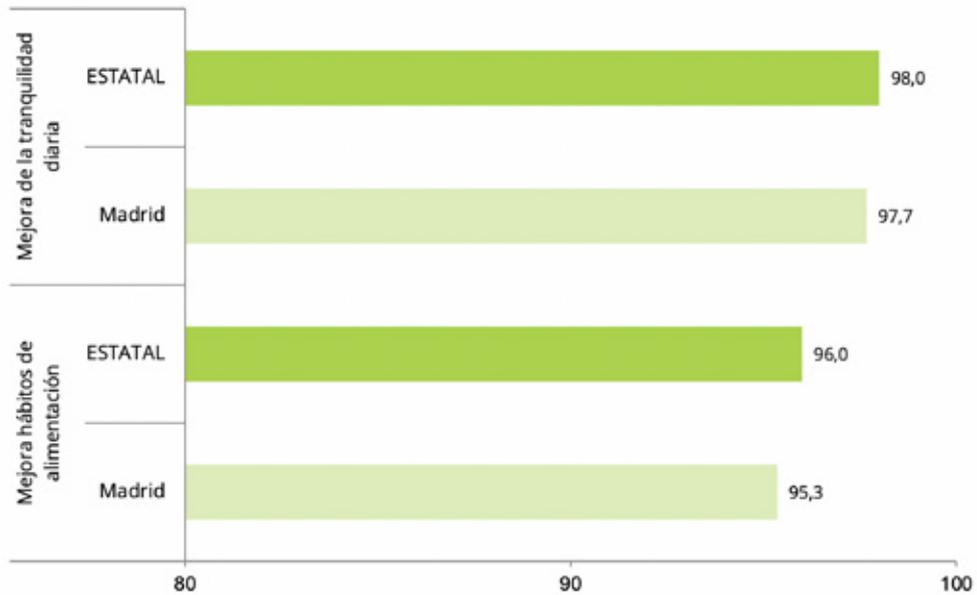
Los impactos de mayor capacidad para defenderse y reivindicar derechos y mejora de la empleabilidad concentran una mayor proporción en el impacto medio, especialmente en el de empleabilidad. La capacidad para defenderse y reivindicar derechos cuenta con un 46 % de impacto medio y un 40 % con alto impacto, y en la mejora de empleabilidad un 47 % en impacto medio frente al 23 % que asigna un alto impacto.

A continuación, se presentan gráficos con las proporciones de impacto del nivel estatal y de la Comunidad de Madrid a efectos de aproximar un análisis por Comunidades Autónomas, considerando las limitaciones de la muestra analizada y que no fue realizada por cuotas por comunidad, a continuación, se presentan gráficos con las proporciones de impacto del nivel estatal y de la Comunidad de Madrid que dado el pequeño número de muestra por territorio deben ser analizados con cautela.

A partir de los gráficos se observa que en seis de diez impactos una proporción similar²: tranquilidad en la vida diaria, mejora de hábitos de alimentación, realizar más ejercicio físico, haber caído menos veces enfermo, mejora de las relaciones familiares, y mayor capacidad para defenderse y reivindicar derechos. Hay una mayor proporción en Madrid respecto de la media estatal en los impactos de mejora de la empleabilidad, mejora de la localización, haber solicitado ayudas y prestaciones y mejorado las relaciones de contactos y apoyo en el barrio. No hay impactos que tengan una menor proporción que la media estatal en esta Comunidad Autónoma.

² Se mencionan aquellas diferencias de proporciones superiores o inferiores a alrededor del 5 % entre la media estatal y la territorial. Dado el pequeño número de muestras por territorio estos datos deben ser analizados con cautela.

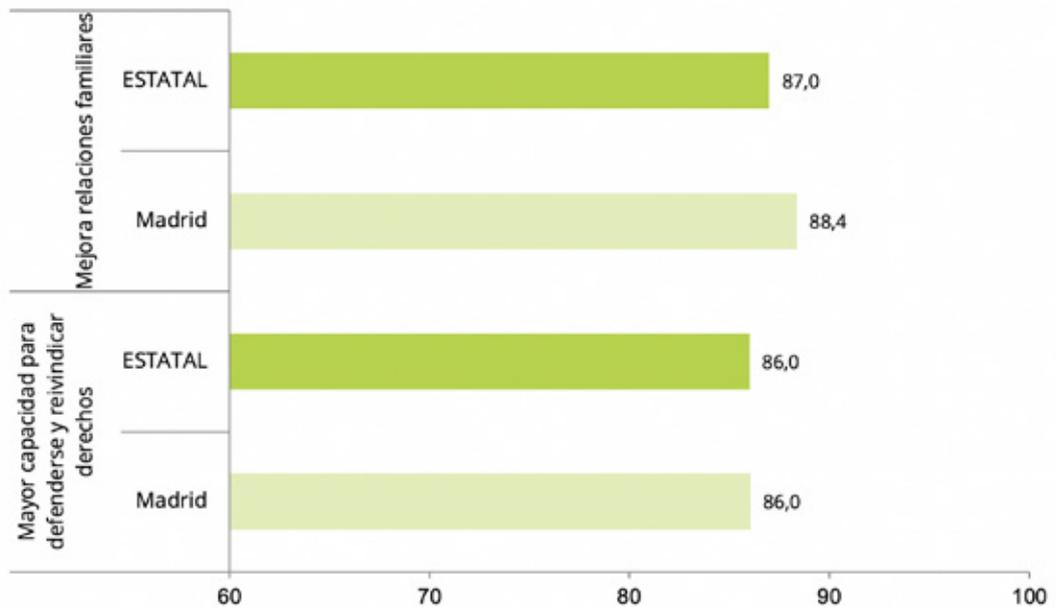
Gráfico 2. Porcentaje de impactos de inquilinos/as observados a nivel estatal y Comunidad de Madrid (n.º encuestados: 100).



Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: La muestra estatal es de 100 casos, de los cuales 43 son de Madrid.

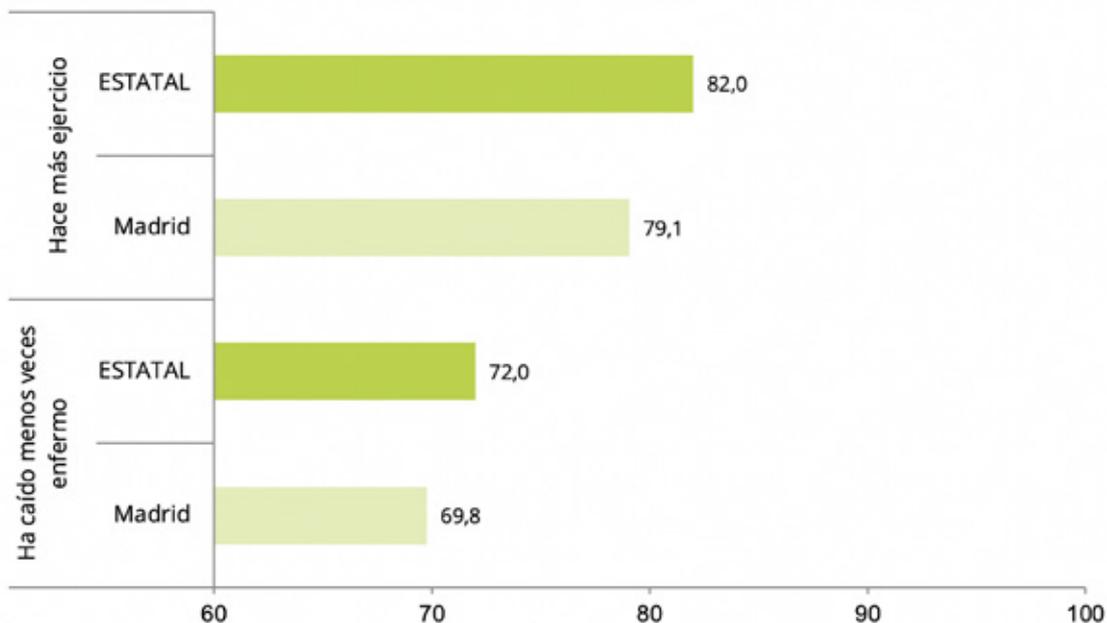
Gráfico 3. Porcentaje de impactos de inquilinos/as observados a nivel estatal y Comunidad de Madrid (n.º encuestados: 100).



Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: La muestra estatal es de 100 casos, de los cuales 43 son de Madrid.

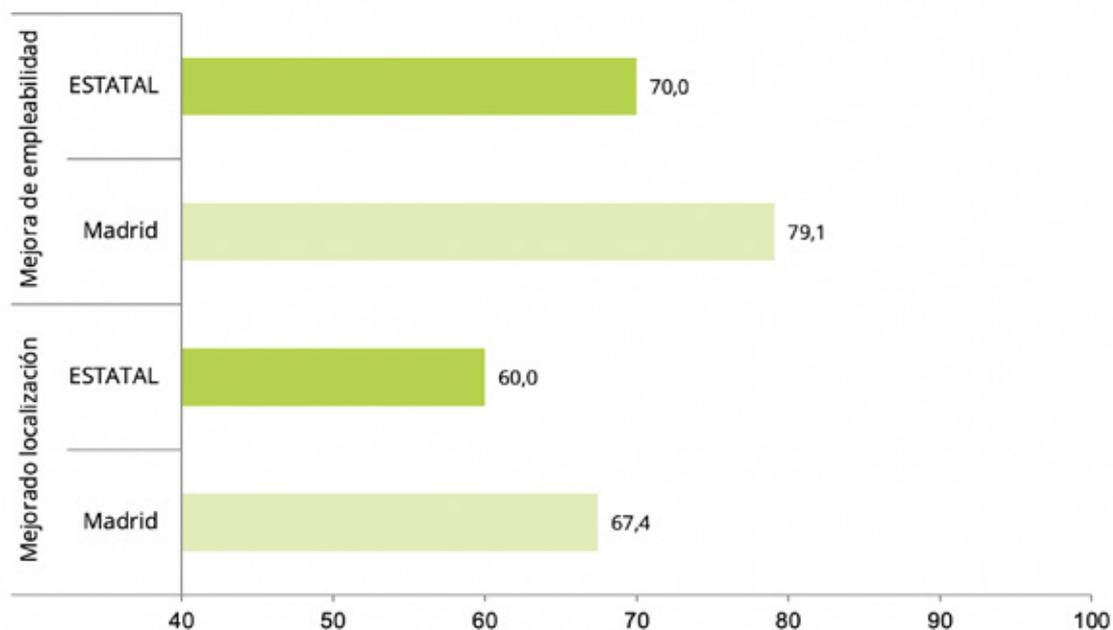
Gráfico 4. Porcentaje de impactos de inquilinos/as observados a nivel estatal y Comunidad de Madrid (n.º encuestados: 100).



Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: La muestra estatal es de 100 casos, de los cuales 43 son de Madrid

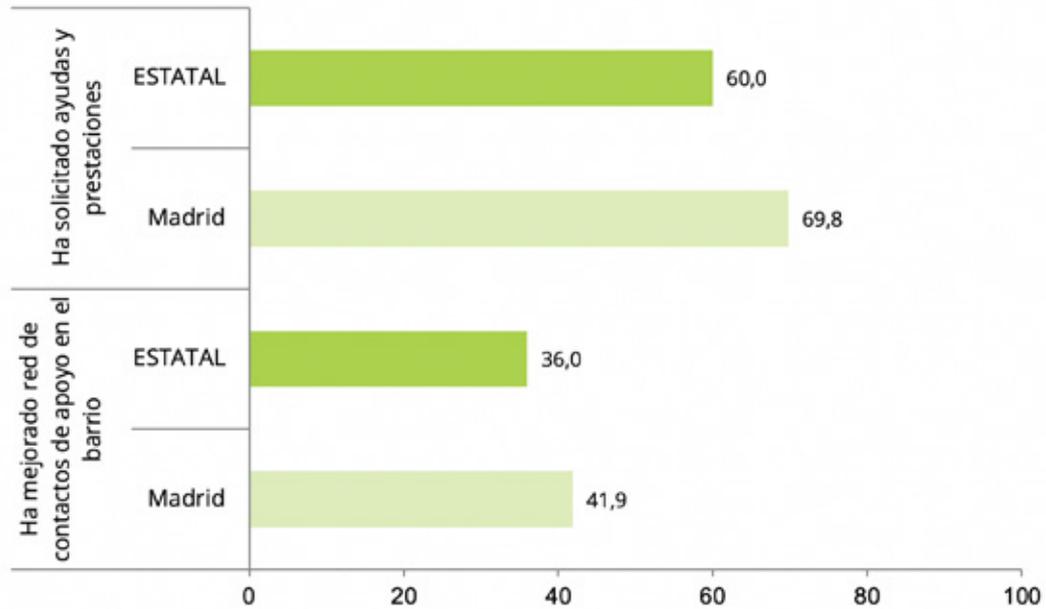
Gráfico 5. Porcentaje de impactos de inquilinos/as observados a nivel estatal y Comunidad de Madrid (n.º encuestados: 100).



Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: La muestra estatal es de 100 casos, de los cuales 43 son de Madrid.

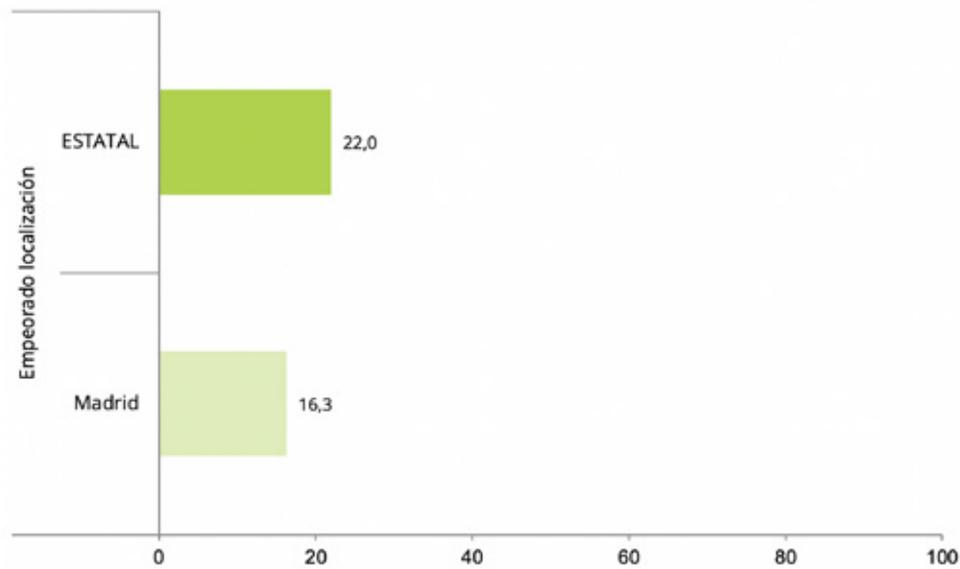
Gráfico 6. Porcentaje de impactos de inquilinos/as observados a nivel estatal y Comunidad de Madrid (n.º encuestados: 100).



Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: La muestra estatal es de 100 casos, de los cuales 43 son de Madrid.

Gráfico 7. Porcentaje de impactos de inquilinos/as observados a nivel estatal y Comunidad de Madrid (n.º encuestados: 100).

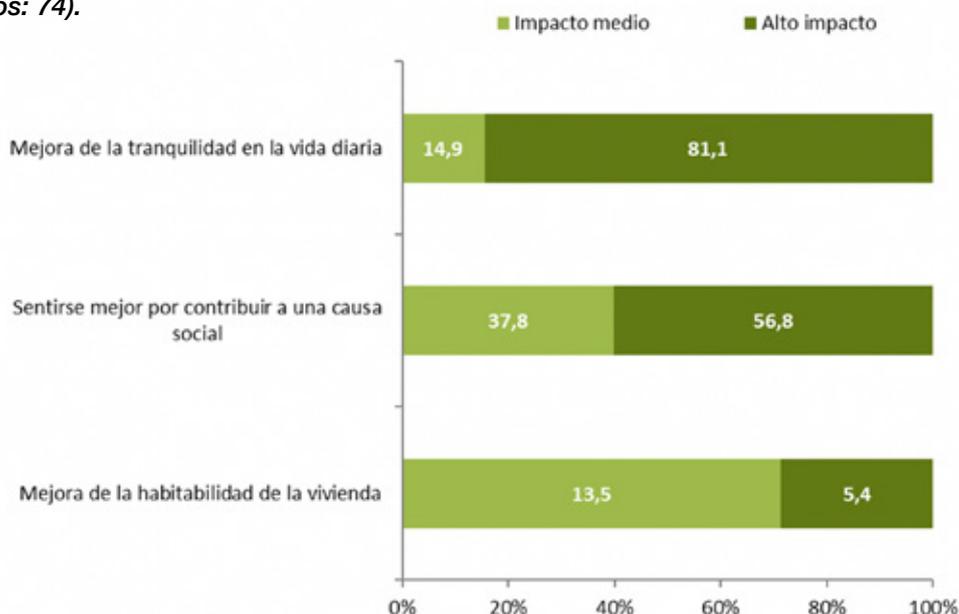


Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: La muestra estatal es de 100 casos, de los cuales 43 son de Madrid.

b. Propietarios/as

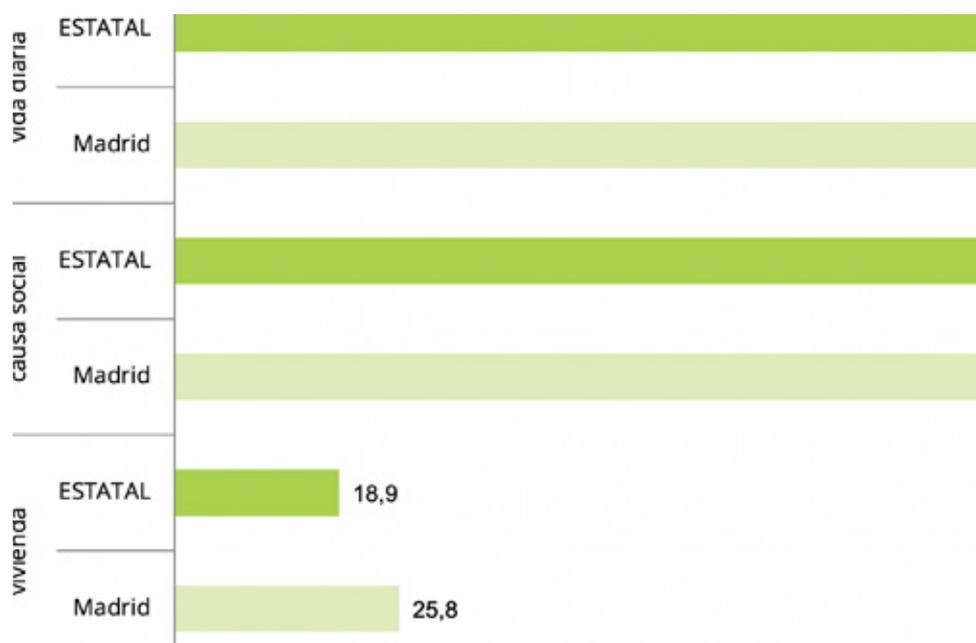
Gráfico 8. Porcentaje de impactos en propietarios/as del programa de bolsa de vivienda según niveles (n.º encuestados: 74).



Fuente: Elaboración propia.

Es posible observar que el impacto con mayor fuerza es la mejora de la tranquilidad en la vida diaria, con una gran mayoría que señala tener un alto nivel de impacto con 81,1 y un 14,9 % de impacto medio. El segundo impacto con mayor presencia de sentirse bien por contribuir a una causa social tiene un 56,8 % de las respuestas en nivel alto y un 37,8 % en impacto medio. De esta manera, es posible concluir que el mayor impacto para las personas propietarias del programa es la tranquilidad que genera la gestión de la vivienda por parte de la entidad. En cuanto al impacto de mejora de la habitabilidad de la vivienda, se da la paradoja en el proyecto de que las viviendas deben tener buenas condiciones de habitabilidad de partida, por lo que el impacto se producirá solamente sobre las viviendas que hayan tenido algún tipo de avería y se haya resuelto desde los equipos técnicos del programa y en algunos casos se subvenciona la mejora de la vivienda, es por ello que el resultado puede ser de los más bajos.

Gráfico 9. Se incluye un gráfico con las proporciones de impacto del nivel estatal y de la Comunidad de Madrid.



Fuente: Elaboración propia.

Nota 1: La muestra estatal es de 74 casos, siendo 31 de Madrid.

c. Provivienda

La medición de los impactos identificados en la etapa cualitativa se realiza a través de una encuesta interna, enviada a once personas informantes clave de la organización de los cuales se responden por nueve personas.

De acuerdo al levantamiento de información cualitativa realizado mediante grupos de discusión y entrevistas se han identificado los cuatro impactos para Provivienda y un impacto para entidad derivadora:

- Fortalecer la marca mediante la creación de reputación y nombre en el territorio.
- Ampliar proyectos o programas a partir de las redes generadas por las bolsas.
- Ampliar líneas de intervención basadas en la estructura disponible de la bolsa.
- Patrimonializar vivienda para bolsa y otros programas.
- Dar respuesta a las necesidades residenciales de personas de otros programas.

Al igual que con el resto de *stakeholders*, para medir estos impactos se consultó a informantes clave de la entidad en qué medida identificaban estos impactos en la organización a partir del programa de bolsa.

Es posible observar una presencia casi total de los impactos en perspectiva de las personas encuestadas, con la excepción de una persona que no identifica el impacto de ampliar líneas de intervención de la entidad basadas en la estructura disponible de la bolsa.

Tabla 3. Número de “stakeholders” de Provivienda e impactos observados a nivel estatal (5 casos).

Impactos	Presencia impacto	Ausencia impacto
Fortalecer la marca mediante la creación de reputación y nombre en el territorio	5	0
Ampliar proyectos o programas a partir de las redes generadas por las bolsas	5	0
Ampliar líneas de intervención basadas en la estructura disponible de la bolsa	4	1
Patrimonializar vivienda para bolsa y otros programas	3	0
Dar respuesta a las necesidades residenciales de personas de otros programas	4	0

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El impacto de patrimonializar vivienda ha sido contestado por 3 personas de Provivienda y el dar respuesta a necesidades residenciales por 4 personas.

Para una mayor desagregación de los resultados, se incluyen los resultados distinguiendo según el nivel de impacto, para lo cual se define un alto impacto y medio. Para la mayoría de los impactos se identifica un impacto alto sobre uno medio, excepto en el caso de dar respuesta a las necesidades residenciales de personas de otros programas que se encuentran equilibradas las respuestas.

Tabla 4. Número de “stakeholders” de Provivienda e impactos observados a nivel estatal (5 casos).

Impactos	Alto impacto	Impacto medio	Ausencia impacto
Fortalecer la marca mediante la creación de reputación y nombre en el territorio	3	2	0
Ampliar proyectos o programas a partir de las redes generadas por las bolsas	3	2	0
Ampliar líneas de intervención basadas en la estructura disponible de la bolsa	3	1	1
Patrimonializar vivienda para bolsa y otros programas	2	1	0
Dar respuesta a las necesidades residenciales de personas de otros programas	2	2	0

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El impacto de patrimonializar vivienda ha sido contestado por 3 personas de Provivienda y el dar respuesta a necesidades residenciales por 4 personas.

CALCULAR EL VALOR MONETARIO DE LOS IMPACTOS

Las siguientes tablas presentan un resumen del valor de los *outcome* para cada impacto de los *stakeholder* analizados para el nivel estatal y para Madrid.

Tabla 5. Valor “outcome” impactos a costes de media estatal.

Stakeholder	Impacto	Proxy	Fuente de verificación	Valor anual
Inquilinos/as	Mejora de la tranquilidad en la vida diaria	Coste sesiones quincenales de un psicólogo al año.	Coste medio de ciudades donde se desarrolla el programa.	1 536 €
Inquilinos/as	Mejora hábitos de alimentación	Coste sesión trimestral a nutricionista al año.	Coste medio de ciudades donde se desarrolla el programa.	340 €
Inquilinos/as	Mejora de las relaciones familiares	Coste sesión mensual de terapia familiar al año.	Coste medio de ciudades donde se desarrolla el programa.	924 €
Inquilinos/as	Mayor capacidad para defenderse y reivindicar sus derechos como inquilino/a	4 horas de consulta de asesoría legal con gestor o abogado profesional.	Tarifa media de consulta de asesoría legal con abogados de portales de contratación profesional y despacho de abogados.	568 €
Inquilinos/as	Hace más ejercicio físico	Cuota mensual de un gimnasio al año.	Tarifa media de cuatro gimnasios con locales en toda España.	452,4 €
Inquilinos/as	Ha caído menos veces enfermo	Coste medio de una visita al médico en España x 6.	Precios públicos de primera consulta en las diferentes Comunidades Autónomas donde se desarrolla el programa.	624 €
Inquilinos/as	Mejora de la empleabilidad	Coste de un curso de inserción/competencias laborales en formación profesional para el empleo (MITES).	Resultado de multiplicar el coste de la hora por el precio de un curso de Orientación e Inserción Profesional. Precios públicos recogidos en el mapa de especialidades de la FUNDAE (Fundación Estatal para la Formación en el Empleo) https://www.fundae.es/docs/default-source/convocatorias-de-subvenciones/convocatoria-planes-2022/resoluci%C3%B3n-boe-convocatoria-general-2022.pdf	755,7 €
Inquilinos/as	Mejora de la localización con respecto a los desplazamientos cotidianos	Cálculo del ahorro medio en kilómetros menos recorridos reportado en el cuestionario de inquilinos/as por valor litro de gasolina.	Ahorro de 25 kilómetros diarios en traslados, por 22 días laborables y 11 meses, considerando una media de gasto de 7 litros por km recorrido y un precio medio de 1,7 el litro de gasolina de 95.	748,7 €
Inquilinos/as	Empeora la localización con respecto a los desplazamientos cotidianos	Cálculo medio de kilómetros de más recorridos reportados en el cuestionario de inquilinos/as por valor litro de gasolina.	Coste de recorrer 85,4 kilómetros diarios en traslados, por 22 días laborables y 11 meses, considerando una media de gasto de 7 litros por km recorrido y un precio medio de 1,7 el litro de gasolina de 95.	2 459,8 €
Inquilinos/as	Ha conseguido solicitar ayudas y prestaciones	3 días de trabajo según salario medio de un trabajador social.	Anexo III Convenio general de centros y servicios de atención a la discapacidad https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-9974	225,4 €

Stakeholder	Impacto	Proxy	Fuente de verificación	Valor anual
Inquilinos/as	Ha mejorado sus redes de contactos y apoyos en el barrio	Cálculo del ahorro medio de las personas según tipo de apoyo recibido y su frecuencia reportada en cuestionario e inquilinos/as.	VII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, Convenio colectivo del Grupo de empresas Mercadona, S.A. y Fornis Valencians Forva, S.A. Unipersonal y Anexo III Convenio general de centros y servicios de atención a la discapacidad.	129,5 €
Inquilinos/as	Ahorro energético	Cálculo del ahorro medio anual declarado por los inquilinos/as en el cuestionario.	Ahorro promedio reportado en cuestionario de 12,5 mensual.	150 €
Propietarios/as	Mejora de la tranquilidad de la vida diaria	Coste anual de una agencia de gestión del alquiler en el mercado privado.	Tarifa media anual para un piso de 80 m ² según el coste medio en las principales ciudades del Programa a partir de "Alquiler Seguro", "Renta Garantizada" y "Tranquiler".	2 161,8 €
Propietarios/as	Se siente mejor por contribuir a una causa social	Cuota media de donaciones a asociaciones y ongs España.	Cuota media a asociaciones no gubernamentales según la Asociación Española de Fundraising.	144 €
Propietarios/as	Mejora de la habitabilidad de la vivienda	Cálculo de coste medio de mejora reportado vía cuestionario.	Coste promedio de mejora de habitabilidad reportado en cuestionario.	584 €
Provivienda	Fortalecer la marca mediante la creación de reputación y nombre en el territorio	Presupuesto estimado de agencia de comunicaciones.	Presupuesto de campaña comunicacional para el fortalecimiento de marca de la entidad un conjunto de actividades (campaña en redes sociales, piezas audiovisuales, notas en prensa local y organización de jornadas territoriales).	69 100 €
Provivienda	Ampliar proyectos o programas a partir de las redes generadas por las bolsas	Sumatoria de los costes indirectos de los proyectos adjudicados en 2021.	Presupuestos de los proyectos nuevos adjudicados en 2021 por Provivienda beneficiados por las redes generadas por bolsa de acuerdo a informantes Provivienda.	140 172,5 €
Provivienda	Ampliar líneas de intervención basadas en la estructura disponible de la bolsa	Sumatoria de coste de horas de dedicación de personal de bolsas a otros programas que usan su estructura.	Salario promedio por perfil profesional de bolsa de cada territorio que dedica horas de trabajo a otros proyectos de acuerdo a informantes Provivienda.	26 890,6 €
Provivienda	Patrimonializar vivienda para bolsa y otros programas	Cálculo del coste inmobiliario de la comisión a la compra de una vivienda en Canarias.	Comisión del 3% más IVA del precio de venta de las viviendas adquiridas en 2021.	4 864,2 €
Entidad derivadora	Dar respuesta a las necesidades residenciales de personas de otros programas	Cálculo del coste promedio de alojar unidades familiares dos programas de Provivienda.	Estimación del coste promedio de dar alojamiento a unidades familiares nuevas del programa de Bolsa de Barcelona.	2 084,6 €

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Valor “outcome” impactos a costes de Madrid.

Stakeholder	Impacto	Proxy	Fuente de verificación	Valor anual
Inquilinos/as	Mejora de la tranquilidad en la vida diaria.	Coste sesiones quincenales de un psicólogo al año.	Coste medio de ciudades donde se desarrolla el programa.	1 680 €
Inquilinos/as	Mejora hábitos de alimentación	Coste 1 sesión de un nutricionista x 4.	Coste medio de ciudades donde se desarrolla el programa.	360 €
Inquilinos/as	Mejora de las relaciones familiares	Coste 1 sesión mensual de terapia familiar x 12.	Coste medio de ciudades donde se desarrolla el programa.	840 €
Inquilinos/as	Mayor capacidad para defenderse y reivindicar sus derechos como inquilino/a.	4 horas de consulta de asesoría legal con gestor o abogado profesional.	Tarifa media de consulta de asesoría legal con abogados de portales de contratación profesional y despacho de abogados.	568 €
Inquilinos/as	Hace más ejercicio físico.	Cuota mensual de un gimnasio x 12.	Tarifa media de cuatro gimnasios con locales en toda España.	452,4 €
Inquilinos/as	Ha caído menos veces enfermo.	Coste medio de una visita al médico en España x 6.	Precios públicos de primera consulta en las diferentes Comunidades Autónomas donde se desarrolla el programa	690 €
Inquilinos/as	Mejora de la empleabilidad.	Coste de un curso de inserción/competencias laborales en formación profesional para el empleo (MITES).	Resultado de multiplicar el coste de la hora por el precio de un curso de Orientación e Inserción Profesional. Precios públicos recogidos en el mapa de especialidades de la FUNDAE (Fundación Estatal para la Formación en el Empleo) https://www.fundae.es/docs/default-source/convocatorias-de-subvenciones/convocatoria-planes-2022/resoluci%C3%B3n-boe-convocatoria-general-2022.pdf	755,7 €
Inquilinos/as	Mejora de la localización con respecto a los desplazamientos cotidianos.	Cálculo del ahorro medio en kilómetros menos recorridos reportado en el cuestionario de inquilinos/as por valor litro de gasolina.	Ahorro de 30,2 kilómetros diarios en traslados, por 22 días laborables y 11 meses, considerando una media de gasto de 7 litros por km recorrido y un precio medio de 1,7 el litro de gasolina de 95.	869,7 €
Inquilinos/as	Empeora la localización con respecto a los desplazamientos cotidianos.	Cálculo medio de kilómetros de más recorridos reportados en el cuestionario de inquilinos/as por valor litro de gasolina.	Coste de recorrer 85,4 kilómetros diarios en traslados, por 22 días laborables y 11 meses, considerando una media de gasto de 7 litros por km recorrido y un precio medio de 1,7 el litro de gasolina de 95.	3 023,8 €
Inquilinos/as	Ha conseguido solicitar ayudas y prestaciones.	3 días de trabajo según salario medio de un trabajador social.	Anexo III Convenio general de centros y servicios de atención a la discapacidad https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-9974	225,4 €

Stakeholder	Impacto	Proxy	Fuente de verificación	Valor anual
Inquilinos/as	Ha mejorado sus redes de contactos y apoyos en el barrio.	Cálculo del ahorro medio de las personas según tipo de apoyo recibido y su frecuencia reportada en cuestionario e inquilinos/as.	VII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, Convenio colectivo del Grupo de empresas Mercadona, S.A. y Fornis Valencians Forva, S.A. Unipersonal y Anexo III Convenio general de centros y servicios de atención a la discapacidad.	138,1 €
Propietarios/as	Mejora de la tranquilidad de la vida diaria.	Coste anual de una agencia de gestión del alquiler en el mercado privado.	Tarifa media anual para un piso de 80 m ² según el coste medio en las principales ciudades del Programa a partir de "Alquiler Seguro", "Renta Garantizada" y "Tranquiler".	2 698,1 €
Propietarios/as	Se siente mejor por contribuir a una causa social.	Cuota media de donaciones a asociaciones y ongs España.	Cuota media a asociaciones no gubernamentales según la Asociación Española de Fundraising.	144 €
Propietarios/as	Mejora de la habitabilidad de la vivienda.	Cálculo de coste medio de mejora reportado vía cuestionario.	Coste promedio de mejora de habitabilidad reportado en cuestionario.	757 €
Provivienda	Fortalecer la marca mediante la creación de reputación y nombre en el territorio.	Presupuesto estimado de agencia de comunicaciones.	Presupuesto de campaña comunicacional para el fortalecimiento de marca de la entidad un conjunto de actividades (campaña en redes sociales, piezas audiovisuales, notas en prensa local y organización de jornadas territoriales)	13 820 €
Provivienda	Ampliar proyectos o programas a partir de las redes generadas por las bolsas.	Sumatoria de los costes indirectos de los proyectos adjudicados en 2021.	Presupuestos de los proyectos nuevos adjudicados en 2021 por Provivienda beneficiados por las redes generadas por bolsa de acuerdo a informantes Provivienda.	5 000 €
Provivienda	Ampliar líneas de intervención basadas en la estructura disponible de la bolsa.	Sumatoria de coste de horas de dedicación de personal de bolsas a otros programas que usan su estructura.	Salario promedio por perfil profesional de bolsa de cada territorio que dedica horas de trabajo a otros proyectos de acuerdo a informantes Provivienda.	2 066,5 €
Provivienda	Dar respuesta a las necesidades residenciales de personas de otros programas.	Cálculo del coste promedio de alojar unidades familiares dos programas de Provivienda.	Estimación del coste promedio de dar alojamiento a unidades familiares nuevas del programa de Bolsa de Barcelona.	2 084,6 €

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Resultado SROI a nivel estatal.



Fuente: Elaboración propia.

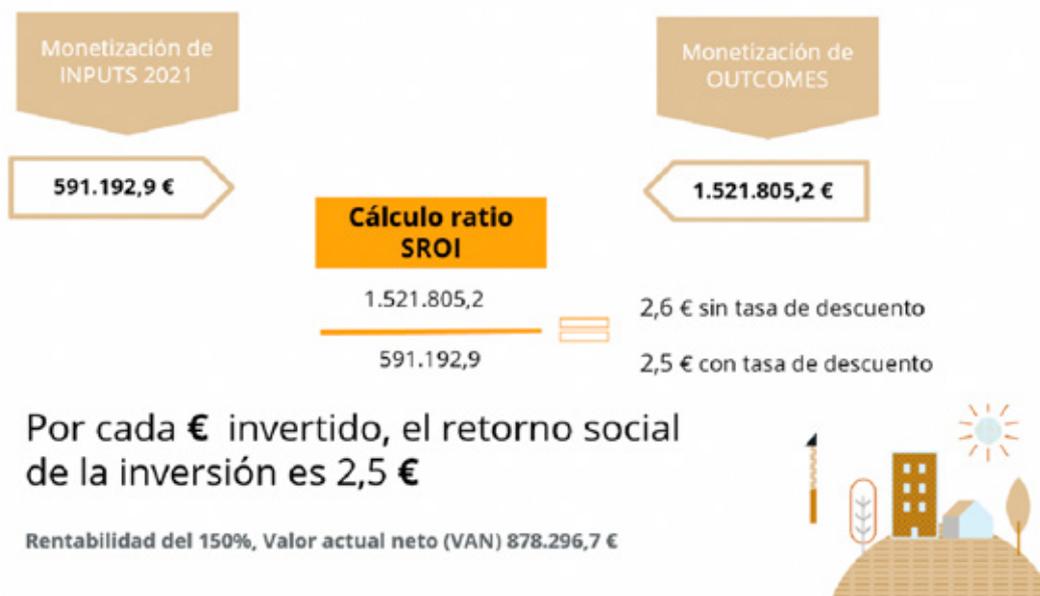
Figura 2. Resultado SROI en la Comunidad de Madrid.



Fuente: Elaboración propia.

Junto con el cálculo estatal y en la Comunidad de Madrid, a modo exploratorio se ha realizado una extrapolación de los resultados de la encuesta de inquilinos/as al conjunto de las unidades familiares alojadas en 2021 para obtener una estimación del análisis SROI si se encuestara a todas las personas inquilinas.

Figura 3. Resultado SROI simulado al extrapolar al total de unidades familiares alojadas en 2021.

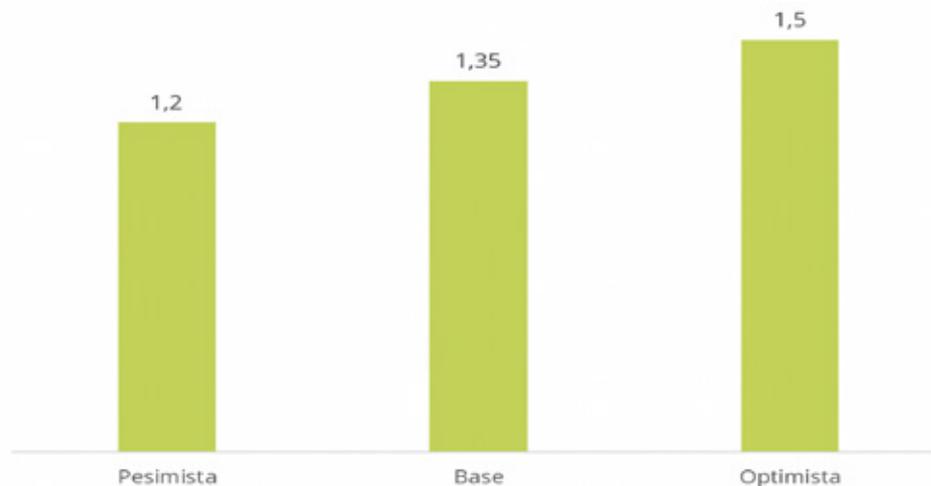


Fuente: Elaboración propia.

6. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

El análisis de sensibilidad realizado arroja las siguientes diferencias considerando los dos escenarios y criterios descritos en la Tabla 7.

Gráfico 10. Análisis de sensibilidad.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Criterios análisis de sensibilidad.

ESCENARIO	CRITERIOS
Optimista	Dar respuesta residencial a la totalidad de unidades familiares (no solo a aquellas derivadas)
	Rango superior del presupuesto de campaña comunicacional para el refuerzo de marca
	Reducción a la mitad del peso muerto de los impactos de ampliar proyectos y líneas de intervención
Pesimista	Reduce a la mitad atención psicológica para mayor tranquilidad en la vida diaria
	Reduce a la mitad asesoría legal para mayor capacidad de defenderse y reivindicar derechos

Fuente: Elaboración propia.

7. CONCLUSIONES DEL INFORME

A modo de conclusión general es posible señalar **que el retorno social de la inversión de los programas de bolsa de vivienda es positivo**, obteniendo 1,35 € por cada euro invertido, lo que muestra una rentabilidad del 35%.

El grupo de interés o *stakeholder* sobre el que tiene un mayor impacto social pero también económico es el de las personas inquilinas, destacando las dimensiones de **salud mental y física**, seguida de la **autonomía y ciudadanía**. Le siguen las entidades derivadoras, propietarios/as y en último lugar la propia organización (Provivienda). El impacto sobre las entidades derivadoras es el que de forma aislada genera mayor valor, el dar respuesta a las necesidades residenciales de las personas derivadas al programa es más elevado que el coste de alcanzar otros impactos de forma individual.

Dentro de las recomendaciones derivadas de la evaluación destaca el potencial del modelo de Bolsa para **impulsar políticas públicas locales y autonómicas basadas en evidencias** que garanticen el derecho a la vivienda, especialmente de quienes están en riesgo de exclusión residencial.

Junto con ello, y a modo de mejoramiento continuo del trabajo de la entidad y del monitoreo y evaluación del programa, surgen recomendaciones relativas a implementar un sistema de evaluación que incorpore indicadores de impacto extraídos de este análisis así como del cambio en la situación residencial de las personas beneficiarias. Esta evaluación incluirá una medición de pre y post para la revisión y mejora continua del programa, así como una medición para replicar el análisis SROI realizado en el medio plazo.

Raquel Aperador Muño
Asociación Española
Contra el Cáncer

Laura Esteban Moreno
Asociación Española
Contra el Cáncer

Paloma Sanz Hidalgo
Asociación Española
Contra el Cáncer

Comunicación 7

Abordaje multiprofesional del paciente paliativo y su entorno. Caso práctico

Resumen: La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su ampliación de la definición de cuidados paliativos lo definió como “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Es por esto por lo que las Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer de la Sede de Madrid están compuestas por un equipo multidisciplinar donde encontramos encontramos medico/a, enfermera/o, psicólogo/a y trabajador/a social. Los/as profesionales de Trabajo Social trabajan para cubrir las necesidades sociales, económicas y laborales de las personas afectadas de cáncer en la fase de final de vida, así como la soledad no deseada que puede existir.

Palabras Clave: Equipo multidisciplinar, Paliativo, Soledad no deseada, Cáncer, Trabajo Social.

Abstract: The World Health Organization (WHO), in its expansion of the definition of palliative care, defined it as “an approach that improves the quality of life of patients and families facing problems associated with life-threatening illnesses, through of the prevention and relief of suffering through the early identification and impeccable evaluation and treatment of pain and other problems, physical, psychological and spiritual.

This is why the Home Palliative Care Units of the Spanish Association Against Cancer at the Madrid Headquarters are made up of a multidisciplinary team where we find a doctor, nurse, psychologist and social worker. Social work professionals work to cover the social, economic and employment needs of people affected by cancer in the end-of-life phase, as well as the unwanted loneliness that may exist.

Keywords: Multidisciplinary team, Palliative, Unwanted loneliness, Cancer, Social Work.

1. CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD DE MADRID

1.1. Cuidados Paliativos en España

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como “el cuidado total activo de los/as pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos a “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

1. Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
2. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
3. No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
4. Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del/de la paciente.
5. Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los/as pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.

Como ha destacado la Organización Mundial de la Salud, los cuidados paliativos son uno de los pilares de la atención a los/as pacientes con cáncer y otros procesos crónicos en fases avanzadas y terminales.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo fundamental aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida de estos/as pacientes. Esto supone necesariamente que los/as profesionales y las administraciones sanitarias asuman el reto de prestar una atención integral que tenga en cuenta no solo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, sino también el que se preste en el lugar idóneo, con especial énfasis en el período agónico, y teniendo en cuenta a los familiares en el proceso de duelo cuando sea necesario.

Tal y como se señala en el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid (2017-2020), en el año 1998 tres áreas de salud junto con la Subdirección General de Atención Primaria (INSALUD), pusieron en marcha el proyecto Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD), con el objetivo de mejorar la calidad de la atención domiciliaria prestada en el ámbito de la Atención Primaria a los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilizados/as complejos y terminales.

Los ESAD tienen como papel fundamental el apoyar, formar y asesorar a los/as profesionales de Atención Primaria con el fin de dar una buena calidad en la atención domiciliaria. Asimismo, facilitar la coordinación con el nivel especializado y con los servicios sociales. Entre los aspectos fundamentales del Programa está la atención centrada en el domicilio.

El 10 de mayo de 2005, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados aprobó una Proposición no de Ley sobre cuidados paliativos. En ella se insta al Gobierno a impulsar, en el seno del Consejo Interterritorial, un análisis de la situación de los cuidados paliativos en España y el desarrollo de un Plan de Cuidados Paliativos para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que incluya aspectos organizativos, estructurales, de formación y de sensibilización e información.

En diciembre de 2005, la Dirección General de la Agencia de Calidad organizó la Jornada “Cuidados Paliativos en el Servicio Nacional de Salud: Presente y Futuro”, durante la cual se realizó una revisión profunda de la situación de los cuidados paliativos en España y cuyas conclusiones sirvieron, junto con las referencias anteriores, para el inicio del proceso de elaboración de esta Estrategia de Cuidados Paliativos para el Servicio Nacional de Salud.

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el día 29 de marzo de 2006 e integrada en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, dedica un amplio capítulo a los cuidados paliativos, destacando como objetivos prioritarios la atención integral a pacientes y familias y asegurar la respuesta coordinada entre los niveles asistenciales de cada área, incluyendo los equipos específicos de cuidados paliativos en hospital y domicilio.

Tal y como indica la Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud, los cuidados paliativos intentan dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los/as enfermos/as en fase avanzada y terminal y de sus familiares. Sus objetivos fundamentales son:

- Atención al dolor, otros síntomas físicos y a las necesidades emocionales, sociales y espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares.
- Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando al/a la enfermo/a ser escuchado/a, participar en las decisiones, obtener respuestas claras y honestas y expresar sus emociones.
- Asegurar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados.

Actualmente, los Cuidados Paliativos (CP) forman parte de las prestaciones sanitarias básicas en gran parte de los países desarrollados, también enmarcada en la legislación española:

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Decreto 63/1995, de 20 de enero, Sanidad (BOE núm. 102, de 29/4/1986) sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; Ley 16/2003, de 28 de mayo (BOE núm. 35, de 10 de febrero de 1995) de Cohesión y Calidad del Sistema (BOE núm. 128, de 29/05/2003).
2. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222 Nacional de Salud y de 16/09/2006).

En lo que respecta al ámbito oncológico, según indica el estudio sobre la situación de los cuidados paliativos en España presentado por la Asociación Española Contra el Cáncer, en 2022, la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos indica que, el número óptimo de recursos especializados en cuidados paliativos para una atención adecuada es 2 por cada 100 000 habitantes, uno hospitalario y uno domiciliario. De media, Europa tiene 0,8 y España 0,6.

Con estos datos es obvio que la población con cáncer con necesidades paliativas no ha recibido la atención que necesitaba.

Y destaca qué son los cuidados paliativos en diez puntos:

- Son el derecho a recibir cuidados que tienen las personas con enfermedades amenazantes para la vida en fase avanzada.
- Son la atención de forma integral, individualizada y continuada tanto del paciente como a su familia.
- Tienen como finalidad prevenir y aliviar el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual del paciente y su familia.
- Se integran en la atención a los pacientes desde que se identifican necesidades paliativas, complementariamente al tratamiento.
- Continúan más allá del fallecimiento, acompañando a la familia y seres queridos durante el proceso del duelo.
- Se centran en la persona enferma, respetando su biografía, valores, principios y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a cómo el marco normativo nacional gustaría que fuera esta atención.
- Los proporciona un equipo interdisciplinar compuesto por profesionales de la medicina, enfermería, psicología, trabajo social y asesoría espiritual que están formados específicamente para realizar estos cuidados.
- Se pueden recibir en cualquier ámbito de atención, en el domicilio, hospital y/o centro residencial.
- Incluyen la coordinación y cooperación con otros/as profesionales (atención primaria, especializada, ámbito sociosanitario), y la comunidad, para ayudar al paciente y a su familia
- Implican sensibilizar, capacitar y concienciar a los/as profesionales, a la sociedad global, y la Administración sobre el valor de cuidar.

Finalmente señala que, en el año 2020, el 62 % de la población susceptible de recibir cuidados paliativos era oncológica (según el modelo de mínimos de McNamara). Pero según los últimos datos disponibles ofrecidos por SECPAL, solo 49,2 % lo recibió. El déficit de recursos, la falta de información, la implantación desigual de la “Estrategia en Cuidados Paliativos del Servicio Nacional de Salud” en las CC.AA., o la falta de equipos multidisciplinares son las principales causas.

Todo esto nos deja patente que la situación de los cuidados paliativos en España es deficitaria y que todavía queda mucho por hacer.

2.2. Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid

Antes de indicar cuál es la situación actual de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid, es importante conocer la evolución y el crecimiento de este, según se recoge en el Plan Integral de la Comunidad de Madrid (2017-2020):

- En 1991, en la Comunidad de Madrid, inician su actividad las Unidades Específicas de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón, la Unidad Domiciliaria de la antigua Área Sanitaria 49 y la Unidad Integral de Cuidados Paliativos para Atención Domiciliaria de la Asociación Española Contra el Cáncer en colaboración con el Hospital Clínico San Carlos.
- En el año 1993 se crea la Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME) en el Hospital de San Rafael, concertada con el INSALUD.
- En los siguientes años la Asociación Española Contra el Cáncer en coordinación con las Direcciones Asistenciales Hospitalarias y de Atención Primaria, extendió la atención paliativa domiciliaria, hasta un total de ocho equipos, a las áreas sanitarias 2, 5, 6 y 8 y un equipo de apoyo no asignado a un área definida.
- En 1997 se firma el “Acuerdo Marco para la Actuación coordinada en la lucha contra el cáncer entre el INSALUD y la Asociación Española Contra el Cáncer”, en el que quedan recogidas las actuaciones en materia de Cuidados Paliativos.
- En 1998 en el ámbito de Atención Primaria, tras los buenos resultados obtenidos con la experiencia piloto del proyecto “Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte” (ESAPD) 12 en tres áreas sanitarias de Madrid, el programa se extiende a todas las áreas sanitarias, 11 en total, con el objetivo inicial de ser equipos de apoyo para Atención Primaria en la atención a “pacientes con enfermedades crónicas evolutivas con limitación funcional y/o inmovilizados complejos y terminales”, en los siguientes años, y dadas las necesidades de la población, los objetivos asistenciales de los ESAPD se focalizan progresivamente en la atención a los pacientes con necesidades paliativas más complejas.
- Entre los años 1994 y 1998 se ponen en marcha las Unidades de Cuidados Paliativos de hospitalización de Media Estancia de los hospitales de la Fuenfría, clínica SEAR, Fundación Instituto San José, Virgen de la Poveda y Hospital de Guadarrama.
- Entre 2002 y 2012 se amplían progresivamente estos recursos y se implantan unidades similares en el Centro de Humanización de la Salud Religiosos Camilos, Fundación Vianorte Laguna, Hospital Beata María Ana de Jesús y Hospital Universitario de Santa Cristina. En el año 2003, los/as profesionales de la Comunidad de Madrid dedicados/as específicamente a los Cuidados Paliativos constituyen la Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos (AMCP), que un año más tarde participa activamente con la Consejería de Sanidad en la elaboración del Primer Plan Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008, que nace con el objetivo de impulsar el desarrollo de los Cuidados Paliativos en todos los niveles asistenciales, implantándose recursos específicos en los hospitales de tercer nivel y mejorando la accesibilidad de los/as pacientes a la atención paliativa.
- En esta línea y en el marco del Plan Regional de Cuidados Paliativos 2005-2008, en el año 2007 se crean los Equipos de Soporte Hospitalario (ESPH), inicialmente en cuatro hospitales universitarios, la Paz, Gregorio Marañón, Clínico y Doce de Octubre, ampliándose posteriormente a los hospitales de la Princesa, Príncipe de Asturias, Puerta de Hierro, Ramón y Cajal, Severo Ochoa, Getafe y Móstoles.
- En el año 2008 se implantan las Unidades de Hospitalización de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA), para pacientes con necesidades paliativas de alta complejidad en dos hospitales universitarios, la Paz y el Clínico San Carlos, y unos años después en la Fundación Jiménez Díaz.
- En ese mismo año se amplía la cobertura de Cuidados Paliativos a la población pediátrica implantándose la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP) en el Hospital Infantil Niño Jesús.
- Ante el creciente número de recursos paliativos específicos en los distintos niveles asistenciales, en noviembre de 2008 la Consejería de Sanidad crea la Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos (CRCP), que es el órgano responsable de la organización, gestión y desarrollo de los Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid.
- En 2009 la Consejería de Sanidad y la Fundación Obra Social la Caixa firman un convenio de colaboración para impulsar el desarrollo de varios programas entre los que se encuentra el de “Atención Integral a personas con enfermedades avanzadas”, mediante el que Equipos de Atención Psicosocial (EAPS) formados por psicólogos/as y trabajadores/as sociales son integrados en los equipos de cuidados paliativos para dar apoyo psicológico y social a los/as pacientes y sus familias.
- En el año 2010 se presenta el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos 2010-2014 de la Comunidad de Madrid, con el lema “Atención Paliativa para todos y a todas horas” que supuso el desarrollo de medidas innovadoras de gran impacto como fueron la creación de la Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24 (UAPCPal24) y la creación de una herramienta de InfoPal, la herramienta de información específica de cuidados paliativos común para todos los/as profesionales de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid.

Actualmente, los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid se gestionan a través de la Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos.

Esta oficina desarrolla, tal y como indica la Comunidad de Madrid en su web, las funciones de coordinación y asesoramiento en relación con todas las actividades y recursos de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Además, señalan que entre sus principales objetivos destacan:

- Elaborar y desarrollar las Estrategias de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.
- Promover el desarrollo del Programa Regional de Cuidados Paliativos.
- Fomentar el conocimiento de los Cuidados Paliativos a la ciudadanía.
- Mejorar la formación en Cuidados Paliativos de los/as profesionales en los distintos ámbitos asistenciales.
- Potenciar la investigación en esta materia.

En la Comunidad de Madrid, además de la creación de la Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos, se aprobó en la Asamblea de Madrid, la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. Esta Ley ratifica el derecho de los/as pacientes a recibir Cuidados Paliativos y a la formulación de Instrucciones previas.

Esta Ley tiene como objeto regular y proteger el ejercicio de los derechos de las personas a una adecuada atención sanitaria en el proceso de morir, establecer los deberes de los/os profesionales sanitarios/as que atienden a los/as pacientes que se encuentren en esta situación y definir las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a ofrecer con respecto a ese proceso.

Tal y como detalla la Ley, su ámbito de aplicación será el siguiente:

1. La presente Ley se aplica, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, a los/as pacientes que se encuentren en el proceso de morir o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, bien sea en su domicilio, en un hospital o en un centro sociosanitario, sin distinción entre establecimientos públicos o privados.
2. También se aplicará a los/as representantes de los/as pacientes, a sus familiares, al personal implicado en la atención sanitaria, a los centros sanitarios y a las entidades aseguradoras que presten sus servicios en la Comunidad de Madrid.

Y además presenta los siguientes principios:

1. El pleno respeto a la dignidad de la persona.
2. El valor de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona.
3. El respeto a los deseos, preferencias, creencias o valores de la persona, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
4. La garantía de que el rechazo de un tratamiento, o la interrupción de este, por parte de un/a paciente después de recibir la información adecuada, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral.
5. El reconocimiento del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos de calidad.
6. La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso de morir.
7. El derecho a una atención personalizada, deferente y respetuosa en todas las circunstancias.

Además de la creación de la Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos y de la aprobación de la Ley 4/2017, de 9 de marzo de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, la Comunidad de Madrid junto con la Consejería de Sanidad llevaron a cabo el Plan Integral de Cuidados Paliativos, en el que se enmarcan las líneas estratégicas para el impulso de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid.

Tal y como señala la página web de la Comunidad de Madrid, este Plan Integral 2017-2020 (el cual sigue vigente a fecha de hoy), está configurado a través de las once líneas estratégicas cuyo objetivo fundamental es seguir desarrollando la asistencia a las personas adultas, niños y adolescentes, que presentan enfermedades oncológicas y no oncológicas avanzadas con necesidades paliativas, así como a sus familias y allegados, proporcionando la atención de calidad que su situación requiere, mediante el Programa Regional de Cuidados Paliativos, que constituye un sistema integral e integrado de atención en el que están incluidos todos los niveles asistenciales, los/as profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

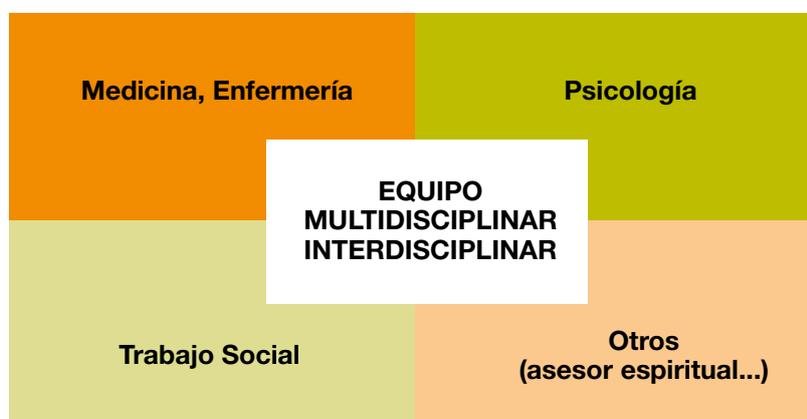
Además indican que el desarrollo de este Plan y el compromiso de la Consejería de Sanidad en contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria, se sustentan en los valores de la Sanidad Madrileña y en la realidad de los

Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid cuyo máximo exponente es la atención centrada en la persona, lo que implica, entre otros, el respeto a su dignidad y a sus valores, la promoción de su autonomía, la actitud compasiva de los profesionales ante su sufrimiento y la equidad en el acceso a los Cuidados Paliativos.

Es importante reseñar que los Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid están integrados, desde su nacimiento, en todos los niveles y ámbitos asistenciales, con equipos consolidados y profesionales con gran motivación y elevado nivel de competencias y con una progresiva implicación de los/as profesionales de los servicios convencionales en la atención a los/as pacientes con necesidades paliativas generales.

Para el desarrollo de la atención integral en el ámbito de los cuidados paliativos es preciso el abordaje de las necesidades psicológicas y sociales de los/as pacientes y sus familias, que en esta fase evolutiva de la enfermedad se hacen más manifiestas comprometiendo la calidad de vida y afectando no solo al/a la paciente, sino también a todo el núcleo familiar.

Imagen 1. Composición del Equipo Multidisciplinar del Equipo de Paliativos de la Comunidad de Madrid. (Imagen obtenida del Plan Integral de Cuidados Paliativos).



Mediante el presente Plan la Consejería de Sanidad trata de dar respuesta a las necesidades de atención paliativa de los/as pacientes de manera eficaz y eficiente, segura, adecuada a la demanda y continua en el tiempo en un sistema de atención integrado, para procurar el máximo nivel de calidad en el alivio del sufrimiento causado por la enfermedad.

Actualmente, tal y como señala el Plan Integral de Cuidados Paliativos, la Comunidad de Madrid se dispone de once Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) de titularidad pública y cinco Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias (UCPDAECC) concertadas con la Asociación Española Contra el Cáncer.

Su ámbito de actuación es el domicilio de los/as pacientes, realizando la valoración de las necesidades paliativas integralmente en todas sus dimensiones y gestionando la respuesta más adecuada para su resolución.

Su función principal es la atención paliativa a los/as pacientes con situaciones de media y alta complejidad y sus familias compartiéndola con los/as profesionales de Atención Primaria, la coordinación con la Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24 para garantizar la atención paliativa continuada 24 horas y con los recursos tanto generales como específicos de Atención Hospitalaria cuando la situación del paciente o la familia lo requiere.

Asimismo, proporcionan apoyo, asesoramiento y formación específica en Cuidados Paliativos a los/as profesionales de Atención Primaria, participan en los programas de formación de Atención Hospitalaria y realizan investigación en cuidados paliativos.

Imagen 2. Listado de los 11 Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (Imagen obtenida del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid).

EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAPD)	UBICACIÓN
ESAPD Norte	C.S. Reyes Católicos
ESAPD Este	C.S. Jazmín
ESAPD Este	C.S. Juncal
ESAPD Sureste	C.S. Arroyo de la Medialagua
ESAPD Centro	C.S. Espronceda
ESAPD Centro	C.S. O'Donell-Goya
ESAPD Sur	C.S. Huerta de los Frailes
ESAPD Sur	C.S. Sánchez Morate
ESAPD Oeste	C.S. Los Castillos
ESAPD Noroeste	C.S. Sierra de Guadarrama
ESAPD Noroeste	C.S. Legazpi
TOTAL	11

Además de los recursos domiciliarios con los que cuenta la Comunidad de Madrid, también existen las Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios (UCPD)-AECC, las cuales se desarrollaran en el siguiente punto y los Recursos hospitalarios. Actualmente veintidós hospitales de la Comunidad de Madrid disponen de unidades específicas de Cuidados Paliativos de distinta tipología, que garantizan la atención cuando el paciente necesita cuidados hospitalarios y presenta situaciones de alta complejidad. Estos recursos hospitalarios se desarrollan en:

- Equipos de Soporte Hospitalario (ESPH).
- Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA).
- Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME).

2.3. Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios en la Asociación Española contra el Cáncer de la Sede de Madrid.

La Asociación Española Contra el Cáncer, es una entidad pionera en la atención en el final de la vida. Fue la primera entidad social en poner en marcha unidades domiciliarias multidisciplinares de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en España en el año 1991, llegando a tener 62 unidades domiciliarias en el año 2005.

En el año 1992, la Asociación Española Contra el Cáncer en colaboración con el hospital Doce de Octubre y la Dirección de Atención Primaria de la antigua Área 11, implanta la unidad de cuidados paliativos de atención domiciliaria con el “Programa Coordinado entre Atención Especializada y Atención Primaria para la atención domiciliaria al paciente oncológico en situación terminal”, en el Área 11, siendo el primer programa con un modelo de atención integral al paciente y la familia cuyos objetivos eran la atención directa al paciente con necesidades paliativas complejas y la atención compartida basada en la coordinación entre los/as profesionales de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Cuidados Paliativos, con el asesoramiento y apoyo a los/as profesionales de Atención Primaria en la atención a pacientes con necesidades paliativas no complejas y la formación estructurada en Cuidados Paliativos a estos/as profesionales, siendo este modelo, integrador e integrado en el Sistema de Salud, el que posteriormente se ha seguido desarrollando en las unidades de atención domiciliaria de la Comunidad de Madrid y de otras Comunidades Autónomas.

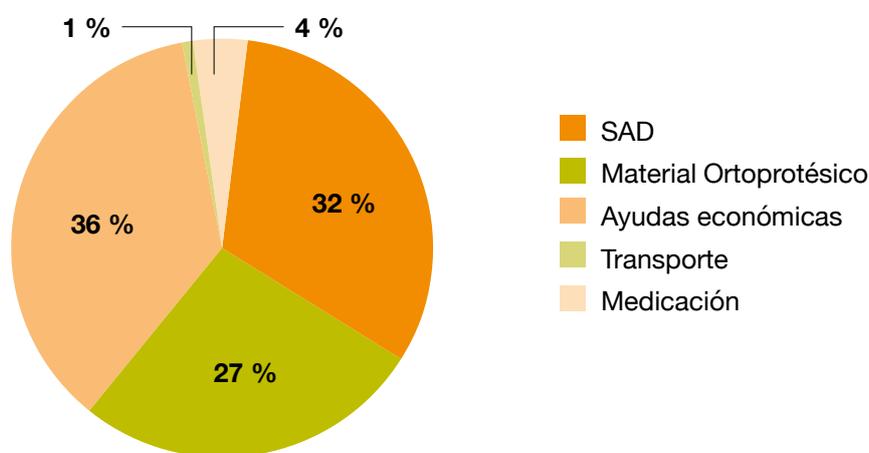
Desde 2007 se inicia un proceso de transferencia progresiva de estas unidades al Sistema Nacional de Salud. Actualmente la Asociación continua considerando prioritaria la atención a las personas afectadas por cáncer con necesidades de cuidados paliativos. Trabajamos para abordar sus problemáticas desde un punto de vista integral y multidisciplinar, paliando el impacto que tiene la enfermedad en la unidad familiar.

Tal y como se refleja en el estudio realizado por el Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, titulado “Problemas actuales, elementos de mejora y desafíos futuros de los cuidados paliativos en la población oncológica”, los equipos de atención a pacientes paliativos en domicilio están compuestos por un equipo multidisciplinar donde encontramos médico/a, enfermera/o, psicólogo/a y trabajador/a social.

Concretamente desde el servicio de Trabajo Social se trabaja para cubrir las necesidades sociales, económicas y laborales de las personas afectadas de cáncer en la fase de final de vida. Se gestionan ayudas económicas para la atención a personas con necesidades paliativas en exclusión socioeconómica, se trata de ayudas de emergencia que tienen como objetivo cubrir las necesidades económicas de las familias afectadas de cáncer provocadas o agravadas por la enfermedad (desplazamientos, gastos de farmacia, suministros básicos del hogar, etc.). Se realiza una valoración en cuanto a posibles necesidades de productos de apoyo (ayudas técnicas y material ortoprotésico): los productos de apoyo son un elemento esencial para mejorar la calidad de vida de la persona en situación de enfermedad avanzada y fase final de vida, por lo que desde el departamento de trabajo social se realiza un valoración de la situación del paciente y de su entorno de manera que se valora el apoyo o asesoramiento en la compra o alquiler de dicho material de manera que podamos aportar una calidad de vida tanto al paciente en situación de final de vida como a su entorno y especialmente a sus cuidadores/as principales. Desde la unidad de trabajo social también realizamos una orientación de derechos y gestión de recursos públicos y privados: se informa y orienta a las familias sobre las prestaciones sociales y recursos externos públicos y privados a los que pueden tener derecho (Servicio de Ayuda a Domicilio; Residencia y Centro de Día; Ley de Dependencia, etc.).

A continuación, mostramos gráficamente los servicios valorados y puesto en funcionamiento desde el departamento de trabajo social de las unidades de cuidados paliativos domiciliarios durante el año 2022.

Gráfico 1. Ayudas sociales concedidas de pacientes paliativos domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer. Año 2022.



Fuente: Elaboración propia.

Es importante indicar que cuando hacemos referencia a ayudas económicas, se refieren a ayudas monetarias. Sin embargo, en el resto de conceptos, se activa el servicio a través de un tercero.

3. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR. CASO PRACTICO

Cesáreo, varón de 80 años, vive con su mujer Ángela de 78. El matrimonio tiene tres hijos y cinco nietos, todos ellos viven de forma independiente en el mismo municipio. Diagnosticado de un cáncer de colon rectal en 2016. Tras diversos tratamientos y cirugías, se deriva a mediados de 2020 a la unidad de cuidados paliativos domiciliarios para el control y seguimiento de la aparición de los síntomas propios del avance de la enfermedad.

El matrimonio vive en una zona acomodada del municipio de Alorcón, vivienda de 120 m², cuatro habitaciones y dos baños. La finca, además, cuenta con portero físico prácticamente las 24 h., del día, ya que además de su puesto de trabajo, su vivienda se encuentra en la misma urbanización.

Tras esta primera descripción, este paciente no parece ser un caso de alta complejidad. Sin embargo, fue un caso grave de soledad. Soledad, en su caso, impuesta y no deseada.

El primer contacto con Cesáreo se tiene en septiembre de 2020. En esa primera visita, se detectaron ciertas señales de alarma:

- Reciente diagnóstico de Alzheimer de la mujer de Cesáreo, pero con síntomas de enfermedad desde hacía meses. Hasta ahora, él era el que ejercía de cuidador principal de su mujer. No habían iniciado ningún tipo de gestión de apoyos públicos.
- Ninguno de sus hijos/as y/o nietos/as (alguno de ellos mayor de edad) no estaban presentes en la visita pese a haberla planificado con unos días de antelación.
- La vivienda en general en óptimas condiciones de higiene. Contratada una persona para limpieza del hogar una vez por semana, dos horas.

Tras esta primera visita y recogido las primeras impresiones, el equipo valoró entrevistar a los/as hijos/as del/de la paciente para planificación de cuidados en domicilio. Aunque el primer objetivo del equipo era haber tenido una conversación en privado con los tres hijos, solo se pudo mantener dicha entrevista con uno de ellos. El resto de los seguimientos, se fueron haciendo telefónicos con otra de las hijas. La tercera hija, no mostró ningún interés durante todo el proceso, el equipo nunca llegó a conocerla.

Necesidades encontradas:

- Cambios de roles en el domicilio. Hasta ahora, Cesáreo ejercía de cuidador de su mujer, con claros síntomas de un posible Alzheimer desde hacía meses y que ya había iniciado intervención por neurología. Por lo tanto, ausencia de una figura de cuidador funcional con quien el equipo pudiera coordinar los cuidados del paciente.
- Disminución de la autonomía del paciente, provocada principalmente por astenia y dolor. Había dejado de realizar actividades con las que disfrutaba día a día: paseos matutinos con su mujer, tomar café en un bar cercano, leer el periódico o simplemente, disfrutar del juego de la petanca de conocidos del barrio.
- Falta de apoyo por parte de los/as hijos/as-nietos/as, nunca presentes en las visitas en domicilio a pesar de los esfuerzos por parte del equipo para poder coincidir con alguno de ellos/as y poder hacer un seguimiento más exhaustivo de la toma de medicación.
- Soledad, sentimiento que mostró al equipo, sobre todo en lo relacionado con los cuidados hacia la mujer y hacia él mismo.

Primeras acciones (septiembre de 2020-febrero de 2021):

- Búsqueda de un recurso más adaptado para la mujer de Cesáreo. Se trabajó en red con servicios sociales del municipio de Alcorcón. Se concedió plaza en residencia temporal hasta valoración de Ley de Dependencia. El matrimonio tuvo que invertir el 86 % de la renta per cápita de la unidad familiar.
- Valoración de soledad no deseada (sentimiento que se percibió más acentuado desde el ingreso de su mujer en residencia) a través de la ESCALA ESTE II. Los resultados arrojaron un nivel alto de soledad no deseada, por lo que se incorporó la figura del voluntario, que visitaba a Cesáreo una vez por semana.
- Tramitación de Ley de Dependencia en coordinación con servicios sociales municipales y su médico de cabecera.

Período de estabilidad (febrero-julio de 2021):

- Paciente estable en cuanto a síntomas. Se realizaron visitas bimensuales del equipo de paliativos a domicilio.
- Se realiza valoración de Ley de Dependencia y se le concede grado I. Objetivo de solicitar plaza en residencia o centro de día fallido. En coordinación con servicios sociales, se valora solicitar revisión pasados unos meses.
- La persona voluntaria que acude a domicilio indica que Cesáreo le trasmite sentimientos de tristeza porque no tiene con quien hablar. Se valora aumentar el acompañamiento introduciendo una o dos llamadas telefónicas de seguimiento a la semana.
- Incongruencias con el discurso que nos transmiten los/as hijos/as y con el del/de la paciente. Mientras que los/as hijos/as (dos de ellos/as) manifestaban que iban a ver a su padre todas las semanas en más de una ocasión, le llevan la compra, le cocinan para toda la semana, etc. El/la paciente indicaba que dichas visitas no eran tan frecuentes, no llegaba a ser muy claro, se avergüenza de ello. La poca implicación de los/as hijos/as es confirmada por el portero de la finca.

Período cambios (agosto-diciembre de 2021):

Durante este período, se detectan una serie de **señales de alarma** desde el propio equipo, así como por parte de otros agentes comunitarios que intervienen con Cesáreo: profesional de enfermería de su centro de salud, persona que tiene contratada para limpieza del hogar y por el portero del edificio:

- Aumento del sentimiento de inseguridad. En un mes se producen hasta cuatro caídas en domicilio. Se introduce el apoyo de su profesional de enfermería del centro de salud para realización de curas, que llega a acudir hasta dos veces por semana.
- Aislamiento dentro de su propia vivienda. Pasa la mayor parte del día encerrado en una de las habitaciones.
- Labilidad emocional cuando rememora a su mujer. Desde su ingreso, no ha ido a verla. Se consiguen realizar dos videollamadas con el apoyo de las profesionales de la residencia en coordinación con el equipo de paliativos.
- Pérdida de peso por falta de una alimentación saludable. Se alimenta a base de productos enlatados, refiere comer de pie, encima del fregadero para ensuciar lo menos posible.
- Dificultad para poder expresarse, pérdida de habilidades sociales.
- Compras innecesarias. Manifiesta que deja pasar a vendedores a su domicilio para poder charlar con alguien.
- Ante empeoramiento, se tramita revisión del grado de Dependencia en coordinación con los Servicios Sociales del Municipio y con su MAP.

Lunes 10 de enero de 2022. Se acudió al domicilio de Cesáreo tras aviso de su profesional de enfermería del viernes anterior, indica que ha vuelto a sufrir una nueva caída y que no logró convencer al paciente para que pudiera ser trasladado al hospital para valoración.

Tras varias llamadas para concretar visita y no contacto con el paciente, se decide acudir al domicilio. Con el apoyo del portero, se accede a la vivienda. Nos encontramos a Cesáreo en la habitación de siempre, sentado en una silla, semi caído y con sus necesidades hechas encima. Consciente pero totalmente desorientado, desconoce el tiempo que lleva así. No recuerda el día que es, si es de día o de noche, si ha comido o no. Refiere tener mucho dolor en cadera, se percibe un fuerte hematoma. Acepta ser trasladado al hospital y se procede a llamar a una ambulancia.

Durante la intervención en el domicilio se contacta con los hijos. Ninguno de ellos muestra interés en acompañar a su padre al hospital, alegando no poder abandonar su puesto de trabajo. Desde el equipo nos mostramos muy tajantes y trasladamos la situación de gravedad y abandono que sufre su padre. Finalmente, se consigue que la hija acompañe a Cesáreo al hospital en ambulancia.

Cesáreo permanece ingresado en hospital durante 5 días. En ese tiempo, el equipo cita de forma urgente a los hijos en despacho para trasladar la gravedad de la situación. Tras una larga conversación en la que, en un primer momento, entre los dos hijos se culpaban mutuamente, el equipo consigue que asuman la gravedad de la situación y emprendan cambios de cara al alta hospitalaria.

Entre ellas:

- Aumento de la contratación de ayuda a domicilio privada, de dos horas pasaron a cuatro horas semanales. El equipo valora la situación económica del matrimonio, desde el ingreso de Ángela en la residencia los ahorros familiares habían bajado de forma súbita. Por ello, se ayudó con seis horas de ayuda a domicilio semanales financiadas por la Asociación Española Contra el Cáncer de la Sede de Madrid para complementar la ayuda privada ya contratada.
- Liderar la revisión de grado de Ley de Dependencia. Hasta ahora, toda la tramitación había estado gestionada por los servicios sociales con el apoyo del equipo de domicilio.
- Mejora de la alimentación de Cesáreo. Se les propuso adherirse al servicio de catering municipal ante las dificultades que presentaban los hijos para que fueran ellos los que le llevaran/preparasen menús elaborados.
- Introducción de teleasistencia para evitar incidentes tan graves como el ocurrido días atrás.
- Desde nuestra parte, apoyo en todas estas gestiones y visitas de seguimiento semanales complementadas con su MAP y/o profesional de enfermería. Se continuó con el acompañamiento de voluntariado, tanto presencial (se pasó a dos veces por semana) como telefónico (dos veces por semana) Y se acordó que, llegado el momento, se trasladaría a Cesáreo a un hospital de cuidados paliativos.

Tras el alta de Cesáreo y traslado a su domicilio, se emprendieron todas y cada una de las acciones arriba descritas. Finalmente, a los 25 días de alta hospitalaria y tras empeoramiento de su estado de salud, Cesáreo fue trasladado a un hospital de cuidados paliativos donde falleció 10 diez días después.

CONCLUSIONES

El paso de un paciente oncológico del ámbito hospitalario a la unidad de cuidados paliativos domiciliarios debe ser considerada como un cambio de fase en todos los ámbitos. De tal forma que es importante detectar aquellas necesidades que puedan provocar un malestar que se suma a esta nueva situación del/de la paciente y la de toda su unidad familiar. Para ello, se llevará a cabo una valoración de la situación sociofamiliar, cultural, laboral, económica, situación administrativa, jurídica y de vivienda, en cada caso.

La Asociación Española Contra el Cáncer de la Sede de Madrid, pionera en la creación de unidades de cuidados paliativos domiciliarios, siempre tuvo claro que el equipo tenía que ser multidisciplinar. Dichas unidades fueron las primeras en contar con la figura del trabajador social como parte integrante del equipo domiciliario (medica/o, enfermera/o, psicóloga/o y trabajador/a social). Gracias a esto, se ha podido abordar el caso expuesto anteriormente dando una intervención integral tanto al paciente como a su entorno directo.

Lo más significativo del caso fue, que a pesar de que en un primer momento no parecía ser una situación que pudiera presentar dificultades en la intervención por los recursos con los que aparentemente contaba el paciente, se llegó a convertir en un caso de alta complejidad, en el que la valoración y reevaluación por parte de todo el equipo eran constantes. La intervención en sí sobrepasó la media en tiempo con respecto al resto de pacientes del programa de cuidados paliativos domiciliarios de Madrid -entre 3 y 6 meses- y se duplicaron los recursos empleados: número de profesionales implicados, gestiones realizadas, visitas a domicilio/entrevistas con familiares y trabajo en red.

Las principales señales de alarma que nos ayudaron a identificar esta situación como un paso de alta complejidad fueron las siguientes:

Tabla 1. Señales de alarma a tener en cuenta por la intervención psicosocial en domicilios.

SANITARIAS	PSICOSOCIALES
Descontrol de horarios.	Bajo estado de ánimo.
Aumento de accidentes en el domicilio (golpes, caídas, etc.).	Sentimiento de inseguridad.
Mala adherencia al tratamiento.	Acumulación/compra de cosas innecesarias.
Falta de autocuidado (descuido en cuidados básicos como alimentación, aseo, etc.).	Pérdida de habilidades de comunicación.

Fuente: Elaboración propia.

El equipo percibió que esas señales no eran deseadas por el paciente si no impuestas, perdurables en el tiempo y que afectaban a su bienestar y estado de salud. Síntomas claros de una soledad no deseada que llevaba sufriendo desde que su mujer abandonó la vivienda habitual para ingresar en una residencia. El propio paciente manifestaba que sus relaciones familiares eran insuficientes y no de la calidad y/o intensidad que desearía que fueran. Se sentía abandonado y poco apoyado por sus hijos, sentimientos que le hacían sufrir a nivel emocional y repercutían negativamente a nivel físico, tal y como se ha descrito anteriormente.

La Asociación Española contra el Cáncer de la Sede de Madrid se ha caracterizado siempre por proporcionar una visión completa e interdisciplinar de las personas que padecen cáncer, colocando siempre al paciente en el centro de la intervención. En un momento tan delicado con el final de vida, es imprescindible que la intervención de los/as profesionales sea integral, ya que, solo atendiendo todas las dimensiones del ser humano, lograremos ayudar a las familias a encontrar un sentido al sufrimiento que están viviendo.

“La soledad es muy hermosa ... cuando se tiene a alguien a quien decirselo”. Gustavo Adolfo Bécquer

ANEXOS

Escala ESTE II

FACTOR 1: PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
FACTOR 2: USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
FACTOR 3: ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL SUBJETIVA			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			

SOLEDAD SOCIAL	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Española Contra el Cáncer. (2022). *Impacto del cáncer en España: una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales*. Disponible en: https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto%20del%20cancer%202022_rev.pdf
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2022). *Resumen ejecutivo: Problemas actuales, elementos de mejora y desafíos futuros de los cuidados paliativos en la población oncológica*. <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/los-cuidados-paliativos-en-poblacion-oncologica-problemas-actuales-elementos-de-mejora-y>
- Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*. (2010). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
- Librada Flores, S., Herrera Molina, E., y Pastrana Urena, T. (2019). *Atención Centrada en la Persona al final de la Vida: Atención Sociosanitaria Integrada en Cuidados Paliativos*. Fundación CASER. <https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/atencionintegradaycp.pdf>
- Madrid Consejería de Sanidad y Madrid (Comunidad Autónoma), Consejería de Sanidad y Consumo. (2019). *Plan integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, 2017-2020*. Dirección General de Coordinación del a Asistencia Sanitaria Servicio Madrileño de Salud. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/plan-integral-cuidados-paliativos>
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2010). *Evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: <https://www.mptfp.gob.es/dam/es/portal/funcionpublica/evaluacion-politicas-publicas/Documentos/Evaluaciones/2010/E26.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de salud. Actualización 2010-2014*. Sanidad 2011; 23.
- Rubio y Rico (1999). *Escala ESTE II*. Universidad de Granada.
- SECPAL. *Geodirectorio de recursos de cuidados paliativos*. Diciembre de 2017. Accesible en: <https://arcg.is/0qTWzX>

Marta Gelpi Domínguez
Eva Ausina Valdearcos
Melisa Jiménez Ibañez

Comunicación 8

El rol del Trabajo Social dentro del Comité de Ética Asistencial del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Resumen: El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es un hospital característico del gótico catalán. Actualmente sus antiguos pabellones forman parte del Patrimonio Mundial de la UNESCO desde 1997 por su valor histórico desde la época medieval. La beneficencia como valor moral y la gratuidad asistencial hacia los pobres fueron los ejes asistenciales que marcaron un posicionamiento ético sólido institucional que ha perdurado hasta nuestros días. La continuidad histórica se hizo realidad con la necesidad obvia de creación de un Comité de ética Asistencial en el año 1994 que diera respuesta a las nuevas necesidades tanto médicas como asistenciales, de innovación y de investigación pero que siguiera manteniendo los derechos hacia los enfermos y el garante hacia su autodeterminación. Cabe destacar que el trabajo social dentro del hospital surgió mucho antes, fue en el año 1967 cuando se creó dentro del hospital el primer programa de Trabajo Social en Cataluña. El rol del/de la trabajador/a social dentro de la institución marcaría un camino asistencial con del paciente y también un empoderamiento progresivo dentro de los propios equipos de trabajo. Nuestra presencia dentro del Comité ha sido imprescindible e incuestionable desde los orígenes pudiendo aportar a los equipos esa mirada integral hacia el paciente y el garante a su autodeterminación.

Palabras Clave: Trabajo Social, Comité de Ética Asistencial, Autodeterminación, Bienestar, Ética, Bioética, Rol y empoderamiento.

Abstract: The Hospital de la Santa Creu i Sant Pau is a hospital with a characteristic Catalan Gothic style. Its old pavilions have been part of the UNESCO World Heritage since 1997 for their historical value since medieval times. Charity as a moral value and free care for the poor were the axes of care that marked a solid institutional ethical position that has lasted until today. Historical continuity became a reality with the obvious need to create a Care Ethics Committee in 1994 that would respond to new medical and care needs, innovation and research, but that would continue to maintain the rights of patients and guarantee their self-determination. It is worth noting that social work within the hospital emerged much earlier, it was in 1967 when the first Social Work program in Catalonia was created within the hospital. The role of the social worker within the institution would mark a care path for the patient and also a progressive empowerment within the work teams themselves. Our presence within the Committee has been essential and unquestionable since its beginnings, being able to provide the teams with a comprehensive view of the patient and the guarantor of their self-determination.

Keywords: Social Work, Care Ethics Committee, Self-determination, Ethics, Bioethics, Well-being, Role and empowerment.

I. BREVE HISTORIA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau tiene sus orígenes en el año 1401 con la fusión de los seis hospitales que había entonces en Barcelona en uno más grande, que sería gobernado por representantes de la ciudad y de la Iglesia a través de la Muy Ilustre Administración (MIA), institución que ha perdurado hasta nuestros días. Así nació el Hospital de la Santa Creu, claro ejemplo de gótico civil catalán.

A finales del siglo XIX, el paso de la asistencia sanitaria a la medicina científica, evidenció también la necesidad de un hospital mayor en un nuevo anclaje. (Recuperado en abril: <https://www.santpau.cat/es/web/public/historia>).

Fue el banquero Pau Gil, el 15 de enero de 1902 quien colocó la primera piedra del nuevo hospital. Es por este motivo histórico que, al antiguo nombre de "Hospital de la Santa Creu", se le añadió Sant Pau en su honor y agradecimiento.

De este modo, en 1930 se inauguró el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Gracias al arquitecto Lluís Domènech i Montaner (1850-1923) el proyecto se convirtió en el edificio civil más relevante del modernismo catalán (Ayuntamiento de Barcelona, 2016).

El conjunto arquitectónico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es un referente muy importante del patrimonio y la cultura de la ciudad de Barcelona, de la Comunidad Autónoma de Cataluña y del resto del Estado Español tanto por todo su valor arquitectónico como patrimonial.

En el año 1997 todo el conjunto arquitectónico fue declarado Patrimonio Mundial por la UNESCO por su singularidad constructiva y belleza artística.

Frente a las nuevas necesidades sanitarias y con la entrada del siglo XXI; el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau inició un importante proceso que culminó en el que es hoy su tercer emplazamiento, éste se empezó a construir en el año 2000 en la parte norte del recinto de Sant Pau, en la esquina de las calles Mas Casanovas y Sant Quintín. Este edificio está formado por un bloque principal que acoge básicamente la actividad ambulatoria (36.022 m²) del que se despliegan, como dedos, cuatro bloques de hospitalización (46.878 m²).

El nuevo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se inauguró en el año 2009 (Recuperado el 2 de abril en: https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_de_la_Santa_Cruz_y_San_Pablo)



Actualmente el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es centro de alta complejidad. Hospital de agudos enclavado en la Dreta del Eixample de Barcelona, referente de la Dreta-Litoral de la ciudad.

Su actividad asistencial y de investigación se extiende por toda la Comunidad Autónoma de Cataluña con una notable incidencia en el resto del Estado y proyección internacional.

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau tiene una importante función asistencial: (urgencias, hospitalización, hospitales de día y consultas externas) docente y de investigación.

La docencia llevada a cabo en el Hospital tiene un gran alcance: **Unidad Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona y Escuela Universitaria de Enfermería**, así como participación en el programa de formación sanitaria especializada, estancias formativas, formación continuada, etc.

La actividad en el ámbito de la **investigación** lo sitúa como uno de los centros hospitalarios más importantes de España con la creación el año 2009 del **Instituto de Investigaciones Biomédicas Sant Pau (IIB Sant Pau)**, acreditado por el Ministerio de Ciencia e Innovación desde principios de 2011.

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau está gobernado por el Patronato de la Fundación Privada de Gestión Sanitaria, donde están representados la Generalitat de Cataluña, el Ayuntamiento de Barcelona y el Arzobispado de Barcelona.

II. JUSTIFICACIÓN HISTÓRICA Y CREACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA) DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es un centro característico de la vida social, científica, cultural y religiosa de Cataluña desde la época medieval.

La **Beneficencia** ha sido el valor que ha identificado moralmente la trayectoria histórica del Hospital desde la época medieval. Beneficencia: **tanto como valor de gratuidad en la atención** (para aquellos que no podían sufragar los gastos sanitarios) y también, **como valor moral** propiamente dicho, para hacer el bien a las personas enfermas con el sólido apoyo de la iglesia (*Reglament del Comitè d'Ètica Asistencial de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 1999*).

Las dos Instituciones Religiosas Hospitalarias de la Santa Creu, tuvieron un papel imprescindible para la continuidad del Hospital y muchos profesionales de la medicina trabajaron de forma gratuita para los enfermos. Este importante valor moral identifica los orígenes más humanitarios del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

El patrimonio del Hospital proviene, aún ahora, de las donaciones de los ciudadanos.

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau fue pionero en:

- La creación del primer programa de Trabajo Social en Cataluña (1967).
- Tener el primer Comité Ético de Investigación Clínica (1989) que ya provenía del primer Comité de Ensayos Clínicos (1982).
- La regulación de normas del Cuerpo Facultativo (1960).
- Primer hospital donde se reconocen los derechos del enfermo en el estado español (1978).
- Creación del primer Programa de Calidad Asistencial del Estado Español (1981).

Este pasado basado en la beneficencia, el buen obrar, la moral de las profesiones sanitarias y la importancia de la participación democrática de los ciudadanos, ha sido la base de sustentación para la creación de un sólido tejido que derivaría unos años más tarde en la creación del comité.

En la asistencia sanitaria surgen cada vez más problemas que no están estrictamente relacionados con la actividad científica, sino que tienen relación con los valores éticos de los agentes implicados: pacientes, familiares y profesionales.

Además, las nuevas tecnologías, la toma de decisiones difíciles en la práctica clínica diaria, la prevención de la conflictividad y la necesidad de evitar actitudes puramente defensivas o la conveniencia de la reflexión ética de los y las profesionales sanitarias hacen necesaria la existencia de un CEA multidisciplinario que difunda los principios y valores de la bioética.

Estos deben regir la asistencia sanitaria y que esté al servicio de los y las profesionales y pacientes, para ayudar a analizar los dilemas éticos que puedan surgir en la práctica asistencial.

Por lo expuesto, y con el objetivo de mejorar el proceso y la calidad asistencial, la **Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (FGSHSP) creó el Comité de Ética Asistencial en el año 1994** al amparo del artículo 1.1 de la Orden del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, de 14 de diciembre de 1993 y fue acreditado mediante resolución de la Dirección General de Recursos Sanitarios (actualmente, Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitaria) de 22 de abril de 1997.

En 1994 ya se incorporó la presencia de la asistente social. Durante la década de 1990 existe un mayor impulso en la creación de los CEA. Inicialmente se crearon de manera voluntaria pero posteriormente, en algunas normativas autonómicas ya fue de obligado cumplimiento.

La creación del Comité de Ética Asistencial del Hospital de La Santa Creu i Sant Pau da respuesta de manera fiel al pasado histórico del hospital y a la continua necesidad de mejorar la asistencia y poder ofrecer un servicio integral de calidad.

III. DEFINICIÓN, FUNCIONES Y NOMBRAMIENTOS DEL CEA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Definición

El CEA es un comité consultivo y multidisciplinario que está al servicio de los profesionales y pacientes del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau para ayudar a analizar los dilemas éticos que puedan surgir en la práctica asistencial, así como transmitir los principios y valores de la bioética.

El CEA depende de la FGSHSP.

El objetivo principal es *ayudar a profesionales y usuarios/as a analizar y resolver los problemas éticos que puedan surgir en la práctica asistencial, con el objetivo último de mejorar la calidad.*

Las decisiones, respuestas que se dan no sirven para ejecutar una acción de manera definitiva, tomar ese posicionamiento son meramente informativas y basadas en una reflexión bioética del propio Comité y no tienen carácter vinculante.

Funciones

- a) Asesorar éticamente en la toma de decisiones y actuaciones relacionadas con la práctica clínica y asistencial a petición de los y las profesionales, usuarios y usuarias y de la propia Institución.
- b) Analizar, evaluar, elaborar y difundir entre los y las profesionales orientaciones y recomendaciones en aquellos casos y situaciones de conflicto ético, ya sea de forma preventiva o a petición de los y las profesionales o usuarios y usuarias.
- c) Aprobar y modificar el Reglamento de régimen interno que deberá ser ratificado por el Comité de Dirección de la Fundación.
- d) Elaborar guías, protocolos o recomendaciones de actuación en relación con aquellas situaciones clínicas y sanitarias habituales que planteen problemas éticos.
- e) Promover y organizar programas y actividades de formación y sensibilización en el campo de la bioética dirigido al personal del Hospital, así como a los usuarios y usuarias.
- f) Promover actividades de formación en bioética para los y las miembros del CEA. Procurando en todo momento el pleno cumplimiento de los derechos, la equidad y la dignidad de las personas.

El CEA tiene carácter consultivo y asesor, por tanto, **no son funciones del CEA:**

- a) Sustituir la decisión de los y las profesionales o la responsabilidad de quien haya solicitado asesoramiento.
- b) Realizar informes cuando la persona haya interpuesto una denuncia, queja o reclamación judicial o extrajudicial.
- c) Realizar informes periciales.
- d) Pronunciarse sobre la atribución de responsabilidades de cualquier persona, física o jurídica.
- e) Sustituir o desarrollar funciones propias de otros Comités y Comisiones del Hospital.

IV. MIEMBROS DEL CEA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

El presidente/presidenta del Comité es nombrado por la Junta del patronato, el resto de miembros, serán igualmente nombrados por la misma, a propuesta del presidente. El CEA aprobará una memoria anual de actividades que será presentada por el presidente o presidenta del CEA al Comité de Dirección de la Fundación.

En el nuevo Reglamento de 2023, pendiente de aprobación por la dirección hospitalaria, ya se habla de la necesidad de otras figuras de soporte a la presidencia como son la vicepresidencia y el secretario para el buen funcionamiento interno organizativo.

Actualmente el CEA está formado por 19 miembros y recientemente, se han incorporado miembros de diferentes disciplinas (hematología, ginecología e investigación) para dar respuesta a la mayor demanda de tipologías de consultas.

Miembros obligatorios

- Un mínimo de tres médicos y tres enfermeras asistenciales.
- Un profesional de la Dirección Asistencial del hospital.
- Un profesional de la Asesoría Jurídica o del Servicio de Medicina Legal.
- Un profesional del Servicio de Atención al Usuario (S.A.U.).
- Un miembro del Comité Ético de Investigación Clínica.
- Una persona ajena a la Institución con interés acreditado en el campo de la ética.
- Un miembro de la Comisión de Calidad Asistencial.

Miembros aconsejables

- Un trabajador social sanitario del centro.
- Un representante de las Asociaciones de Voluntarios vinculados al Hospital.
- Un miembro del personal administrativo.
- Un experto en ética.
- Un psicólogo.

Estos profesionales deben ejercer en el hospital.

El CEA podrá solicitar la intervención de un/a representante de los Servicios Religiosos del Hospital, en calidad de consultor externo, cuando la naturaleza del caso o consulta a valorar lo requiera.

También pueden formar parte transitoriamente aquellas personas que por su situación profesional e interés fuera conveniente puntualmente.

V. FUNCIONAMIENTO ACTUAL DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

La Comisión Permanente

La Comisión Permanente estará compuesta por el presidente o la presidenta, el vicepresidente o la vicepresidenta, el secretario o la secretaria y un vocal del CEA que se elegirá por mayoría simple de sus miembros.

Las funciones de la Comisión Permanente son:

- a) Realizar la propuesta de orden del día para las sesiones del plenario.
- b) Preparar las reuniones del plenario.
- c) Proponer temas a tratar en los grupos de trabajo y elevarlos al plenario.
- d) Hacer el seguimiento de los grupos de trabajo.
- e) Preparar y presentar los informes de los casos u otros documentos a discutir en el plenario (excepto los de la comisión *ad hoc*).
- f) Analizar las consultas y asuntos que requieran una respuesta urgente y crear comisión correspondiente.
- g) Velar por el cumplimiento del Reglamento de régimen interno del CEA.

h) Velar por la transparencia del Comité y de sus actuaciones; informando en plenario del trabajo que se realiza en la Comisión Permanente.

Las reuniones ordinarias o reuniones del Plenario estarán formadas por todos los miembros del CEA, tendrán una periodicidad mensual y en ellas se hablará tanto de las consultas como de los informes a emitir.

Las decisiones finales del Comité de Ética se tomarán durante las reuniones ordinarias y/o extraordinarias siendo necesaria la mitad + 1 como condición necesaria para tomar la misma.

También a propuesta de los miembros se puede proponer trabajar protocolos o bien hacer diferentes propuestas a profesionales para mejorar la práctica asistencial.

El presidente o bien dos de los miembros del Comité también pueden convocar reuniones extraordinarias.

El secretario hace las actas tanto en las reuniones ordinarias o del plenario como las extraordinarias.

Comisiones *ad hoc* o grupos de trabajo

En el marco del CEA y con el objetivo de agilizar y facilitar las deliberaciones del plenario, se podrán crear comisiones *ad hoc* o grupos de trabajo para tratar, revisar, discutir o estudiar temas específicos o para elaborar documentos.

El presidente o presidenta propondrá la creación de la comisión *ad hoc* o grupo de trabajo y nombrará un coordinador y un grupo de miembros del CEA para que trabajen sobre un tema específico.

Cada comisión *ad hoc* o grupo de trabajo redactará el documento que se le haya encargado y se valorará en Plenario para poder proponer las enmiendas pertinentes y aprobar la versión definitiva del documento antes de la entrega al solicitante.

El secretario hace las actas tanto en las reuniones ordinarias o del plenario como las extraordinarias.

VI. CIRCUITO DE FUNCIONAMIENTO. TIPOLOGÍAS DE SOLICITUDES

A través del correo cea@santpau.es se recibe la consulta del facultativo con una breve exposición del caso (número de historia y breve resumen). Automáticamente la presidenta envía el correo de la misma a los miembros del CEA y estos, pueden proponerse para formar parte de la Comisión *ad hoc* o bien, la presidenta puede nombrarlos. Cuanto antes, se desplazan generalmente: presidenta y 2 o 3 miembros más y se encuentran con el solicitante para hablar del caso.

- Revisión de protocolos y recomendaciones o directrices.
- Elaboración de protocolos, revisión de guías.
- Revisión de casos.
- Análisis de casos.

Cada solicitud requerirá una comisión *ad hoc* para su trabajo.

VII. DERECHOS Y DEBERES DE LOS MIEMBROS DEL CEA

Como vocales del CEA sus miembros deben asistir a las reuniones, participar con plena autonomía, aportar sus reflexiones, propuestas, discrepancias y aportarlos a la Presidencia. Justificar sus ausencias y dar cumplimiento al Reglamento. Respetar las opiniones minoritarias, guardar reserva y secreto de las decisiones tomadas y preservar la información personal en el campo de la bioética manteniendo siempre la confidencialidad.

Conflictos de interés

Los miembros del CEA se abstendrán del conocimiento, deliberación y decisión en aquellos asuntos en que pueda verse comprometida su independencia, imparcialidad u objetividad de criterio. En cualquier caso, será de aplicación el Protocolo en relación a los conflictos de interés de la Fundación.

Confidencialidad

Todos los miembros del CEA deben garantizar la confidencialidad de toda la información a la cual tengan acceso, preservando también el secreto de las deliberaciones entre sus miembros.

La vulneración de este deber de confidencialidad y secreto será causa de baja forzosa del CEA.

La renovación de cargos puede realizarse cada 4 años.

VIII. ÉTICA Y TRABAJO SOCIAL

La ética sería la disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano.

Tradicionalmente se diferencian en que la ética es la disciplina académica que estudia la moral. La ética no inventa los problemas morales, sino que reflexiona sobre ellos.

Las acciones relevantes para la ética son las acciones morales, que son aquellas realizadas de manera libre, ya sean privadas, interpersonales o políticas.

La ética no se limita a observar y describir esas acciones, sino que busca determinar si son buenas o malas, emitir juicio sobre ellas y así ayudar a encauzar la conducta humana.

A menudo, ética y moral son entendidos como sinónimos, a su vez ambos conceptos están impregnados por la noción de valores, término este último que acoge en su seno actitudes, creencias y principios, ya sean morales, religiosos políticos e ideológicos. Estos principios comprometen a diversas profesiones, entre las cuales está el trabajo social (Cáceres, *et al.*, 2009).

En la relación asistencial con el usuario, el trabajador social ha de encontrar el equilibrio entre conseguir la autodeterminación del usuario, tener en cuenta la legislación que enmarca el recurso y al mismo tiempo, los límites profesionales a los que se somete.

La intervención se realiza individual, con la persona; familiar, con la familia y su entorno y se adentra en el respeto hacia su cultura, su ideología y poco a poco, deberá encontrar la justa medida entre la demanda del usuario, el recuso más adecuado y al mismo tiempo; someterse o bien a la aceptación o, por el contrario, la confrontación del usuario/cliente.

Esta aceptación/confrontación se ocasiona debido a la expectativa del usuario.

Es importante una buena *comunicación interpersonal*, que pueda trabajar tanto la demanda expresada cómo la intrínseca; así como las posibilidades reales de la gestión del recurso.

A menudo en la práctica asistencial aparecen dilemas éticos ante dos posibles actuaciones y los beneficios y las repercusiones que estas acciones puedan ocasionar (la balanza riesgo/beneficio). El trabajador social se encuentra a diario con dilemas éticos a los que debe dar respuesta para intentar lograr el bienestar del usuario (RTS 2013). El dilema más habitual es el de poder servir de manera más competente al usuario para lograr su bienestar y al mismo tiempo, garantizar su autonomía. El conflicto entre autonomía y bienestar es inherente en la relación de ayuda del profesional de trabajo social (Salcedo, 2005).

Cuando damos autonomía al usuario generalmente pelagra el bienestar. La importancia de poder realizar un plan de trabajo con el paciente, a través de la empatía, asertividad es fundamental para trabajar esa balanza (autonomía/bienestar) y poder trazar un plan de trabajo juntos lo más consensuado posible.

Durante la práctica profesional, la responsabilidad fundamental del trabajador social es poder entender al paciente/usuario/cliente como una persona, es decir un agente racional capaz de actuar y pensar por sí mismo. Los valores, las creencias y objetivos del cliente han de ser la principal consideración moral del trabajador social y, por tanto, el respetar y facilitar su autodeterminación en la toma de decisiones. La autonomía del paciente como respeto a la identidad única de las personas y como parte de su bienestar (Salcedo, 2005).

El trabajador social con las acciones anti paternalistas da más autonomía al paciente, teniendo a menudo, más conflictos éticos en calibrar correctamente la balanza (autonomía/bienestar). Al mismo tiempo que se tiene que ganar la confianza del cliente y crear una buena base en la relación asistencial.

Esta acción del trabajador social es lo que Casado (2009) propone como reivindicación del papel de “... *los no-sanitarios en la relación asistencial, reinterpretar la autonomía del paciente para evitar los riesgos del paternalismo y el autonomismo extremos, y recurrir a la narrativa —tanto la artística como la más cotidiana—*”.

El trabajador social con acciones paternalistas muchas veces no facilita toda la información, la direcciona y orienta puesto que considera al usuario “indefenso” y su conocimiento experto le da autoridad para discriminar algunas opiniones, decisiones del cliente y, por tanto, ser más coercitivo en la toma de decisiones.

Las acciones paternalistas guían al paciente, pero no tienen siempre en cuenta sus creencias, valores, actitudes, etc. No permiten la autodeterminación (Salcedo, 2005).

Respetar la libertad y el derecho a la autodeterminación de las personas que atendemos requiere de un buen análisis de la situación, que incluya la opinión y la visión de las personas afectadas (RTS 2013).

Dentro del compromiso del profesional este busca también poder prestar el mejor servicio, siguiendo las normas y principios que guían la profesión.

El problema se presenta cuando el profesional puede elegir entre dos alternativas posibles, siguiendo las normas éticas de la profesión en la toma de decisiones. La resolución que se decida podrá provocar al usuario insatisfacción. Conviene deslindar, por tanto, las nociones: problema y dilema ético.

El primero nos sitúa ante una decisión profesional difícil, el dilema, sin embargo, implica dos alternativas posibles, susceptibles de causar un conflicto moral cuya delimitación resulta poco clara (Úriz y Ballester, 2006).

Los principios éticos propuestos por Biestek (1966), pese a su distancia en el tiempo, tienen plena expresión en nuestra contemporaneidad: *individualización, expresión de sentimientos sin censura, implicación emocional controlada, aceptación del usuario o cliente, no emitir juicios, derecho a la autodeterminación* (aspecto este que afecta de manera directa a la investigación que confiere sentido a este texto) y finalmente, *derecho a la confidencialidad*.

Para Sarah Banks (1997) los principios éticos son: autodeterminación, promoción del bienestar, igualdad y justicia distributiva.

Finalmente, Banks clasifica los dilemas éticos en tres categorías: referidos a los derechos de los individuos al bienestar, el bienestar público y las opresiones derivadas de la estructura.

Por su parte, Josefina Fernández (2012) indica como aspectos éticos vinculados al trabajo social, los derechos de los individuos, entre los cuales se encuentra:

- El derecho a decidir y por ello el derecho a la autodeterminación o autonomía.
- El bienestar social o política social.
- La lucha contra la desigualdad y opresión, aspecto, este último, relacionado estrechamente con el concepto de vulnerabilidad.

El trabajador social también puede ayudarse de los Códigos Deontológicos de la propia profesión. Estos son una herramienta de apoyo que guía a los profesionales, puesto que están constituidos por un conjunto de normas que se orientan hacia una correcta intervención.

Entre estos podemos nombrar, por ejemplo, el que nos proporciona el Consejo General del Trabajo Social (2012) donde nos enmarca en tres principios básicos (**Dignidad, Libertad e Igualdad**), que dan paso a 17 generales que no distan mucho de los Principios Éticos del Trabajo Social que se nos proponen desde la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2018) donde se nombran nueve principios que recogen por ejemplo los ya conocidos de autodeterminación, justicia social, confidencialidad y privacidad, entre otros.

Hay que añadir que los Códigos Deontológicos no tienen valor de norma jurídica y, por lo tanto, no pueden hacerse valer como un derecho positivo, sino que tratan de validar criterios e instrumentos que ayuden al profesional a orientar su acción en diversos contextos problemáticos.

La finalidad de estos códigos se encuentra en ayudar al profesional a orientar la intervención, en la toma de decisiones en el momento en que se produce un dilema ético entre los valores del propio profesional, del usuario o de la institución.

El objetivo principal de los Códigos Deontológicos tiene que ver con el derecho y la moral; al mismo tiempo, poder unificar e inducir el comportamiento de los profesionales de un mismo sector.

IX. BIOÉTICA Y TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

La bioética como disciplina nace el año 1970. La necesidad de unir la biología y la ética surge por una doble necesidad; por un lado, debido al crecimiento de los avances tecnológicos en las ciencias de la salud y al mismo tiempo por la necesidad de respetar, debatir y cuestionar los derechos, valores y principios morales de las personas atendidas.

Por lo tanto, la bioética como disciplina nace para dar respuesta al estudio de los problemas éticos que surgen con el incremento de la aplicación de la ciencia, la tecnología y la posible modificación de la vida humana. El/la trabajador/a social se encuentra constantemente con la necesidad de poner encima de la mesa los principios de bioética en su práctica asistencial.

El objetivo primordial del trabajo social hospitalario, posterior al alta hospitalaria del paciente, sería intentar el *continuum* asistencial del mismo, siempre enmarcado y habiendo tenido en cuenta, la autodeterminación del usuario.

Los principios de la bioética: principio de autonomía, la no maleficencia/beneficencia y la necesidad de justicia distributiva de recursos son una constante a debatir no solo con el enfermo y la familia sino también dentro de los propios equipos asistenciales y con los profesionales de la comunidad de la atención primaria para la defensa de los derechos del paciente más vulnerable y para dar respuesta a la cobertura de necesidades básicas.

Es decir, la libre elección del recurso, una vez dada toda la información, y la obligación del trabajador social a respetar este derecho teniendo en cuenta las limitaciones legales e institucionales (Biestek, 1966).

La Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de Investigación Biomédica y del comportamiento (Informe Belmont, 1979) establece los siguientes fundamentos de la Bioética:

- El **respeto a las personas**, que acoge dos principios básicos: autonomía de los individuos y necesidad de protección de esta autonomía a personas que puedan tenerla menguada.
- El **principio de beneficencia**. La actuación médica busca siempre el beneficio del paciente.
- El **principio de justicia**. Referido a la correcta asignación de recursos. ¿A qué se refiere la autonomía? Es la capacidad de reflexionar, de tomar decisiones y de actuar. Vulnerarla significa impedir que una persona actúe libremente o negarle la información que le permita hacerlo.

La Fundación Víctor Grifols Lucas en el año 2009 otorgó un premio a una investigación publicada por el Grup de recerca i innovació en treball social (Grupo de Investigación e Innovación en Trabajo Social) Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Barcelona (GRITS), con el título: *“El trabajo social con las familias: la responsabilidad de los trabajadores sociales en la autodeterminación de los colectivos más vulnerables* (Fernández, et al., 2012). La investigación se planteó para conocer el nivel de contribución que tienen los trabajadores sociales en los procesos relacionados con la bioética y para ello se abordó directamente el principio de la autodeterminación de dos colectivos considerados vulnerables como son los niños y niñas y las personas mayores y sus familias. El estudio se ha basado en tres conceptos teóricos básicos: ética y trabajo social, autodeterminación y vulnerabilidad.

La mención de esta investigación se debe a la importancia de sus resultados:

Los resultados del estudio, realizado con la participación de trabajadores/as sociales de nueve hospitales de Catalunya de tercer nivel, muestran un buen nivel de implicación de estos profesionales en los procesos

relacionados con la toma de decisiones a partir de situaciones relacionadas con la salud y como estos tienen como principio fundamental de su ejercicio profesional la autodeterminación, actuando con frecuencia como mediadores entre las personas vulnerables y sus familias y los otros profesionales de la salud.

Una parte también muy interesante de este trabajo, a 49 profesionales de trabajo social que han participado se les hacía a todos una primera entrevista en profundidad explorando las diferentes dimensiones de la autodeterminación en la práctica profesional por estar en las áreas de materno infantil, geriatría e infancia; ocho de ellos formaban parte del Comité de ética del mismo centro; por tanto, a estos últimos se les hacía una doble pregunta para conocer la experiencia profesional del propio rol del trabajador social en las instancias multidisciplinares, valorando al mismo tiempo la propia aportación y la integración del/de la trabajador/a social en estos equipos.

En un tercer bloque se les preguntaba la formación y la valoración de los trabajadores sociales sobre la propia formación, el conocimiento y el impacto de la legislación sobre bioética, las herramientas propias o institucionales que tienen y las propuestas de mejora que incorporarían en la propia práctica y en las dinámicas institucionales.

La importancia de los resultados:

- La función del/de la trabajador/a social es facilitar la información a los/as pacientes y sus familias para que puedan tomar las decisiones más adecuadas para ellos, especialmente las relacionadas con aspectos sociales y situaciones de alta hospitalaria.
- Defienden que pueden tener una función de ayuda y de puente respecto a la información relacionada con los aspectos más clínicos y/o sanitarios.
- El/la profesional del trabajo social se hace imprescindible en el ámbito hospitalario, debido a su preparación y competencias ya que es capaz de llevar a cabo intervenciones relacionadas con la autodeterminación de los/as pacientes y sus familias.
- El/la trabajador/a social participa en la toma de decisiones de los casos más complejos.
- Es importante que su perfil profesional pueda visualizarse en mayor grado en los hospitales y en todos los grupos de trabajo dentro de la propia institución y extrainstitucionales con el objetivo de poder garantizar el buen cumplimiento de los derechos de los pacientes y el trato digno que se merecen.

Asimismo el estudio realizado por Parra *et al.* (2014), un año después, a los/as trabajadores/as sociales de nueve hospitales, destaca como estos profesionales estamos especialmente preparados para llevar a cabo intervenciones relacionadas con la autodeterminación de los pacientes y sus familias.

X. EL ROL DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL DENTRO DEL CEA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

La vinculación del/de la trabajador/a social como miembro del Comité ha sido desde los inicios de la creación del mismo.

Con la creación del Comité de Ética Asistencial del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en el año 1994 se dio valor a la necesidad de incorporación del trabajador social puesto que **“este profesional es un gran conocedor en el arte de escuchar al enfermo, percibir sus preocupaciones. Nos permitirá conocer su excepcional aproximación al paciente que su disciplina le permite”** (Recuperado del Acta de la primera reunión de la Comissió d’Ética Asistencial de l’Hospital de la Santa Creu i Sant Paul, de 26 de octubre de 1994).

El papel del/de la trabajador/a social dentro de un CEA es clave, ya que aporta la visión social, personal, emocional del paciente; muchas veces luchamos por los derechos de los/as pacientes, por respetar su autonomía cuando rechaza un tratamiento, cuando rechaza un ingreso residencial, cuando hay una mala distribución de los recursos, pruebas, accesos a la asistencia sanitaria, etc. (*Monográfico de la Revista de Trabajo Social. Diálogos entre la ética y el trabajo social.* 2013).

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) se habla de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos desde una perspectiva social, jurídica y ambiental; también nos facilita orientaciones para las decisiones o prácticas sobre individuos, grupos, comunidades, instituciones, empresas, tanto públicas como privadas, y reconoce que la salud no depende solo de los progresos de la investigación científica y tecnológica, sino que también depende de factores psicosociales y culturales.

La identidad de una persona tiene dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales. Se habla, entre muchas otras cosas, del respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales; hay que incentivar el diálogo multidisciplinario y plural sobre cuestiones de la bioética dentro de una sociedad en su conjunto, y sobre todo de la autonomía de las personas en cuanto a su capacidad para tomar decisiones sobre su propia salud.

El/la trabajador/a social dentro del CEA es, por tanto, una pieza clave para el buen funcionamiento puesto que por sus características profesionales trabajan con el respeto, la autonomía, la solidaridad, la igualdad, la dignidad de la persona, y por la distribución equitativa de recursos.

Asimismo tal y como describe Úriz (2014) en situaciones de incertidumbre, contradicciones y desigualdades (uno de los ejes principales de la acción del/de la trabajador/a social) es aún más necesario situar la ética en el centro de la reflexión y de las intervenciones profesionales.

XI. MI EXPERIENCIA PROFESIONAL DENTRO DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Mi incorporación dentro del Comité de Ética se remonta al año 2015 pero con una trayectoria profesional intrahospitalaria desde el año 1998.

Actualmente soy la trabajadora social del servicio de Geriátrica, Patología Digestiva, miembro de la Unidad Interdisciplinar Socio Sanitaria de Geriátrica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Durante estos años he ido creciendo a nivel profesional y personal puesto que el poder formar parte del Comité te da la oportunidad real de crecimiento y maduración profesional. Ofrece una visión mucho más enriquecedora de tu propio trabajo, de la interdisciplinariedad, del sentido crítico y el emitir o no un juicio de valor toman una gran magnitud basada en el respeto mutuo entre los diferentes miembros; facilitando al mismo tiempo, una escucha activa de los problemas éticos y/o dilemas éticos que se puedan presentar a nivel asistencial.

Dentro del CEA del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau soy el único profesional asistencial-social; el resto de profesionales son médicos, enfermeras o personal auxiliar, abogacía, administrativo.

Esta particularidad mencionada hace imprescindible la importancia de poder abordar el conflicto ético, la situación -problema teniendo en cuenta, tanto la magnitud sociofamiliar del caso, como los sistemas que interaccionan en todo el proceso; empoderando poco a poco el propio rol profesional dentro del Comité. Al mismo tiempo, ofreciendo un claro beneficio al enfermo y la familia hacia el bienestar.

El poder trasladar al equipo toda esta información dando esa magnitud social y esa visión integradora de la situación del paciente facilita al mismo tiempo, un crecimiento día a día del propio rol, un empoderamiento.

Una mirada distinta de nuestra profesión gracias a un mejor conocimiento de nuestro trabajo; empoderando progresivamente el rol del trabajo social dentro de la propia institución:

- Aportamos una visión holística del enfermo, la familia y su entorno gracias a nuestra capacidad de aproximación.
- Damos la mirada plural de la situación teniendo en cuenta todos los ecosistemas que interactúan con el paciente y su situación-problema.
- Mostramos el valor de la comunicación interpersonal y la importancia a la aproximación del/de la enfermo/a y la familia como base del éxito para la resolución de gran parte del posible conflicto ético/rol de mediación.
- Ofrecemos al paciente y también a los equipos asertividad, escucha activa y empatía de manera equilibrada.
- Resaltamos la importancia del bienestar integral del/de la paciente, mostrando esos aspectos que pueden favorecerla, integrarla.
- Contribuimos a garantizar el derecho a la autonomía, el respeto a las decisiones de los pacientes y al garante de su dignidad.

El rol y mi participación dentro del CEA es clave para facilitar:

- a) El conocimiento integral del/de la paciente para poder intentar el máximo beneficio para el paciente en la valoración del caso.
- b) El empoderamiento del rol del/de la trabajador/a social dentro del CEA.
- c) El empoderamiento también del trabajo social a nivel institucional.

La participación del/de la trabajador/a social en los diferentes grupos de trabajo, comisiones, comités, etc., es fundamental para poder aportar ese rol que nos caracteriza; entender esta visión más integradora del/de la enfermo/a, poder resaltar la importancia de los condicionantes sociales que están presentes con la enfermedad y cómo estos, pueden interaccionar con la salud (Modelo biopsicosocial). El transmitir a los equipos la importancia de los mismos y poder dar el diagnóstico social es tarea del trabajador social.

El valor del trabajo social como pieza clave para la obtención de una relación de calidad en la práctica asistencial en beneficio a la autodeterminación del paciente, en definitiva, a un mejor bienestar.

XII. CASO PRÁCTICO: CONSULTA DEL SERVICIO HOSPITALARIO DE GERIATRÍA

(MARZO, 2023)

Antecedentes y motivo de consulta

Se trata de un paciente de 77 años que estuvo ingresado en el mes de enero debido a un ictus hemorrágico que le comportó como secuelas, una afasia de expresión. Desde la hospitalización se orientó a marchar de alta a un centro sociosanitario (hospital de atención intermedia) para su recuperación funcional. Actualmente se encuentra ingresado por su negativa a la ingesta de más de una semana de evolución en la sala de hospitalización de medicina interna a cargo del servicio de geriatría.

El/la paciente se comunica únicamente con las palabras “sí” y “no” y con movimientos de cabeza y ocasionalmente de brazos y manos.

Para el equipo médico que está a su cargo es difícil saber con exactitud la comprensión del paciente de toda la situación que está viviendo.

Por esta razón, se pide valoración por el servicio de psiquiatría que considera que la situación actual parece una depresión reactiva en las secuelas del ictus y podría beneficiarse de tratamiento farmacológico.

Por lo tanto, desde el servicio de psiquiatría se considera oportuna la colocación de la sonda nasogástrica (SNG) para la administración de dicha medicación, con lo que se empezaría a ver resultados entre 3 y 4 semanas más tarde.

El/la paciente rechaza activamente la colocación de la sonda. Retirándola en dos ocasiones de manera clara y contundente. Se plantea, entonces, la administración vía endovenosa de la medicación, pero tal y como comenta la psiquiatra, los efectos tampoco se observarían antes de las tres o cuatro semanas.

La familia, por su parte, insiste en la colocación de la SNG o iniciar cualquier otro modo de alimentación a pesar de la negativa del/de la paciente, ya que esta considera que en este momento no tiene capacidad para decidir.

El motivo de consulta al CEA del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es doble:

- A. ¿Se deben seguir las indicaciones de la familia y alimentar al/a la paciente a través de SNG a pesar de su negativa?
- B. ¿Se puede administrar el tratamiento farmacológico pautado por el servicio de psiquiatría?

Análisis y valoración del caso planteado

EL CEA tras reunirse en subcomisión y después en reunión plenaria en fecha 25 de marzo, entiende que, para hacer valer el *principio de autonomía/autodeterminación* del paciente, en primer lugar, se debe valorar la capacidad del paciente para decidir.

Al tratarse de un paciente complejo, con afasia y sus posibilidades para comunicarse son limitadas se recomienda la valoración por neuropsicología y determinar si esta persona es capaz o no para decidir.

Por unanimidad el CEA cree que es imprescindible saber la capacidad del/de la paciente para poder decidir un plan de actuación puesto que si el/la paciente es capaz se debe respetar su opinión, ya que está en su derecho de rechazar el tratamiento que se le ofrece, en caso contrario, si se determina que no lo es, se podría iniciar la alimentación en contra de su voluntad si su representante, en este caso su familia así lo considera y siempre bajo un criterio médico.

Respecto al tratamiento farmacológico, nos encontraríamos en una situación similar, dependiendo siempre de si el paciente tiene la capacidad para decidir qué quiere y que tratamiento accede a que se le administre. Si no es así se seguiría, siempre según criterio médico y la opinión de la familia, pero siempre teniendo en cuenta en primer lugar la no mal eficiencia de las intervenciones médico-asistenciales y buscar lo mejor para el paciente. Es decir, que suponga un mejor beneficio.

A) Análisis desde el rol del trabajador social del CEA

Durante mi participación en la subcomisión que fuimos a hablar con el médico responsable de medicina interna intenté enfocar la importancia de poder mantener una buena comunicación con la familia, que esta se sintiera bien informada, cómoda. Respetar sus valores, su cultura, sus tempos de “aceptación/ no aceptación”.

Explicar a diario las interconsultas pendientes, los profesionales implicados, compartir las dudas médico-asistenciales con la familia y buscar siempre una comunicación asertiva, un espacio adecuado.

Una buena relación asistencial médico-paciente/familia facilitaría el buen entendimiento frente al dilema ético. La información médica siempre la daría el/la mismo/a profesional.

Era importante saber quién ejercía el rol dominante de la familia, tener a la familia totalmente consensuada, es decir, que entre ellos no hubiese puntos de vista diferentes que pudieran entorpecer la decisión final.

Para ello era imprescindible hacer las entrevistas siempre con toda la familia o bien, con quien la familia “delegara” de portavoz (siempre en caso de familias complejas o bien con miembros diferentes a diario a la hora de la información).

Dar valor a esa buena relación asistencial médico/paciente-familia es fundamental para la resolución y la tranquilidad posterior, tanto del profesional como de la familia en los momentos más complejos.

Toda entrevista, interconsulta, resolución y valoración del CEA, debería quedar anotada en la historia clínica del paciente.

A. Principios del caso vinculados al Código deontológico del Consejo del Trabajo Social de España

Como **principios éticos básicos** encontraríamos el *respeto a la dignidad de la persona*.

El/la paciente nos da a entender en dos ocasiones que no quiere ser alimentado de manera activa. Debemos **dar valor inviolable a su máximo interés, finalidad** siempre y cuando se demuestre que tiene capacidad de poder entender y decidir la información del médico responsable. Si se demuestra su capacidad de poder entender lo que supone la no alimentación, los pros y contras del tratamiento farmacológico, **deberemos respetar el segundo principio básico que es el garante a su libertad de decisión**.

Como **principios éticos generales** encontraríamos:

La capacidad quedó demostrada, es decir, que siendo el paciente conocedor de la situación podía decidir no alimentarse, no tratamiento activo.

El/la médico responsable pondría encima de la mesa el principio de la bioética de la no maleficencia, es decir, no le colocaría la SNG, ni le suministrarían tratamiento activo farmacológico; respetando y consiguiendo así con su actuación progresiva, los siguientes principios éticos:

- Autonomía del/de la paciente/autodeterminación como principio activo presente desde el inicio.
- Respeto activo al paciente.
- Personalización e individualización del caso.
- La necesidad del/de la profesional médico/a de la ausencia de juicios de valor sobre la persona para la correcta decisión.
- Promoción integral de la persona, entendiendo su magnitud, su potencial, e integrar la intervención desde la interprofesionalidad.
- Responsabilidad del profesional y corresponsabilidad tanto con el/la paciente como con la propia familia.
- La integridad del/de la médico/a con el/a paciente familia.
- El/la médico/a busca en todo momento la coherencia profesional y colaboración con otros/as profesionales.

Durante el planteamiento y desarrollo del caso vamos encontrando los diferentes principios éticos de manera clara y por tanto, se actúa en todo momento a favor del beneficio del/de la paciente.

Toda la comisión *ad hoc* que fuimos a entrevistarnos con el/la médico/a quedamos a su disposición para cualquier duda, nueva consulta.

El CEA le informó al/a la médico/a responsable/consultor el carácter asesor y no vinculante de sus informes, que, en ningún caso, sustituyen las decisiones de los/as profesionales ni su responsabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayuntamiento de Barcelona. (2016). *Sant Pau. Patrimoni modernista*. Barcelona. Grup enciclopèdia catalana.

Banks, S. (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Ediciones Paidós.

Biestek, F. (1966). Las relaciones de "casework". Aguilar S.A. de ediciones.

Cáceres, et al. (2009). *La Ética del Trabajo Social. Fundamentos del Trabajo Social*, Alianza Editorial, Madrid.

Casado, A. (2009). *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*. Plaza y Valdés Editores.

Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de Investigación Biomédica y del comportamiento. Estados Unidos (abril 1979). Informe Belmont. Principios y Guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación.

Comité Ética Hospital de la Sana Creu i Sant Pau. (1999). Reglament Comité Ética Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Consejo General del Trabajo Social. (2012). Código deontológico de Trabajo Social. Recuperado el 12 de abril de 2023 de <http://www.cgtrabajosocial.es>.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).

Diálogos entre la ética y el trabajo (agosto 2013). *Revista de Treball Social*. RTS 199. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2018). Declaración Mundial de los Principios Éticos del Trabajo Social. Recuperado el 12 de abril de 2023 de <https://www.iasw-aiets.org/wp-content/uploads/2018/04/Spanish-Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles.pdf>

Fernández J., et al. (enero 2012). "Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias". *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 24, enero 2012, p. 44-60.

Parra B., et al. (2014). "La responsabilidad del Trabajo Social en la autodeterminación de los colectivos más vulnerables". *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* (3). DOI: <https://doi.org/10.6018/azarbe>

Salcedo D. (2005). *Autonomía y Bienestar: la ética del trabajo social*. Editorial Comares

Úriz, M.ª J. y Ballester, A. (2006). "Ethical dilemmas of social workers in the social services: The case of Navarre (Spain)". *European Journal of Social Education / Journal Europeen d'Education Social*, 10-11, 133-145.

Úriz, M.ª J. (2008). "Dilemas éticos que se plantean en la práctica diaria del Trabajo Social". En Berasaluze, Ainhoa y Ovejas, M.ª Rosario (coord.) *I Jornada Trabajo Social: una mirada ética a la profesión* (pp. 87-100). Vitoria-Gasteiz: Vicuña.

Úriz, M.ª J. (2014). *Cuestiones éticas en los servicios sociales. En Congrés de Serveis Socials Bàsics: Vides en crisi(s). Ètica, recerca i creativitat. Transformem el present, construint el futur*. 22, 23 y 24 de octubre. Barcelona

José Ignacio Santás
Jefe de Departamento de Servicios Sociales. Junta Municipal de Chamartín. Ayuntamiento de Madrid.

Comunicación 9

Servicios Sociales Municipales y universalidad

Resumen: El presente trabajo pretende acometer un análisis de las políticas sociales locales desde los enfoques de universalismo y focalización como debate central técnico e ideológico presente en el Estado de Bienestar actual, dentro del cual los municipios juegan un importante papel que ha evolucionado a lo largo del tiempo y con los diferentes marcos normativos.

Por ello, se analizará la trayectoria de la política social municipal desde la beneficencia hasta los actuales servicios sociales, mostrando los márgenes que existen actualmente para la puesta en práctica del universalismo y su ejecución desde el ámbito profesional en los servicios sociales. En este análisis se estudiará el caso concreto del Ayuntamiento de Madrid.

Palabras Clave: Universalismo, Focalización, Servicios Sociales, Municipios, Ciudadanía.

Abstract: The present work pretends to undertake an analysis of the local social politics from the approaches of universalism and focalization as a central technical and ideological debate that is usual in the current Welfare State, in which municipalities play an important role that has evolved over the time and the different regulatory frameworks.

For this reason, the trajectory of municipal social policy from charity to current social services will be analyzed, showing the possibilities that currently exist for the implementation of universalism and its execution developed by professionals of social services. In this analysis, the specific case of Madrid City Council will be studied.

Keywords: Universalism, Targeting, Social Services, Municipalities, Citizenship.

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios sociales modernos están insertos en el proyecto de sociedad democrática como recursos dotados con legitimidad y capacidad para asistir, prevenir, rehabilitar y proporcionar a las personas en sus entornos y en la sociedad.

Sin embargo, no siempre fue así: los servicios sociales, como hoy los conocemos, nacieron bajo la herencia de la beneficencia y con una definición de su objeto focalizado, o lo que es lo mismo: centrado en la atención a colectivos concretos (normalmente marginales), y, por tanto, lejos de un enfoque universal: una lógica fuertemente enraizada en los servicios sociales cuyo desarrollo corresponde al ámbito local.

El influjo del concepto del universalismo en España en la política social tuvo que esperar a su materialización en la Carta Magna y su posterior traslado a través de las legislaciones autonómicas al desarrollo de los servicios

sociales, naciendo, no obstante, “con el encargo de superar un modelo de acción social altamente asociado a la beneficencia, muy fragmentado, poco operativo y predominantemente discrecional” (Jaraíz, 2012, 113).

Pasado ya casi medio siglo desde su nacimiento, los servicios sociales en general viven actualmente en tensión entre las tendencias universales y focalizadas, precisando encontrar un cierto equilibrio, es decir: garantizar unos servicios universales mientras, de manera simultánea, se doten y adapten servicios y prestaciones a las necesidades de personas con mayor necesidad o reúnan unas características determinadas. Es lo que se ha acuñado como universalismo proporcional.

En este sentido, el anhelo de la universalidad cuenta con mayores limitaciones en el caso de los servicios sociales gestionados por las entidades locales (en adelante EE.LL.), no solo por razones presupuestarias, sino competenciales principalmente, pero también relacionadas con el mandato ciudadano de continuar atendiendo a sectores concretos y dar respuesta a necesidades puntuales de la población.

El análisis de esta situación, la evolución teórica, histórica, jurídica y competencial de las políticas sociales de las EE.LL., así como el análisis de determinadas prácticas de carácter universal o focalizada (mediante el uso de un baremo de elaboración propia), es el objeto del presente trabajo, utilizando para ello como ejemplo para la investigación algunos elementos de la Ciudad de Madrid.

En este artículo se expone parcialmente el contenido del TFG elaborado por el autor.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Empleando las definiciones de Raczynski (1995), es preciso partir de las diferencias entre políticas universales, selectivas y focalizadas. De esta manera, distinguimos las siguientes:

- **Políticas universales** “son aquellas que se diseñan en beneficio de todos los habitantes, sin importar sus características personales, económicas y sociales”. En el caso español, podríamos hablar, por ejemplo, de las prestaciones sanitarias.
- **Políticas universales selectivas** “son las que se formulan pensando en un grupo destinatario específico —segmento poblacional, actividad, organización o localidad geográfica”—. El grupo destinatario se delimita según alguna vulnerabilidad específica asociada a una situación sociodemográfica, de ciclo vital o de inserción productiva”. Sería el caso, por ejemplo, de las ayudas a familias numerosas.
- **Políticas focalizadas** “son aquellas que se proponen beneficiar únicamente a sectores poblacionales que se hallan por debajo de cierto umbral de pobreza o riesgo social”. Sería el caso de la prestación denominada “Ingreso Mínimo Vital” (en adelante, IMV).

Ilustración 1. Esquema: diferencia entre políticas según su grado de universalidad o focalización.

POLÍTICAS UNIVERSALES	POLÍTICAS UNIVERSALES SELECTIVAS	POLÍTICAS FOCALIZADAS
Para todos los habitantes, sin importar sus características personales, económicas o sociales. Ejemplo: Sanidad.	Para un grupo destinatario específico segmento poblacional, actividad, organización o localidad geográfica. Ejemplo: Ayudas a familias numerosas.	Únicamente para sectores poblacionales que se encuentran por debajo de cierto umbral de pobreza. Ejemplo: IMV.

Fuente: Elaboración propia a partir de Raczynski (1995).

El concepto de universalismo proporcional tiene, en la literatura del sector sanitario, sinónimos como “universalismo dirigido” o “universalismo progresivo”, dado que “los conceptos teóricos relativos al universalismo proporcional se refieren a dos conceptos principales: el universalismo y el direccionamiento, ampliamente desarrollados en la bibliografía, especialmente en las ciencias humanas y sociales” (Francis-Oliviero *et al.*, 2021, 10). Sin embargo, en el campo social, se usa mayoritariamente el de “Universalismo proporcional”.

Este concepto es ampliamente desarrollado por Michael Marmot y está ampliamente consolidado en el discurso de la Salud Pública (Carey, Crammond, y De Leeuw, 2015) y reconoce como tal la política vinculada al bienestar que sigue dos estrategias compensatorias: por un lado, pretende asegurar el desarrollo de servicios universales e iguales para todas las personas mientras se garantiza que estos sean adaptados a las necesidades de personas con mayor nivel de necesidad y principalmente accesibles disminuyendo de manera específica las barreras (físicas, cognitivas, sociales, culturales, económicas, etc.) que estas personas puedan encontrar.

Es decir, pretende garantizar la universalidad en acceso y prestaciones concretas mientras se definen estrategias explícitas de actuación para que determinados servicios lleguen de manera prioritaria a los grupos más infrarrepresentados, vulnerables o que sufren mayor necesidad (por tanto, ejecutando políticas de discriminación positiva).

3. UNIVERSALISMO Y FOCALIZACIÓN EN LA POLÍTICA SOCIAL

Esping Andersen (1990), distingue tres tipos de modelo de política social según parámetros como la respuesta del Estado, la estratificación social y las relaciones de mercado. Son los siguientes: liberal, conservador y socialdemócrata.

En el primer caso (liberal) se tiende a respetar el mecanismo de mercado como proveedor de bienestar, y lo público ocupa un lugar subsidiario y centrado solo en quienes sufren la insuficiencia de medios económicos. Por ejemplo, estaría el caso de países como Canadá, Australia y EE.UU.

En el segundo tipo (conservador), el estado interviene en el mercado, pero no sobre la estratificación social. Por tanto, se mantiene la existencia de mutuas y las prestaciones son correspondientes a las rentas, manteniendo a la familia como proveedora de servicios sociales y una intervención estatal subsidiaria generalmente al sistema contributivo. Este es el caso de países como Francia o España.

En el tercer tipo, el estado interviene no solo sobre el mercado, sino sobre la estratificación social. Se da así una preeminencia de los servicios públicos y las prestaciones son universales, es decir, iguales para toda la población independientemente de su participación en el mercado. Es el caso de Suecia o Noruega.

Ilustración 2. Esquema: Políticas según intervención pública, mercado y estratificación social (Esping, 1990).



Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, podemos concluir que, si bien **ningún régimen político ejecuta de manera pura uno u otro sistema de políticas sociales, las políticas focalizadas estarían más asentadas en países de tradición liberal en comparación con aquellos de tradición más socialdemócrata (donde predominan las universales), reconociendo posiciones intermedias en las que se encontrarían países como España y otros europeos.**

De igual manera, se puede afirmar que el desarrollo de las medidas sociales no es únicamente cuestión de elección política: la adopción de políticas sociales universalistas está unida al desarrollo económico y democrático, ya que está íntimamente unida al concepto de ciudadanía y el derecho subjetivo, de manera que “la exigibilidad jurídica de los derechos sociales debe estar unida a la exigibilidad política, es decir: que las restricciones marcadas por el nivel de desarrollo de una sociedad afectan a la ejecución de los derechos subjetivos. En torno de eso se estructura, por supuesto, el debate político entre distintas opciones democráticas, así como también sobre la generación de los recursos necesarios para garantizar la provisión de los servicios básicos que la sociedad, a través de las autoridades políticas, define como esenciales en un momento determinado” (Ocampo, 2008).

Por ello, desde la década de los 80, se propuso en el marco internacional (y tanto en el campo social como en el de la salud), el “direccionamiento en el marco del universalismo”, que combina ambos enfoques, llamado universalismo progresivo o proporcional, que defiende la oferta de prestaciones y servicios suplementarios que ayuden desproporcionadamente a las personas menos privilegiadas sin estigmatizarlas, especialmente en el campo de la prevención. Rose (1985), es decir, se ha venido asumiendo, en los últimos cuarenta años, la necesidad de combinar ambas tendencias.

Analizando los argumentos a favor y en contra de una y otra tendencia, podemos indicar que la propuesta de la focalización afirma que, si el gasto social se concentra únicamente en los sectores pobres, se ahorran los recursos que de otro modo son captados por sectores con capacidad de pago, que no requieren del apoyo estatal, ello, aun en un contexto de reducción global de recursos, permite destinar más recursos a los sectores con mayores índices de pobreza. La hipótesis de la focalización usa principalmente argumentos de eficiencia-eficacia y mayor poder redistributivo directo y disponen de un gran respaldo social, máxime en contextos de crisis o escasez de recursos.

En cambio, el argumentario a favor de las políticas universales, se asienta en el concepto de ciudadanía y equidad, a la vez que fortalece el rol del Estado como garante de los derechos sociales.

Así, y en cuanto a las desventajas de la focalización y el universalismo, podemos señalar que “a pesar de ser un principio aparentemente eficaz, el direccionamiento da lugar a muchos problemas: estigmatización, mayor distancia social entre los beneficiarios y no beneficiarios, gasto administrativo de la comprobación de medios económicos, y también a clasificaciones erróneas, como infracoberturas y pérdidas. Por su parte, los partidarios del direccionamiento argumentan que los enfoques universales aumentan las desigualdades y conllevan costos significativos para la sociedad” (Francis-Oliviero *et al.*, 2021, 6).

Es necesario, también, indicar que la preeminencia en políticas sociales de programas focalizados conlleva un ejercicio de control poblacional (no exenta de un gran esfuerzo económico) que a su vez motiva e incrementa la tendencia al fraude u ocultación de datos que puedan ser utilizados a efectos valorativos. Esta sistematización de control produce no solo la estigmatización de grupos poblacionales, sino que genera cierta competencia entre personas y colectivos que parten de la necesidad de justificar quién es merecedor de las ayudas sociales (a veces determinado por baremos que establecen el corte “euro arriba, euro abajo”). Por otro lado, la filosofía de la focalización conlleva de manera latente el reconocimiento de cierta culpabilidad/responsabilidad de las personas en su situación de pobreza o necesidad o en salir de ella.

Ilustración 3. Esquema: ventajas y desventajas Universalismo y Focalismo.



VENTAJAS

Equidad.
Ciudadanía.
Refuerza papel público.

DESVENTAJAS

Más costoso.
Mantiene desigualdad.



VENTAJAS

Eficiencia.
Menor coste.
Mayor capacidad redistributiva.

DESVENTAJAS

Estigmatización
Cronificación.
Gasto de verificación, control y seguimiento.

Como se ha descrito anteriormente, **no existe una determinación que establezca de manera unánime la idoneidad de una respecto a la otra**, dado que argumentos y contraargumentos de ambas tienen una base real.

De la necesidad de este equilibrio, parte el concepto de “universalismo básico” de Carlos Molina (2006) (o universalismo proporcional), que alude a una serie de prestaciones sociales básicas y de cobertura de riesgos esenciales que deben hacerse extensivas a toda la población, con estándares de calidad homogéneos y prestados sobre la base del principio de ciudadanía y no en tanto en cuanto unido a pertenecer a colectivos o vivir situaciones concretas, para lo que, deberían ser tenidos en cuenta programas de tipo “dirigido” o focalizado.

4. EL UNIVERSALISMO EN LA POLÍTICA SOCIAL LOCAL

Podemos decir que **la aplicación de políticas sociales universales o focales a nivel local se encuentra unido a la capacidad competencial de los municipios** y por ello es preciso realizar un recorrido histórico, el cual se concreta en las siguientes etapas:

Etapa 1: la Beneficencia

El primer texto constitucional español de 1812 atribuyó, en su artículo 312-sexta, de manera directa a los municipios la competencia sobre lo que se denominó “beneficencia” con el siguiente literal: “Estará a cargo de los ayuntamientos el cuidado de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban”. En dicha Constitución se materializaba un fuerte municipalismo en la gestión de recursos sociales sufragados con fondos públicos.

Sin embargo, la breve vigencia del propio texto constitucional tras el regreso del absolutismo (1814) dio al traste con dicho desarrollo, y este enfoque tampoco se reflejó en las normativas siguientes, de carácter menos municipalista que la primigenia (García-Rojas, 2002).

Posteriormente, tanto la Ley General de Beneficencia de 1849¹ como su Reglamento de 1852² limitaron las competencias de los ayuntamientos y aumentaron las de las juntas y diputaciones provinciales, pasando a ser quienes gestionarían la mayoría de las instituciones caritativas, hospitales y hospicios (Osuna, 2019).

De esta manera, quedaron únicamente en manos municipales los establecimientos de beneficencia, que, según el artículo 4 serían los “destinados a socorrer enfermedades accidentales, o conducir a los establecimientos generales o provinciales a los pobres con sus respectivas pertenencias, y a proporcionar a los menesterosos en el hogar doméstico los alivios que reclamen sus dolencias o una pobreza inculpable”, es decir, se consumaba el papel subsidiario y marginal de las EE.LL. en el ámbito de la política social. En dicho desarrollo normativo se reconocían en sus artículos 2 y 3 los servicios que dependerían del Estado (“generales”) así como de las provincias, dejando en los mismos, los de mayor rango o carácter universalista.

Como puede observarse en todos los textos, la regulación de la beneficencia, en cuanto a las competencias municipales, tuvo un inicio de carácter más amplio en la Constitución de 1812, y se redujo en la legislación de 1849, pasando a un carácter subsidiario y focalizado. La dependencia de los recursos destinados a la acción social pública situados en las ciudades y municipios era principalmente estatal, situación que se mantiene hasta bien adentrado el siglo xx.

Etapa 2: la Asistencia Social

Los municipios españoles apenas evolucionaron en su marco desde la etapa anterior, y si bien la introducción de marcos teóricos y técnicos modificó por la vía de los hechos el *modus operandi* de los mismos, los municipios se mantuvieron jurídicamente anclados a una doble dimensión represivo-asistencial, que puede verse expresada

¹ España. 1849. Ley de 24 de junio de 1849, General de Beneficencia. En *Gaceta de Madrid*, núm. 5398: de 24 de junio de 1849, BOE-A-1849-2575 (<https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1849/5398/A00001-00002.pdf>).

² España. 1852. Real decreto mandando se observe el Reglamento de la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849. En: *Gaceta de Madrid*, núm. 6537, de 16 de mayo de 1852, BOE-A-1852-2185 (<https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1852/6537/A00002-00004.pdf>).

en la Ley de Bases de Régimen Local de 1945³, que recoge las competencias municipales en el apartado 11.G) con el siguiente literal: “beneficencia; protección de menores; prevención y represión de la mendicidad; mejora de costumbres, atenciones de índole social, especialmente por medio de la creación de Mutualidades escolares; cotos de previsión y albergues de transeúntes”. Es decir, podemos concluir que **la política social local en dicho período sufrió una doble focalización al adquirir una misión moral sobre la convivencia de la población.**

Etapa 3: los Servicios Sociales

En cuanto al desarrollo local/municipal tras la aprobación de la Constitución de 1978, es preciso señalar que, mientras se inicia el proceso de aprobación de las correspondientes leyes de Servicios Sociales por parte de las autonomías, se promulga la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases de Régimen Local (en adelante LRBRL) de rango estatal, donde se encuentran las atribuciones y competencias locales, fijando, en su artículo 25.2.e) “la evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social” y en el apartado o) “Actuaciones en la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, así como contra la violencia de género” entre otras. El solapamiento de dichos procesos regulatorios es clave para comprender las dificultades aún presentes en la distribución competencial en cuanto a los Servicios Sociales.

Por otro lado, y como puede desprenderse a través de la propia redacción del artículo, **el objeto de la norma responde a un principio de carácter universal (evaluación e información de situaciones de necesidad social –donde cabría cualquier colectivo, dada la amplitud del concepto de “necesidad social” sobre la que habría que sustentar la evaluación e información–), si bien, acto seguido, apunta a la competencia sobre la atención inmediata o la asociada al riesgo de exclusión social, ya apuntando al área de las prestaciones (técnicas, materiales o económicas).**

Además, en la misma legislación (art. 26 LRBRL), se establece la obligatoriedad de la prestación de la competencia anterior (relativa a la evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social) para municipios con población superior a los 20 000 habitantes.

Posteriormente, las modificaciones aprobadas a través de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local sobre la LRBRL, de corte no municipalista, finalmente no han implicado por sí solas el desapoderamiento de los entes locales en materia de servicios sociales siempre que la legislación sectorial autonómica atribuya competencias derivadas de lo previsto en el citado artículo 25.2e) de la LRBRL.

Situación actual

Como se ha descrito en el recorrido histórico y normativo, especialmente en las etapas recientes, los servicios sociales que hoy encontramos presentan un gran fraccionamiento e inequidades de unos municipios respecto a otros del Estado, y principalmente en determinadas políticas como son las de rentas y cuidados.

Elo ha originado la promulgación de diversas leyes estatales que regulan aspectos concretos que a su vez inciden sustancialmente en la regulación autonómica y en la prestación de servicios sociales por parte de los Ayuntamientos, fijando un mínimo común denominador en ámbitos del bienestar social tales como la protección a la infancia, discapacidad, dependencia, violencia de género o garantía de rentas.

De manera específica, nos encontramos, por ejemplo, con las siguientes: la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (en adelante LAPAD); la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital; la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, o la Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

³ España. 1945. Ley de 17 de julio de 1945, de Bases de Régimen Local. En: *BOE*, núm. 199, de 18 de julio de 1945, BOE-A-1945-7245. (<https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1945/199/A00360-00384.pdf>)

Así, la ratificación de tales leyes de carácter estatal (en la actualidad existe un Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales⁴ estatal en tramitación) ha ocasionado un reajuste funcional, pudiendo decirse que **las EE.LL. han sufrido una gran transformación con el surgimiento de políticas de carácter universal en el marco autonómico y estatal, siendo colocadas en un régimen competencial subsidiario en lo que se refiere a las prestaciones ciudadanas.**

Por ejemplo, en cuanto a la provisión de prestaciones económicas de los años 80, los municipios han contemplado cómo las autonomías aprobaban leyes de garantías de rentas y consolidaban su papel en las materias de instrucción, coordinación y seguimiento de casos y expedientes, para, posteriormente y tras la aprobación del IMV (dependiente de la Seguridad Social) pasar a ser meros espectadores y, cuanto menos, centrarse en la cobertura de situaciones no contempladas en la misma. De igual manera, y en el terreno de los cuidados a personas dependientes, han pasado, en cierto modo, a ser proveedores de carácter delegado de aquellos servicios aprobados según la reglamentación oportuna de la LAPAD y normalmente de manera subsidiaria a ésta.

Ilustración 4. Evolución de políticas sociales universalistas o focalizada y competencias municipales a lo largo de los siglos XIX-XXI en España.



Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo los ejemplos anteriores, se aprecia que las EE.LL., en cuanto a la provisión de los servicios mencionados (de gran prevalencia entre el conjunto de servicios), han sufrido un retroceso al avanzar la cobertura garantista y universal de las Autonomías y el Estado, ejecutando en mayor medida tareas de información y acceso, valoración de situaciones sociales (y su relación con el entorno y apoyos), como consecuencia de la incapacidad jurídica legisladora de las EE.LL. y las sucesivas reformas competenciales de las mismas.

Por ende, podría concluirse que **los municipios han sido relegados respecto al resto de las administraciones a un papel menos universalista y, por tanto, más focalizado respecto a la provisión de servicios debido a su carácter subsidiario-legislativo.** En este sentido, remarcar lo recogido en el artículo 25.2 de la LRBRL “el Municipio ejercerá en todo caso como competencias propias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas”.

⁴ España. 2023. Anteproyecto de Ley de Condiciones Básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los Servicios Sociales. [AP-SERVICIOS-SOCIALES.pdf (mdsocialesa2030.gob.es)].

Universalismo en los servicios sociales municipales ¿tarea imposible?

Tras el argumentario descrito, podría parecer que la ejecución de políticas de corte universalista es imposible para las EE.LL., pero **no es así**, como se justificará a continuación.

En primer lugar, porque existe un marco competencial para los municipios que da cierto margen, recogidos en el literal del artículo 25 de la LRBRL, es decir, en el marco que puede contemplar el concepto de “necesidad social”, como ya se ha descrito anteriormente.

En segundo lugar, porque **los servicios sociales se dedican a un ámbito mucho mayor que la simple gestión de prestaciones, y, cada vez más, definen su objeto como dentro de la potenciación de la autonomía funcional e integración relacional**⁵.

La provisión de servicios no es la única capacidad de las EE.LL. ni se ajusta al papel de estos en el Bienestar Social: **los servicios sociales municipales tienen un potencial preventivo, comunitario y relacional de imposible ejecución por las administraciones supramunicipales.**

Por ello, los municipios han desarrollado documentos de carácter cuasi-normativo, como es el caso de las Cartas de Servicios, que recogen entre sus actuaciones, como es el caso de la Carta de Servicios de los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid⁶, no solo la “información y orientación sobre servicios sociales y otros sistemas de protección social, asesoramiento social, apoyo social y seguimiento, atención de situaciones de desprotección social o la gestión de servicios y ayudas sociales”, sino también “el Trabajo Social Comunitario” que define como “identificar y dar a conocer las actividades que en materia de acción social se desarrollan en los distritos diferentes Asociaciones y Entidades, orientar a las Entidades y Asociaciones de acción social hacia las iniciativas comunitarias existentes en cada distrito y facilitarles el acceso, impulsar el encuentro, la coordinación y la cooperación entre las Entidades y Asociaciones del distrito, detectar y canalizar las demandas de participación en acciones de voluntariado social y potenciar la participación, potenciar y apoyar la creación de nuevas experiencias solidarias en relación con las necesidades sociales existentes, difundir las experiencias de trabajo social comunitario desarrolladas en el distrito, promover la elaboración de estudios sobre la realidad social de los distritos para la planificación de las actuaciones”.

Como puede apreciarse en el texto anterior, existen funciones ejecutadas por el Ayuntamiento de Madrid que son competencialmente propias según la LRBRL y otras que son de imposible desarrollo para las administraciones supramunicipales, principalmente debido a la necesidad de contar con equipamientos y redes cercanas físicamente a la población, a saber:

- Información y asesoramiento general.
- Valoración de entorno y apoyos.
- Coordinación-referencia integral.
- Trabajo comunitario.

Las funciones descritas están muy vinculadas al concepto de universalismo desde el punto de vista de la valoración y acceso a los servicios de bienestar social, así como de promoción de la coordinación interadministrativa (visión integral), y el trabajo comunitario, de carácter profundamente universalista. Estarían todas ellas consideradas competencialmente propias y sería el campo para desarrollar el ejercicio universalista de las entidades locales.

5. APLICACIÓN PRÁCTICA: EL MARCO MUNICIPAL. EL AYUNTAMIENTO DE MADRID

A continuación, en coherencia con lo expuesto anteriormente, y como objetivo del presente trabajo, se pretende analizar una institución concreta bajo ciertos parámetros que puedan servir para profundizar en la naturaleza, evolución e idoneidad del posicionamiento universal o focalizado de las políticas sociales ejercidas por las EE.LL.

⁵ Cantabria 2018. “Estrategia Social 'Horizonte 2030', una propuesta de futuro para el Sistema Público de Servicios Sociales de Cantabria” (<https://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Estrategia%20Horizonte%202030.pdf>)

⁶ Madrid, Ayuntamiento. 2023. Carta de Servicios de los Centros de Servicios Sociales (Carta de Servicios de Centros de Servicios Sociales (madrid.es))

Para ello, se han delimitado cuatro campos de indicadores/ítems:

1. Normativa y desarrollo institucional.
2. Cobertura.
3. Recursos (materiales, técnicos y económicos).
4. Visibilidad/imagen externa.

Posteriormente, y para facilitar el carácter objetivo, a cada uno de los campos citados se les ha dotado de una gradación con un valor máximo de 10 puntos, teniendo en cuenta los criterios de focalización establecidos por Raczynski (1995), a saber:

- Priorización de la demanda (potenciales beneficiarios directos).
- Oferta (características de las prestaciones o servicios).
- Áreas geográficas (todos los hogares de determinada área que califica de pobre tienen derecho a recibir el servicio).

5.1. Desarrollo de la medición

ÍTEM 1. NORMATIVA/DESARROLLO INSTITUCIONAL

La capacidad legislativa es un elemento básico para poner en práctica el principio de universalidad tal y como se ha definido anteriormente.

En este sentido, el artículo 4.1.a) de la LRBRL atribuye a los ayuntamientos únicamente potestad reglamentaria y de aprobación de ordenanzas, es decir, para desarrollar, dentro de la esfera de sus competencias, lo dispuesto en las leyes estatales o autonómicas, lo cual conlleva la incapacidad de estos para legislar. Por ello, la ciudadanía, por ejemplo, no puede obtener de sus municipios el acceso a un derecho subjetivo como podría ser una renta de tipo universal, ya que toda prestación está condicionada, entre otros factores, a la oportuna valoración técnica o consignación presupuestaria.

Así, respondiendo al objeto de baremar de manera sencilla la capacidad legislativa-normativa, se tendrán en cuenta cuatro categorías de ítems:

1. Si dispone de capacidad jurídica para disponer de servicios universales, es decir, regulados por derecho subjetivo: 5 puntos. En el caso del Ayuntamiento de Madrid (como cualquier otro), no es posible obtener puntuación.
2. A falta de leyes, si dispone de reglamentos y ordenanzas generalistas-universales: hasta 5 puntos distribuidos de la siguiente manera:
 - 1 por cada reglamento u ordenanza de tipo universalista.
 - 0,50 por cada reglamento u ordenanza de tipo universalista-selectivo.
 - 0,25 por otros documentos de corte generalista aprobados por el máximo órgano directivo de tipo universalista.

En este sentido, y tras el oportuno análisis, el Ayuntamiento de Madrid dispone de las siguientes ordenanzas y reglamentos vinculados a Servicios Sociales:

- Ordenanza prestaciones económicas⁷ (de tipo universal-selectivo).
- Ordenanza reguladora del servicio de ayuda a domicilio, Centros de día, etc., para personas mayores y personas con discapacidad⁸, destinada a colectivos concretos (de tipo focalizado).

⁷ Madrid, Ayuntamiento. 2004. Ordenanza de las prestaciones económicas del Sistema Público de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, de 28 de septiembre de 2004 (Ordenanza de las prestaciones económicas del sistema público de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid, de 28 de septiembre de 2004 - Gestiones y Trámites).

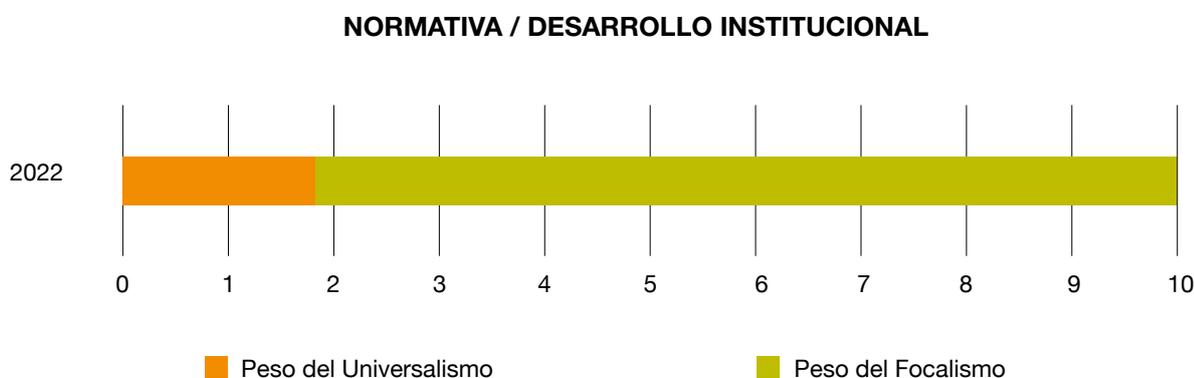
⁸ Madrid, Ayuntamiento. 2022. Ordenanza Reguladora del Servicio de Ayuda a Domicilio para personas Mayores y personas con Discapacidad y de los servicios de centros de día, residencias y apartamentos de mayores y apartamentos para personas mayores y del centro municipal de atención integral neurocognitiva (<https://sede.madrid.es/portal/site/tramites/menuitem.5dd4485239c96e10f7a72106a8a409a0/?vgnextoid=1e165409d96bf710VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=e81965dd72ede410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextfmt=default>).

- Reglamento Centros Servicios Sociales⁹ (de tipo universal, ya que establece prestaciones básicas -técnicas- para toda la ciudadanía).

A su vez, dispone de acuerdos aprobados por el máximo órgano decisivo (Pleno Municipal) donde figura el objetivo/visión del universalismo que deben tenerse en cuenta si bien se trata de documentos de un rango inferior en cuanto a su exigibilidad. En este sentido es necesario hablar de dos elementos:

- Los Acuerdos por un nuevo Sistema de Servicios Sociales aprobados en Sesión 7/2022 del Pleno de la Ciudad de Madrid¹⁰ que establecen la vocación universal de los Servicios Sociales municipales.
- De igual manera, las cartas de servicios¹¹ existentes en servicios sociales son 15, de las que, de tipo generalista, únicamente hay una general (Servicios Sociales de Atención Social Primaria) y 14 por colectivos. Por tanto, la puntuación TOTAL en este ítem es de 1,75 sobre 10 (1+0,5+0,25).

Ilustración 5. Peso de universalismo o focalismo 2022 según capacidad normativa.



Fuente: Elaboración propia.

En resumen, puede indicarse que, en cuanto a este ítem, los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid se encuentran en un desarrollo principalmente focalizado, si bien, en gran medida, el límite de un posicionamiento universalista viene determinado por la incapacidad legislativa. No obstante, señalar un repunte “universalista” a lo largo de los últimos ejercicios, como puede apreciarse por las fechas de los textos citados.

⁹ Madrid, Ayuntamiento. 1989. Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, de 22 de junio de 1989 (Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, de 22 de junio de 1989 - Gestiones y Trámites).

¹⁰ Madrid, Ayuntamiento. 2022. Acuerdos por un nuevo Sistema de Servicios Sociales (<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDC-Medios/noticias/2022/05Mayo/31Martes/Notasprensa/Pleno%20Nuevos%20Servicios%20Sociales/ficheros/ACUERDOS%20NUEVO%20MODELO%20SERV%20SOCIALES.pdf>).

¹¹ Madrid, Ayuntamiento. Cartas de Servicio del Ayuntamiento de Madrid (Cartas de Servicios vigentes - Ayuntamiento de Madrid).

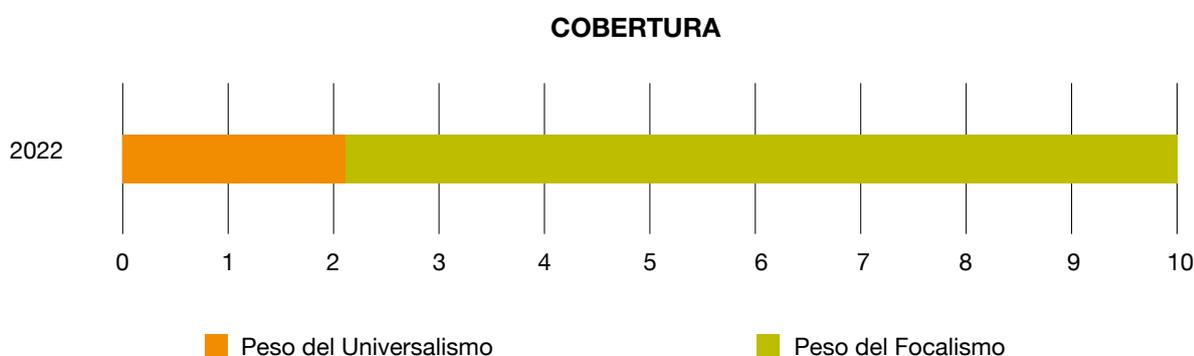
ÍTEM 2. COBERTURA

Los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid engloban una gran cantidad de servicios y prestaciones y su cobertura alcanza el 21 % de la población madrileña según datos de la memoria del AGFlyBS¹² en su conjunto (escuelas infantiles, centros de mayores, familia, atención social primaria, etc.). A su vez, del total de la población residente en la ciudad, un 13 % es atendido o mantiene atenciones prestadas a través de los Centros de Servicios Sociales de Atención Social Primaria según su propia web¹³.

La puntuación obtenida es, por tanto: **2,1** (alcanzaría el 10 en caso de ser del 100 %).

En cuanto a la cobertura geográfica, es preciso indicar que los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid están distribuidos o zonificados para dar cobertura equitativa a toda la población. Las únicas salvedades podemos encontrarlas en los programas localizados en núcleos chabolistas como Cañada Real Galiana, si bien su impacto global es escaso.

Ilustración 6. Peso de universalismo o focalismo 2022 según cobertura.



Fuente: Elaboración propia.

Se puede, por tanto, concluir que los Servicios Sociales de Madrid se encuentran en una cobertura alejada del 100 % pero significativamente presente en el municipio.

ÍTEM 3. VISIBILIDAD/IMAGEN EXTERNA

La visibilidad de los servicios sociales es uno de los elementos más destacables en el ejercicio de responsabilidad pública de las ciudades para con su ciudadanía. Difundir la acción de los servicios sociales supone una apuesta por la prevención, sensibilización y transparencia de las instituciones hacia la ciudadanía, en referencia a la protección social que puede esperar de ellas. Por tanto, se considera esencial en un análisis del espíritu universalista de las EE.LL.

De hecho, ya en 2011 se indicaba (Baltar, 2011, 615) que los mecanismos de visibilización de los servicios sociales pecaban de enfoque focalizado: “La difusión de unos determinados servicios prima sobre la de otros, que quedan relegados a un segundo nivel. Este hecho contribuye a que los servicios sociales se asocien con determinados colectivos que son objeto de difusión cotidiana”. A pesar de las diferentes campañas, los Servicios Sociales siguen constituyendo una red muy desconocida por la población: a pesar de que la cobertura alcanza el 21 % de la población madrileña según datos de la memoria del AGFlyBS¹⁴, solo el 11,1 % reconoce estar siendo atendido.

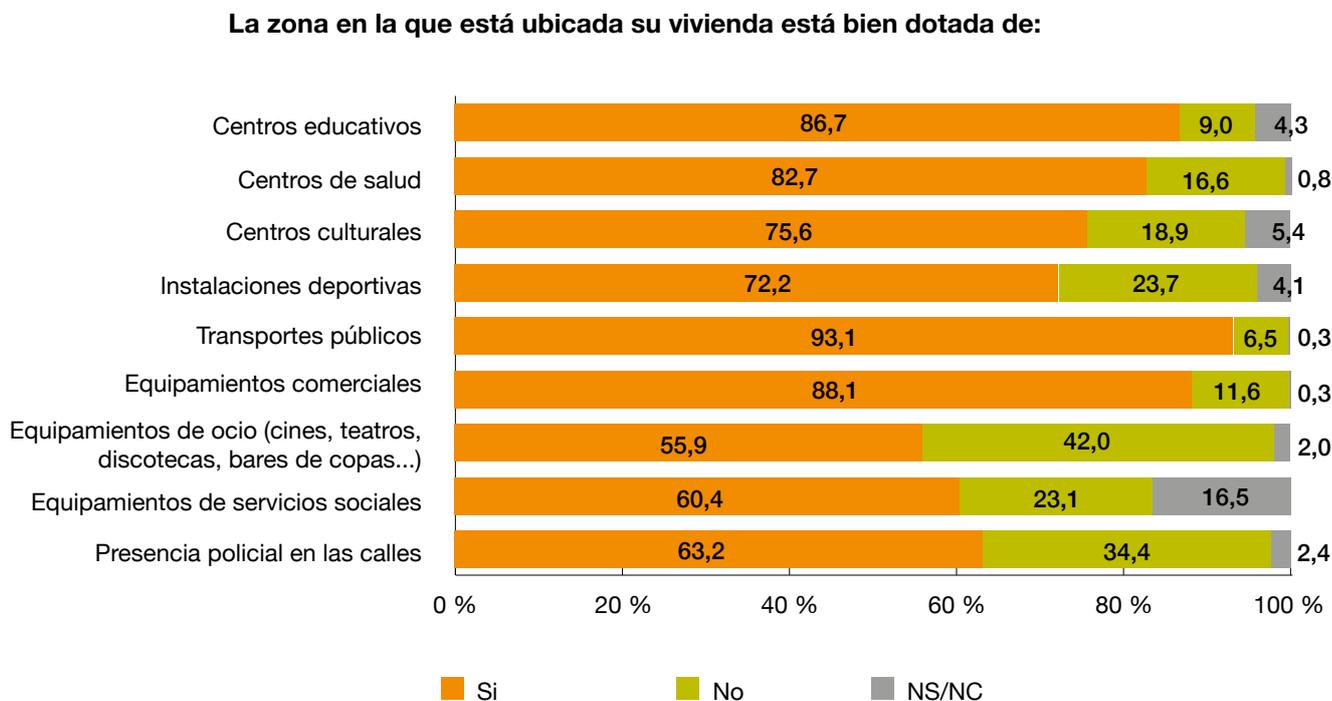
¹² Madrid, Ayuntamiento. 2020. Memoria 2020 del Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social 2020 (p 21) [(MEMORIAAG-FIBS2020.pdf (madrid.es))].

¹³ Madrid, Ayuntamiento. 2023. Carta de Servicios de los Centros de Servicios Sociales [Carta de Servicios de Centros de Servicios Sociales (madrid.es)].

¹⁴ Madrid, Ayuntamiento. 2020. Memoria 2020 del Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social 2020 (p 21) MEMORIAAG-FIBS2020.pdf (madrid.es)].

De igual manera, como puede apreciarse en la gráfica siguiente, y según resultados del panel hogares¹⁵ (estudio llevado a cabo por el propio AGFlyBS que reúne respuestas por parte de 8 040 hogares), al preguntar sobre el entorno y la adecuada dotación de servicios, indaga sobre varias tipologías, un 16,2 % desconoce la ubicación de equipamientos sociales, siendo esta la puntuación más baja de todas las preguntadas.

Ilustración 7. Panel de hogares 2022 del Ayuntamiento de Madrid.



Fuente: AGFlyBS Ayuntamiento de Madrid.

Por ello, en el objetivo del estudio correspondiente a la universalización de sus servicios sociales, es necesario analizar las acciones que las instituciones tienen en cuenta en la visibilización de los mismos, para lo que se han tenido en cuenta indicadores vinculados a transparencia, página web y campañas publicitarias, como a continuación se expone, contemplando cuatro categorías:

1. Alojamientos en red de datos públicos donde se visibilizan los relativos a servicios sociales universales. Para ello se ha analizado el conjunto de datos municipales¹⁶ gestionados por el AGFlyBS (escuelas infantiles, centros de mayores, etc.). Así, si el resumen del conjunto de datos públicos refleja un posicionamiento 100 % de tipo universal se alcanzarían los 2,5 puntos. En este caso: Cuatro son de tipo General (vinculados a Atención Social Primaria) y seis de tipo específico (discapacidad, infancia, personas sin hogar y mayores). Por tanto, la puntuación en este aspecto alcanza el valor "1".
2. Recursos recogidos en la web corporativa (www.madrid.es/serviciosociales) se han analizado la cantidad que se muestra desde la página principal (home). Por ello, si la página web corporativa visualiza recursos de tipo generalista o específico: hasta 2,5 puntos (si el 100 % fuesen de tipo universalista). Como puede verse (consulta marzo 2023), se muestran ocho banners, de los cuales cinco responden a servicios "universales" (dos centros comunitarios, un Centros de Servicios Sociales, una Guía general "Madrid te cuida" y una "Ayudas económicas"), y tres a lo considerado como dirigido a colectivos específicos (Mayores, Dependencia y Violencia Sexual). Por tanto, la puntuación en este aspecto alcanza el valor "1,25".

¹⁵ Madrid, Ayuntamiento. 2022. Panel de Hogares del Ayuntamiento de Madrid. Disponible en (Informe general de resultados Panel de Hogares ciudad de Madrid).

¹⁶ Madrid, Ayuntamiento. 2022. Geoportal Ayuntamiento de Madrid (Resultados de la búsqueda en el catálogo Geoportal del Ayuntamiento de Madrid).

3. Número de campañas publicitarias realizadas por el área competente en un ejercicio, contabilizando las que son de tipo generalista, frente a otras de tipo más específico como la dirigida a familias o personas con discapacidad. Si las campañas publicitarias realizadas en el último ejercicio son de tipo universalista o específico: hasta 2,5 puntos.

En este caso, tanto en 2021 como en 2022 se realizaron seis campañas de las que una estuvo dirigida a Servicios Sociales Generales: en este caso, se realizó una campaña “Servicios Sociales, para cuando los necesites”¹⁷, si bien tuvo una gran repercusión. Por tanto, la puntuación en este aspecto alcanza el valor “0,17”.

4. En cuarto y último lugar, se ha querido tener en cuenta si existe una “marca común” general de Servicios Sociales, como tienen otros sectores (policía, por ejemplo). Se considera un aspecto importante a colación de lo expuesto en la introducción. Por ello, si tienen imagen corporativa general para los Servicios Sociales, de manera generalista: hasta 2,5 puntos.

En este caso, la marca utilizada en la campaña referida ha sido desarrollada como logo de los Servicios Sociales en modo amplio:

Ilustración 8. Imagen corporativa asociada a los Servicios Sociales de Madrid desde septiembre de 2022.

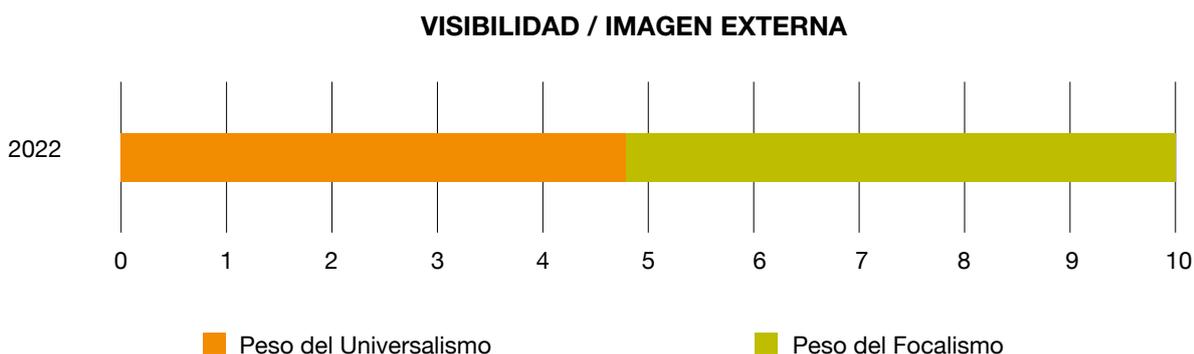


Fuente: Ayuntamiento de Madrid.

Por tanto, la puntuación en este aspecto alcanza el valor “2,5”.

Una vez analizados los datos según los parámetros elegidos, respecto al 2022 se obtiene la siguiente gráfica en la que la puntuación TOTAL alcanza el valor 4,92:

Ilustración 9. Peso de universalismo o focalismo 2021 y 2022 según visibilidad.



Fuente: Elaboración propia.

En resumen, puede indicarse que, en cuanto a este ítem, el Ayuntamiento de Madrid se encontraría en una posición equilibrada y ha avanzado en cuanto al universalismo en el último ejercicio, si bien el objeto de este indicador está centrado en la imagen y difusión, no en tanto en cuanto a los servicios u oferta de prestaciones.

¹⁷ Madrid, Ayuntamiento. Campaña municipal. Septiembre de 2022 “Servicios Sociales, para cuando los necesites”.

ÍTEM 4. OFERTA/RECURSOS

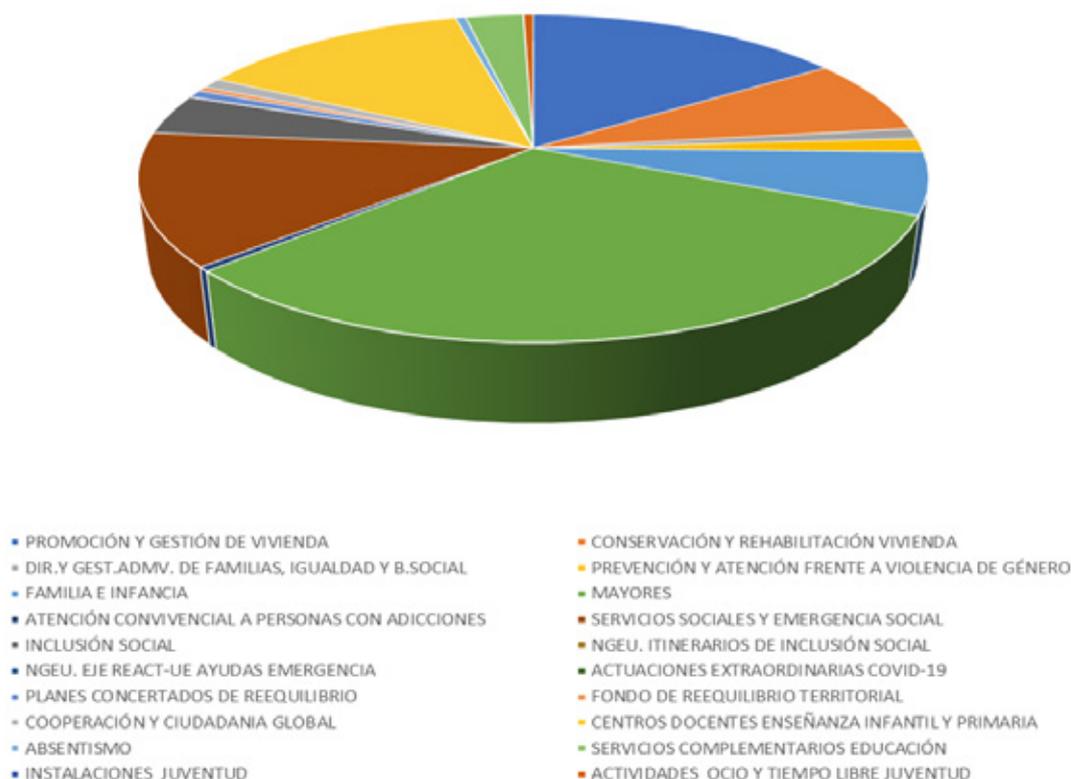
Los recursos se dividen normalmente en tres categorías: técnicos (profesionales), materiales (equipamiento y servicios) y económicos. Respetando tal división, se ha analizado su inclinación por una u otra concepción (universalista-focalizada).

Por ello, este ítem se valora de la siguiente manera:

1. Recursos y ayudas de tipo económico: porcentaje de gasto destinado a Servicios Sociales de tipo universal-general: hasta 3,3 (si fuese del 100 %).

En este sentido, la partida mayor dotada en 2022 es la destinada a personas mayores, que concentra más del 30 % del total. El siguiente programa por importe es el correspondiente a la promoción y gestión de la vivienda con algo más del 20 %; y después servicios sociales y emergencia social con un 12 %. Por tanto, la puntuación en este aspecto alcanza proporcionalmente el valor “0,40”.

Ilustración 10. Distribución del Gasto Social 2022.



Fuente. DG Presupuestos.

2. Recursos y ayudas de tipo material. Dada la dificultad para encontrar datos objetivos sobre servicios, se ha optado por tener en cuenta los equipamientos de tipo generalista frente a los específicos: hasta 3,3 puntos si el 100 % fuese de tipo universalista. Siempre, utilizando aquellas fuentes públicas accesibles.

Así, y según el Geoportal del Ayuntamiento de Madrid, encontramos que existen un total de 303 recursos, de los que 40 son Centros de Servicios Sociales de Atención Social Primaria (ASP), 90 Centros de Mayores, 64 Centros de Atención a Menores y Familias Centros de Apoyo a las Familias (CAF), Centros de Atención a la Infancia (CAI); Puntos de Encuentro Familiar (PEF); Centros de Día Infantiles; Centros de Apoyo Socioeducativo y Prelaboral para Adolescentes (ASPA), 100 Centros de discapacidad y 9 Centros para Personas Sin Hogar. Según dicha fuente de geolocalización de dispositivos, los Centros de tipo generalista (universal) alcanzarían el 13 % del total.

De igual forma, se aprecia en la propia página web municipal, un listado de servicios adjunta a la Carta de Servicios de los Centros de Servicios Sociales, que a su vez se autodefinen como “puerta de entrada de la ciudadanía al Sistema Público de Servicios Sociales y a sus prestaciones, ya sean estas del Ayuntamiento, de la Comunidad de Madrid o de otras Administraciones”¹⁸, y en ella se exponen los mismos agrupados en las siguientes categorías:

- Población en general: Cinco.
- Personas Mayores: Veinte.
- Familia, Infancia y Adolescencia: Nueve.
- Mujer: Cuatro.
- Sectores de población con necesidades específicas Personas sin hogar: Doce.
- Sectores de población con necesidades específicas: Discapacidad: Siete.
- Sectores de población con necesidades específicas: Personas solicitantes de reconocimiento de Dependencia: Seis.

Es decir, cinco de sesenta y tres servicios expuestos en la Carta, son reconocidos como destinados “a la población en general”, lo cual implicaría un 8 % del total de servicios descritos. Dado que existen servicios especializados de acceso directo (Centros de Atención a la Familia, Espacios de Igualdad, etc.), se ha valorado que el 8 % es más adecuado a la situación real. Por tanto, **la puntuación en este aspecto alcanza el valor “0,26”**.

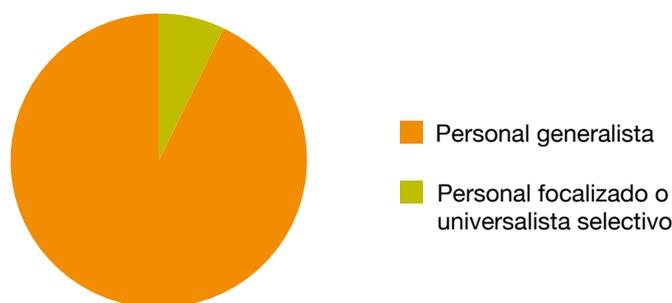
3. Recursos Humanos, computando el porcentaje de recursos humanos con dedicación a tareas en destinos dedicados a la atención generalista (más universal) y la dedicada a colectivos (más focalizada).

Para ello, se ha tenido en cuenta la Relación de Puestos de Trabajo (RPT) del Ayuntamiento de Madrid y Organismos Autónomos a diciembre de 2022, que reconoce un total de 1881 profesionales, de los que 1183 corresponderían a la Atención Social Primaria (generalista-de tipo universal), compuesto tanto por personal de distritos como de tipo general del AGFlyBS dedicado a funciones de carácter “universal”.

Respecto al personal dedicado a funciones de tipo universal selectivo o focalizado, estaríamos teniendo en cuenta al conjunto restante, de los 698 profesionales (funcionariado) correspondiente a direcciones generales como las de Mayores, Familia, Infancia, Educación y Juventud, Inclusión Social y la de Políticas de Igualdad y contra la Violencia de Género, al que habría que sumar 17 000 profesionales que se estiman trabajan en los servicios de gestión indirecta (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y centros de día de manera mayoritaria) según estimaciones del propio AGFlyBS en su memoria anual 2021.

Teniendo en cuenta esta división, podemos expresar la distribución en la siguiente gráfica:

Ilustración 11. Distribución de Recursos humanos según función de generalista o focalizado+universalista selectivo.



Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, la puntuación en este aspecto alcanza el valor “0,21”.

¹⁸ Madrid, Ayuntamiento. 2023. Carta de Servicios de los Centros de Servicios Sociales [Carta de Servicios de Centros de Servicios Sociales (madrid.es)].

A continuación, se expone el conjunto de datos obtenidos del mismo análisis realizado a los tres tipos de recursos descritos (materiales, económicos y técnicos):

Ilustración 12. Peso de universalismo o focalismo según cobertura y recursos 2021 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

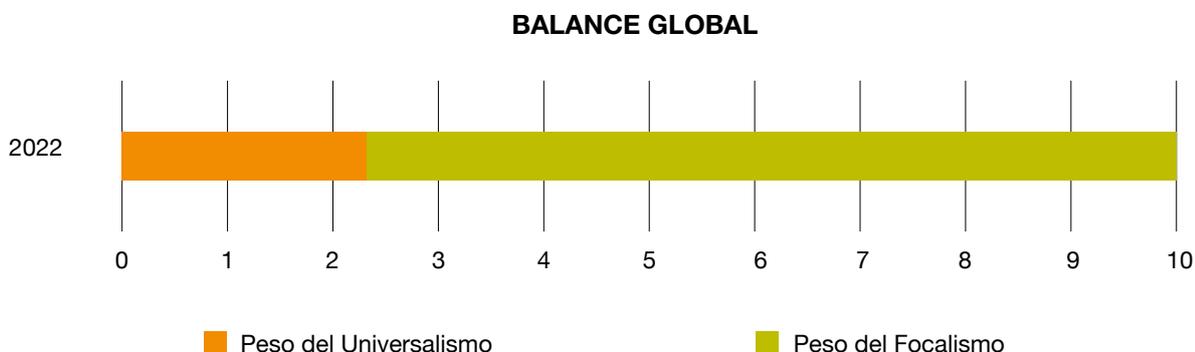
En resumen, puede indicarse que, en cuanto a este ítem, el Ayuntamiento de Madrid se encontraría en una posición muy inclinada hacia el focalismo.

5.2. Resumen de Datos. Ayuntamiento De Madrid

Los datos anteriormente descritos a través de los ítems seleccionados arrojan los siguientes resultados:

- 1.- Los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid están posicionados en una oferta principalmente focalizada dado que la puntuación TOTAL alcanza el valor 2,41.
- 2.- Se aprecia una tendencia en el tiempo de impulso del universalismo, tanto documentos públicos como en acciones tomadas en el ejercicio 2022, así como por la dimensión pública, campañas e imagen exterior, que se quiere trasladar a la ciudadanía.

Ilustración 13. Balance global Universalismo-Focalismo Servicios Sociales Madrid.



Fuente: Ayuntamiento de Madrid.

En el análisis de los datos aportado con anterioridad, se puede constatar que el Ayuntamiento de Madrid, a pesar de estar consolidado en una política social focalizada, ha crecido en su vocación y empeño de desarrollo universal, lo cual se expresa no solo en sus presupuestos, sino en el espíritu expresado a través de sus campañas de visibilización como sus documentos de proyección, pero, como no puede ser de otra manera, e, influido por su capacidad competencial y legislativa, sigue en una posición centrada o más cercana a lo definido como focalizado.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A continuación, se exponen los resultados más significativos del trabajo realizado:

- 1.- Las políticas sociales en España han aumentado su carácter universal como fruto de su desarrollo democrático a través del reconocimiento de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), en concordancia con las democracias avanzadas y dentro de las cuales están los países de la Unión Europea. Este impulso ha sido protagonizado por el Estado y las Comunidades Autónomas, amparadas por su competencia legislativa.
- 2.- Desde el propio surgimiento de España como estado constitucional las EE.LL. han tenido encomendadas competencias subsidiarias respecto al resto de administraciones en materia de políticas sociales (estatal, autonómica, provincial): ello ha ocasionado que su desarrollo haya sido focalizado no solo geográficamente y en la definición de su objeto.
- 3.- A lo largo de los años, y debido al impacto de políticas de mayor universalidad (IMV y LAPAAD principalmente), las EE.LL. han sufrido un arrinconamiento de su acción y competencias de facto por su carácter subsidiario. Por ello, han reducido su acción en cuanto al conjunto de prestaciones y servicios, al marco de situaciones temporales, a saber:
 - Situaciones de crisis puntual sobrevenidas/imprevisibles (emergencias).
 - Situaciones de espera en procesos de tramitación de prestaciones y servicios recogidos en las diversas legislaciones (autonómicas o estatales).
 - Situaciones no previstas en las mismas ("ángulos muertos"), como puede ser la derivada de la atención a personas en situación administrativa irregular.
 - Facilidad en acceso a prestaciones supramunicipales (tramitación, valoración ordinaria y excepcional de situaciones).
- 4.- Los municipios expresan a través de sus documentos estratégicos y públicos (como es el caso de las cartas de servicios) un anhelo por el desarrollo de políticas de tipo más universalista.

En este sentido, la presente investigación llega a la conclusión de que existe margen de acción precisamente en los espacios y marcos donde las administraciones supramunicipales no pueden ejercer su actividad. Para ello es preciso un redireccionamiento de su esfuerzo y objeto hacia aquellos marcos donde la municipalidad aporta un valor insustituible: la cercanía. Estos son los siguientes:

- La acción preventiva y comunitaria, donde la práctica universalista cobra sentido para las EE.LL.
- La ejecución de programas específicos/adaptados de imposible implementación desde el ámbito supramunicipal.
- La valoración de situaciones que precisan tener en cuenta el entorno social, así como apoyos familiares y vecinales.
- De igual manera, y debido a su implantación territorial, destaca su valor en cuanto a la facilidad del acceso al sistema, acción de gran peso universalista.

Lo anterior conlleva, igualmente, aceptar el carácter subsidiario respecto al campo de la cobertura de prestaciones en lugar de pugnar por ello (lo cual produce duplicidades) y colaborar, si es posible, fomentando que dichas coberturas se ejecuten desde las administraciones con capacidad legal para reconocer derechos sociales con carácter subjetivo.

En cuanto al desarrollo profesional, uno de los pilares básicos en la mayoría de las normativas, es la reseña al/a la profesional de referencia como derecho de la persona usuaria (siendo lo más común la reserva de dicho ejercicio como profesional de referencia en la Atención Social Primaria (Servicios Sociales Comunitarios, o de Base según las

distintas denominaciones) al/a la trabajador/a social). Por ello, la propuesta que se hace en el presente trabajo no es ajena al mismo: la ejecución de las tareas debe alinearse con lo marcado para su ejercicio en las entidades locales.

La principal conclusión es que, para el citado desarrollo, **los servicios sociales municipales deben desplegar su acción en aquellos campos que aportan mayor valor a su carácter de proximidad, así como en lo que tiene que ver con su capacidad de expansión universal: a saber, lo preventivo, comunitario y acceso al sistema.**

Es preciso avanzar en lo universal sin perder de vista lo focal: la compatibilidad entre ambos conceptos ofrece no solo no renunciar a la mayor atención a quien más lo necesita, sino poner un acento necesario en lo preventivo y comunitario. Ello permitirá aumentar la proactividad y la posibilidad de adelantarse a los problemas o incidir en ellos en sus momentos iniciales, lo cual previene no solo las consecuencias graves y el riesgo de desprotección, sino, también, la cronicidad o dependencia respecto a los mismos.

De esta manera se mejorará el encaje de las políticas sociales locales en el conjunto de las que se prestan desde las Administraciones Públicas de España.

ANEXO: CONJUNTO DE DATOS UTILIZADOS. Ayuntamiento de Madrid

CAPACIDAD LEGISLATIVA/NORMATIVA	NORMATIVA/DESARROLLO INSTITUCIONAL	INDICADOR	VALOR	PESO DEL UNIVERSALISMO 2022
	1. Si dispone de capacidad jurídica para disponer de servicios universales, es decir, regulados por derecho subjetivo: hasta 5 puntos	SI/NO		NO
2. A falta de leyes, si dispone de reglamentos y ordenanzas generalistas-universales: hasta 5 puntos	- 1 por cada reglamento u ordenanza de tipo universalista		1	1,75
	- 0,50 por cada reglamento u ordenanza de tipo universalista-selectivo.		1	
	0,25 por otros documentos generalista aprobados por el máximo órgano directivo de tipo universalista.		1	
SUMA PUNTUACIONES				1,75
COBERTURA	COBERTURA	INDICADOR	VALOR	PESO DEL UNIVERSALISMO 2022
	1. Cobertura % población	21%	21%	2,1
SUMA PUNTUACIONES				2,1
VISIBILIZACIÓN	VISIBILIDAD /IMAGEN EXTERNA	INDICADOR	VALOR	PESO DEL UNIVERSALISMO 2022
	1. Si el resumen del conjunto de datos públicos refleja un posicionamiento de tipo universal: hasta 2,5 puntos	Unidades sobre el total de conjunto de datos publicados del sector en el mismo portal	Hay 4 de 10	1
	2. Si la página web corporativa visualizan recursos de tipo generalistas o específicos: hasta 2,5 puntos.	Unidades sobre el total de recursos disponibles en la home principal del sector	Hay 4 de 8	1,25
	3. Si las campañas publicitarias realizadas en el último ejercicio son de tipo universalista o específico: hasta 2,5 puntos.	Unidades sobre el total de campañas del último ejercicio	Hay 1 de 6	0,17
	4. Si tienen imagen corporativa general para los Servicio Sociales, de manera generalista: hasta 2,5 puntos	SI/NO	SI: LOGO	2,5
PUNTUACIONES				4,92
RECURSOS	RECURSOS	INDICADOR	VALOR	PESO DEL UNIVERSALISMO 2022
	1. Recursos Económicos	3,3 Si el presupuesto destinado a servicios universales asciende a 100%	12%	0,40
	2. Recursos materiales	3,3 Si el % de los recursos determinados son de tipo generalista alcanza el 100%	8%	0,26
	3. Recursos Humanos	3,3 si el 100% de los RRHH se dedican a funciones generalistas	1048 DE 18881	0,21
	SUMA PUNTUACIONES			
PUNTUACIONES GLOBALES			2022	2,41

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baltar Moreno, A. (2011), *La visibilidad y promoción de los servicios sociales en el ámbito urbano de la Comunidad de Madrid*. II Congreso de Ciudades Creativas Madrid Volumen: Actas del Congreso. Tomo I, pág. 615 ISBN: 978-84-93 9077-6 Universidad Complutense de Madrid. (<https://www.icono14.es/images/documents/editorial/colecciones/actas/ccc2-v1-2011.pdf>)
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Basil Blackwell (versión española: Los Tres mundos del Estado de Bienestar, Edicions Alfons el Magnánim, Valencia, 1993, p. 25 Esping-Andersen-Los-tres-mundos-del-Estado-del-bienestar.-Derechos-y-desmercantilización.pdf (uba.ar)
- Fantova, F. (2018). *Beveridge y el bienestar: ¿hay un sexto gran mal? ¿hay un sexto gran bien?* (<http://fantova.net/?p=2239>)
- Francis-Oliviero, F.; Cambon, L.; Wittwer, J.; Marmot, M.; Alla, F. (2021). *Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión*. *Revista Panamericana Salud Publica*. (<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.102>)
- García Rojas, J.A. (2002). *La Administración Local en el Constitucionalismo Español*. Anales de la Facultad de Derecho. Universidad de la Laguna. (AFD_19_2002_02.pdf (ull.es))
- Jaraíz, G. (2012). “La dimensión comunitaria en Servicios Sociales. Una aproximación a su tratamiento en barrios vulnerables”. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(1), 113-124 (<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/38438>)
- Molina C.G. (2006). *Universalismo básico Una nueva política social para América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo Editorial Planeta Washington, D.C. (file:///C:/Users/JSJG044/Downloads/Universalismo-b%3%A1sico-Una-nueva-pol%3%ADtica-social-para-Am%3%A9rica-Latina%C2%A0.pdf)
- Ocampo J.A. (2008). “Las concepciones de la política social: universalismos versus focalización”. *Revista Nueva Sociedad* núm. 215 (3521_1.pdf (nuso.org))
- Osuna, E.A. (2019). “Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la “Ley de Beneficencia” de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852. Aportes”. *Revista de Historia Contemporánea*. (<https://revistaaportes.com/index.php/aportes/article/view/419/249>)
- Raczynski, D. (1995) “Focalización de programas sociales: Lecciones de la experiencia chilena”. En Pizarro, C., Raczynski, D. and Vial, J., Eds., *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático*, CIEPLAN-UNICEF, Santiago pol-econom-y-soc-chile-demo_Capitulo_10_compressed.pdf (cieplan.org)
- Rose, G.; Khaw, K.-T.; Marmot, M. Rose's. (2008). *Strategy of Preventive Medicine [Internet]. Rose's Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press. (<https://academic.oup.com/book/2993?login=false>)

Eva Ausina Valdearcos
Marta Gelpí Domínguez
Melinda Jiménez Ibáñez

Comunicación 10

La práctica de Trabajo Social en el proceso ortogeriátrico del Hospital de la Santa Creu

Resumen: El incremento en nuestra sociedad de población envejecida, cada vez más frágil y dependiente, sumado a sus comorbilidades, nos evidencia la necesidad de generar protocolos más ágiles y proactivos que puedan dar respuesta, no solo a las necesidades de nuestros pacientes, sino también a la calidad de su asistencia. Para ello, se requiere de una intervención proactiva, integral y global del paciente desde el ingreso hospitalario hasta el alta. A finales de 2018 en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, se implementa el Protocolo de Ortojeriatria para las fracturas de cadera ya que estas están directamente relacionadas con la fragilidad. Este nuevo modelo de atención hospitalario a estas fracturas más transversal, amplio e inclusivo consigue abordar el proceso completo de la fractura de cadera desde su ingreso en urgencias hasta la salida del hospital. La proactividad junto con el trabajo multidisciplinar desde el inicio del ingreso permite una eficaz gestión de los recursos, así como una reducción del tiempo de estancia hospitalaria y los costes asociados. El rol del trabajo social en este protocolo es imprescindible durante todo el proceso, no solo por la detección de los factores sociales de riesgo desde el inicio, sino también para consensuar, contextualizar y acompañar a pacientes y familias en la mejor opción al alta hospitalaria. Favorece, asimismo, el continuo asistencial y una eficaz gestión de los recursos comunitarios.

Palabras Clave: Ortojeriatria, Protocolo, Proactividad, Eficiencia, Equipo multidisciplinar, Rol Trabajo Social.

Abstract: The increase in our society's aging population, increasingly fragile and dependent, added to their comorbidities, shows us the need to generate more agile and proactive protocols that can respond not only to the needs of our patients, but also to the quality of their care. To do this, a proactive, comprehensive and global intervention of the patient is required from hospital admission to discharge. At the end of 2018, the Hospital de la Santa Creu i Sant Pau implemented the Orthogeriatric Protocol for hip fractures since these are directly related to fragility. This new model of hospital care for these fractures, more transversal, broad and inclusive, manages to address the entire process of hip fracture from admission to the emergency room until discharge from the hospital. Proactivity together with multidisciplinary work from the beginning of admission allows for effective management of resources, as well as a reduction in the length of hospital stay and associated costs. The role of social work in this protocol is essential throughout the process, not only for the detection of social risk factors from the beginning, but also to reach consensus, contextualize and support patients and families in the best option for hospital discharge. It also promotes continued care and effective management of community resources.

Keywords: Orthogeriatrics, Protocol, Productivity, Efficiency, Multidisciplinary team, Social Work role.

1. ORIGEN E HISTORIA DE NUESTRO HOSPITAL

A principios del siglo xv, el Consell de Cent y el Capítulu Catedralicio acuerdan construir un único hospital que reuniera los pequeños que existían en ese momento. Este primer gran hospital de Barcelona, el Hospital de la Santa Creu, fue construido en el barrio del Raval, ocupando las actuales calles del Carme y Hospital. Fue uno de los proyectos urbanos más ambiciosos y de mayor envergadura en el siglo xv y funcionó entre los años 1414 y 1926.

En el siglo xix y como consecuencia del rápido crecimiento de las ciudades, con todas las problemáticas y epidemias que esto suponía, se estaban poniendo en marcha una serie de medidas para mejorar la calidad de vida de las grandes urbes. Surge entonces, el famoso movimiento higienista que promovía la construcción de alcantarillados, el abastecimiento de agua potable, un alumbrado público y la ventilación de la Ciudad.

Gracias a una importante donación que hizo un banquero catalán llamado Pau Gil, fue posible la construcción del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau como hospital para todos los pobres de la ciudad. Este debía reunir todas las innovaciones tecnológicas de la época, desde el punto de vista tecnológico, arquitectónico y médico, y que fuera erigido bajo la advocación de San Pablo. Por eso pasaría a llamarse Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

El proyecto fue encargado, a uno de los mejores exponentes del Modernismo Catalán, el gran arquitecto Lluís Domènech i Montaner (1850-1923). Fue proyectado para ocupar una superficie de nueve manzanas del Ensanche, en la zona alta de la ciudad y se diseñó en diferentes pabellones aislados, cada uno con grandes ventanas para lograr una buena iluminación y circulación del aire. Los pabellones estaban rodeados de jardines para que los/as enfermos/as y el personal del hospital disfrutaran de un entorno natural. Así como también, estaban todos conectados entre sí por una trama de túneles, una solución innovadora, para el traslado de los enfermos.

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau fue inaugurado el 16 de enero de 1930. El edificio de la entrada y los diez pabellones situados en torno a él, fueron construidos por Domènech i Montaner. El resto de los pabellones fueron obra de su hijo el también arquitecto, Pere Domènech i Roura, ya que el primero falleció en 1923. Durante mucho tiempo, este fue un hospital de referencia de la ciudad. En el año 2009 se trasladó a un nuevo complejo que cumplía mejor las necesidades del momento. El conjunto modernista fue restaurado entre los años 2010 y 2014 que es el resultado que podemos visitar en la actualidad (Club de Historia. Historia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 2023).



2. LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL

La Unidad de Trabajo Social (UTS) en nuestro hospital se conforma de 16 profesionales. Cada profesional tiene asignadas diferentes salas de hospitalización (uno o dos generalmente, en función de la carga de trabajo) de las que es referente para su intervención.

En el Servicio de Urgencias (URG) hay tres profesionales (uno en turno de mañana, otra de tarde y la última, que interviene en turno de fines de semana y festivos).

Para el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) donde está enmarcado el trabajo que se presenta en esta comunicación, hay una trabajadora social (TS) que gestiona la sala de hospitalización y también las consultas externas (CC.EE.).

La Unidad de Trabajo Social tiene designada una responsable, y dependemos jerárquicamente de la Dirección de Enfermería del hospital.

3. POBLACIÓN ENVEJECIDA Y FRAGILIDAD

El envejecimiento de la población actual ha provocado un cambio en la pirámide poblacional. El porcentaje en España de personas mayores se estima que está sobre el 20 % del total la población. Este cambio en el patrón de la población con el creciente aumento de la esperanza de vida suscita un interés en la sociedad acerca de los procesos de envejecimiento.

La mayoría de los autores concuerdan en que la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento. Es un concepto clave que puede aparecer con el envejecimiento. Su evaluación y detección es primordial en los estadios iniciales. Se entiende por fragilidad el síndrome geriátrico que se caracteriza por la disminución de la capacidad del organismo para responder a los factores estresantes externos provocando en el individuo riesgo de caídas, declive funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización e incluso la muerte.

Cuando hablamos de fracturas por fragilidad nos referimos a aquellas que se dan habitualmente en personas mayores y van precedidas, en el 95% de los casos, como consecuencia de caídas accidentales desde la propia altura. Su morbimortalidad es elevada (entre un 25-30 % en el primer año) con un riesgo de dependencia e institucionalización elevado.

Las fracturas por fragilidad incluyen la fractura de Colles, la fractura vertebral, la fractura de cadera (FFC), la fractura humeral y las fracturas de ramas pélvicas.

Dentro de las fracturas por fragilidad, la FFC es la más grave y precisa de intervención quirúrgica para disminuir el dolor y mejorar la función física. Este tipo de pacientes acostumbran a ser vulnerables y la incidencia de complicaciones médicas y síndromes geriátricos es elevado. La mortalidad hospitalaria es del 5 % y la anual del 24 %. Se ha observado que la supervivencia posterior a la FFC en la población anciana disminuye con la edad. La supervivencia a los 2 años en la población con edades comprendidas entre los 60 y 80 años es del 80 % aproximadamente, mientras que en la población mayor de 80 años esta cae de forma significativa entre el 60 % (de los 80 a los 89 años) y el 40 % (más de 90 años).

Las FFC suponen un aumento significativo del uso de recursos sanitarios en la población anciana. Para poder dar una respuesta adecuada a los pacientes que ingresan por fracturas por fragilidad, se han desarrollado, desde principios de los años 50, sistemas de colaboración entre traumatólogos y geriatras: modelos de ortogeriatría. No existe un modelo universal que proporcione la mejor atención, por ello se han desarrollado diferentes alternativas. Cada uno de ellos tiene ventajas e inconvenientes, pero todos tienen los mismos objetivos:

1. Reducir la mortalidad a corto y medio plazo.
2. Reducir la dependencia funcional.
3. Reducir la incidencia de complicaciones.
4. Reducir la estancia media.
5. Reducir los reingresos.

4. INICIOS DEL MODELO ORTOGERIÁTRICO

En el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se empezó a desarrollar un modelo ortogeriátrico en el año 1991, con la adscripción de un médico internista a Cirugía Ortopédica y Traumatología, que evaluaba los problemas médicos de los/as pacientes ingresados. En los últimos años, se complementaba con atención continuada a cargo del Servicio de Urgencias (UEC) y era de tipo reactivo. Después de diferentes tipos de colaboración, hace cinco años se diseñó una trayectoria de la FFC con una intervención multidisciplinaria de tipo proactivo que ha mostrado dificultades para la completa implementación.

La nueva propuesta que se implementó en nuestro hospital a finales de 2018 se basa en modelo de atención hospitalario más transversal, amplio e inclusivo. Pretende abordar el proceso completo de la fractura de cadera desde su entrada por Urgencias hasta la salida del hospital, con la intención de llegar a toda la población diana atendida.

El nuevo modelo se integra en el marco del Proceso de Atención Urgente que está liderado por la Unidad de Geriátrica, Servicio de Traumatología y Urgencias. Participan también servicios como Anestesiología y Bloque Quirúrgico, Medicina Física y Rehabilitación (MFyR), equipo de enfermería de las diferentes áreas, Farmacia y la UTS de las áreas implicadas (URG y COT). Con este objetivo se presenta un Nuevo Modelo de Atención Ortogeriátrica adaptado a las necesidades de los pacientes haciendo hincapié en la atención multidisciplinaria, compartida, colaborativa, la proactividad y la continuidad asistencial.

4.1. Rasgos fundamentales del nuevo modelo

- a) Inicio de la atención ortogeriátrica en el mismo momento de la llegada a Urgencias y que se aplica de manera sistemática y estandarizada en todos/as los/as candidatos/as, las veinticuatro horas del día, todos los días del año.
- b) Cirugía precoz dentro de las primeras cuarenta y ocho horas.
- c) Actividades específicas en el bloque quirúrgico y reanimación con curas perioperatorias más dirigidas al paciente con FFC y que sean de enlace con las actividades previstas en la Unidad de Hospitalización.
- d) Reordenación de las actividades a la Unidad de Hospitalización de Ortogeriatría (especificadas más adelante).
- e) Mejor integración de los/as profesionales y de las actividades, en una gestión de procesos y una sistemática de mejora continua.

4.2. Dependencia funcional y participantes implicados

El Programa de Atención Ortogeriátrica es un programa transversal y multidisciplinar que depende de la Dirección Asistencial mediante el Proceso de Atención Urgente y se ordena a través de un Comité Clínico de seguimiento, con la presencia de los profesionales, especialidades y unidades implicadas, tutelados por los diferentes Servicios y Direcciones.

Las funciones del comité son las de coordinar tareas, detectar problemas, proponer cambios organizativos, velar por el óptimo funcionamiento, hacer el seguimiento de los objetivos propuestos y elaborar propuestas de mejora. Las reuniones del comité son mensuales (generalmente) y son convocadas por la secretaria del PAU (Proceso de Atención Urgente), que anuncia el orden del día con los temas a tratar y se responsabiliza de las actas de cada reunión.

Anualmente, el comité elabora un documento del resumen de actividad, valoración del funcionamiento de propuestas de cambio que presentará a la Dirección del centro.

5. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN ORTOGERIÁTRICA EN LOS DIFERENTES PROCESOS DEL HOSPITAL

Los diferentes procesos del programa tienen lugar de forma transversal y continuada durante todo el ingreso, independientemente de la ubicación del/de la paciente y para facilitar la lectura y comprensión se han agrupado en tres grandes bloques:

1. Proceso de Atención Urgente:

- Selección de la población diana.
- Evaluación geriátrica integral (EGI).
- Diagnóstico de la fractura, indicación de la técnica quirúrgica y anestésica.
- Plan de cuidados en urgencias.
- Manejo clínico, control y circuitos de información.

2. Proceso Quirúrgico.

- Intervención quirúrgica.
- Intervención anestésica.
- Control perioperatorio del dolor y de la anemia.
- Plan de cuidados en la REA.

3. Proceso de hospitalización y alta.

- Evaluación geriátrica integral especializada.
- Control de comorbilidades.
- Evaluación de la salud ósea y tratamiento.
- Rehabilitación: indicaciones durante el ingreso y al alta.
- Seguimiento al alta del paciente.

5.1. Proceso de Atención Urgente

La Atención Ortogeriátrica se inicia en el momento en que el/la paciente llega al Servicio de Urgencias y se incluye dentro del Programa de Atención a la Fragilidad del mismo servicio. De esta forma, las actividades de evaluación geriátrica integral (EGI), diagnóstico de la FFC, el manejo clínico y control del/de la paciente, plan de cuidados, atención farmacéutica, valoración social inicial y evaluación prequirúrgica recaen en el Servicio de Urgencias. Con este funcionamiento se garantiza la aplicación del proceso desde la llegada del paciente hasta la salida de la Unidad, ya sea por intervención quirúrgica (IQ) o por ingreso en la sala de hospitalización.

Entendemos por EGI el proceso multidisciplinar que recae en el/la médico/a y enfermera referente de traumatología, con la intervención del adjunto de medicina, trabajo social y farmacia cuando sea necesario según el protocolo establecido. Con ello se consiguen los siguientes objetivos de evaluación: estado clínico del/de la paciente, el estado cognitivo, estado funcional y social.

5.1.1. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes

Selección de pacientes
Criterios de inclusión
1. Edad igual o superior a los 65 años.
2. Fractura de cadera.
Criterios de exclusión
1. Fracturas no osteoporóticas, sospecha de fractura patológica.
2. Fracturas por accidente de tráfico.

5.1.2. Objetivos generales, de salud y de gestión

Objetivos generales del Programa de Atención Ortogeriátrica
1. Mejorar la calidad de vida de los ancianos con fractura de cadera.
2. Favorecer la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales.
3. Fomentar el conocimiento y las habilidades en la atención de la fractura de cadera.

Objetivos de salud
1. Disminuir la mortalidad a los 30 días para conseguir el estándar de calidad.
2. Mejorar la deambulación.
3. Mejorar el control del dolor.
4. Reducir las complicaciones médicas y quirúrgicas durante el ingreso.
5. Reducir la incidencia de síndromes geriátricos.
6. Reducir las refracturas en los 12 meses posteriores.
7. Reducir el riesgo de caídas después del alta.

Objetivos de gestión
1. Conseguir que el 100 % de pacientes salgan de Urgencias antes de las 24h.
2. Conseguir las recomendaciones establecidas en cuanto al tiempo de cirugía (24-48h en el 75 % de los casos).
3. Reducir la estancia hospitalaria a los 7 días en el 90 % de los/as pacientes con fractura de cadera.
4. Agilizar la planificación al alta hospitalaria a HAI.
5. Agilizar la planificación al alta para la rehabilitación domiciliaria.
6. Mejorar la tasa de altas directas a domicilio después de la intervención.
7. Reducir el riesgo de caídas después del alta.

Es importante y necesario que toda la información quede adecuadamente recogida y pueda ser visible y consultada posteriormente por el resto de los/as profesionales implicados/as. Para facilitar esta consulta y la transferencia de información, ésta se registrará en el soporte habitual de nuestro centro (Estación de Trabajo Clínico SAP).

5.1.3. Rol de trabajo social

Diariamente las/os TS de URG y del servicio de COT participan en las sesiones de equipo de dichas unidades. En estas sesiones se realiza el seguimiento del estado de los/as pacientes incluidos dentro del protocolo tanto a nivel clínico como social

En este sentido, la actividad de TS es proactiva al 100 % en la detección de los indicadores de riesgo social desde el inicio del proceso asistencial, lo que permite valorar de forma precoz las situaciones de riesgo y vulnerabilidad social.

Indicadores de riesgo que alertan de situaciones de fragilidad social y que requieren de la intervención de trabajo social
1. No dispone de cuidador o este es frágil.
2. Paciente cuidador de otros familiares.
3. Claudicación familiar.
4. Condiciones higiénicas deficientes y/o desnutrición.
5. Poca o nula vinculación a la Atención Primaria de Salud y/o dificultad del cumplimiento terapéutico.
6. Reingreso inferior a un mes.
7. Vivienda insalubre o con déficit de mínimas condiciones de habitabilidad.
8. Sospecha o exposición a maltrato.

Teniendo en cuenta los indicadores de riesgo se realiza una valoración social preliminar de los/as pacientes ingresados en URG que permite un primer contacto con el/la paciente y/o familia. Esto nos facilita conocer el soporte sociofamiliar del que disponen para poder definir mejor la planificación del alta hospitalaria.

Es importante destacar en este punto, que la figura de trabajo social en URG está presente todos los días laborables de 8:00 a 21:30h, fines de semana y festivos de 9:00 a 17:00h.

5.2. Proceso Quirúrgico

Los estudios muestran un incremento de la mortalidad y morbilidad que se relacionan con el retraso de la intervención quirúrgica. Por ello, las recomendaciones en este sentido son, por un lado, garantizar la existencia de un listado de programación quirúrgica para personas con FFC y por el otro, garantizar que los/as pacientes sean intervenidos antes de las 48h a su ingreso.

Para seleccionar la técnica quirúrgica se consideran los siguientes aspectos: estado funcional del paciente, la comorbilidad y los detalles del tipo de fractura y lesiones asociadas. Con ello se decide aquella técnica quirúrgica que consigue los mejores resultados funcionales, equilibrando el riesgo de fracaso del implante, o el riesgo de infección de este.

El tratamiento quirúrgico de las FFC en pacientes mayores de 65 años tiene como objetivo principal conseguir con la menor morbilidad, una fijación estable de la fractura que permita una movilización inmediata del paciente y la carga completa.

Los objetivos del plan de cuidados son prevenir los síndromes geriátricos incidentes y garantizar las intervenciones que formen parte de la atención a la FFC.

La intervención de TS no se realiza generalmente en esta parte del proceso, ya que la cirugía supone un momento delicado y de incertidumbre, tanto para el/la paciente, como para los familiares. La valoración social se realiza generalmente durante el ingreso en urgencias y se refuerza y matiza postIQ en la sala de hospitalización después de la cirugía conociendo la evolución y teniendo una visión más clara de las necesidades del paciente al alta del hospital.

5.3. Proceso de hospitalización y alta

El proceso de hospitalización de la FFC se engloba en un abordaje multidisciplinar y una atención especializada, con la intervención de los equipos de: traumatología, geriatría, enfermería, MFyR, trabajo social, farmacia y el personal administrativo. Su objetivo es garantizar un control clínico pre y postquirúrgico de calidad. En este sentido nos referimos a:

- Evitar complicaciones pre y postquirúrgicas.
- Facilitar y agilizar la recuperación funcional.
- Asegurar el alta precoz con el recurso más adecuado.
- Disminuir el riesgo de refractura.

Una vez el paciente ingresa en la sala de hospitalización (Unidad de Hospitalización Ortogeriátrica, UHO) se intenta agrupar con otros pacientes con el mismo diagnóstico, para que estos se ubiquen en la misma planta y en habitaciones correlativas.

El equipo de la UHO lo componen: el/la médico/a geriatra, el/la enfermero/a referente del/de la paciente, el/la TS de sala UHO, el/la traumatólogo/a referente, el/la anestesiólogo/a consultor/a, el/la dietista, el/la farmacéutico y el/la fisioterapeuta.

El/la paciente puede llegar a la UHO antes o después de la IQ. Aquí se seguirá con el trabajo previo realizado por el equipo multidisciplinar del Proceso de Atención Urgente. El médico ortogeriatra revisará el estado clínico del/de la paciente y actualizará los tratamientos necesarios y la medicación el primer día laborable y mientras dure el ingreso.

5.3.1. Metodología de trabajo social, diagnóstico y plan de trabajo

Trabajo Social actualiza cada mañana el estado de los/as pacientes ingresados/as junto al médico geriatra, para acordar las nuevas intervenciones a realizar, así como destacar cualquier otra información relevante. La TS está integrada gran parte de la jornada laboral con el equipo de la UHO, lo que permite una comunicación más fluida que facilita y mejora la eficacia de nuestra labor.

Al igual que en Urgencias, realiza una nueva entrevista social con el/la paciente y/o familia (generalmente postIQ) dónde valora la situación social previa. Dicha información es útil para evaluar junto con la familia y/o el/la paciente, la mejor opción al alta según su evolución clínica y de las posibilidades familiares/económicas en cada caso.

En la entrevista preliminar se explorará: la situación sociofamiliar, núcleo de convivencia, red familiar, autonomía previa, vinculación con los dispositivos sociales de la comunidad, soporte formal e informal, condiciones de habitabilidad... todo ello, teniendo en cuenta, que en el postIQ se pueden dar cambios clínicos o del estado funcional que modifiquen el destino previsto.

En este punto es importante remarcar, que una vez se realiza la valoración social preliminar y el paciente ha sido trasladado a la sala de hospitalización, el/la trabajador/a social referente de URG informará a la homóloga de la sala de hospitalización, de la situación para que ella pueda realizar el seguimiento del caso durante el ingreso y pueda acabar de definir el plan de salida según la evolución clínica del paciente.

Por tanto, la planificación al alta que se inició en el Servicio de Urgencias se revisará y se intensificará en el primer día laborable en la UHO. Se prevé que el/la paciente sea dado de alta el quinto día después de la IQ. El objetivo fundamental de la planificación es la búsqueda del recurso más conveniente para cada paciente según las evaluaciones realizadas por los/as profesionales implicados/as y la evolución del proceso de la FFC.

Los circuitos posibles establecidos al alta hospitalaria son principalmente tres y se escogerá uno u otro en función de la situación social previa a la fractura y de las necesidades médicas/rehabilitadoras después de la cirugía:

• Alta a Residencia

Son candidatos para volver a su residencia aquellos/as pacientes que en el quinto día postIQ presenten estabilidad clínica y las comorbilidades estén convenientemente controladas. En el caso de que se prevea que el/la paciente no cumplirá con estos requisitos, el destino previsto será a Hospital de Atención Intermedia (HAI) en criterio de convalecencia. Para facilitar el alta precoz a los centros residenciales se ha establecido un circuito de comunicación que permite una actuación compartida post alta que optimice la continuidad asistencial y la resolución del proceso.

En esta comunicación postIQ interviene trabajo social que realiza el primer contacto con el centro residencial para conocer, por un lado, el tipo de plaza que ocupa el/la paciente en el centro (pública o privada), así como el tiempo en el que es residente en el mismo. Por otro lado, preguntamos si se dispone de servicio de rehabilitación propio o no. En el primer caso es importante asegurarse si este podrá asumir la rehabilitación de la FFC. En caso contrario, se activará rehabilitación externa al alta del hospital.

• Alta a Domicilio

Son candidatos para regresar a su domicilio habitual aquellos/as pacientes que al quinto día postIQ presenten estabilidad clínica, las comorbilidades estén convenientemente controladas y dispongan del soporte social necesario al alta. Se les facilitará RHB externa con seguimiento domiciliario en el momento del alta.

En estos casos el/la TS se asegurará, por un lado, que el/la paciente pueda ser atendido/a la mayor parte del día en el domicilio con soporte de familiares, o en su defecto, de cuidador/a (público o privado) que lo/la acompañe/a-ayude en la mayoría de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) durante los primeros días al alta del hospital. Destacando la importancia de supervisión en la higiene y en los desplazamientos, para evitar cualquier mal movimiento y evitar caídas que puedan originar una refractura.

• Hospitalización de Atención Intermedia (HAI)

Son candidatos de derivación a HAI aquellos/as pacientes en los que se prevea que al quinto día postIQ no será posible la derivación al domicilio habitual o centro residencial de referencia, o bien por presentar procesos agudos en fase de tratamiento, por necesitar HAI de la FFC y sus comorbilidades asociadas o también, por no disponer de las condiciones sociofamiliares adecuadas que garanticen un proceso de RHB óptimo al alta.

Las estancias en HAI podrán ser de convalecencia (30-45 días) o larga estancia (tres meses aproximadamente) en función de las necesidades del/de la paciente (sobre todo a nivel médico) que requieran de tratamiento y/o necesidades más amplias y dilatadas en el tiempo.

En este caso, el/la TS es el/la encargada de consensuar y facilitar con paciente y/o familia el centro de destino. Intentando facilitar la proximidad y preferencia de los familiares para asegurar una buena recuperación.

En este sentido, TS es quien gestiona y coordina, junto al equipo médico de geriatría, la derivación al centro de destino. Para ello, realiza un informe social de alta con toda la información más relevante y teléfonos de contacto. Este informe social irá acompañado del informe médico y de enfermería referente en cada caso. Toda esta información se remite a la persona de contacto del centro en cuestión vía correo electrónico, adjuntando los informes correspondientes y previsión de alta según equipo médico responsable, para poder gestionar la derivación.

5.3.2. Informe social de alta

En el informe social de alta es importante dejar constancia de los siguientes puntos:

a) Motivo de la demanda

Especificamos el tipo de intervención que se realiza al/a la paciente.

b) Situación sociofamiliar

Concretamos el núcleo de convivencia y la red familiar de referencia. Informamos si estos tienen obligaciones familiares o laborales que puedan interferir en la atención al/a la paciente.

c) Situación previa al ingreso

Referimos como era la deambulación del paciente previo al ingreso tanto en el domicilio, como cuando sale a la calle. En caso de no ser autónomo/a, especificamos el soporte técnico que requiere en cada caso. Es importante conocer también si era o no autónomo en la higiene y en vestirse.

d) Vinculación comunitaria

Definimos si ha habido previamente contacto con los dispositivos sociales de la comunidad. En caso afirmativo, comentamos cuales, y qué tipo de gestión se ha realizado (Servicio de Teleasistencia, Ley de Dependencia...). En caso de no conocerlos, informamos y orientamos cómo y dónde iniciarlos, así como la documentación necesaria para los mismos.

e) Soporte formal e informal

Indicamos si el paciente dispone de soporte familiar en el domicilio o de algún soporte formal que complemente la atención del/de la paciente (Servicio de Atención Domiciliaria público o privado). En este punto es importante remarcar dónde previamente el paciente requería de más ayuda en las AVD, ya que después de la cirugía el nivel de dependencia será mayor y es dónde más atención habrá que poner para garantizar un buen proceso de recuperación.

f) Orientación social

Definimos los acuerdos a los que llegamos con el/la paciente y/o la familia de cara al alta del hospital. Indicamos si este podrá retornar al domicilio o residencia habitual o requerirá de derivación a Hospital de Atención Intermedia para realizar la RHB.

g) Personas o teléfonos de contacto

Indicamos los nombres y apellidos de la/s persona/s de contacto, así como los teléfonos para poderlas localizar en caso de necesidad.

6. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA POR LA TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA EN EL PROCESO DE ORTOGERIATRÍA

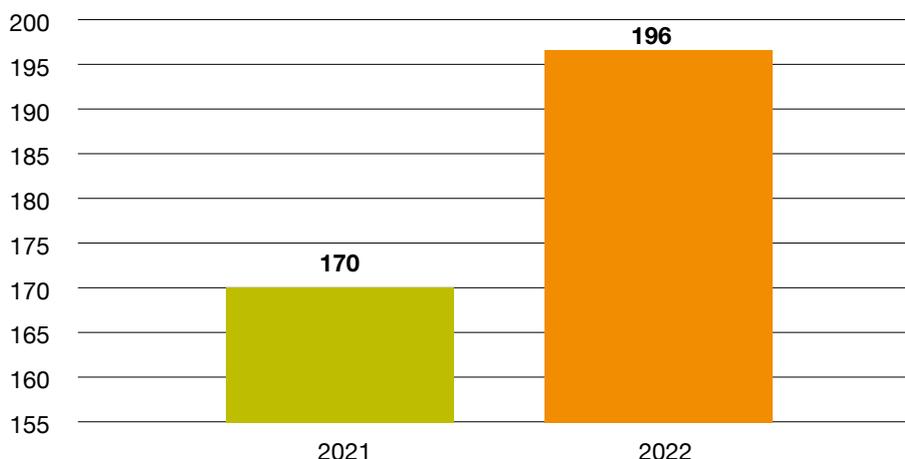
Las Unidades de Ortogeriatría son unidades funcionales de rehabilitación integral formadas por equipos interdisciplinarios, que van a tratar al paciente que ha presentado una fractura de cadera desde la etapa preoperatoria, pasando por la post operatoria hasta el alta médica y continuar con su rehabilitación integral hasta reinsertarlo dentro de lo posible en su comunidad.

Los estudios y la evidencia científica han demostrado que las Unidades de Ortopediatria funcionan y que los/as pacientes ingresados en ellas se recuperan más rápido y de manera más efectiva que los ingresados en una sala de traumatología convencional. El éxito se debe al trabajo planificado y coordinado, es decir en base a programas previos y estandarizados (en nuestro caso Protocolo de Atención Ortopediátrica) y al trabajo en equipo interdisciplinario en donde cada profesional de salud, desde el punto de vista de su experiencia y de su especialidad, hace su aportación de manera integral y en conjunto en beneficio de los pacientes (Sandoval, C. 2023).

Los/as TS de los servicios de URG y COT registran toda la actividad que se realiza. Aquí presentamos los datos obtenidos en el último cuatrimestre de los dos últimos años (2021 y 2022) donde mostramos las características de los/as pacientes atendidos/as.

En el período de setiembre a diciembre se atendieron un total de 170 fracturas de cadera en 2021 y 196 en 2022.

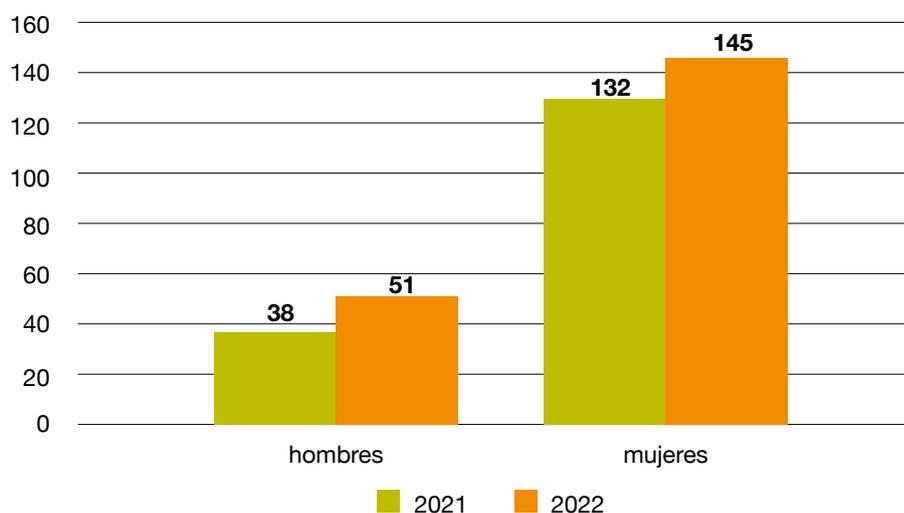
Figura 1. Total de pacientes atendidos con Fractura de Cadera.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

Del total de pacientes registrados/as, en 2021, el 22 % (38) son hombres y el 78 % mujeres (132). En 2022 el 26 % son hombres (51) y el 74 % mujeres (145).

Figura 2. Género de los pacientes atendidos.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

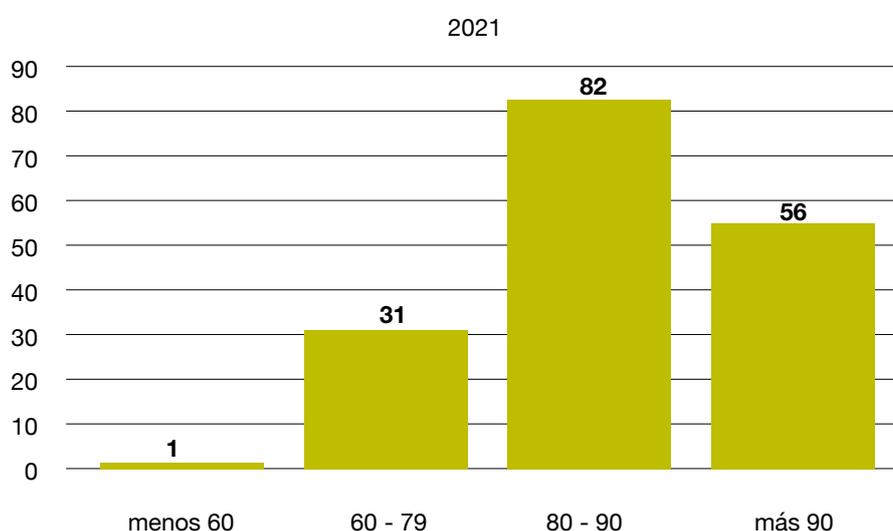
Ante los datos aportados se confirma la mayor incidencia en las mujeres de sufrir fracturas de fragilidad siendo, en nuestra muestra, más de un 75 % del total en el género femenino y de entre un 20-40 % en el masculino.

Se estima que la posibilidad de por vida de sufrir una fractura por fragilidad a partir de los 50 años es de un 40 % para las mujeres y de un 13 % para los hombres. Esto ocurre debido a la osteoporosis, que es la causa del 80 % de las fracturas en mujeres menopáusicas de más de 50 años.

En este sentido, se entiende por osteoporosis aquella enfermedad esquelética en la que se produce una disminución de la densidad de masa ósea. Así, los huesos se vuelven más porosos (aumenta el número y el tamaño de las cavidades que existen en su interior) y frágiles, por lo que resisten peor los golpes y se rompen con mayor facilidad.

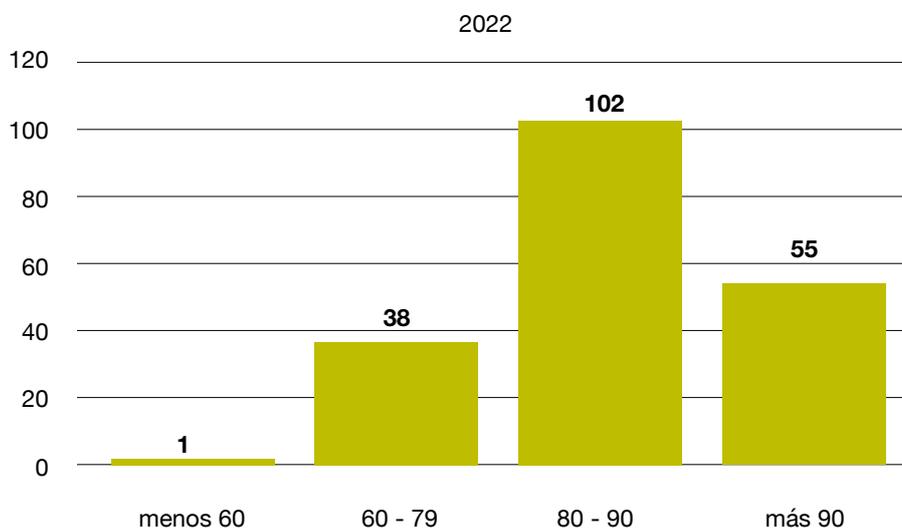
Las mujeres tienen osteoporosis con más frecuencia por varios motivos: su pico de masa ósea suele ser inferior al de los hombres y con la menopausia se acelera la pérdida de hueso —osteoporosis posmenopáusica— (recuperado en abril en: <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/osteoporosis/>). Las edades comprendidas tanto de hombres y mujeres en las muestras registradas son las siguientes:

Figura 3. Edad (2021).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

Figura 4. Edad (2022).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

Por tanto, el riesgo de sufrir una fractura por fragilidad se inicia a partir de los 60 y tiene mayor riesgo en la franja de pacientes en edades comprendidas entre los 80 y 90 años. Le siguen aquellos con más de 90 y en último lugar, y en menor grado, pacientes con edades entre los 60 y los 80 años.

En relación con la procedencia y edad de los/as pacientes atendidos/as, podemos contrastar las siguientes afirmaciones:

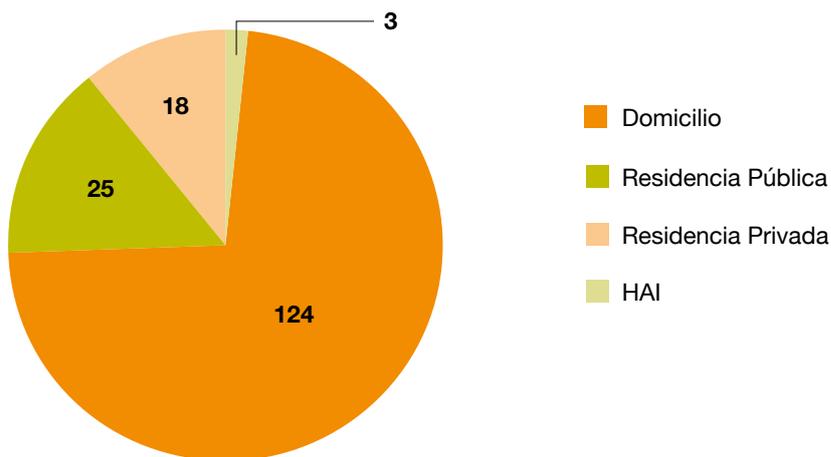
La mayoría de los pacientes entre los 60-79 años provienen, en más de un 40 % aproximadamente, de su domicilio habitual dónde conviven con familiares, generalmente pareja o hijos. En menor porcentaje (35 %) provienen de centros residenciales y el otro 25 % vive solo.

En la franja de edad comprendida entre los 80-90 años, el 40 % aproximadamente vive con familia y/o hijos/as. En el mismo porcentaje, se encuentran aquellos/as pacientes que viven en centro residencial por imposibilidad de atención en el domicilio. El 20 % vive solo en el domicilio.

A medida que aumenta la edad (+90 años) aumenta proporcionalmente la atención en las actividades de la vida diaria. Por lo que la mayoría de ellos/as vive en centro residencial o convive con familiares (generalmente hijos/as). La proporción en este caso es de 50 % en el primer caso y de un 45 % en el segundo. Sólo un 5 % aproximadamente vive solo en el domicilio.

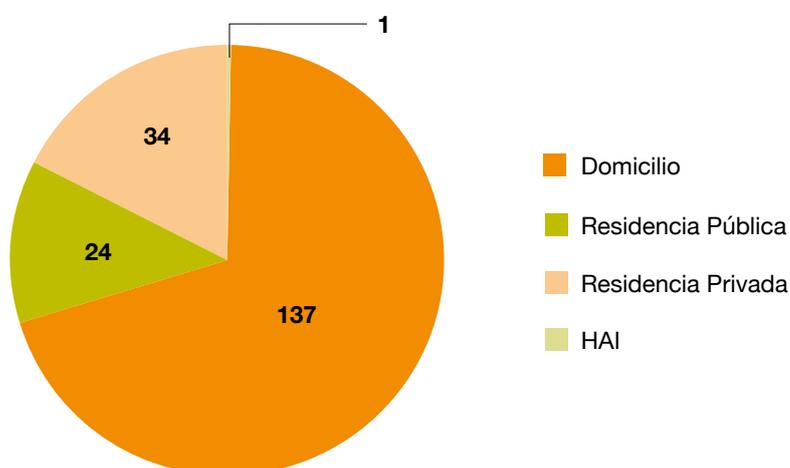
Referente a la procedencia de los/as pacientes previo al ingreso hospitalario:

Figura 5. Procedencia (2021).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

Figura 6. Procedencia (2022).

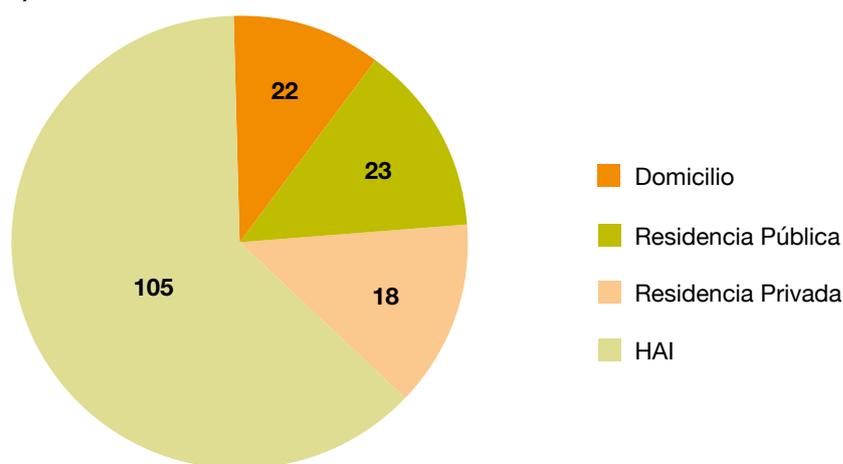


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

Los datos aportados señalan que la mayoría de los/as pacientes, que ingresan en nuestro hospital provienen del domicilio. Aproximadamente un 20 % viven solos/as en el domicilio y un 40 % vive con algún familiar. Un 20 % del total disponen de soporte formal menos de 6 horas/semanales y únicamente el 3 % disponen de cuidador/a veinticuatro horas en el domicilio. La gran mayoría han tenido o tienen en estos momentos el Servicio de Atención de Teleasistencia. En lo que se refiere a la gestión de ayudas públicas, el tema es más complejo de evaluar, ya que muchos de los pacientes que atendemos han gestionado la Ley de Atención a la Dependencia, pero debido a las necesidades actuales, han tenido que compaginar estas con ayudas privadas o solamente estas últimas, ya que las primeras no pueden atender las necesidades reales de los pacientes en las actividades de la vida diaria.

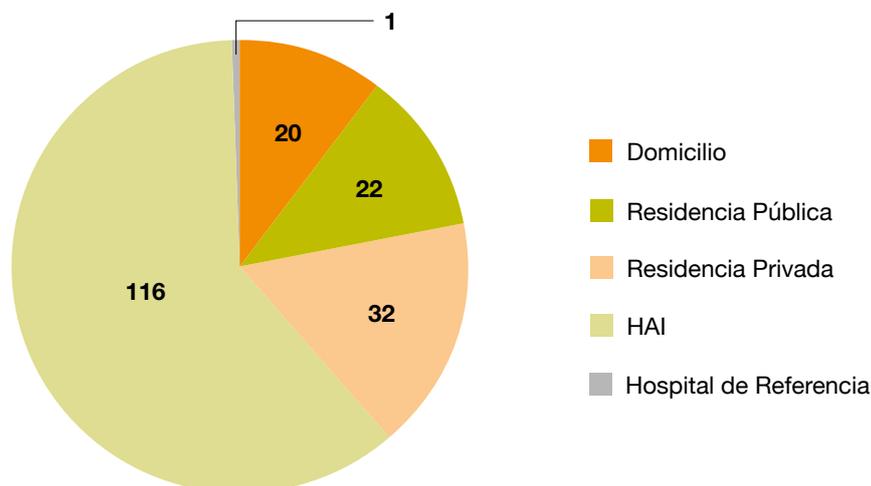
Referente al destino al alta hospitalaria de los/as pacientes analizados:

Figura 7. Destino al alta (2021).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

Figura 8. Destino al alta (2022).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la actividad del/de la Trabajadora Social (2021-22).

Después del ingreso hospitalario más de un 50 % de los/as pacientes fueron derivados a Hospitales de Atención Intermedia. Algunos/as por criterio del equipo médico referente, otros por la imposibilidad de continuar con el período de convalecencia en el domicilio.

En este sentido, casi un 20 % de los pacientes registrados vive solo en el domicilio y un 30 % vive con algún familiar. Esto último, tampoco es garantía de poder ofrecer un buen soporte al alta del hospital. La mayoría de los familiares, generalmente hijos/as, tienen también otras obligaciones familiares y laborales que limitan e impiden

la ayuda adecuada al alta hospitalaria. Cuando el familiar que convive en el domicilio es una pareja o persona de edad similar, se aconseja en la mayoría de los casos, si no se dispone de un soporte formal en el domicilio, hacer derivación a HAI con la intención de evitar nuevas caídas y posibles refracturas.

Un 30 % de los pacientes ha podido retornar tras la cirugía a su centro residencial habitual. En 2021 la relación de pacientes derivados a residencia pública y privada fue similar mientras que, en 2022, hay un leve incremento de pacientes que retornaron a centro privado, la mayoría en espera de plaza pública en el mismo centro o en otro de su zona de referencia. Por lo que se refiere a la gestión de RHB externa la mayoría de los centros públicos y privados (en ambos años) han requerido de RHB externa del hospital debido a la falta de personal en el centro o la multitud de pacientes a atender, lo que limita los recursos y el tiempo para dedicar a cada uno de ellos según sus necesidades.

El índice de mortalidad intrahospitalaria está en los períodos analizados entre el 1,5 y 2,5 % del total de pacientes. Según los estándares de calidad, la mortalidad hospitalaria tendría que ser inferior al 7 % en el total anual de pacientes/as ingresados/as.

7. CONCLUSIONES

El rol proactivo de TS es imprescindible dentro del trabajo multidisciplinar, ya que detecta las situaciones de riesgo social desde el inicio del proceso facilitando la planificación al alta hospitalaria.

En relación con los aspectos valorados por TS y que se reflejan en los datos analizados, destacaríamos los siguientes:

- Las mujeres tienen el mayor riesgo de sufrir FFC. En nuestra muestra son el 75 % mientras los hombres solo el 25 %.
- La franja de pacientes con mayor riesgo de sufrir FFC está en las edades comprendidas entre los 80 y 90 años. Le siguen después, pacientes mayores de 90.
- El trabajo conjunto entre las compañeras de la UTS con la detección precoz de los riesgos sociales desde el inicio del ingreso, facilita la continuidad del trabajo para la planificación al alta hospitalaria.
- La TS UHO será la que intensifica la exploración sociofamiliar y trabaja junto a paciente y/o familia (transversalidad).
- Con los datos analizados, es destacable que a medida que aumenta el rango de edad, el hecho de vivir solo o no disponer de soporte familiar o formal, es uno de los mayores indicadores de riesgo que más se repiten.
- TS UHO se encarga de la gestión, coordinación de los HAI al alta hospitalaria. Es la persona de contacto que vehiculiza el alta con el resto del equipo UHO.
- TS UHO coordina el proceso de alta de los/as pacientes que viven en centro residencial (público o privado). Se asegura de que dispongan de servicio de rehabilitación y si este no es suficiente, se gestiona rehabilitación externa al alta del hospital.
- Desde TS se informa, orienta y asesora sobre los trámites a realizar para solicitar ayudas públicas (Teleasistencia, Ley de Atención a la Dependencia). Se facilita también listados de empresas privadas que pueden ayudar en la atención al/a la paciente al alta del hospital.
- TS se encarga de la coordinación comunitaria con los servicios sociales y de salud (continuo asistencial).
- En la atención ortogerítrica hablamos de trabajo transversal y vertical tanto dentro de la UTS como con el resto de los servicios que intervienen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Club de Historia. *Historia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Recuperado en abril 2023 de <https://somosentrespacios.com/historia-de-barcelona/hospital-de-la-santa-creu-i-sant-pau>

Sandoval, C. *¿Qué es una unidad de Ortogeriatría?* Recuperado en abril 2023 de <https://bambooseniors.wordpress.com/2011/06/12/%C2%BFque-es-una-unidad-de-ortogeriatria/>.

TEXTOS DE CONSULTA

Casals i Arnau, A *et al.* (2005). “Intervenció social en l’atenció sociosanitaria i residencial”. *Materials 157*. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions.

Col·legi Oficial de Treballadors Socials i Assistents Socials de Catalunya. (2000). *Codi d’Ètica i Deontològic dels Assistents Socials i dels Treballadors Socials*.

Colom Masfret, D. (2008). “El trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada: teoría y práctica”. Madrid: Siglo XXI.

Comissió de Salut del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. (2006). *Funcions i Competències dels Treballadors Socials del Camp Sanitari*.

Ituarte Tellaeché, A. (1995). “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Trabajo Social y Salud*, núm. 20, pp. 275-290.

Porcel i Omar, P. (2008). *El treball social en l’àmbit de la salut: un valor afegit*. Acadèmia de les Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Protocolo Orto geriatria. (2018). *Proceso Atención Urgente*. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Bloque 2: Trabajos de revisión o reflexión teórica sobre Trabajo Social y Sistematización de la práctica profesional en Trabajo Social y Análisis crítico de proyectos de Trabajo Social



Cristina Ramón Callejo

Comunicación 11

El *coaching* como herramienta en procesos de acompañamiento social con personas vulnerables y/o en situación de riesgo social

Resumen: La presente comunicación, pretende acercar la práctica y enfoque del *coaching* al Trabajo Social, para ofrecer a los/as profesionales un recurso muy efectivo y útil con una visión seria y fundamentada de esta disciplina que tan denostada se encuentra por la multiplicidad y amalgama ecléctica de enfoques, aplicaciones y metodologías diversas y dispares que no contribuyen a situarla en el lugar que le corresponde. Profundizar en los diferentes aspectos que configuran los procesos de acompañamiento es buscar elementos y herramientas profesionales que faciliten una labor a realizar con rigor y talento buscando la excelencia personal y profesional.

El *coaching* es una disciplina con esencia, fundamento científico y metodología propia que sintoniza bien con el Trabajo Social y que puede coexistir en el desarrollo del proceso de intervención y apoyarlo.

Palabras Clave: Acompañamiento, Exclusión, Trabajo Social, No directividad, *Coaching*, Vulnerabilidad.

Abstract: This paper aims to bring the practice and approach of coaching to Social Work, to offer professionals a very effective and useful resource with a serious and well-founded vision of this discipline that is so reviled by the multiplicity and eclectic amalgam of diverse and disparate approaches, applications and methodologies that do not contribute to place it in its rightful place. To deepen in the different aspects that make up the processes of accompaniment is to look for elements and professional tools that facilitate a work to be carried out with rigor and talent in search of personal and professional excellence.

Coaching is a discipline with essence, scientific foundation and its own methodology that is in tune with Social Work and that can coexist in the development of the intervention process and support it.

Keywords: Accompaniment, Exclusion, Social Work, Non-directivity, Coaching, Vulnerability.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Hablar de acompañamiento social en el contexto de la intervención social es hablar en muchos casos de fragilidad, de vulnerabilidad y de ir “con el otro” hacia algún lugar. Y también es hablar de los términos exclusión/inclusión. Y dentro de los procesos de acompañamiento social, encontramos que en ocasiones van asociados a diferentes niveles de exclusión.

Actualmente, las líneas entre aquello que excluye y lo que incluye son muy finas. Cualquier persona puede estar abocada a sufrir pérdida de empleo, de relaciones, de estabilidad emocional y con ello generar sensación de vulnerabilidad, de miedo y bloqueo.

Castel (1995) habla de la exclusión más como un estado en sí mismo, un proceso, que incluye la pérdida paulatina de bienes y derechos estableciendo tres zonas existentes de la vida social, una zona de integración, de pertenencia donde se encuentran las personas con un trabajo, una vida estable, familiar y social en la que se pueden producir eventos puntuales de desestabilización pero sin una incidencia importante; una zona de vulnerabilidad caracterizada por una situación laboral inestable, fragilidad en el soporte de apoyo familiar y social y finalmente la zona de exclusión cuyas características más sobresalientes son la falta de trabajo y el aislamiento social.

Las personas con situaciones de exclusión se encuentran vulnerables, con vidas precarias que, en algún momento de su vida, pertenecieron, “eran parte de” pero que por diversas circunstancias quedan desligados y dependientes del sistema de protección social tanto pública como privada.

Para Castel el término exclusión supone la pérdida no solo del trabajo sino de las redes familiares y sociales.

Aunque los ejes de la falta de trabajo y el deterioro de las relaciones sociales sean dos elementos claves al hablar de procesos de exclusión, de vulnerabilidad, no se puede dejar de pensar que la exclusión es un fenómeno multidimensional donde se unen muchos elementos o variables de carácter macro. Entre ellos están, la persistencia del desempleo, cambios en las estructuras sociales y familiares, evolución en el sistema de valores o la evolución de los fenómenos migratorios.

Confluyen pues, en la configuración de la exclusión social (Martínez, 2008):

1. La falta relativa de recursos.
2. Reducción, disminución o ruptura de las relaciones personales, familiares y sociales.
3. Precarización de la actividad laboral.

A estos también hay que añadir factores de carácter emocional como la carencia, pérdida o reducción de las competencias básicas personales. Y es que entre las causas de exclusión también se encuentran esa falta de competencias personales emocionales, tanto intrapersonales como interpersonales, aunque no se hable específicamente de ellas. Son las llamadas habilidades blandas como el autoconocimiento, la autoestima, la gestión emocional, la capacidad de manejar de manera eficaz las relaciones o la capacidad de automotivarse y que son tan importantes que incluso la Comisión Europea ha adoptado la propuesta de considerar 2023 como el Año Europeo de las Capacidades.

Además, la pandemia por SARS-CoV-2 sufrida en 2020, descubre un factor más de vulnerabilidad: la brecha digital. Esta grave situación sanitaria de carácter mundial ha obligado a utilizar de forma masiva los diferentes canales de comunicación e información telemática tanto para el área laboral, como social, como educativa, acentuando las diferencias y las desigualdades existentes de la ciudadanía. Un elemento más propiciador de la exclusión.

El último informe publicado por la European Anti-Poverty Network (EAPN), plataforma Europea de Entidades Sociales que trabajan y luchan contra la Pobreza y la Exclusión Social en los países miembros de la Unión Europea, sobre el impacto y repercusiones de la COVID-19 en España y en Europa, hace mención expresa a la exclusión digital a la que se enfrentan muchos/as ciudadanos/as con una situación de vulnerabilidad y pobreza para acceder a servicios públicos o de otro tipo de asistencia cada vez más digitalizados en todas las áreas como educación, sanidad o protección social.

El concepto de brecha digital se refiere a “la distancia entre aquellas personas que tienen o no tienen acceso a Internet” (Van Dijk en Torres, 2017). Sin embargo, parece que la brecha digital no tiene que ver únicamente con

esto, sino con otras circunstancias o barreras de tipo coyuntural que se extienden entre los grupos sociales menos favorecidos. No se trata de una variable tan simple como si se tiene acceso a Internet o no. Más allá confluyen factores de tipo social que pueden ser raciales, de género, de tipo educativo, así como las relacionadas con las habilidades personales en el manejo de Internet. Torres (2017) alude a varios estudios donde quedan expuestas estas variables, así como la coincidencia de un importante número de especialistas que opinan que esta brecha es una forma de desigualdad de tendencia decreciente, que aun no desapareciendo es posible que se vea reducida de manera importante. En este sentido, se puede entender que en hogares donde confluyen varias generaciones, serán los/as jóvenes quienes instruyan y se conviertan en auténticos/as educadores/as de sus padres o de sus abuelos/as. Y, por otro lado, contextos institucionales que favorezcan la alfabetización digital y la estimulen pueden ser circunstancias que favorezcan la reducción de esa brecha digital.

De la experiencia práctica en la atención de personas en atención social, algunas de las dificultades identificadas que producen esa desigualdad se pueden enumerar y concretar las siguientes:

1. Bajas habilidades personales para el manejo de objetos electrónicos.
2. Carencia de alfabetización y conocimiento sobre Internet y correo electrónico para el uso de plataformas de tramitación (y miedo a utilizarlas).
3. Desconocimiento de procedimientos para la obtención y uso de firmas electrónicas o gestión y obtención de claves personales con las que realizar gestiones.
4. Dispositivos electrónicos antiguos que no permiten la gestión de trámites.
5. Complejidad del uso de algunas plataformas que requieren contar con un scanner y/o impresora para completar trámites.
6. Desconocimiento de algunos conceptos básicos ofimáticos como son la conversión de documentos en diferentes formatos y cómo descargarlos.
7. Carencia de acceso a Internet de forma estable.

Las crisis prolongadas que venimos sufriendo en los últimos años, especialmente tras la pandemia, han colocado a los/as ciudadanos/as en nuevos escenarios de necesidad, que producen una fuerte presión en el sistema de servicios sociales (Raya y Caparrós, 2014). No solamente se ha producido una mayor presión asistencial por parte de personas o familias desfavorecidas que ya eran atendidas por el Sistema de Servicios Sociales, sino que esta ratio se ha ampliado a familias que se encontraban en eso que denomina la zona de vulnerabilidad: “una zona inestable que se caracteriza por precariedad en el trabajo o por desempleo y fragilidad frecuente en los soportes familiares y sociales” (Castel, en Sánchez y Jiménez 2013).

Pese a la ampliación de ayudas económicas ahora mismo, de los Fondos europeos de recuperación y otras medidas destinadas a paliar la situación de crisis, las políticas sociales ya de desde hace años y en opinión de Subirats (2004), resultan ineficaces ante las transformaciones económicas y sociales, incidiendo nuevamente en un contenido únicamente asistencial y paliativo, resaltando cómo resulta imperativo generar recursos y políticas sociales nuevas que vengán a cubrir también necesidades emergentes.

Trabajo Social e Intervención Social

Frente a la adversidad, las personas deben realizar un esfuerzo, en muchas ocasiones creativo por encontrar soluciones. Más allá de esa búsqueda espontánea, adaptativa y resiliente ante la incertidumbre, la ciudadanía dispone de un sistema de protección y de soporte social para afrontar esas dificultades. El Trabajo Social debe promover y tratar de favorecer las mejores condiciones de vida posibles, dentro de un marco de fidelidad a los principios éticos y al compromiso de la profesión con el desarrollo y bienestar de las personas. Su concreción se plasma en la intervención social dentro de una metodología que, dependiendo de las circunstancias, problemáticas, entorno institucional, recursos, etc., adquirirá unas características concretas.

Para Fantova (2007) la intervención social es una actividad que se caracteriza por:

- Tener una estructura.
- Tratar de dar respuesta a una necesidad.
- El objetivo es que incida de forma significativa en las personas.
- Y que sea legitimada a nivel público o social.

De entre los aspectos mencionados, me gustaría incidir en el tercero, en la incidencia significativa en las personas, y que este mismo autor entiende como el ajuste entre la autonomía personal y la integración relacional dentro de

un contexto concreto, de un momento del ciclo vital de la persona determinado y de su propio proyecto de vida. Asimismo, legitima la intervención social como una actividad que permite la colaboración y el “mestizaje” entre diferentes disciplinas y profesiones según sus propias palabras: “*aceptando la centralidad histórica del trabajo social, pero asumiendo que ninguna tribu, por sí sola, podrá dar respuesta a los retos que hoy tienen planteados los Servicios Sociales y la Intervención Social en General*” (p. 147).

En este sentido reconoce dentro de la intervención social el aporte de diversas ciencias, disciplinas y tradiciones como la educación social o la animación sociocultural y también de otras propuestas diversas como el desarrollo comunitario, la mediación, la psicoterapia, la dinámica de grupos o la supervisión en una sinergia de pluralismo metodológico (Fantova, 2006).

Y esta visión pluralista de la intervención social puede dar, por tanto, también cabida al *coaching* aceptando que puede haber diferentes enfoques metodológicos como el participativo, el familiar, el sistémico, el ecológico, etc...

La llamada “crisis de la modernidad” que menciona Carballada (2002) genera la necesidad de crear una nueva agenda para la intervención social, demandándose nuevas formas, instrumentos y métodos que como consecuencia revelan, nuevos aspectos teóricos. Es necesario concentrarse en lo que importa más que seguir defendiendo “cada uno lo nuestro” si como dice Teresa Zamanillo (1993), queremos solucionar los problemas sociales y avanzar considerando la complementariedad de roles frente al protagonismo de funciones, conocimientos y destrezas para considerar un enfoque de intervención más global.

El acompañamiento social, una forma de intervención social

El término acompañamiento social admite muchas acepciones y definiciones. Acompañamiento es según la Real Academia Española (RAE):

- Juntar o agregar algo a otra cosa.
- Existir junto a otra con o simultáneamente con ella.
- Estar o ir en compañía de otras personas.

También podríamos decir desde un punto de vista más interpretativo que acompañar es:

- Caminar junto a otra persona.
- No dejar solo/a.
- Compartir.
- Abrir un espacio de conversación.

El Manual para el Trabajo Social de acompañamiento en los itinerarios de inserción publicado por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid en 2003 define acompañamiento como:

“Un proceso de responsabilidad compartida en el que se trabaja con el objetivo de no perpetuar la situación presente facilitando que la persona y/o familia pueda crear y/o reconstruir sus redes de integración primaria, y para conseguirlo hay que trabajar tanto con las personas como con el entorno volviendo a poner en relación con ambos, respetando siempre la autonomía del otro y su capacidad para elegir y tomar decisiones” (p. 25).

La Red Navarra de lucha contra la pobreza (2012) define el acompañamiento como:

“Método de intervención profesional temporal, de intensidad variable, basado en el derecho de la ciudadanía a una relación de ayuda o atención social personalizada. Partiendo de una relación proactiva y de confianza, y mediante el diseño conjunto de un itinerario individualizado de incorporación con objetivos acordes a las necesidades, debe posibilitar una oportunidad de mejora o reducción de daños. Debe estar encaminada al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y al descubrimiento y reinterpretación de la situación en clave de cambio, tomando el protagonismo el propio proyecto social” (p. 24).

En todas las definiciones y textos relacionados con el acompañamiento social encontramos palabras clave como: relación profesional, atención bidireccional, respeto, autodeterminación, capacidades, potencialidades, oportunidades, descubrimiento, reconstrucción. Todas ellas van construyendo lo que entendemos como acompañamiento social.

El Equipo del Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia (2018), habla del acompañamiento como un proceso complejo, dinámico, con una metodología específica intencional, con una praxis diferenciada, en evolución.

Los procesos de acompañamiento social son una manera más de intervenir en Trabajo Social, de poner encuadre a una forma de trabajar que implica:

- Aprendizaje de diferentes herramientas.
- Metodología.
- Esfuerzo personal y actitud profesional.

Y que además requieren de profesionales con comprensión madura y profunda de la relación de ayuda (García Monge, 2009), inherente a las profesiones dedicadas a la intervención social. Ello conlleva sin lugar a duda un ejercicio profesional casi artesanal, en el que el/los propio/s profesional/es van tejiendo en esos procesos, relaciones cercanas, donde la confianza, el compromiso, la empatía, la escucha se vuelven grandes aliados y recursos de enorme valor para la intervención social.

Pueden ser entendidos dentro del establecimiento de una relación significativa de calidad y calidez con la persona atendida, más allá de las prestaciones y servicios que se le puedan proporcionar y que incluye la definición y concreción de unos objetivos formulados por la propia persona, consensuados y validados junto al/a la profesional, mediante un compromiso formal de carácter temporal cuyo fin es devolver competencias personales, sociales, laborales... ayudando a la persona a reencontrar un sentido de vida proporcionando nuevas interpretaciones e identificando potencialidades y habilidades que la propia persona por sí misma no es capaz de reconocer, con una meta final que es producir una mejora significativa en la vida de la persona. Hablamos de procesos temporales, que pueden alargarse en función de la situación de partida de la persona y de las áreas de mejora a trabajar. Pueden ser meses e incluso años, dependiendo del grado de daño y situación de desventaja de la que parte la persona.

Cualquier proceso de acompañamiento social debe tener entre sus objetivos el ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía. Cuando hablamos de ejercer este derecho fundamental nos referimos al ejercicio pleno de derechos y obligaciones. Y cuando trabajamos con personas más vulnerables estamos hablando de crear y/o generar esas condiciones para que la intervención social se convierta en un instrumento para reforzar la autonomía personal, familiar y social.

Ayudar a las personas a recuperar, generar o fortalecer determinadas esferas de su vida es un objetivo del Trabajo Social y para ello es imprescindible que los/as profesionales cuenten con amplias competencias y formación profesional.

Raya y Caparrós (2014) entre otros, resaltan para ello la utilización de técnicas, recursos y herramientas, para facilitar el desarrollo personal y la promoción de la autonomía del sujeto desde un pluralismo metodológico, dentro de una relación horizontal, donde el/la profesional se sitúa en un plano no de control sino de apoyo y ayuda.

Enlaza ello, con un principio fundamental dentro de los procesos de intervención social en esta línea, sin restar importancia a los demás, que es la autodeterminación, principio que también se encuentra, como se verá más adelante en los procesos de *coaching*. De Biestek (1966) que define esta como: "derecho a la toma de decisiones y a que la persona lo haga desde su libertad así como la obligación del/de la trabajador/a social de respetar dentro del marco ético y con las limitaciones legales que procedan", hasta Banks (1997) que habla del respeto y promoción de los derechos de los/as individuos/as y que actualmente se encuentra de manera explícita recogido en la Declaración Global de Principios Éticos y de Integridad profesional de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS).

Del análisis del modelo de acompañamiento social implantado en Navarra, hace más de una década, que se realizó en 2021, se extraen algunas conclusiones muy significativas para el tema que nos ocupa, entre ellas destacan (Jaúregui y Arza, 2023):

- La relación de acompañamiento tiene como ejes el diálogo, la escucha y la toma de decisiones.
- Es un proceso relacional que se establece entre acompañante y acompañado.
- Es una relación fundamentada en una valoración libre de juicios del/de la acompañante hacia el/la acompañado/a.
- Un proceso donde se respetan ritmos y tiempos.
- El respeto al/a la acompañado/a como prioridad profesional.

- El enfoque en las capacidades y las áreas de mejora.
- Se trata de una relación horizontal.

El Coaching en los procesos de acompañamiento social

Counselling, terapia, asesoramiento, mentoring son entre otros, términos vinculados a la relación de ayuda y al acompañamiento social. Y el *coaching* también. A partir de aquí surgen las inevitables preguntas, porque si *coaching* es acompañamiento, ayuda, reflexión, objetivos, desarrollo, escucha, aprendizaje palabras que también están presentes en otras disciplinas y profesiones. Entonces ¿qué es lo específico del *coaching*? ¿Qué lo distingue de otras disciplinas? ¿Tiene esencia propia? ¿Qué es lo que le otorga singularidad y aporta valor a los procesos de ayuda? Una de las dificultades mayores con las que se ha encontrado esta disciplina, ha sido y es su falta de definición. Alrededor de ella se encuentran la ambigüedad y la confusión metodológica que favorece la aparición y coexistencia de una variedad de definiciones incoherentes e inconsistentes (Ravier, 2020) que lejos de aportar claridad e identidad, contribuyen a mantenerla sin un fundamento claro, al menos hasta la aparición de la primera Tesis Doctoral, elaborada por el Dr. Leonardo Ravier, en la cual se ofrece el fundamento científico histórico, teórico y metodológico para dar soporte a esta disciplina que aún no cuenta con un programa de formación oficial. Y lo primero que se aporta es una definición de *coaching*, concreta y alejada de ambigüedades que permiten poder a partir de ella, entender su esencia y colocarla de forma distintiva de otras disciplinas. Dicha definición deriva del estudio epistemológico, teleológico y metodológico de la disciplina. Su base epistemológica procede del desarrollo del concepto y distinción entre el conocimiento técnico y el conocimiento tácito, del desarrollo de tres axiomas para darle su fundamento científico, básicos para poder entender la lógica del proceso y que son los axiomas sobre la consciencia, la existencia y la acción humana. Que “el hombre actúa” resulta un axioma irreductible, como que el hombre tiene consciencia, es decir que es capaz de “darse cuenta de su darse cuenta” (Ravier, 2020) así como que el “vacío no existe”, por tanto, la realidad existe, porque negar que “el vacío existe” ya sería entrar en una contradicción en sí misma. Esos axiomas justifican la capacidad de autonomía de las personas, su autonomía para decidir, su autodeterminación y además la conexión con la acción, es decir, con la necesidad de actuar para realizar cambios. De estos axiomas, fundamentales para entender la esencia del *coaching*, derivan unos teoremas, que siguen dando soporte al fundamento científico y que quedan recogidos sintéticamente en:

1. El ser humano actúa intencional y deliberadamente.
2. El ser humano es un ser teleológico, es decir que tiene la facultad de dirigirse a determinados objetivos, fines o metas.
3. Que necesita desarrollar medios para conseguir sus objetivos.
4. Necesitando generar motivación y deseo (aspecto psicológico).
5. Teniendo que ver esas motivaciones con los valores.
6. Y bajo la obtención de unos beneficios.

Y que a su vez generan unos principios, Ravier (2020):

1. **Conciencia:** El ser humano tiene capacidad para darse cuenta de sí mismo/a y de lo que acontece a su alrededor, teniendo capacidades de aprendizaje, creatividad y de curiosidad para generar o engendrar conocimiento a través de su potencia cognoscitiva y creativa.
2. **Libertad:** El ser humano tiene libre albedrío y, por tanto, facultad volitiva y capacidad para decidir y elegir.
3. **Confianza:** A pesar de las incertidumbres, de los miedos ante el futuro, entre los fines y la realidad presente hay un margen de confianza, un cierto grado de confianza siempre, por tanto, los seres humanos disponemos de la facultad de confiar.
4. **Responsabilidad:** Como principio supone que los seres humanos disponen de la facultad para hacerse cargo de las consecuencias de sus actos, de sus decisiones, de sus acciones.
5. **Compromiso:** Como ser social, el ser humano en la interacción con otros/as individuos/as dispone de la facultad para adquirir y asumir derechos y obligaciones.
6. **Coherencia:** Como portador/a de valores y dentro de ellos/as el ser humano tiene el deber moral de procurar que sus acciones, sus decisiones... sean coherentes con respecto de estos principios.

Y a nivel metodológico, bajo un ejercicio práctico y operativo no directivo, sin transferencia, donde el profesional se abstiene de realizar juicios, experiencias o información, por lo que se va hacia un cambio de paradigma en la forma de ayudar, en el modo de dar y recibir ayuda.

Así el *coaching* profesional quedaría definido como (Ravier, 2020):

“Un **proceso** y/o relación de ayuda, determinado por diferentes etapas, fases, estructuras y/o procedimientos, **temporal**, donde se establece una relación voluntaria entre coach y su cliente que tiene un inicio y fin determinado, bajo una **metodología operativa sin transferencia o no directiva** y autodirigido, dialógico o discursivo, eidético y principalmente praxeológico (con fundamento en la ciencia eidética y principalmente sobre la base del estudio de la acción humana deliberada o intencional y orientado, por tanto, al cambio que el cliente espera conseguir), procurando que el cliente engendre o genere conocimiento eo ipso, es decir en, desde y para sí mismo, a través de la prueba y ajuste constante desde su propia experiencia y/o vivencia, resultando en autoaprendizaje, autogestión y/o autorregulación, facilitándole al mismo el afrontar las circunstancias en las que se encuentre, para así estar en mejores condiciones de conseguir sus objetivos o resolver sus problemas tal y como él los entienda” (p. 588).

El objetivo no es sanitario, ni producir transformación identitaria de las personas, ni alentar “salidas radicales”, sino potenciar el autoconocimiento tácito y creativo de las personas para que estas alcancen sus objetivos o resuelvan sus dificultades con las claves que ellos/as entiendan, acompañadas por un/a profesional, que en el casos de los procesos de acompañamiento social será un/a profesional que sostendrá la intervención y podrá utilizar esta metodología en función de las características de la persona, de sus capacidades y posibilidades de comprensión, de reflexión y de introspección si cabe.

Por tanto, lo distintivo y singular que hace del *coaching* una disciplina diferente a cualquier otra de relación ayuda es su metodología operativa, basada en la no directividad y la no transferencia.

Este enfoque tiene mucho que ver con los procesos de acompañamiento social en Trabajo Social dado que desde la perspectiva del acompañamiento se trabaja con orientación en las capacidades y posibilidades de las personas; en su libertad para escoger y elegir, en su capacidad de dirigir su vida, con apoyo profesional y desde el respeto a la persona y a su capacidad de autodeterminación.

De hecho, la Red Navarra de lucha contra la pobreza y la exclusión social (2015), en uno de los documentos publicados y actualizados sobre el método de acompañamiento social para la inclusión menciona que acompañar es:

“Avanzar al lado de, es compartir un proyecto común. Es mirar de otra manera a la persona y su historia para que también ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse sea cual sea su estado actual. Si tuviéramos que resumir qué es lo que necesitan muchas de las personas abocadas a la exclusión y la marginación, con itinerarios erráticos, sin horizontes claros, habría que decir, que necesitan de otros estímulos, nuevos conocimientos, pero también nuevas oportunidades, nuevas disponibilidades a su alrededor. Una pedagogía social hecha de pacto y confianza. Las personas han de tener claro que, junto con otros apoyos, tendrán a su alcance profesionales que les dedicarán tiempo y esfuerzos de manera personalizada. Se trata de ayudar a elaborar un proyecto personal de incorporación y ganamos la ascendencia profesional para poder acompañarlo” (p. 22).

Esto quiere decir, que, desde un punto de vista práctico y metodológico, la inclusión de la disciplina del *coaching* no directivo en procesos de acompañamiento puede aplicarse perfectamente y utilizarse por los/as profesionales como un recurso más para trabajar el empoderamiento y la autonomía como guía y horizonte dentro del proceso.

El *coaching* no directivo está basado en la capacidad por parte del/de la cliente/a de generar o engendrar conocimiento, autoconocimiento que le permita adquirir las competencias o la información que necesita para conseguir resolver sus dificultades, problemas o alcanzar objetivos. Es un aprendizaje que va desde “dentro” (del/de la cliente) hacia “fuera” y no a la inversa, que es lo que hace de los procesos, directivos y donde el aprendizaje es “traspasado” desde otro externo al/a la cliente/a/usuario/a. De las muchas influencias que recibe el *coaching*, la de la psicología es clara y más concretamente de la psicología humanista muy significativa. Una de las más relevantes es la de Carl Ransom Rogers (2014), quien ya menciona en su modelo de terapia centrada en el cliente, que el aprendizaje que realiza este a lo largo del proceso terapéutico, es un tipo de aprendizaje que no puede enseñarse, puesto que la clave reside en el autoconocimiento, incidiendo en que en un aprendizaje significativo una persona no puede enseñar a otra. Esta idea es clave si queremos aplicar *coaching* en procesos de acompañamiento social.

Normalmente en los diferentes procesos, los/as profesionales, realizamos tres acciones:

1. Analizamos el problema.
2. Diagnosticamos.
3. Realizamos propuestas para el cambio.

Y de forma habitual estas acciones se realizan desde el paradigma de la transferencia, que no es algo malo en sí mismo, si bien mantiene en cierta manera una visión del ser humano sin recursos, donde se suplente su falta de capacidad en algunos sentidos con la nuestra, como profesionales. Y si bien esto puede resultar adecuado para un tipo de intervenciones, desde la perspectiva del acompañamiento social siendo necesaria la reflexión, el diagnóstico, la planificación o el plan de acción, se requiere una mirada diferente, más horizontal en la relación profesional, donde la voluntariedad, la confianza mutua, la escucha, la empatía, la flexibilidad, adaptación, aceptación y respeto hacia la persona y su voluntariedad, a sus necesidades, deseos y objetivos estén en el centro de la intervención. Y en este sentido, el *coaching* aporta esta perspectiva y enfoque.

La conversación de *coaching*

El *coaching* se ejercita en la conversación, se trata de un proceso eminentemente dialógico, como el trabajo social y gira entorno a:

- La libertad, responsabilidad y conciencia de la persona, que deben respetarse de manera irrestricta.
- Las competencias del coach como uno de los aspectos más importantes.
- Generar cambio a través de la acción.
- Con un marco ético que respete al/a la cliente/a/usuario/a.

Y estos ejes, también lo son en trabajo social en muchas ocasiones cuando trabajamos con personas en procesos de acompañamiento social. Estando de acuerdo en esto, quizá la cuestión esté en el “cómo”. Y el cómo en *coaching* es verdaderamente interesante.

La de *coaching*, es un tipo de conversación específica, estructurada y apoyada en una metodología que incluye una serie de fases. En *coaching* se suele utilizar popularmente la expresión “preguntas poderosas” para hacer referencia a un tipo de preguntas que puedan provocar en el/la cliente/a un revulsivo para dar con “elementos clave” dentro del proceso. El término puede también llevar a la confusión pudiendo hacer pensar que hay “preguntas fetiche”, que el coach va a alumbrar al/a la cliente/a con una gran pregunta. Otro de los errores que contribuyen a restarle valor al proceso. Para Ravier (2020), no hay preguntas poderosas, sino preguntas enfocadas, esto es, preguntas que estén dirigidas de manera adecuada al/a la cliente/a, que estén formuladas con sentido y conectando con las inquietudes del/de la cliente/a.

Para que haya preguntas enfocadas el/la profesional debe tener dominar varias competencias:

1. Prestar atención fenomenológica al discurso del/de la cliente.
2. Espejar fielmente.
3. Comunicar objetivamente.

Se atiende de forma fenomenológica cuando se evita el juicio, proyectar ideas, aconsejar, transferir experiencias propias. Las tesis, suposiciones, conjeturas no tienen cabida aquí. Y esto es verdaderamente interesante desde el punto de vista del Trabajo Social.

Espejar fielmente, significa “hacer de espejo”. Esta técnica aplicada en *coaching* deviene de la psicología humanista y más concretamente de autores como Fritz Perls, Abraham Maslow y sin lugar a duda Carl R. Rogers, creador de la terapia no directiva o terapia centrada en la persona, de la que tanto ha recogido también el Trabajo Social. Hacer de espejo significa poner al cliente delante de sí mismo, haciendo frente a sus incoherencias, sus dudas, sus frustraciones. Esta técnica se aplica mediante:

- Reflejos: devoluciones inmediatas seguidas de la expresión verbal, con las mismas palabras que el/la interlocutor/a.
- Haciendo síntesis parciales o totales del discurso del/de la cliente/a: utilizando exactamente las mismas palabras que ha utilizado el cliente, sin parafraseo, sin utilizar sinónimos, metáforas o analogías (Ravier, 2016).

- Recapitulaciones de una misma idea, conceptos, temas o categorías, tratando de utilizar las palabras del/de la cliente/a y siempre sin interpretación.

Esto permite que la persona focalice desde su propio discurso y su propia experiencia, aquello sobre lo que desea trabajar y resolver.

Por último, comunicar objetivamente, se refiere a la capacidad del/de la coach para saber transmitir al/a la cliente la naturaleza de la relación, la idoneidad o no del proceso y la finalidad.

Pero el proceso no tendría efectividad y quedaría incompleto si no se transformara en un compromiso de acción. Si la conversación no conlleva un plan de acción, ésta se podría quedar en una mera declaración de intenciones y así ya dice Ravier (2016): “*las conversaciones tienen un sentido, se realizan de manera natural y fluida y tienen la finalidad de acompañar a nuestros interlocutores a la acción y al cambio*” (p. 66).

La conversación o conversaciones de *coaching* son insuficientes, siendo imprescindible un seguimiento que conecte conversación con acciones, resultados y aprendizajes. Las reflexiones dialógico-reflexivas se complementan con la implementación de planes de acción donde prueba y error están presentes.

Dentro de la metodología operativa del *coaching* no directivo, se emplea el modelo GROW (acróstico anglosajón que significa *Goal/Reality/Options/Will, way o wrap-up*). Así Goal, vendría a contener la definición de objetivos dentro de las expectativas y deseos y posibilidades del/de la cliente/a; Reality, sería la fase reflexiva en la que el/la cliente/a/ usuario/a realiza una valoración de los diferentes aspectos de la realidad que en principio puede tener que ver o no con el problema que la persona tiene; la fase Options, es aquella en la que aparecen las alternativas, posibilidades, opciones y por último a través de la fase Will/Way/Wrap-up se verificarían los resultados obtenidos.

Este modelo, creado por John Whitmore, es ampliado en su evolución por Leonardo Ravier, quien plantea la necesidad de añadir otra metacategoría, llamada FOLLOW UP (seguimiento).

El establecimiento de objetivos tendrá que ver con alcanzar una META. Deben contemplarse objetivos de lo más simple a objetivos más complejos. Ponerlos por escrito y que la persona los vea, los elabore, esté de acuerdo con ellos y que los haga suyos porque es una garantía de adhesión e ilusión al proyecto de acompañamiento. En ese seguimiento, tres son los elementos a tener en cuenta:

1. Debe preguntarse por lo que se ha hecho y lo que no. Y de lo que sí se ha hecho, examinar los resultados.
2. Ayudar a tomar conciencia sobre el aprendizaje que se ha hecho entre una sesión y otra.
3. Implementar el plan de acción con nuevas acciones.

Los planes de acción deberán ajustarse al acrónimo inglés SMART (Específico; Medible; Alcanzable; Realista; Temporal). Deben ser lo más concretos posibles y si es necesario se pueden escribir en un documento. Y todo ello porque las personas aprenden haciendo, creando recurrencia, insistiendo, porque si no, el proceso se podría quedar simplemente en un diálogo vacío sin compromisos ni acciones.

Para facilitar que la persona sea capaz de elaborar objetivos, Ravier (2016) señala algunos aspectos claves que hay que trabajar:

1. Preguntar a la persona qué quiere conseguir.
2. Explorar la importancia y si es suficientemente motivador el/los objetivo/s.
3. Que la persona redefina hasta que lo tenga claro mediante preguntas como ¿qué quieres decir con...? ¿Qué significa...?
4. Tratar mediante la aplicación de técnicas como el espejeo, las síntesis, las recapitulaciones que defina de forma lo más concreta y claramente sus objetivos.
5. Plantear tiempos de ejecución/calendario.
6. Establecer indicadores de éxito ¿cómo sabrás que lo has conseguido?
7. Clarificar posibles objetivos intermedios que puedan aparecer y que sean necesarios.
8. Verificar que los objetivos están bien alineados de manera temporal con el objetivo final.

Cuando se realiza este proceso con la persona, se está facilitando el aprendizaje “desde dentro hacia fuera”, es decir, desde uno mismo, pues no hay nada más potente y motivador que el interés individual natural. Si

establecemos los objetivos de manera unidireccional pueden no ser bien interpretados por la persona o bien asimilados. Sin embargo, cuando el proceso se realiza a la inversa, ayudamos a que las personas sean más conscientes y que puedan hacer una asimilación y una integración de forma natural.

Trabajo Social y Coaching

Dentro de la intervención, los profesionales podemos hacer “uso y disfrute” de cuantas herramientas tengamos en nuestro bagaje profesional. Todo ello dependerá de nuestra formación, creatividad y ¿por qué no? valentía a la hora de plantear otras maneras de intervenir.

Por supuesto, deberemos tener en cuenta que los procesos de acompañamiento sufren idas y venidas, retenciones y deserciones temporales... todo forma parte de esa relación de acompañamiento (Raya y Caparrós, 2014). Entra dentro de nuestras competencias profesionales entender y aceptar que a veces a las personas les cuesta mucho mantenerse, perseverar y concentrarse en sus objetivos. Nuestra mirada comprensiva y compasiva hacia la persona será necesaria aquí para acoger nuestra frustración si llega. Y si hay abandono, también habrá espacio para una interpretación que no nos dañe a nosotros como profesionales ni a la otra persona, preparándonos para volver a acoger y a acompañar.

La disciplina de *coaching* aporta al Trabajo Social una metodología práctica muy consistente, de aplicación efectiva que puede coexistir de forma ecológica con otras maneras de intervenir en esa convivencia plural del Trabajo Social con otras disciplinas.

El Trabajo Social a su vez, aporta el conocimiento científico, una metodología propia y además puede abrazar otras técnicas, así como aportar una mirada que a pesar de las transformaciones y evolución de la profesión, no ha cambiado: somos una profesión en contacto directo con la intimidad de las personas (Salcedo, 1993) de una forma muy significativa y especial y por ello depositarios de su confianza y vulnerabilidad de modo que los/as profesionales del Trabajo Social aportamos un valor añadido en los procesos de intervención social.

¿Es aplicable la metodología de *coaching* a todos los procesos de acompañamiento social? Y la respuesta obviamente es no. Será el/a profesional quien valore, pondere y evalúe, si la persona con la que se encuentra en relación puede beneficiarse de esta práctica o no. No todas las personas tienen la disposición, la voluntad y las capacidades para entrar en un proceso de *coaching* no directivo.

Desafíos profesionales en el trabajo social de acompañamiento social

En el momento y contexto actual de trabajo son varios los desafíos a los que deberemos hacer frente si queremos ofrecer una atención de calidad y con calidez e ir más allá de la mera prestación de recursos y prestaciones:

1. No perder la mirada en las personas. Ponerlas en el centro. Cada persona es un ser humano único, sujeto de derechos, con una historia y una identidad esculpida a lo largo del tiempo y que debemos saber respetar y promover en la medida de sus posibilidades (Torralba, 2010).
2. Defender los procesos de acompañamiento, reclamando los espacios y tiempos necesarios para ello, frente a la creciente burocratización, supervisión y control sobre la tarea (Salcedo, 1993).
3. Fomentar la formación y cualificación especializada de los/as profesionales desde las diferentes instituciones.
4. Ofrecer a los/as profesionales espacios de autocuidado y protección profesional para prevenir el desgaste profesional por empatía, el síndrome de burnout o el desgaste emocional.
5. Equilibrar la creciente tecnificación del trabajo para no apartar la dimensión relacional y olvidarnos del objeto propio del trabajo social.
6. Y quizás otro que tiene que ver más con nosotros/as mismos/as, con nuestra capacidad para mantener la ilusión, el compromiso, la proactividad y la motivación.
7. Los límites profesionales. Creo que es importante tener presente este factor pues nos puede ayudar tanto a encarar la intervención como a no iniciarla si no contamos con las herramientas profesionales necesarias.

Los límites profesionales pueden venir de nosotros/as mismos/as y también del sistema organizacional en el que trabajamos (Equipo Tercer sector Bizkaia). Identificar nuestros propios límites es aplicar responsabilidad y respeto hacia la persona que atendemos. No tenemos que saber de todo, aunque cuanto más formados y cualificados en diferentes disciplinas estemos, realizaremos intervenciones de mayor impacto y calidad.

De la misma manera, entender la cultura organizacional del lugar en el que trabajamos y conocer lo que es posible y lo que no, puede evitar frustración en las expectativas y ajustar nuestro marco de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biesteck, F. (1966). *Las relaciones del casework*. Aguilar.
- Carballeda, A. J. (2002). *La intervención social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós.
- Castel, R. (1995). "De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso". *Revista Archipiélago* (21), 27-36.
- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (2003). *Manual para el Trabajo Social de acompañamiento en los itinerarios de inserción*.
- Equipo del Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia. (2018). *Acompañamiento Social: Construyendo relaciones que transforman. Revisando el concepto de acompañamiento desde una mirada común de sector*.
[http:// www.3sbizkaia.org](http://www.3sbizkaia.org).
- European Anti Poverty Network (EAPN). (2021). *El Estado de la pobreza en España. Avance de resultados*.
- Fantova, F. (2006). Aproximaciones a la intervención social. Ponencia presentada en el "Congreso sobre Protección Social". *Universidad Icesi, Santiago de Cali*.
- Fantova, F. (2007). "Repensando la intervención social". *Documentación social*. (147),183-198.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1996). La ética del trabajo social: principios y criterios: documento aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España*.
- García Monge, J. A. (2009). *Treinta palabras para la madurez*. 12.ª ed. Descleé de Browner.
- Jaúregui, A y Arza, J. (2023). "El acompañamiento, una oportunidad para fortalecer la humanización de la intervención social". *Cuadernos de Trabajo Social* (36),49-57.
- Martínez, U. (2008). "Genealogía del concepto de exclusión social, la situación europea". *Revista Trabajo Social Hoy. Monográfico primer semestre*, 7-44.
- Ravier, L. (2016). *Coaching no directivo. Metodología y práctica*. Unión editorial
- Ravier, L. (2020). *Teoría General del Coaching. Tesis Doctoral*. Aula Magna. McGrawHill.
- Raya, E. y Caparrós, N. (2014). "Acompañamiento como metodología de Trabajo Social en tiempos de cólera". *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 27, pp. 81-91 https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n1.42645
- Red Navarra de Lucha contra la Pobreza. *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de Inclusión*. (2012).
- Red Navarra de lucha contra la pobreza. *El Acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión*. Nuevas reflexiones. (2015).
- Rogers, C. 2014. *El proceso de convertirse en persona*. (2.ª ed). Paidós
- Salcedo, D (1993). "El papel de la autonomía personal en Trabajo Social". *Revista de Treball Social* (130)31-48.
- Sánchez Alías, A., Jiménez Sánchez, M. (2013). "Exclusión Social: Fundamentos teóricos y de la intervención. Trabajo Social Global". *Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 3(4), 133-156.
- Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección Estudios Sociales. Fundación la Caixa.

Torralba, F. (2010) *Inteligencia Espiritual*. Plataforma Editorial.

Torres, C. (2017). “Sociedad de la información y brecha digital en España”. *Panorama Social*. 25,17-33.

Zamanillo, T. (1993). “Un enfoque sistémico para la intervención en crisis en el Trabajo Social”. *Cuadernos de Trabajo Social*. (6),119-136. Universidad complutense de Madrid.

Sonia García Aguña

Comunicación 12

El Trabajo Social como herramienta para la humanización de la asistencia sanitaria desde el modelo biopsicosocial

Resumen: El contexto sanitario actual se caracteriza por la orientación hacia una atención sociosanitaria humanizada mediante un enfoque biopsicosocial que sitúa al Trabajo Social como herramienta fundamental en la provisión de esta atención integral. No obstante, y a pesar también de la evidencia científica que demuestra el impacto significativo de los factores psicosociales en los procesos de salud-enfermedad, la hegemonía histórica del modelo biomédico ha impedido que en la práctica sanitaria se conciba lo biológico o físico con la misma importancia que lo psicológico y lo social. La presente comunicación explora de forma crítica y reflexiva los antecedentes históricos que han permitido la inserción del Trabajo Social en Sanidad, y el alcance de sus limitaciones en la actualidad.

Palabras Clave: Trabajo Social, Herramienta, Humanización, Biopsicosocial, Sanidad.

Abstract: The current health context is characterized by the orientation towards humanized social and health care through a biopsychosocial approach that places Social Work as a fundamental tool in the provision of this comprehensive care. However, and despite also the scientific evidence that demonstrates the significant impact of psychosocial factors on health-disease processes, the historical hegemony of the biomedical model has prevented the biological or physical from being conceived with the same importance in healthcare practice. than the psychological and the social. This communication explores in a critical and reflective way the historical background that has allowed the insertion of Social Work in Health, and the scope of its limitations today.

Keywords: Social Work, Tool, Humanization, Biopsychosocial, Health.

COMUNICACIÓN

A lo largo de la historia de Occidente los factores psicosociales y la intervención social —tal y como se entienden actualmente— no siempre han sido aspectos centrales a la hora de pensar y atender los procesos de salud y de enfermedad. De hecho, en definiciones actuales se siguen encontrando algunas reminiscencias de ello, como la ofrecida por la Real Academia Española que expone salud como el “estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Real Academia Española, s.f.a) y enfermedad como el “estado producido en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo” (Real Academia Española, s.f.b), enfoque que narra estos procesos desde la individualidad y la dimensión física de las personas. Es por ello por lo que a pesar de que los cambios más relevantes respecto a cómo se piensa la salud y la enfermedad —y el tratamiento de las mismas— se hayan dado en la segunda mitad del siglo xx, no es más que un

cúmulo de cambios que se han ido produciendo a lo largo de la historia. Cambios que desde Trabajo Social deben atenderse y entenderse, pues la experiencia muestra que una atención sanitaria que aborda solo la dimensión física de las personas resulta insuficiente en nuestra sociedad actual, pues se persigue —como veremos— una atención integral, humanizada, biopsicosocial y, por tanto, sociosanitaria.

Esta constatación de que una asistencia sanitaria fragmentada y reduccionista que no tiene en cuenta el medio externo de las personas no es adecuada, ha desembocado en que en la actualidad se suele concebir la salud como algo “ecológico, sistémico, dinámico y positivo, resultante de la interacción y adaptación del hombre a su medio físico y social” (Guerrero y León, 2008, p. 610), una perspectiva que incluye entonces la dimensión social y, por ende, el Trabajo Social.

Gracias a esta visión de la salud y la enfermedad en numerosos documentos, estrategias, normativas y manuales del Sistema Nacional de Salud —u otros organismos internacionales competentes—, se encuentra reflejada la necesidad del abordaje biopsicosocial (y, por tanto, sociosanitario). A este respecto destaca a nivel estatal el artículo 6.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, por el que se establece que “las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas (...) a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente”. También, se expresa tal enfoque en ámbitos diversos como la Atención Primaria de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), en la intervención ante el dolor (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), en la participación comunitaria para la intervención en la Salud Pública (Ministerio de Sanidad, 2022a), en las recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género de Velasco (2009), o mencionándose explícitamente el modelo biopsicosocial de Engel (1977) en el que se basa la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2022b), entre otros muchos ejemplos.

Sin embargo, a pesar de este claro posicionamiento actual, el bagaje histórico mencionado y el asentamiento de ciertas perspectivas positivistas y biomédicas como visiones hegemónicas, siguen siendo base para que no exista un reconocimiento igual en la práctica real entre la importancia de los factores y consecuencias físicas, psicológicas y sociales en los procesos de salud y enfermedad en los contextos sanitarios. Reconocimiento que influye, más tarde, en cómo de imprescindibles se consideran unos perfiles profesionales u otros.

Para entender esta andadura de forma abreviada, podría fijarse el punto de partida en torno al siglo v de la mano de Hipócrates, cuando comienzan los primeros estudios sobre la enfermedad y la influencia del contexto (Parafita, s.f.), por lo que la medicina helénica partía de una visión integral del ser humano, pues consideraban la salud como armonía, equilibrio, y una mezcla entre lo corporal y su relación con el medio (Guerrero y León, 2008).

Ya en la Edad Moderna comienzan a desarrollarse instrumentos como el microscopio que “contribuyeron a la afirmación de una interpretación materialista, pero unicausal, de la enfermedad, y también a robustecer un pensamiento biologicista que en la actualidad conserva peso” (Parafita, s.f., p. 5), y mantiene la percepción de que lo psicosocial y el Trabajo Social en Sanidad son aspectos complementarios o adiciones a lo “realmente importante”; los aspectos médico-clínicos.

Posteriormente, gracias a antecedentes de algunos países europeos como Italia, Alemania o Austria, se comienza a pensar de nuevo en la salud y la enfermedad teniendo en cuenta la influencia del contexto social en las personas, y a responsabilizar al Estado de estas cuestiones (Parafita, s.f.). Esta perspectiva desemboca en una preocupación por atender las relaciones entre la salud y las condiciones laborales, o la influencia de la condición socioeconómica, dando paso durante el siglo xix al concepto de Medicina Social y, posteriormente, el de Salud Pública en la Inglaterra de la Revolución Industrial. Aquí, destacan figuras como Jane Addams o Gordon Hamilton, quienes defendían la necesidad de conocer e intervenir a nivel individual y sociofamiliar en las situaciones de enfermedad (Hamilton, 1931), o la importancia de la adecuación de las viviendas para la recuperación de los/as pacientes que terminaban su tratamiento en instituciones sanitarias (Addams, 1897), entre otras muchas figuras importantes y otros muchos argumentos. Así, el Trabajo Social comienza a profesionalizarse en este contexto de relevancia para la Medicina Social—como veremos más adelante—, por lo que “el Trabajo Social es una profesión vinculada desde sus orígenes a la ciencia médica y al ámbito sanitario” (Consejo General del Trabajo Social, s.f.b), hecho que choca con su falta de reconocimiento como profesión sanitaria en España actualmente.

De esta manera, y aunque en ciertos momentos de la Revolución Industrial se vuelve a una tendencia unicausal y biologicista dada por el descubrimiento y perfeccionamiento de instrumentos diagnósticos, resurge el contramovimiento que busca explicar la salud y la enfermedad no solo desde el padecimiento físico y una

perspectiva fragmentada del ser humano, sino desde la necesidad de conocer la influencia del contexto social, familiar, cultural y económico en estos procesos; la salud empieza a percibirse como algo colectivo, no individual, una obligación estatal y un derecho, pues depende también de los elementos cohesivos de las sociedades (Echeverri y Díez, 2015; Cannon, 1941; Johnson, 2008).

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial en 1945, la mayoría de los países adoptaron la Carta de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), proclamando la Asamblea General de la ONU en 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos. Se funda la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946, entrando en vigor en 1948, donde se establece como finalidad en el artículo 1 “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948, p. 9767) y se define esta como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948, p. 9767). Esta definición, pese a ser criticada por considerarla utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985), supone un antes y un después, también para el Trabajo Social, ya que enfatiza los procesos psicosociales relativos a la salud y la necesidad de multidisciplinariedad en los sistemas sanitarios.

Paulatinamente, se irá enfatizando en estas ideas a través de, por ejemplo, la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa (1986) donde se fija como estrategia esencial la promoción de la salud en la población, estableciendo áreas de acción prioritarias para identificar las causas o determinantes de la salud con el fin de influir de forma positiva en ellos. Estos, son factores socioeconómicos como el nivel de ingresos o la educación, aspectos de la práctica cotidiana del Trabajo Social y que reflejan esa visión holística que señalábamos.

Como podemos observar, la historia de la concepción de la salud y la enfermedad es naturalmente dinámica, no lineal, y a lo largo del recorrido expuesto —de forma muy resumida— se perciben dos posicionamientos paradigmáticos ostensiblemente opuestos que han ido tomando fuerza en función del momento histórico en el que se insertan. Por un lado, el modelo biomédico “caracterizado por el estudio de solo algunos aspectos de la gran red de fenómenos que influyen en la salud” (Guerrero y León, 2008, p. 627) y que “tiene en consideración tan solo mecanismos moleculares o fisiopatológicos, y no tienen en cuenta aspectos sociales ni psicológicos al considerarlos irrelevantes para entender la enfermedad” (Escobar y Uribe, 2014, p. 21). Este modelo está basado en “una concepción muy pobre de la biología que excluye la psicoterapia y lo social de su alcance” (Escobar y Uribe, 2014, p. 13), y ha seguido afianzando su dominancia postulando que todavía hay aspectos que “pueden estudiarse como entidades discretas, con su propia etiología, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y evolución” (Escobar y Uribe, 2014, p. 11). Es por ello que autores como Capra (1992), afirman que la práctica médica actual sigue adoptando un sistema reduccionista basado en la biología moderna que no tiene en cuenta a la totalidad de la persona.

Y, por otra parte, encontramos en el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), nacido en el contexto de la biología sistémica del siglo xx, y que a partir de postulados como los de la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy genera un marco conceptual que entiende que “los sistemas biológico, psicológico y social están organizados de manera dinámica y son interdependientes” (Escobar y Uribe, 2014, p. 21). Así, se integraba por primera vez de forma teórica y formal lo que Engel (1977) entendía como fenómenos tangibles (fenómenos biológicos o aquellos que se pueden ver, tocar y/o medir con precisión numérica), y los intangibles (fenómenos psicosociales o aquellos que no se pueden ver, tocar y/o medir con precisión numérica).

Esta introducción de los fenómenos intangibles significa la introducción de los elementos estudiados y diagnosticados de forma concreta desde el Trabajo Social, dando cabida en la actualidad a actuaciones como las recogidas, por ejemplo, en el documento de consenso sobre las funciones del/de la profesional de Trabajo Social Sanitario de Castrillo *et al.* (2013), como incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades y ámbitos sanitarios, identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad, realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo, y proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.

Con todo, el modelo biopsicosocial se presentó ante la comunidad médica, lo que suscitó críticas y controversia, aunque de igual forma el término biopsicosocial logró permear en cierto modo la praxis clínica, y a pesar de los posicionamientos contrarios la propuesta del modelo biopsicosocial recibió una buena acogida al menos por los sectores que deseaban incorporar el humanismo a la Medicina, ya que propone dos vertientes fundamentales; un modelo que supere al clásico de causa-efecto, y concebir al paciente como sujeto y no objeto del acto clínico (Engel, 1980).

Esta crítica al modelo causal clásico de causa-efecto defendido por la biomedicina y que normalmente busca las causas en procesos biológicos individuales, originó la propuesta del modelo de causalidad estructural que “diferencia entre causa necesaria, desencadenante, coadyuvante y asociada” (Borrell, 2002, p. 176), y por el que se alcanza una aproximación a una realidad más compleja atendiendo también los factores intangibles —o psicosociales— que estudia el Trabajo Social, tal y como mencionábamos. Así, se permitió la significación de la enfermedad como una simbiosis entre las redes simbólicas y procesos biológicos, por lo que debe tenerse en cuenta la biografía del/de la paciente y el contexto relacional, el diagnóstico social, pues “la curación —el tratamiento, la intervención del profesional— llega a ser posible a través de la participación en la matriz de relaciones con las otras personas” (Turabián y Pérez, 2017, p. 262).

Con ello, ¿podemos afirmar que hoy en día en la práctica real y cotidiana los factores psicosociales se atienden con la misma importancia que los físicos en los contextos sanitarios? Escobar y Uribe (2014) advierten un problema de base, que el término biopsicosocial sigue dividiendo el entender y el quehacer en tres palabras; no existe un único concepto que defina sin recurrir al compuesto. El ideal es que “las definiciones de psicológico, biológico y social serán sustituidas o englobadas en un término único, sin eliminarlos” (Escobar y Uribe, 2014, p. 16), pero para alcanzarlo es necesario un avance en el conocimiento y reconocimiento de cada área para una convergencia efectiva y real; “mientras tanto, el término biopsicosocial, u otro similar, permitirá un trabajo común y, al mismo tiempo, independiente” (Escobar y Uribe, 2014, p. 16).

Asimismo, aunque según Tizón (2007) la integración biopsicosocial en el ámbito médico-clínico progresó en algunos casos, parece que vuelve una tendencia de desintegración. Aun así, esta propuesta supuso la apertura de un debate de relevancia capital, que la Medicina contemporánea no puede seguir centrándose en cuerpos enfermos, sino que debe conocer la totalidad de la persona, lo cual incluye su dimensión psicológica y su dimensión social. Se debe, por tanto, intervenir de forma profesionalizada y especializada a través del Trabajo Social —u otros perfiles profesionales oportunos—, no solo con el/la paciente, sino también con su entorno próximo y su comunidad. Por ello, se puede afirmar que sin la existencia del modelo biopsicosocial no podríamos hablar de Trabajo Social sanitario; lo social quedaría excluido de los contextos sanitarios, que solo abordarían los hechos biológicos, físicos, individuales y clínicos.

Esta tendencia a la desintegración de la perspectiva biopsicosocial apuntada por Tizón (2007), es decir, que en la práctica predomine un modelo biomédico que realmente no tiene en cuenta los aspectos psicosociales, en conjunción con los efectos secundarios nocivos de los grandes avances técnico-científicos —que supusieron a su vez un gran progreso para el diagnóstico y tratamiento de disímiles enfermedades—, unido a no tener en cuenta ni la biografía ni las vivencias de la persona respecto de su enfermedad, y una excesiva atención a la eficiencia, la efectividad y la eficacia en la gestión sanitaria, ha desembocado en la deshumanización de la asistencia sanitaria (Boladeras, 2015; Román, 2013). Un fenómeno en boga según Solís (2018) porque se ha dado “una pérdida de valores humanos en la asistencia sanitaria (...) unida a una mayor sensibilidad en la percepción de este problema” (Solís, 2018, p. 266).

En este punto cabe precisar qué es humanizar, aspecto que la Real Academia Española (RAE) define como “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo” (Real Academia Española, s.f.c), mientras que Moliner (1999) en el Diccionario del Uso del Español indica que humanizar surge como palabra moderna para sustituir a humanar, hacer algo más humano, menos cruel, menos duro. A este respecto, existe una problemática en la definición del concepto, pues en muchas ocasiones se tiende a equiparar la humanización sanitaria con un trato cálido, y se pone el foco en las relaciones asistenciales y de ayuda del personal sanitario. Sin embargo, la humanización de la asistencia sanitaria según Fundación Humans (2017) se basa en la salvaguarda de los derechos de una ciudadanía activa, y está también “ligada a la multidisciplinariedad que permita entender la salud desde su marco biopsicosocial y no solo como asistencia sanitaria, donde desempeñan un papel esencial los trabajadores sociales” (p. 26). Por tanto, la humanización sanitaria no puede tratar de políticas de pequeños gestos, ni configurarse como herramienta de *marketing* con resultados positivos pero que no va más allá de líneas instrumentales (Martínez, 2019).

La humanización de la asistencia sanitaria real supone entonces llevar a la práctica una intervención que contemple la perspectiva ecológica del ser humano, por lo que el concepto de humanismo médico debería sustituirse por el concepto de humanismo sociosanitario, implicando a los/as profesionales sanitarios, sociales y todas las profesiones que contacten con la persona enferma (Zarco, 2017). Por tanto, no se trata de que la Medicina se haya deshumanizado por los procesos aquí expuestos y que, entonces, haga falta la intervención del Trabajo Social. Se trata de que sin una perspectiva integral que reconozca lo social en la salud con la misma importancia que el resto de dimensiones del ser humano la asistencia sanitaria será deshumanizada y deshumanizante, y se alejará del modelo biopsicosocial que se persigue actualmente.

De ello se desprende que el Trabajo Social en sí mismo y con su propia idiosincrasia es fundamental para la humanización sanitaria, pues permite que realmente exista un modelo biopsicosocial, y el modelo biopsicosocial que Trabajo Social esté presente en Salud; sin Trabajo Social no existe modelo biopsicosocial, sociosanitario, ni una perspectiva ecológica que humanice la asistencia sanitaria. Por tanto, humanizar significa mucho más que mostrar cordialidad, alude a la salvaguarda de los derechos de los/as pacientes y a la necesidad de multidisciplinariedad, una intervención holística para con personas únicas que no pueden verse como entes aislados pues forman, a su vez, parte de un sistema familiar y sociocultural.

Esta idea es reforzada por Ituarte (2009), quien señala que la salud y la enfermedad son procesos sociales y personales en las que lo biológico, lo psicológico y lo social (que implica lo relacional, lo cultural, lo ético, lo estético, etc.) son tres aspectos relacionados e indisolubles. De ello se desprende que el Trabajo Social Sanitario tenga por objeto la “investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas” (Ituarte, 2012, p. 5).

Estos planteamientos que por la situación del Trabajo Social Sanitario actual en España podrían parecer relativamente recientes, encontraban concreción ya en el siglo xx, pues es en 1905 cuando en el *Massachusetts General Hospital* de Boston, se incorpora el Trabajo Social al ámbito sanitario de la mano del doctor Richard Cabot y Garnet Isabel Pelton (trabajadora social, médica y visitadora), quienes ponen en marcha el Departamento de Servicio Social en la institución tras haber conocido el programa del *Johns Hopkins Hospital* de visitas domiciliarias iniciado en 1889 por el doctor Olser. Después, Pelton será sustituida por Ida Cannon, jefa de servicio del departamento, quien en 1920 junto con Cabot crea la primera Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios (Miranda, 2007). Estos hechos suscitaron tanto interés, que la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard desarrolló formación sobre la dimensión social y su intervención para médicos/as (Nacman, 1990).

Estas experiencias en diversas instituciones y que involucraban a varios/as profesionales reconocidos/as, generó una sensibilización y preocupación especial por los aspectos sociales devenidos o influyentes en los procesos de enfermedad. Cabot, en concreto, reconoce el Trabajo Social en el ámbito sanitario como imprescindible, pues señalaba que:

El Trabajo Social, como yo lo veo, no toma ningún punto de vista especial; toma el punto de vista humano total, y es este el que tiene que enseñar a los médicos que debido a su preparación tienden a tomar un punto de vista menos amplio. Estos solo 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 (Cabot, 1915).

De esta forma, argumentaba que el/la médico/a conoce el estado físico y mental de los/as pacientes, pero no las circunstancias personales que le rodean —aunque pueda aproximarse—, mientras que los/as trabajadores/as sociales por su formación teórica, técnica y ética agregan a la información sanitaria elementos diagnósticos sobre el/la paciente, personas significativas y comunidad, es decir, su historia familiar, circunstancias laborales, financieras, u otras, y que condicionan el tratamiento y recuperación de las personas en situación de enfermedad. Según Miranda (1997) el mismo Cabot añadía a este respecto:

A menos que el médico haya adquirido “el punto de vista social” al grado de considerar que el tratamiento de sus pacientes del dispensario será descuidado si no tiene algún conocimiento de sus hogares, sus finanzas, sus pensamientos y sus preocupaciones, creerá que la trabajadora social pretende enseñarle cómo hacer su trabajo cada vez que ella haga lo que él no hacía y no podía hacer antes. Naturalmente reaccionará con indignación... no querrá recibir los consejos de ninguna “trabajadora compasiva” (p. 8).

Estos hechos y esta forma de pensar el Trabajo Social y la Medicina generaron un período de expansión del Trabajo Social Sanitario que iría permeando más allá de Estados Unidos, pues se ponía de manifiesto la necesidad de no solo atender la dimensión física, la enfermedad per se, sino que para otros doctores como Michael Davis o trabajadoras sociales como Gordon Hamilton, era menester resaltar la necesidad de conocer e intervenir en el entorno social de los/as enfermos/as (Davis, 1911; Hamilton, 1931).

En España, el doctor Raúl Roviralta es promotor de la primera Escuela de Trabajo Social, que comienza su andadura en Barcelona en 1932. En este período fue precisamente en sanidad y empresa donde se insertan por primera vez laboralmente los/as asistentes sociales (Martín, 2018), por lo que el Trabajo Social ya profesionalizado en España está cerca de los cien años de experiencia en el ámbito sanitario.

Esta progresiva inserción del Trabajo Social en el ámbito sanitario español permitió la contratación de trabajadores/as sociales en hospitales entre los años 50 y 70, aunque “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” (Munuera y Munuera, 2007, p. 134).

Entonces, si el Trabajo Social sanitario español goza de un período de expansión tras asentarse previamente a principios del siglo xx a nivel internacional gracias al enfoque biopsicosocial que pone de manifiesto que sin multidisciplinariedad no hay humanización sanitaria, sino un modelo reduccionista y caduco, ¿por qué este reconocimiento no ha ido acrecentándose como podría preverse?

Para Munuera y Munuera (2007), desde la década de los noventa se está produciendo un cambio en el enfoque de la atención a la salud por el que priman los criterios económicos, lo cual desemboca en la falta o supresión de profesionales del Trabajo Social en los equipos de atención del ámbito sanitario.

Estas situaciones de falta de reconocimiento en la práctica encuentran concreción en casos específicos. Por ejemplo, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid (2022) puso de manifiesto en mayo de 2022 que hospitales como el Hospital General de la Defensa Gómez Ulla no contaron durante semanas con profesionales del Trabajo Social, lo que no solo suponía “el no cumplimiento del acuerdo de mesa sectorial sobre organización de los servicios de Trabajo Social del SERMAS y de la reglamentación que la Consejería está desarrollando a partir del mismo” (Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, 2022), sino también “que la falta de profesionales del Trabajo Social pone en riesgo las estrategias de humanización de la salud, de coordinación sociosanitaria, de atención al/a la paciente crónico y complejo, y de salud mental” (Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, 2022). En el marco de un modelo biopsicosocial no pueden percibirse las profesiones consideradas sanitarias como fundamentales y las sociales como prescindibles; hacerlo constata que en la realidad se sigue desarrollando un modelo predominantemente biomédico.

Asimismo, Colom (2008) apunta que siendo el Trabajo Social Sanitario una parte esencial de las instituciones sanitarias con una trayectoria consolidada, resulta burlesco encontrar el perfil profesional mencionado de forma clara y explícita en los textos oficiales y normativos, aspecto que continúa ocurriendo y que desdibuja la profesión bajo otros términos como reinserción o rehabilitación social, por ejemplo. Si el abordaje de la dimensión social en los textos oficiales se presenta como fundamental, y el perfil profesional especializado es el Trabajo Social, ¿por qué su concreción está difuminada? Parece que existe un contraste entre la importancia que se le da teóricamente en literatura científica, manuales, planes y normativa a la dimensión social en salud como eje del modelo biopsicosocial y la humanización sanitaria, y lo que realmente ocurre en la práctica.

Por otro lado, bajo el argumento de que Trabajo Social es académicamente una Ciencia Social y no de la Salud, sigue sin reconocerse la profesión como sanitaria en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, por lo que en 2019 se inició la campaña “Trabajo Social Sanitario ¡YA!” por el Consejo General de Trabajo Social tras llevar en torno a una década de reivindicación (Consejo General del Trabajo Social, s.f.a). Para el Consejo General del Trabajo Social (s.f.b), “el no reconocimiento del Trabajo Social Sanitario crea una clara disfunción y desigualdad de cara a la consolidación definitiva de la atención sanitaria integral ofrecida por la Sanidad Española”.

Por tanto, aunque se afirme que existe un modelo biopsicosocial y sociosanitario en el que se reconocen los factores psicosociales y al Trabajo Social como esenciales y del mismo modo que los médico-clínicos, esto choca con que por ejemplo a día de hoy se siga teniendo que señalar por parte del Consejo General de Trabajo Social (s.f.c) cuestiones como que “la carencia de ratios profesionales o que la falta de reconocimiento del Trabajo Social como profesión sanitaria suponen una debilidad”.

Respecto a las ratios, según la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras de Madrid (2020), para lograr una atención adecuada a pacientes y familiares y/o personas significativas, “el SERMAS¹ tendría que incrementar hasta un 40 % la plantilla para llegar a 619 trabajadores/as sociales, solo con la presión asistencial cotidiana a la que tienen que hacer frente en la Comunidad de Madrid”. También es llamativo otro ejemplo, que los últimos datos (de 2017) indiquen que tan solo hay veintidós profesionales de Trabajo Social en los equipos específicos de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid (Servicio Madrileño de Salud, 2017), a pesar de que

¹ Servicio Madrileño de Salud.

la Organización Panamericana de la Salud (s.f.) o la *European Association for Palliative Care* (2013), señalen que se debe prevenir y aliviar el sufrimiento de igual forma en todos los niveles (físico, psicológico, social y espiritual).

Y no, el contexto de falta de adecuación de las ratios de las profesiones reconocidas como sanitarias no puede ser excusa para atender de forma secundaria las ratios de Trabajo Social, al menos no si se parte claramente de una idea y un posicionamiento explicitado como es el modelo biopsicosocial y se promulga que para Sanidad lo médico-clínico y lo psicosocial tienen la misma importancia.

Con todo, vemos como la predominancia consolidada históricamente de una orientación biologicista y reduccionista de los procesos de salud y enfermedad en la práctica real ha devenido en una cosmovisión hegemónica, a pesar de los continuos intentos de integrar lo psicosocial de forma efectiva por parte de profesionales sociosanitarios/as de las diversas ramas del conocimiento. Para Miranda (1997), y tras todos los argumentos expuestos anteriormente por diversos/as autores/as, sigue existiendo una clara tendencia a reducir en la práctica la salud y la enfermedad a procesos orgánicos, individuales, y por ello “por más definiciones de la OMS y más discursos académicos, lo psicológico y lo social solo ocupan un lugar secundario ante el avance arrollador de la biomedicina y de la tecnología médica” (p. 9).

Esto, acompañado naturalmente de otras muchas casuísticas influyentes, podría ser la base en la que se asienta la falta de reconocimiento actual del Trabajo Social sanitario, en que el disfraz de modelo biopsicosocial del modelo biomédico no detiene el calado de la idea de que lo psicosocial es algo secundario y complementario. De hecho, investigaciones como la de O'Connor y Fisher (2011) hablan de la creencia de que las funciones propias de los/as trabajadores/as sociales pueden realizarse por cualquier perfil profesional porque lo social “está en todos/as”; parece que es algo que en el día a día de las instituciones sanitarias simplemente complementa la atención médico-clínica, por lo que se puede prescindir de ello cuando el aspecto de la sostenibilidad —o rentabilidad— económica entra en juego (Munuera y Munuera, 2007).

Es por todo ello que esta concepción no permite que permee la idea, al menos fuera de lo teórico, de que lo biológico es igual de importante que lo psicológico y lo social en los contextos sanitarios, que el medio interno y el externo son igual de fundamentales en la significación, diagnóstico, tratamiento y curación de la enfermedad. Y esto, sigue y seguirá suscitando preocupación a pesar del paso de las décadas mientras los aspectos psicosociales sigan siendo contemplados —al igual que el Trabajo Social— como algo complementario, medicalizable, y “que tendrá mayor o menor importancia cuanto más adorne, pero que podría ser perfectamente prescindible” (Miranda, 1997, p. 8).

Sin el reconocimiento igual de la importancia de las dimensiones psicológica y social, y de la necesidad del Trabajo Social en los contextos sanitarios como perfil profesional especializado, no es posible seguir sosteniendo que se busca una atención biopsicosocial, ni la humanización de la asistencia sanitaria que, como hemos visto, requiere una visión integral y multidisciplinar, y no mera cordialidad. En el reconocimiento igualitario de la necesidad del Trabajo Social Sanitario radica, por ende, la diferencia entre el pretender o aparentar y el conseguir; es la herramienta esencial para la humanización sociosanitaria devenida del modelo biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addams, J. (1897). *Discussion seventh session en National Conference on Social Welfare*. <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1897.001/489?rgn=full+text;view=image>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946. *BOE*, núm. 116, de 15 de mayo de 1973, pp. 9767 a 9772. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-682>
- Boladeras, M. (2015). *Bioética del cuidar. ¿Qué significa humanizar la asistencia?* Tecnos.
- Borrell, F. (2002). “El modelo biopsicosocial en evolución”. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179.
- Cabot, R. (1915). *Informe del presidente del Comité de Salud según la Conferencia Nacional de Obras Benéficas y Corrección*. Baltimore.
- Cannon, W. (1941). *La sabiduría del cuerpo*. Editorial Séneca.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial*. Troquel.
- Castrillo, J. L., Díez, T. de J., Escaja, M. Á., García, J. M., González, E., González, R., Guzmán, M. Á., de Mercado, T., Rodríguez, M., Torres, T. y Velasco, M. C. (2013). *Documento de consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario*. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san.ficheros/330043-Documento%20Consenso%20Funciones%20Trabajadores%20Sociales.pdf>
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. (19 de mayo de 2022). *Ante la falta de trabajadoras/es sociales en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid manifiesta su preocupación y solicita con carácter urgente una reunión con el Viceconsejero Antonio Zapatero Gaviria*. <https://www.comtrabajosocial.com/ante-la-falta-de-trabajadoras-es-sociales-en-el-hospital-central-de-la-defensa-gomez-ulla-el-colegio-oficial-de-trabajo-social-de-madrid-manifiesta-su-preocupacion-solicita-con-caracter-urgente-una-r/>
- Colom, D. (2008). “El Trabajo Social Sanitario: Presencias y ausencias en el marco legal estatal y autonómico”. *Servicios Sociales y Política Social*, 82, 122-152.
- Consejo General del Trabajo Social. (s.f.a). *Trabajo Social Sanitario ¡YA!* Consejo General del Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es/trabajosocialsanitarioya>
- Consejo General del Trabajo Social. (s.f.b). *Diez razones en defensa del Trabajo Social sanitario*. <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Dec%c3%a1logo%20TS%20Sanitario.pdf>
- Consejo General de Trabajo Social. (s.f.c). *Trabajo social y salud*. https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud
- Davis, M. (1911). *Medical and social co-operation en National Conference on Social Welfare* (pp. 278-281). <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1911.001?view=toc>
- Echeverri, C. A. y Díez, J. F. (2015). “Historia del servicio público a la salud”. *Nuevo Derecho*, 11(17), 141-151. <https://doi.org/10.25057/2500672X.400>
- Engel, G. (1977). “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Engel, G. (1980). “The clinical application of the biopsychosocial model”. *Am J Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Escobar, J. M. y Uribe, M. (2014). *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*. Universidad de los Andes.

- European Association for Palliative Care. (2013). *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at european medical schools*. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20At%20European%20Medical%20Schools.pdf>
- Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. Madrid. (3 de junio de 2020). *Solo 374 trabajadores/as sociales han tenido que hacer frente a la atención social de la ciudadanía en hospitales y AP durante la pandemia*. Sanidad Madrid. http://sanidad.ccoo.es/sanidadmadrid/noticia:510525--Solo_374_trabajadoresas_sociales_han_tenido_que_hacer_frente_a_la_atencion_social_de_la_ciudadania_en_hospitales_y_AP_durante_la_pandemia&opc_id=c196995ccdf43f450e2c6a099942ef2d
- Fundación Humans. (2017). *Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España*. <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf>
- Guerrero, L. y León, A. (2008). "Aproximación al concepto de salud: Revisión histórica". *Fermentum*, 18(53), 610-633.
- Hamilton, G. (1931). *Refocusing family case work en National Conference on Social Welfare* (pp. 170-ss). <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1931.001?view=oc>
- Ituarte, A. (2009). *Sentido del Trabajo Social en Salud*. XI Congreso Estatal de Trabajo Social, Zaragoza.
- Ituarte, A. (2012). "Cuestiones básicas en el proceso clínico de Atención Psicosocial". *Trabajo Social y Salud*, 72, 5-16.
- Johnson, S. (2008). *El mapa fantasma*. Ilustrae.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE*, núm. 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207 a 1522. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE*, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442 a 41458. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44>
- Martín, M. (2018). "El orgullo en Trabajo Social: Mujer, poder, conocimiento y profesión". *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 309-320. <http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.57932>
- Martínez, L. C. (2019). "Núcleo ético de la humanización práctica de la atención sanitaria". En A. Cerame, V. Expósito, M. A. García, P. Martínez, y J. M. Rodríguez (eds.), *Manual de la relación médico-paciente* (pp. 201-216). Foro de la profesión médica de España.
- Ministerio de Sanidad. (2022a). *Estrategia de Salud Pública 2022*. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022b). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf
- Miranda, M. (1997). "Editorial". *Trabajo Social y Salud*, 27, 7-9.

- Miranda, M. (2007). De la caridad a la ciencia: La construcción de la identidad disciplinar del Trabajo Social. *Arxius de Ciències Socials*, 16, 45-62.
- Moliner, M. (1999). *Diccionario de uso del español*. Gredos.
- Munuera, M. P. y Munuera, M. A. (2007). "Mediación intercultural en el ámbito sociosanitario". *Trabajo Social Hoy, Monográfico*, 119-141.
- Nacman, M. (1990). "Social work in health settings: a historical review". En K. W. Davindson y S. S. Clarke, *Social work in health care: a handbook for practice* (pp. 7-22). Haworth Press.
- O'Connor, M., y Fisher, C. (2011). "Exploring the dynamics of interdisciplinary palliative care teams in providing psychosocial care: 'Everybody thinks that everybody can do it and they can't'". *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 191-196. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0229>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Cuidados paliativos*. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- Parafita, D. (s.f.). *Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad* (pp. 1-10). Universidad de la República de Paraguay. https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf
- Real Academia Española. (s.f.a). *Salud*. En Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/salud>
- Real Academia Española. (s.f.b). *Enfermedad*. En Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/enfermedad>
- Real Academia Española. (s.f.c). *Humanizar*. En Diccionario de la Lengua Española. <https://www.rae.es/drae2001/humanizar>
- Román, B. (2013). "Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo". *Medicina Paliativa*, 20(1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.002>
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Díaz de Santos.
- Servicio Madrileño de Salud. (2017). *Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020297.pdf>
- Solís, J. (2018). "Autonomismo y humanización de la asistencia sanitaria, ¿Una pareja de hecho?" *Persona y bioética*, 22(2), 263-270. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.5>
- Tizón, J. (2007). "A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: Epistemología, política, emociones y contratransferencia". *Atención Primaria*, 39(2), 93-97.
- Turabián, J. L. y Pérez, B. (2007). "Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias". *Atención Primaria*, 39(5), 261-264.
- Velasco, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
- Zarco, J. (13 de abril de 2017). "No es lo mismo humanización que humanismo: Hacia el humanismo sociosanitario". *El Blog de Julio Zarco*. <https://juliozarco.com/6791-2/>

M.ª del Rosario Luis-Yagüe López

Comunicación 13

Trabajo Social. Retos desde la mirada deontológica

Resumen: Partiendo del artículo “Deontología y Trabajo Social: 10 años del actual Código Deontológico de la profesión” publicado en Apuntes de Trabajo Social, blog del Colegio de Trabajo Social de Madrid, se desarrollarán las propuestas presentadas por sus autoras, sobre las cuestiones más importantes y a tener en cuenta cuando se habla de deontología profesional, y los aspectos que se deberían trabajar de cara al futuro de la profesión, en concordancia con la Declaración de Principios Éticos y el Código Deontológico de Trabajo Social, donde se indica en la introducción de este último, que la deontología sirve de guía para procurar la excelencia profesional y evitar la mala praxis.

Palabras Clave: Deontología, Compromiso, Trabajo Social, Servicio, Acompañamiento.

Abstract: Starting from the article “Deontology and Social Work: 10 years of the current Code of Ethics of the profession” published in Notes on Social Work, blog of the College of Social Work of Madrid, the proposals presented by its authors will be developed, on the most important issues and to take into account when talking about professional ethics, and the aspects that should be worked on for the future of the profession, in accordance with the Declaration of Ethical Principles and the Code of Ethics of Social Work, where indicated in the introduction of the latter, that deontology serves as a guide to pursue professional excellence and avoid malpractice.

Keywords: Deontology, Commitment, Social Work, Service, Support.

INTRODUCCIÓN

En el año 2022 con motivo del décimo aniversario de la aprobación del Código Deontológico (CD) de Trabajo Social, el Colegio de Trabajo Social de Madrid (COTS-Madrid) para su blog Apuntes de Trabajo Social, realizó una entrevista a dos profesionales del trabajo social comprometidas con el ámbito de la deontología. Se les realizaron varias preguntas en torno a la deontología y el CD, preguntándoles en el último punto sobre cuáles eran las cuestiones más importantes a tener en cuenta cuando se habla de deontología profesional, y los aspectos que se deberían trabajar de cara al futuro de la profesión, para poder hablar de buena praxis profesional en concordancia con el CD.

Siendo la autora de este escrito una de las profesionales entrevistadas, el objetivo de este comunicado es desarrollar las consideraciones que se expusieron al respecto en dicho apartado, al amparo de la Declaración de Principios Éticos de Trabajo Social y el Código Deontológico de Trabajo Social, documentos que nos deben “ayudar a optimizar y perfeccionar la praxis profesional, la calidad del servicio que damos a la ciudadanía desde los diferentes ámbitos de desarrollo de nuestra profesión, la relación que tenemos en nuestra práctica profesional con

otras profesiones, la evaluación de nuestro quehacer y la toma de decisiones en la intervención, lo que nos dará entidad como disciplina y como profesión” (Crespo y Luis-Yagüe, 2023).

PROPUESTAS

1. Poner más en valor nuestra profesión, sistematizar nuestros actos y establecer un marco común para todos los/as profesionales.

Según el Diccionario del español actual poner en valor significa “hacer que algo o alguien sea más apreciado, resaltando sus cualidades” (Seco *et al.*, 2006) Nuestras cualidades son los principios promulgados por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS). Trabajar por la instauración global de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a las diversidades (FITS, 2018: 4).

Sistematizar una práctica (nuestros actos) implica revisar, repensar, profundizar la mirada sobre lo que uno hace y generar un conocimiento que sirva para mejorar la propia práctica. La sistematización, crea, da cuenta, explicita, devela conocimientos de la acción profesional cotidiana desde el día a día; es el esfuerzo de problematizar la realidad tendiendo a construir un saber colectivo. (Plaza, B., 2010).

2. Discurso profesional en consonancia con nuestro estar y hacer.

En ocasiones nuestras bases teóricas y procedimentales no se ajustan a como nos manejamos en el día a día y realizamos nuestro estar y hacer profesional. Las dinámicas asistenciales que se han ido creando, sobre todo en algunos campos de intervención (servicios sociales, justicia, sanidad...), debido al aumento de la demanda, la complejidad de la intervención, burocratización de los procedimientos, etc., ensombrecen la finalidad de nuestro ser profesional, que es el de “reconocer la dignidad inherente de todos los seres humanos..., el trabajador social asume al Otro como Ser único. La idea es tratar a todas las personas como uno desea ser tratado y como nos gustaría ser tratados” (FITS, 2018: 4). Esta consideración enlaza con la de “**dar lugar al encuentro con el otro que le impulse al cambio**”, “El concepto del ‘otro’ se toma prestado de Emmanuel Levinas, para quien ser responsable significa ponerse al servicio del Otro de forma tal que la vida propia de una persona está intrínsecamente unida a la de los otros. La justificación para el Ser, según Levinas, comienza con el Otro; nuestras respuestas para la llamada del Otro nos definen” Este encuentro capacita e incentiva a la búsqueda de motivos que le lleven a emprender cambios, aunque estos puedan parecer en ocasiones imposibles de llevar a cabo. (FITS, 2018: 4).

3. Ser profesionales comprometidos que dignifiquemos a todas y cada una de las personas usuarias.

Asumir que “al tiempo que reconocemos las fortalezas y dignidad inherente que poseen todos los seres humanos, los/as trabajadores/as sociales reconocen su propia vulnerabilidad encarnada y la de las personas con quienes se trabaja” (FITS, 2018: 4) lo que compromete en la práctica diaria a hacer una reflexión crítica sobre la relación entre el/la profesional y las personas con las que trabaja.

4. Transmitir a la nueva generación de trabajadores/as sociales la importancia de trabajar desde los principios propuestos en el CD.

“Los/as trabajadores/as sociales deben estar dispuestos a colaborar con las escuelas de trabajo social para apoyar a los/as estudiantes de trabajo social a acceder a unas prácticas de formación de buena calidad que les permita mejorar su conocimiento práctico” (FITS, 2004: 3). En este punto hay que indicar que las prácticas curriculares no se ofertan en todos los centros universitarios desde el inicio de la formación, lo que impide entre otras cuestiones, que parte de los/as futuros/as profesionales no conozcan más que un contexto de intervención, quedando empobrecido el conocimiento práctico asistencial.

Artículo 4 del CD: “Las organizaciones colegiales... propondrán asimismo que los principios aquí expuestos sean objeto de estudio por el alumnado de Trabajo Social en las universidades”. El transmitir, promocionar e instaurar, los principios del CD trascienden a los colegios profesionales, es un deber de todos/as los/as profesionales del trabajo social, además de cumplirlo, darlo a conocer e instar a su adhesión y observancia a todos los/as profesionales sea cual sea el tiempo que lleven en ejercicio, para entre todos/as alcanzar la excelencia en el ejercicio de la profesión.

Este punto enlaza con la propuesta: **Que el ámbito universitario de nuestra disciplina tenga en cuenta la enseñanza del código deontológico.** Partiendo de que en todas las universidades donde se imparten los estudios de trabajo social se estudia el Código Deontológico, creo que, aunque ya se han establecido algunos cauces de

comunicación, entre el ámbito académico y de investigación y la práctica asistencial, sigue habiendo una brecha comunicativa, colaborativa y de coordinación entre ambos espacios. Por último decir, que el primer principio de la FITS (Reconocer la Dignidad Inherente a la Humanidad) señala que “la reflexión crítica sobre la relación entre el profesional y las personas con las que trabaja, debe ser la base de la práctica ética diaria”, y a mi parecer no todas las materias universitarias impartidas, relacionadas directamente con la praxis, están de algún modo impregnadas del enfoque crítico en la intervención y del aprendizaje del proceso deliberativo ante dilemas éticos, que a diario se presentan en la misma.

5. Apostar por un mundo donde los Derechos Humanos sean cada vez más universales, donde se conjugue la diversidad con la inclusión.

El segundo de los principios propuestos por la FITS dice: “Promover los Derechos Humanos. Eliminación de todas las formas de Discriminación. Los trabajadores sociales adoptan y promueven los derechos fundamentales e inalienables de todos los seres humanos, tal como lo reflejan instrumentos y convenciones de derechos humanos”.

Ahondando en este punto, el CD en su artículo 7, dentro del apartado de principios generales, contempla: la “aceptación de la persona en cuanto tal con sus singularidades y diferencias. Individualización expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona, grupo o comunidad. Promoción integral de la persona..., desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos circunstanciales”.

6. Espíritu de servicio centrado en las personas que por circunstancias diversas se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Se puede definir el espíritu de servicio como un valor del ser humano, que define a una persona desinteresada, dispuesta a servir al que necesite ayuda, y que intenta conseguir satisfacer las necesidades de otra persona sin la obtención de ganancias personales.

Esta propuesta está avalada explícitamente por el artículo 17 del CD que dice: “Los profesionales del trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar... el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social”.

7. Que las personas encuentren en el/la profesional del Trabajo Social alguien que acompaña y ayuda sin juicios de valor.

En relación con este punto, uno de los principios generales del CD (art. 7) dice expresamente: “Ausencia de juicios de valor sobre la persona, así como sobre sus recursos, motivaciones y necesidades”, lo que enlaza con otra de las propuestas: tratar a cada persona acorde a su dignidad inherente, imborrable e intrínseca, independientemente de su obrar y estado mental.

El cuarto principio de la FITS “Promover el Derecho a la Autodeterminación”, dice en uno de sus puntos que “los trabajadores sociales reconocen las realidades de las personas, cuya autodeterminación se ve a menudo limitada por diversos factores, incluyendo las funciones de control que los trabajadores sociales ponen en práctica en campos como la protección y el bienestar infantil, la justicia penal, la discapacidad y la salud mental” (FITS, 2018: 6).

8. Un espacio de confidencialidad e intimidad, espacio propio y exclusivo, donde se pueda llevar a cabo una toma de decisiones compartida.

El sexto principio promovido por la FITS es el de “Respetar la Confidencialidad y Privacidad”. El CD dedica varios de sus artículos a abordar este aspecto importante sobre la confidencialidad. Artículo 11: Los/as profesionales del Trabajo Social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional.

Artículo 48: La confidencialidad constituye una obligación en la actuación del/de la trabajador/a social y un derecho de la persona usuaria, y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

Artículo 51: El/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

Las personas tienen el derecho y el deber de asumir responsabilidades en su proceso de intervención y participar de manera activa en la toma de decisiones, siendo además proveedoras de cuidados hacia sí mismas y hacia los demás desde un sentido de corresponsabilidad (Luis-Yagüe, 2017: 1).

9. Respeto a la integridad moral, la imagen, el honor y la autonomía.

Son dos los principios generales definidos en el CD que respaldan esta propuesta. El principio de “Autonomía, ejercida desde la confianza en las capacidades propias de los/as profesionales, sin coacciones externas”, y el principio de “Autodeterminación como expresión de la libertad de la persona y por lo tanto de la responsabilidad de sus acciones y decisiones”.

10. Contar siempre con el filtro ético y deontológico en la praxis, es una cuestión de justicia, solidaridad, responsabilidad, calidad y confianza.

La conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional de los trabajadores sociales. Su capacidad y compromiso para actuar éticamente es un aspecto esencial de la calidad del servicio que ofrecen a quienes hacen uso de los servicios de trabajo social (FITS, 2004: 1).

Los/as trabajadores/as sociales debemos “transitar de las éticas de derechos y deberes nacidas de un contrato entre iguales a una ética de la responsabilidad y del cuidado” (Cortina, 2015:64). Tener “respeto por la vida, una moral de actitudes y no una ética de los derechos y los deberes, fundada en la idea de obligación”. (Cortina, 2015: 64).

Hay que reconocer que cada persona es valiosa por sí misma, que merece la pena respetarla y trabajar por ella sin esperar recompensa a cambio, porque aquello que tiene un valor interno es digno de respeto y empoderamiento (Cortina, A., 2015:111).

11. Espacios de supervisión y formación, constructivos y proactivos.

La conducta profesional que se espera de “los trabajadores sociales (es que) desarrollen y mantengan las habilidades y preparación necesarias para desarrollar su trabajo. (FITS, 2004: 3).

La supervisión ayuda a desarrollar habilidades y competencias con el fin de mejorar resultados y lograr una mayor eficiencia profesional. (Puig, 2011: 47).

Existen dos ámbitos de supervisión. “Uno, que vinculamos con el proceso de formación de estudiantes de Trabajo Social y otro vinculado al ejercicio profesional y consistente en la supervisión de la intervención social con los/as profesionales que la ejercen. Esta segunda instancia está verdaderamente poco institucionalizada en los servicios sociales españoles y consideramos que podría ser una de las estrategias más interesantes para mejorar la práctica y evitar el burnout profesional” (Ramos, *et al.*, 2016: 1535). Esta supervisión también es deficitaria en el resto de los campos de intervención social.

La profesión de trabajo social exige estar en una actitud autocrítica en cuanto a la forma de intervención y abordaje de las problemáticas sociales que se presentan, y esto debería ir acompañado de una supervisión de la intervención social en los espacios laborales donde se compartan las experiencias, se debatan los casos complejos, se resuelvan conflictos, se realice un autocuidado de los/as profesionales, se dé un intercambio de ideas, de enfoques en la manera de abordar los casos, que enriquezca a todos y haga que la respuesta dada sea más certera, fiable y eficaz.

CONCLUSION

Como se ha ido poniendo de manifiesto, todas las consideraciones que se realizaron en el artículo publicado en Apuntes de Trabajo Social tienen como fuente las declaraciones de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS), y el Código Deontológico de Trabajo Social.

Somos personas relacionándonos con personas, vulnerables atendiendo a vulnerables. La diferencia es que diversas circunstancias han aumentado el grado de vulnerabilidad de unos/as más que de otros/as, y de ahí nace la intervención profesional en el campo del acompañamiento, la ayuda, orientación; generando herramientas e instrumentos, que logren superar, paliar, frenar el avance, de la situación sobrevenida.

Los contenidos éticos y deontológicos se deben internalizar, no solo desde un conocimiento teórico y racional sino desde el marco relacional, comunicativo, buscando espacios de encuentro. Las propuestas éticas y deontológicas marcan las bases, nos señalan caminos, pero si no las hacemos vivas, dinámicas, y las ejercitamos en el día a día de nuestra profesión, sea el lugar que sea donde trabajemos (asistencial, investigadora, docente, divulgativa, formativa, de gestión, ...), terminarán siendo solo palabra escrita.

Hay que re-aprender a comunicar y a comunicarnos. Urge encontrar puentes de conexión entre los ideales y los deberes, la razón y los sentimientos, los valores y las obligaciones, entre el querer hacer bien y el hacerlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*.

Cortina, A. (2015) *¿Para qué sirve realmente la ética?* 6.ª ed. Barcelona: Paidós Crespo, A. y Luis-Yagüe, R. (2023).

Deontología y Trabajo Social: 10 años del actual Código Deontológico de la profesión. *Apuntes de Trabajo Social*. Extraído el 15 de abril, 2023. <https://apuntesdetrabajosocial.com/deontologia-y-trabajo-social-10-anos-del-actual-codigo-deontologico-de-la-profesion/>

FITS. (2004). *Código de Ética de la FITS. Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS)*. Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS). Extraído el 13 de abril de 2023. https://www.trabajosocialaragon.es/Archivos/Codigo_etico_FITS.pdf

FITS (2018). *Declaración Global de los Principios Éticos de Trabajo Social*. Extraído el 17 de abril de 2023. de <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2018/04/Spanish-Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles.pdf> - LEVINAS

Luis-Yagüe, R. (2017). *La Ética de Derechos y Deberes frente a la Ética de la Responsabilidad y del cuidado en Trabajo Social*. Comunicado. XIII Congreso Estatal y Iberoamericano de Trabajo Social. Noviembre 2017.

Plaza, B. (2010). *La sistematización de las prácticas una herramienta para el aprendizaje*. Extraído el 15 de abril de 2023. de <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-sistematizacion-de-las-practicas-una-herramienta-para-el-aprendizaje.html>.

Puig, C. (2011). "Trabajo Social y supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales". *Documentos de Trabajo Social · n.º 49*, 47-73. ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246. Extraído el 11 de abril de 2023. <https://web.ua.es/va/ice/jornadas-redes-2016/documentos/tema-2/806384.pdf>

Ramos, C., Mariño, M., Berasaluze, Dellavalle, A., Lorenzo, Munuera-Gómez, M., Pascual-Fernandez, y Pelluch M. (2016). *Supervisión en Trabajo Social, clave para la construcción del "ethos" profesional*. XIV Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria. *Investigación, innovación y enseñanza universitaria: enfoques pluridisciplinarios*. Extraído el 15 de abril de 2023. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/39248/1/XIV-J%20Ramos%20et%20al.pdf>

Seco, M., Andrés, O., y Ramos, G. (2006). *Diccionario del español actual*. Madrid: Santillana.

Javier Enrique Calafat Gutiérrez

Comunicación 14

El Trabajo Social del futuro: reflexión sobre los elementos más determinantes del Trabajo Social

Resumen: El mundo cada vez está más interconectado y los cambios se suceden cada vez a una mayor velocidad. Esta comunicación analiza cuatro informes de futuro seleccionados en función de los organismos autor integrando la perspectiva de la Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), perspectiva europea, nacional y del Trabajo Social. A través de la revisión de los cuatro informes se extrae que los principales retos de futuro que atañen al Trabajo Social son los movimientos migratorios, el desarrollo tecnológico, los cambios económicos, la crisis climática y la intervención comunitaria. Esta comunicación desarrolla cada uno de los temas con el objetivo de fomentar la reflexión sobre qué herramientas necesita nuestra profesión para atender cada uno de los retos propuestos.

Palabras Clave: Epistemología, Retos, Digitalización, Futuro.

Abstract: The world is becoming increasingly interconnected and changes are happening at an ever-increasing pace. This communication analyzes four future reports selected based on the authoring organization, integrating the perspectives of the OECD, European, national, and social work perspectives. Through the review of the four reports, it is concluded that the main future challenges that concern social work are migratory movements, technological development, economic changes, climate crisis, and community intervention. This communication develops each of the themes with the aim of fostering reflection on what tools our profession needs to address each of the proposed challenge.

Keywords: Epistemology, challenge, digitalization, future.

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación busca reflexionar sobre el papel que juega el Trabajo Social como disciplina científica a los retos del futuro, echando la vista al pasado y analizando cuáles serán los retos epistemológicos y sociodemográficos del Trabajo Social del siglo XXI. Para abordar el tema se han categorizado cinco retos: movimientos migratorios, España es un país acogedor debido a su posición geológica, a su idioma ampliamente extendido en Latinoamérica, y a su desarrollo económico y social. Las Tecnologías de Información y Comunicación (en adelante TICs) están presentes desde finales del siglo XX, sin embargo, el aumento de los dispositivos tecnológicos supone un reto para la disciplina científica. La economía, al ser un termómetro político y motor social debe estar presente en las

reflexiones del futuro, ya que los cambios sociales van a estar estrechamente ligados a los cambios económicos. El paradigma ecológico es una realidad que debe abordar el Trabajo Social para estar ligado a la política social y al reto demográfico ya que cada vez más las políticas sociales tienen perspectiva ecológica. Por último, la Comunidad como modelo de intervención y como refugio a las olas de cambios que se avecinan en los próximos diez años.

En los últimos 15 años hemos asistido a una concatenación de sucesos históricos que han modificado aspectos sociales. Bauman (2000) reflexiona sobre los cambios sociales en una sociedad donde la consistencia, los objetivos y los movimientos sociales son difusos. Por otro lado, Beck (1998) advierte de algunos de los riesgos que en esta comunicación se describe desde una perspectiva negativista, a través del miedo y la incapacidad de organización social. Todas estas teorizaciones confluyen en la llamada posmodernidad (Díaz, 2000) donde el fin de la imaginación de mundos diferentes y el culto a la ciencia es la principal baza de desarrollo y solución colectiva de problemas. Desde la crisis financiera iniciada en el 2008 hasta el actual 2023 la sociedad española se ha adaptado y ha normalizado una situación de graves crisis sociales producidas por unos niveles de pobreza superiores a la Unión Europea (en adelante UE), situándose la tasa de pobreza en 27,8 % Red Europea de Lucha contra la Pobreza y a Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES, 2022), tasa superior a cuando se empezó a contabilizar mediante el sistema Riesgo de Pobreza y/o Exclusión Social (ARPE) en 2008, que para entonces la tasa de pobreza se situaba en cuatro puntos menos.

Sin embargo, el aumento de la pobreza no es el único cambio que se ha experimentado en los últimos años, los flujos migratorios, especialmente durante los años 2017-2019 en España (Datos Mundial, 2023), la crisis de refugiados sirios en el año 2015 y que actualmente sigue sin darse una solución digna a las personas que están viviendo en campos de refugiados, las marchas hacia EE.UU. de países centroamericanos o la masiva movilización de la población rohingya hacia Bangladesh son algunos ejemplos de los flujos migratorios como fenómenos y respuesta a la inestabilidad mundial.

A nivel tecnológico, las TICs no suponen solo un reto a nivel social e integrador, sino que supone un reto como disciplina científica ya que la tendencia a la cuantificación y al dataísmo (Han, 2022) empuja a nuestra disciplina hacia el uso de Inteligencia Artificial (en adelante IA), el Big data como herramientas de estudio para nuestra profesión. Lo tecnológico tiene cada vez más peso en lo social, según la encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares “el 94,5 % de la población de 16 a 74 años ha usado Internet en los tres últimos meses” (INE, 2023).

A nivel económico se ha producido uno de los cambios de paradigma con respecto a la crisis de 2008, en la que la recta fue la austeridad. Para la crisis económica producida por la paralización autoinducida de la producción con el fin de frenar la transmisión de la COVID-19, la UE ha permitido la expansión de deuda de los países con el fin de poder financiar políticas en favor de los/as ciudadanos/as, tales como Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE), o créditos Instituto de Crédito Oficial (ICO) para las empresas. Estas medidas están teniendo consecuencias en la dimensión macroeconómica, según Rogoff (2020) la ralentización de la economía traerá a corto plazo inflación y fallos en la cadena global de suministros.

Sin duda otro aspecto a valorar en el futuro es la emergencia climática a la que buscamos hacer frente, ya que los problemas sociales y económicos ligados a la crisis climática supone un nuevo reto de abordaje para el Trabajo Social.

Por último, un tema de suma importancia para el Trabajo Social del mañana es el nivel comunitario en las intervenciones. El Trabajo Social tiene el deber de dinamizar y fomentar las comunidades con el fin de generar lazos que busquen dar respuestas a problemas estructurales compartidos por una misma comunidad sintiente.

METODOLOGÍA

La metodología de esta comunicación ha sido la revisión bibliográfica a partir de cuatro estudios prospectivos. Tres de ellos han sido seleccionados a partir de dos criterios: organismo o entidad autora del informe y carácter prospectivo. Atendiendo al primer criterio, se ha buscado tres informes en los que hubiera un informe de la Unión Europea, por la integración de España en este ente supranacional y la influencia que ejerce sobre las políticas sociales en España. Informes de la OCDE, por su importancia en las proyecciones económica y su carácter internacional; y otro informe de carácter nacional en el que se describiera los retos de España en el futuro. Por último, un cuarto informe relacionado con el Trabajo Social en el que también tuviera perspectiva prospectiva. Los

criterios de exclusión han sido: que no tuvieran carácter prospectivo, que el informe no fuera redactado por un organismo estatal o supraestatal.

Atendiendo a los criterios anteriormente descritos, los estudios prospectivos seleccionados son: *Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento Sostenible para 2022* redactado por la Comisión Europea; un estudio diseñado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE): *Perspectivas de la OCDE sobre Ciencia, Tecnología e Innovación 2021; Oportunidades en tiempos de crisis*; y un estudio a nivel nacional: ESPAÑA 2050. *Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional a Largo Plazo*. Por último, el estudio prospectivo sobre Trabajo Social es el redactado por la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS): *Fortalecer el reconocimiento de la importancia de las relaciones humanas*.

El estudio de la Comisión Europea plantea las dificultades y retos a nivel geopolítico a los que está sometida Europa, con una producción deslocalizada en el occidente asiático y la necesidad de deslizar el crecimiento económico al deterioro del medioambiente a través de nuevas industrias verdes. El estudio de la OCDE repasa los procesos de industrialización tecnológica inevitable para la competitividad de las empresas, a partir del desarrollo de la tecnología 5G, la inteligencia artificial plantea un escenario en el que los Estados deben invertir y favorecer a las empresas el desarrollo tecnológico necesario para mejorar en eficiencia energética de acuerdo con el medio ambiente. El Plan España Puede se enmarca en el contexto pandémico en el que la UE abre un fondo sin precedentes para que los países miembros presenten sus propuestas para la modernización y transformación económica y digital. El Plan que presenta España se enmarca en un contexto de envejecimiento poblacional, movimientos migratorios, transformación ecológica y digitalización para cambiar el modelo productivo. Por último, el informe de la FITS en el que analiza cómo la pandemia puede provocar una mayor vulnerabilidad en los sectores de población más empobrecidos con la consecuencia de una mayor desconexión con la sociedad y aboga por las relaciones humanas y el sentido de comunidad como herramienta para la inclusión social.

A partir de estos informes se han seleccionado cinco temas de importancia para el Trabajo Social en España: movimientos migratorios, ya que suponen un reto de integración social, las TIC como solución y problema del futuro, la economía como pieza determinante, también en el Trabajo Social, el ecologismo como vector de dirección en las políticas sociales y la perspectiva comunitaria como antídoto a la desconexión que sufren las personas más vulnerables.

RESULTADOS

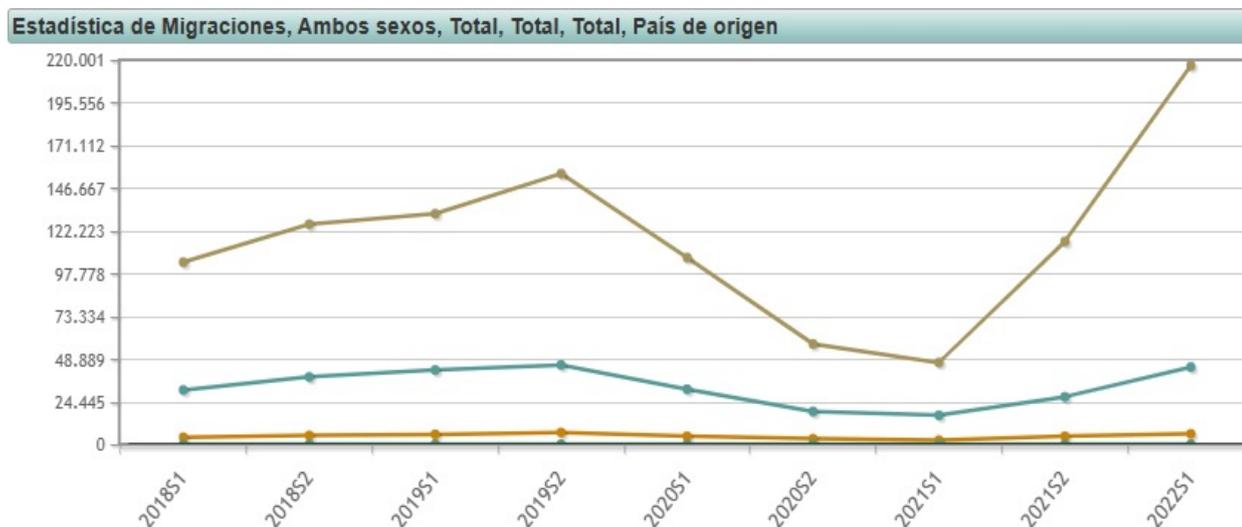
1.1. Cambios sociodemográficos y movimientos migratorios: España como país geoestratégicamente acogedor

La posición geopolítica de España, siendo la puerta de entrada entre el continente africano, americano y europeo, además de una lengua común entre 493 millones de personas (Centro Virtual Cervantes, 2022) y el desarrollo social y económico de España en los últimos siete años hasta la pandemia del COVID-19 ha propiciado que los movimientos migratorios sea un desafío para nuestra sociedad y para nuestra profesión.

Tal y como señalan McAuliffe, M. y A. Triandafyllidou (2021) los flujos migratorios vienen aumentando desde el año 2000 y seguirá en aumento a medida que aumente las brechas de las economías mundiales y Producto Interior Bruto (PIB) las polarizaciones norte-sur aumenten. Esta brecha norte-sur se experimenta en el PIB per cápita de Ceuta (22 634 euros, INE, 2022), Melilla (19 266 €, INE, 2022) y el PIB per cápita 3 324 € (Datosmacro, 2022). Las diferencias entre España y Marruecos no es solo una cuestión económica, el Estado Social y de Derecho y el Estado de Bienestar también es uno de los motivos que generan la brecha norte-sur.

Los movimientos migratorios hacia España solo vienen del sur, la migración latinoamericana ha crecido en los últimos años como se aprecia en el Gráfico 1, según el INE (2022).

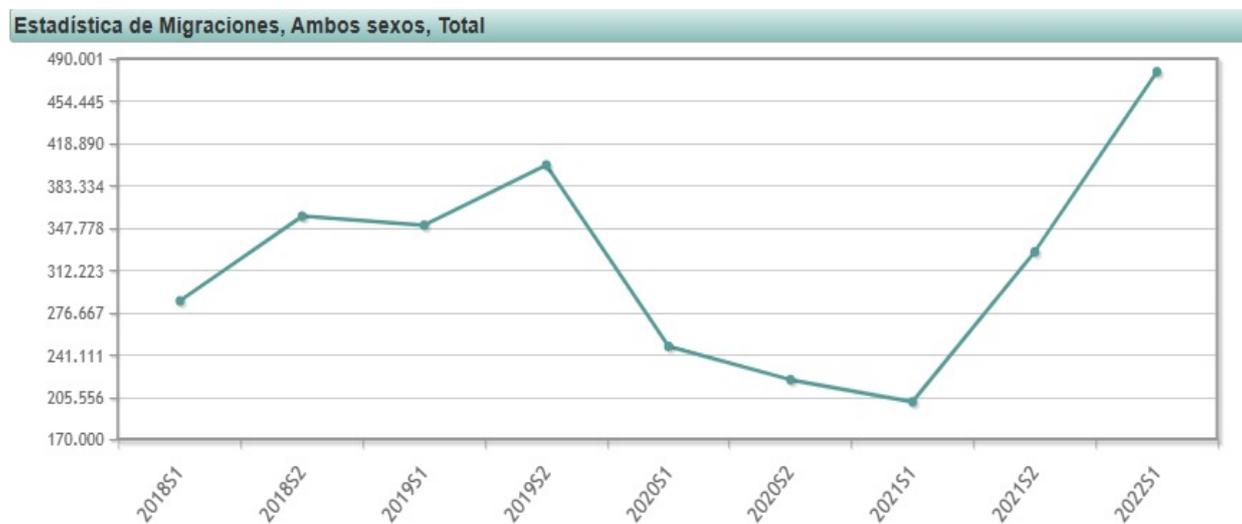
Gráfico 1. Número de migraciones hacia España por semestre (2018-2022).



Fuente: INE (2022).

En definitiva, la migración total en los últimos años ha aumentado como se puede apreciar en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Número total de migraciones hacia España por semestres (2018-2022).



Fuente: INE (2022).

Estos movimientos migratorios presentan dos retos que tanto la UE como España lo tienen presente en sus políticas a largo plazo. Por ello, la UE estudia a través de la EMN, RED por sus siglas en español (Red Europea de Migraciones) la integración de las personas migrantes. Por otro lado, España, a través del OPI (Observatorio Permanente de Inmigración) analiza la integración social y económica de las personas migrantes. Según la Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia de Gobierno (2021, p. 42), la migración legal debe fomentarse para dinamizar y apuntalar el Sistema de Bienestar a través de la atracción del talento extranjero.

Este mismo informe advierte que la migración, por sí sola, no va a revertir el envejecimiento de la población, otro de los retos a los que se enfrenta España y el Trabajo Social por dos motivos: por el gasto-inversión en pensiones, el cual ya supone el 50 % del gasto de los Presupuestos Generales del Estado (Epdata, 2022) y por los problemas sociales y familiares asociados al envejecimiento. Por un lado, el envejecimiento de la población genera una

contracción de la fuerza laboral lo que repercute en la productividad y en la competitividad de las empresas (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia de Gobierno, 2021, p. 73), como oportunidades este aumento de la esperanza de vida y de la población mayor de 65 años traerá consigo nuevas formas de mercado destinada a la prevención del envejecimiento, envejecimiento activo, deporte, alimentación saludable y un desarrollo de la tecnología para la atención individualizada y especializada en el hogar de la persona. Como señala la OCDE (2023) la innovación tecnológica mejorará la atención a las personas mayores, aunque existen retos comunicativos, éticos y de modelaje para hacer realidad una atención tecnológica de los cuidados de las personas mayores.

A los retos migratorios y de envejecimiento se le suma la despoblación de las zonas rurales y la masificación de las grandes ciudades. El problema de la despoblación es la pérdida de servicios para las personas que permanecen, en su mayoría personas mayores, las cuales se encuentran en situación de vulnerabilidad asociados a la inadaptación de las infraestructuras urbanas y domiciliarias a la movilidad reducida.

1.2. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, todo o nada

La tecnología avanza a una velocidad mayor de las que avanza las políticas sociales y las metodologías de intervención. Hablar de futuro es sinónimo de hablar de tecnología digital, de robótica, domótica, monedas digitales, realidad virtual, realidad aumentada, 5G y el Internet de las cosas lo que configura todos estos elementos en un eje central en los informes prospectivos como herramienta para el desarrollo, progreso y la mejora de la calidad de vida de la sociedad. Los otros 4 informes prospectivos seleccionados para esta comunicación coinciden en que el desarrollo de la tecnología digital es un aliado para la mejora de la productividad y la competitividad (Vorbach, 2022), para Asociación Internacional de Escuela de Trabajo Social (IASSW), Consejo Internacional de Bienestar Social (ICSW), Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW) (2020) la tecnología mejora la actuación de los y las trabajadoras sociales; la Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (2021) prevé que la tecnología haga que la población activa disminuya por la menor necesidad del mercado en favor de tecnologías como el Big data, IA y la informática cuántica; y la OCDE (2023) asegura que la tecnología tendrá un impacto directo en la toma de decisiones de los gobernantes ante problemas económicos y sociales.

Cada uno de los informes da una perspectiva de lo que la tecnología va a significar en el futuro. Desde el Trabajo Social, debemos por un lado adaptar la epistemología y las herramientas propias del Trabajo Social a la digitalización y, por otro lado, debemos repensar los impactos sociales que tienen para poder identificar futuros retos a atender desde nuestra disciplina.

Algunos ejemplos del uso de herramientas tecnológicas en el trabajo social son los dispositivos de teleasistencia y de asistencia a la discapacidad y la dependencia. Según la Fundación Adecco (2022) el 91,8 % de las personas con discapacidad reconocían que las tecnologías habían mejorado su calidad de vida. Las nuevas tecnologías también se usan en la atención a mujeres víctimas de violencia de género a través de dispositivos telemáticos de vigilancia y control de maltratadores con la que tienen interpuesta una orden de alejamiento (Fernández, 2018).

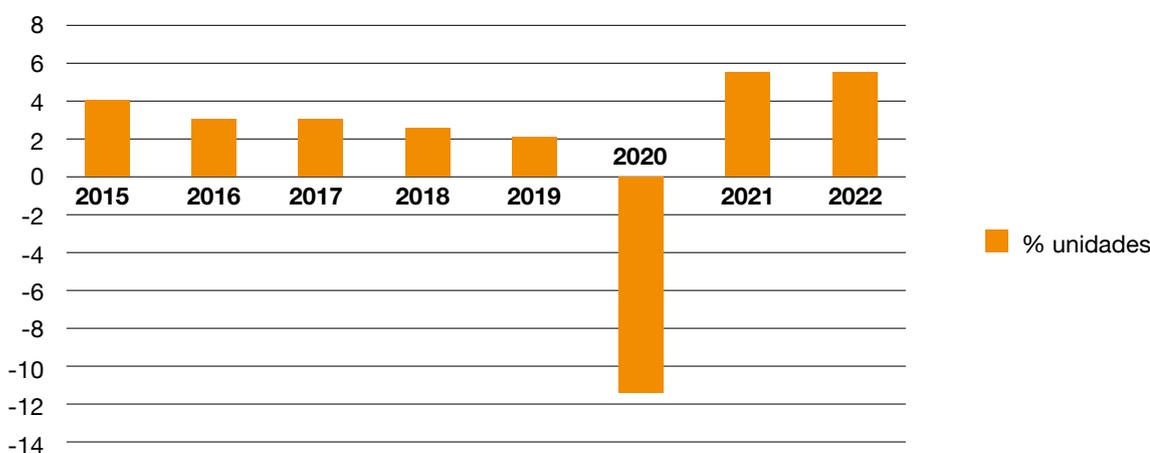
La tecnología digital es una gran aliada para la mayoría de las profesiones, realiza en segundos lo que al intelecto humano le costaría días, sin embargo, no debemos depositar toda la confianza para resolver todos los problemas sociales, técnicos, políticos o económicos. El desarrollo tecnológico trae consigo muchas bondades al igual que incertidumbres y riesgos. El aumento tecnológico de las empresas tiene como consecuencias el excedente de personas en edad de trabajar. Del mismo modo, el crecimiento exponencial de las tecnologías tiene límites en la extracción de las materias primas para construir los dispositivos (Clow, 1998), limitaciones en la energía necesaria para su uso y limitaciones técnicas.

En definitiva, no cabe duda de que la digitalización es un elemento de interacción social y una herramienta de intervención social, por ello los y las profesionales del Trabajo Social debemos formarnos en el ámbito tecnológico que nos permitan investigar para conocer mejor la realidad social en la que intervenimos y diseñar planes, programas y proyectos enfocados a necesidades reales con la ayuda de la tecnología digital. No obstante, es igualmente importante centrar el objeto de intervención en las personas, con sus singularidades y sus características propias ya que la tecnología es un complemento y, por tanto, es el/la profesional de referencia con sus conocimientos y competencias quienes deben tomar la decisión final de cada acción durante el proceso de intervención con la persona.

1.3. La política económica y social de España y Europa

Desde la crisis del petróleo en la década de los 70 el paradigma económico en Europa cambió, pasando de un modelo económico keynesiano a un concepto más liberal de la economía. Este concepto tiene como precepto que la economía se regula a través de las fuerzas del mercado, sin necesidad de una intervención estatal ya que son los/as propios/as consumidores/as los/as que a través de la oferta y la demanda regulan los intereses. Esta concepción de la economía caló en la sociedad europea y durante la crisis de 2008 los Estados miembros de la UE sufrieron las consecuencias de un crack financiero que provocó la quiebra en países como Grecia y los rescates bancarios a Italia, España y Portugal. Doce años después, con la pandemia de la COVID-19 los Estados tuvieron que ralentizar la economía para reducir la transmisión del virus a la población y reducir la carga que los servicios sanitarios, entre otros, estaban sufriendo. Esta situación tuvo unos efectos directos sobre el PIB en España, como se aprecia en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Porcentaje del PIB (2015-2022).



Fuente: Elaboración propia a partir de Estatista.

Ante esta situación la Unión Europea y en concreto la Comisión Europea creó el Plan de Recuperación para Europa cuyo nombre es Next Generation UE (2021-2027). Este fondo está dotado con 750 000 millones de euros de los cuales 390 000 millones de euros son transferencias no reembolsables y 360 000 millones de euros en transferencias reembolsables. Los fondos Next Generation son un mecanismo sin precedentes de la UE que tiene como objetivo corregir las deficiencias causadas por el impacto de la COVID-19 en los países miembros y, por otro lado, supone un acelerador de los objetivos a medio y largo plazo marcado por la UE en materia de transición ecológica, modernización de la economía y aumento en la investigación entre otros aspectos. Con esta decisión monetaria se deja atrás la estrategia que se adoptó en la crisis financiera y se apuesta por la intervención en la economía a través de la inversión en propuestas ecológicas, digitales y transformadoras que aumenten la productividad y a la vez que el bienestar social.

España recibió la calificación más alta por la Comisión Europea por el “Plan de recuperación, transformación y resiliencia. España Puede” el cual supone una guía sobre cómo se configura el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia de España para transformar la economía, la sociedad y conseguir los objetivos de los Fondos anteriormente mencionados. Dicho Plan se compone de cuatro pilares: transformación económica, transformación digital, cohesión social y territorial e igualdad de género. Estos cuatro pilares se desglosan en diez palancas: agenda urbana y rural y lucha contra la despoblación y desarrollo de la agricultura, infraestructuras y ecosistemas resilientes, transición energética justa e inclusiva, administración para el siglo xxi, modernización y digitalización del ecosistema de nuestras empresas, pacto por la ciencia y la innovación y refuerzo del Sistema Nacional de Salud, educación y conocimiento, formación continua y desarrollo de capacidades, nueva economía de los cuidados, impulso de la industria de la cultura y el deporte, y por último, modernización del sistema fiscal para un crecimiento inclusivo y sostenible. A su vez estas diez palancas se pormenorizan en treinta componentes (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 2021). En definitiva, este plan está diseñado como un plan anti-cíclico que compense la debacle económica que supuso el COVID-19 a través de la inversión empresarial, medioambiental y social.

Este plan contribuye a:

“Reducir la desigualdad y las brechas sociales y territoriales, protegiendo a los más vulnerables desde un enfoque de igualdad de derechos y reforzando el Estado de Bienestar, frenando la despoblación y proporcionando oportunidades de desarrollo en todo el territorio, sin dejar a nadie atrás” (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 2021, p.15).

Este hito es importante para los/as trabajadores/as sociales, ya que el aumento de presupuestos y de políticas sociales asociadas a la inversión europea debe acompañar el criterio técnico de nuestra disciplina para la buena gestión de los fondos. Estos fondos abren una ventana de oportunidad para reivindicar el buen hacer del Trabajo Social, su carácter técnico y científico. A su misma vez, de este plan se extrae un impulso hacia la justicia social; el Plan España Puede tiene como objetivo principal la recuperación económica y la transformación digital, pero también se enfoca en la justicia social y la igualdad de oportunidades. Estos son temas fundamentales para el Trabajo Social, que busca promover la inclusión y el bienestar social de los individuos y comunidades más vulnerables.

El Plan pone acento en la creación de empleo como uno de los principales objetivos del Plan España Puede, especialmente en sectores que tienen un gran potencial de crecimiento, como el sector verde y digital. España destina 8 028 785 390 € de los Presupuestos Generales del Estado para el fomento del empleo (Ley 31/2022), luego el desarrollo de métodos para el acompañamiento de métodos para la búsqueda de empleo y la inserción laboral deben ser una de las herramientas que debemos adquirir para contribuir a la inclusión social de los sectores más excluidos de la sociedad. Estas herramientas se complementan con otro de los puntos de este plan que atañe directamente a nuestra profesión, como es la promoción del emprendimiento social. El Plan España Puede también tiene como objetivo promover el emprendimiento social, que se refiere a la creación de empresas y organizaciones con fines sociales y ambientales. Esto es importante para el Trabajo Social porque puede crear soluciones innovadoras y sostenibles a los problemas sociales. Iniciativas como Trabajo Social Digital- Digital Social Work promovida por Antonio López Peláez¹, Joaquín Castillo Mesa² y Chaime Marcuello Servós³ o la cátedra de innovación social de la UNED son ejemplos de difusión del emprendimiento social enfocado a mejorar la vida de las personas en situación de dependencia a través de la tecnología y la innovación social. Por último, la inversión en Servicios Sociales: El Plan España Puede también incluye una inversión significativa en Servicios Sociales, como la atención a la dependencia y la mejora de la atención sanitaria. Esto es fundamental para el Trabajo Social, ya que los/as trabajadores/as sociales a menudo intervienen en estrecha colaboración con otros/as profesionales de la salud y los servicios sociales para garantizar la atención y el apoyo adecuados a los/as individuos/as y comunidades más vulnerables.

En resumen, el Plan España Puede es importante para el futuro del Trabajo Social porque se enfoca en la justicia social, la creación de empleos, la promoción del emprendimiento social y la inversión en Servicios Sociales.

Además de poner en valor y financiar planes para la creación y desarrollo de una economía de cuidados digna, en igualdad de género e inversión y estrategias para la cohesión social y lucha contra la despoblación. Estos son temas fundamentales para el Trabajo Social y pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades más vulnerables. Ahora bien, estos fondos conllevan una gran responsabilidad en nuestra profesión ya que tenemos que ser el canal por el que, en los ámbitos en los que a nuestra disciplina respecta, hagamos llegar dicha financiación a mejorar la vida de las personas.

1.4. ¿Qué papel tiene el Trabajo Social en la lucha climática?

La emergencia climática es un reto que se debe afrontar como sociedad para frenar, postergar o reducir el impacto sobre la biosfera y el medioambiente. Abordar la problemática del cambio climático desde el Trabajo Social requiere, por un lado, entender las ramificaciones que conlleva el tema: calentamiento medio de la temperatura terrestre (Estrada, 2001), desertificación (Martínez de Azagra, 2010), pérdida de biodiversidad (Cardinale *et al.*, 2012), y, por otro lado, diseñar métodos desde el Trabajo Social que permitan afrontar los problemas sociales que en el futuro y el presente está trayendo el cambio climático.

¹ Catedrático en la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Investigador sobre Servicios Sociales, e-socialwork, comunidad entre otros temas.

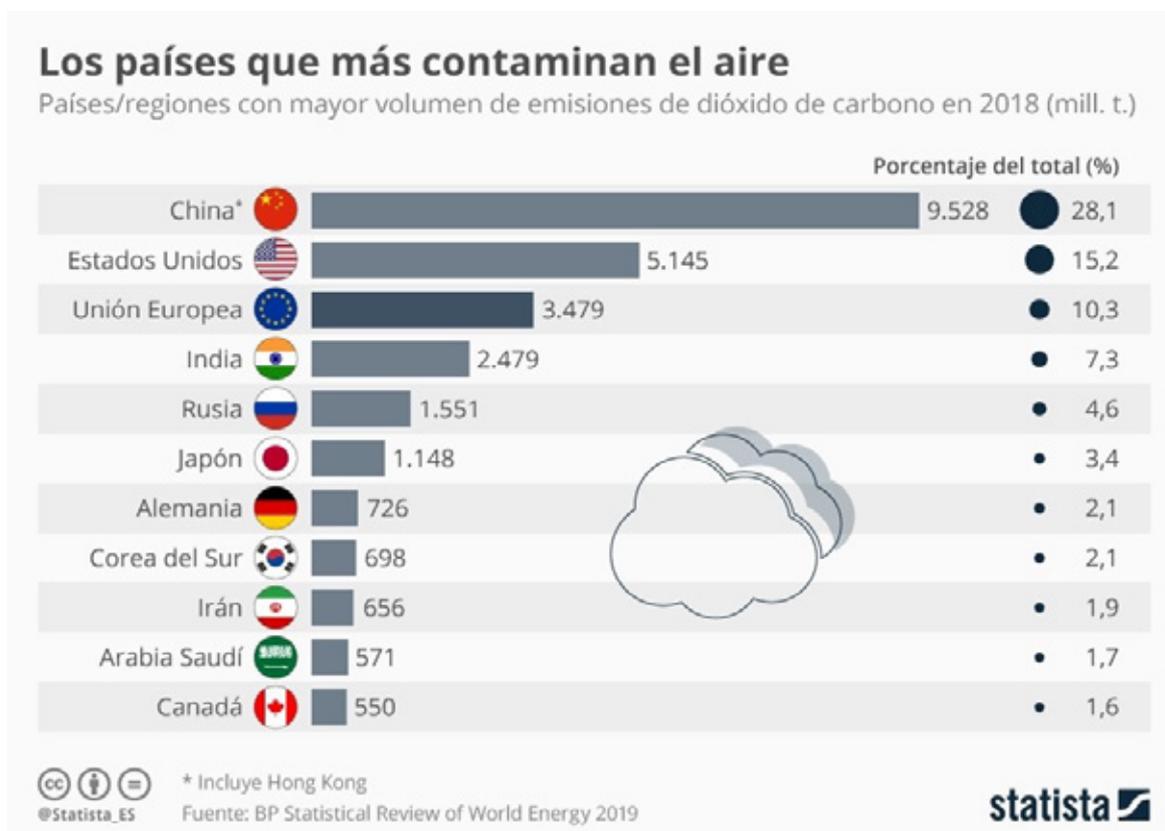
² Profesor en la Universidad de Málaga. Investigador sobre procesos sociales y tecnología.

³ Profesor titular en la Universidad de Zaragoza. Investigador Social sobre diseño, gestión y evaluación de políticas públicas y sociales.

Pardo (2007), explica que el aumento de la demanda de energía y de recursos naturales produce presiones sobre el medio biogeofísico cuyas posibilidades de renovación y de integración de los desechos que emite el ser humano es mayor que el tiempo de reposición. De igual manera, esta autora determina que las consecuencias del cambio climático van a ser el resultado de las interacciones con el medio ambiente y los agentes sociales. Otro de los efectos secundarios del cambio climático en la sociedad son los movimientos migratorios forzosos por los fenómenos meteorológicos extremos. Las desigualdades producidas por los movimientos y las políticas migratorias ahondan problemáticas sociales como el acceso a la educación o a la sanidad (Markkanen y Anger-Kraavi, 2019).

El cambio climático abre un nuevo frente de combate por la pugna de recursos naturales y para limitar el crecimiento económico de los países. Según Baños (2018) las restricciones y sanciones a países emergentes con el fin de que no puedan desarrollar su industria y no compitan en el mercado mundial con EE.UU. Esta estrategia de limitar el desarrollo de los países se conoce como patada a la escalera. El equilibrio monopolar que se estableció tras la caída del muro de Berlín y la disolución de la URSS está actualmente comprometido, lo que está originando un aumento de las tensiones militares entre países. Los países emergentes (BRICS: Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) son fuertes dependientes del carbón, por lo que las limitaciones de emisión de dióxido de carbono comprometen su desarrollo industrial y económico. Como se muestra en la Figura 1, tres de los cinco países que configuran el BRICS aparecen en el top de países más contaminantes.

Figura 1. Relación de países con mayor volumen de emisiones de dióxido de carbono.



Fuente: BP Statistical Review of Word Energy (2019), citado en Moreno, 2019.

Dichas tensiones geopolíticas dificultan una posición unánime y un compromiso estable por parte de los países para afrontar un hecho científicamente probado como la injerencia del desarrollo industrial, consumo y modo de producción de bienes y servicios del ser humano en el cambio climático. Las limitaciones de los recursos naturales marcan el tope de producción del ser humano, a tenor de las afirmaciones de Meadows, Randers, y Behrens (1972) sostienen que el modelo económico de crecimiento ilimitado es insostenible debido al colapso medioambiental y que se necesitan cambios profundos en el modelo económico para garantizar la sostenibilidad a largo plazo. Si bien la tecnología ayuda a la mejora de la eficiencia de los recursos naturales, esta no puede ser la única solución ya que la creación y el desarrollo de dispositivos tecnológicos en sí mismo requiere de energía y de recursos naturales.

Huesemann (2003) esgrime los motivos por el que el desarrollo sostenible no es posible, ya que las energías renovables no pueden suplir la demanda energética mundial y la ecoeficiencia no es garantía de la reducción suficiente del impacto medioambiental.

La complejidad de abordaje del cambio climático la explica Estenssoro (2020) apuntando su génesis en la burguesía de los países capitalistas altamente desarrollados los cuales no están dispuestos a que la solución implique reducción de privilegios y poder; de igual manera, apunta este autor que al ser un problema en un mundo desigual e inequitativo existen múltiples maneras de afrontar el problema. Estas afirmaciones ponen en relieve la necesidad de la intermediación del Trabajo Social para actuar, no solamente en los problemas directos que causa el cambio climático, sino también en el abordaje del problema. El trabajo social se define como una profesión basada en el conocimiento que se centra en las personas y en sus relaciones con la sociedad, el medio ambiente y la economía (International Federation of Social Workers, 2021). Los/as trabajadores/as sociales trabajan con personas, comunidades y organizaciones para mejorar su calidad de vida y como se ha señalado, el cambio climático tiene un impacto desproporcionado en las personas que viven en la pobreza y la exclusión social. Las personas más vulnerables son las que más sufren los efectos del cambio climático, incluyendo la pérdida de sus hogares, sus cultivos y su fuente de sustento. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), las personas en situación de pobreza extrema son más vulnerables a las enfermedades relacionadas con el cambio climático, debido a la falta de acceso a agua potable, alimentos y atención sanitaria adecuada.

Los/as profesionales del Trabajo Social son los que están capacitados para trabajar con personas y comunidades que sufren las consecuencias del cambio climático. En un estudio realizado por la National Association of Social Workers (2019), se afirma que los/as trabajadores/as sociales como expertos en la promoción del bienestar y la protección de los derechos humanos están bien posicionados para abogar por políticas y prácticas que reduzcan las emisiones de gases de efecto invernadero y reduzcan el impacto del cambio climático en las personas y las comunidades.

El Trabajo Social también puede ayudar a reducir los efectos del cambio climático a nivel comunitario. Las comunidades pueden trabajar juntas para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y adaptarse a los efectos del cambio climático. Según la International Federation of Social Workers (2021), los/as trabajadores/as sociales pueden ayudar a las comunidades a identificar sus necesidades y recursos, a desarrollar estrategias de adaptación y a involucrar a la comunidad en la implementación de esas estrategias". Además, los/as trabajadores/as sociales pueden ayudar a promover la educación y la conciencia sobre el cambio climático. Según la National Association of Social Workers (2019), los/as trabajadores/as sociales son actores de referencia en las comunidades y pueden educar a las personas y las comunidades sobre las causas y los efectos del cambio climático, así como sobre las acciones que pueden tomar para reducir su impacto.

1.5. La comunidad, una intervención en peligro de extinción

La comunidad es un componente esencial en el Trabajo Social, ya que es la unidad básica de la sociedad y la fuente de recursos y apoyo para las personas que la integran. "La comunidad es un espacio donde se crean relaciones sociales y donde los individuos pueden interactuar, construyendo así identidades y redes de apoyo que pueden influir en su salud y bienestar" (López Peláez, 2014, p. 99). Al hablar de comunidad es necesario tratar uno de los temas que más preocupan en el futuro y es la ola de problemas de salud mental que viven los/as jóvenes en España y en el mundo. IASSW, ICSW, IFSW (2020) describe diferentes iniciativas de organizaciones de trabajadores y trabajadoras sociales en torno a promover y atender los problemas de salud mental en adolescentes y adultos tras la pandemia de la COVID-19. El gobierno de España ha anunciado la Estrategia de Salud Mental 2021-2026 para el que se prevé una inversión de 100 millones de euros. La salud mental es uno de los aspectos que se ven afectados por las condiciones sociales y económicas en las que vive la población. Hay que entender los problemas de salud mental como causas estructurales de las sociedades (Durkheim, 2016). De esta manera afirma Fantova (2016) que las desigualdades sociales y económicas generan situaciones de estrés y precariedad que afectan a la salud mental de las personas, lo que se traduce en problemas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño.

El Trabajo Social, por su parte, tiene un papel clave en la promoción de la salud mental en las comunidades. Como indica López Peláez (2014), intervienen en la identificación y el abordaje de los problemas de salud mental en la comunidad, a través de la educación, el apoyo emocional, la orientación y el acceso a los recursos. En este sentido, es fundamental que los y las trabajadores sociales trabajen en colaboración con otros/as profesionales de la Salud Mental para lograr una atención integral y efectiva ya que "el trabajo en red y la colaboración interprofesional son fundamentales para abordar los problemas de salud mental en la comunidad" (Fantova, 2016, p. 67). Según Fantova y Sánchez-Pérez (2016), "El trabajo social comunitario es una herramienta eficaz para prevenir los problemas de

salud mental, ya que promueve factores protectores como la cohesión social, el apoyo y la inclusión sociales” (p. 217). Al promover estos factores protectores, se puede prevenir el desarrollo de problemas de salud mental.

Por otro lado, Santos, Cunha y Bento (2019) señalan que el Trabajo Social Comunitario desempeña un papel importante en la prevención del suicidio ya que, al trabajar con la comunidad, los y las trabajadores/as sociales pueden identificar los factores de riesgo y desarrollar estrategias de prevención adaptadas a las necesidades específicas de cada comunidad. El Trabajo Social, como disciplina, tiene un enfoque centrado en la persona y en la comunidad que lo hace especialmente adecuado para abordar los problemas de salud mental en el contexto comunitario. Asimismo, Villalba (2016) destaca que el Trabajo Social en la comunidad puede promover la inclusión social, la participación ciudadana y la cohesión social, factores que están relacionados con una mejor salud mental. Al promover la inclusión social y la participación ciudadana, se crea un ambiente en el que las personas pueden sentirse valoradas y apoyadas, lo que puede mejorar su bienestar mental. Mediante la comprensión, la aceptación de la diversidad y la reducción del estigma y la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental se lleva a cabo abordajes preventivos que permiten reconstruir vidas. Sin embargo, Peña-Sarría y García-Valdés (2019) señalan que “la falta de recursos comunitarios y de apoyo social es un factor de riesgo importante para los problemas de salud mental” (p. 205). Además de los riesgos asociados a la falta de recursos e inversión existe los riesgos asociados a la individualización de la sociedad y la degradación de la comunidad. Beck (1992) argumenta que el proceso de individualización es un fenómeno que afecta a la sociedad en su conjunto. Beck sostiene que, en la sociedad moderna, la individualidad y la libertad son altamente valoradas, y que las personas buscan cada vez más la satisfacción de sus necesidades y deseos individuales, en detrimento del bien común y la solidaridad social. Esta tendencia hacia la individualización se ha relacionado con la degradación de la comunidad y se constituye como uno de los riesgos de la sociedad moderna (Castels, 1996). En este sentido, Putnam (2000) sostiene que el declive de la participación cívica y la disminución de las redes de apoyo social han llevado a una pérdida del capital social y la fragmentación de la sociedad. Este mismo autor sostiene que la individualización de la sociedad ha llevado a la disminución de la participación en organizaciones comunitarias y en la vida pública en general, y esto ha debilitado la capacidad de las comunidades para resolver problemas y enfrentar desafíos.

Una de las principales causas de la descomposición del tejido social y participativo ha sido la introducción de la tecnología unida a la globalización y a la sociedad líquida en el que la inseguridad y la sensación de soledad y el impacto en la salud mental son las consecuencias directas de esta cultura. (Bauman 2001, 2022; Guiddens, 1991). Esta disminución de la participación cívica y la degradación de la comunidad tiene un impacto negativo en la salud mental de las personas. De acuerdo con los estudios de Cohen y Wills (1985), las redes sociales y la participación comunitaria son factores protectores contra la depresión y otros trastornos mentales. Además, la falta de apoyo social y la desconexión de la comunidad pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental, como lo sugiere el estudio de Blazer, Kesser, McGonagle y Swatzs (2001).

En este contexto, el Trabajo Social tiene un papel fundamental en la promoción del bienestar comunitario y en la prevención de los problemas de salud mental asociados con la individualización de la sociedad y la degradación de la comunidad. Como señalan Peña-Sarría y García-Valdés (2019), los y las trabajadores/as sociales deben trabajar para fortalecer la participación cívica y la cohesión comunitaria, y para fomentar el capital social y la solidaridad social. Además, deben enfocarse en la promoción de la salud mental comunitaria y en la prevención de la exclusión social y la marginalización, como sugiere Gil (2007).

En conclusión, la comunidad, el Trabajo Social y la salud mental están estrechamente relacionados, y es fundamental abordarlos de manera integral y colaborativa. La comunidad es un espacio de construcción de relaciones y apoyo social, que puede influir en la salud y bienestar de las personas. La individualización de la sociedad y la degradación de la comunidad son problemas importantes que tienen un impacto negativo en la salud mental de las personas. Sin embargo, el Trabajo Social puede desempeñar un papel clave en la promoción del bienestar comunitario y la prevención de problemas de salud mental, mediante la promoción de la participación cívica y la cohesión social, y la prevención de la exclusión social y la marginalización.

CONCLUSIONES

Este repaso por los retos que cada uno de los informes prospectivos elegidos para elaborar esta comunicación sirve para reflexionar sobre qué herramientas son necesarias para qué Trabajo Social construiremos en el futuro. Nuestra disciplina debe anticiparse a los retos del futuro y no verse arrastrada ante la ola de consecuencias sociales que tienen los movimientos migratorios, el desarrollo de la tecnología, la transformación económica, la

emergencia climática y la desmovilización del tejido social. No se debe afrontar el futuro como desafíos, retos o cualesquiera posiciones amenazantes, sino como campo de reflexión para construir desde el presente. Cada uno de los campos que se ha mencionado revela una posición reflexiva sobre cómo va a afrontar el Trabajo Social el reto de la integración social, evitar la marginalización de la población extranjera con las consecuencias sociales que conlleva. Debemos buscar las formas de apoyarnos en las TICs, ya que suponen una oportunidad para desarrollar intervenciones innovadoras que nos permitan mejorar la integración de personas en situación de exclusión, a través de una mejor y accesible información; sirven para construir red y comunidad así como desarrollar proyectos comunitarios que generen sentimientos de pertenencia y comunidad tan importantes para evitar la soledad no deseada, frenar los suicidios y plantear soluciones comunes ante retos generacionales.

El Trabajo Social no puede ser ajeno a los ciclos económicos, nuestra disciplina está en estrecha colaboración con la política social y la Administración Pública bien sea desde Servicios Sociales, bien desde las entidades que configuran el Tercer Sector, por ello conocer las nuevas oportunidades que se abren con los Fondos Europeos y la correcta gestión de las entidades sociales de las subvenciones y contratos con estos Fondos contribuye a la legitimación y desarrollo de la profesión, demostrando que con los recursos suficientes y con la técnica profesional se puede mejorar la calidad de vida de las personas.

El reto climático y ecológico supone un desafío ya que, si bien podemos contribuir mediante la educación y la elaboración de proyectos que reduzcan el impacto medioambiental de nuestras acciones, las principales medidas dependen del consenso de los países. Todos y todas debemos formarnos en este ámbito para implementar acciones tanto a nivel personal como a nivel laboral, desde la intervención social, para reducir nuestra huella ecológica y contribuir a frenar el desastre medioambiental que los expertos del panel internacional para el cambio climático auguran.

Por último, una asignatura pendiente que tenemos como profesión es la generación de comunidad tan importante para la inclusión social, para la lucha por las injusticias sociales y el desequilibrio que el capitalismo provoca en la economía y en los bienes de primera necesidad como la vivienda. La legitimación de la comunidad como fórmula para el ahorro económico, mejora de la salud mental y lucha contra el cambio climático. Sin embargo, el reto está en cómo hacer comunidad en una sociedad individualizada. ¿Cómo promover la participación comunitaria? O cómo legitimar el Trabajo Social Comunitario en la comunidad. Este ámbito es de primera necesidad y urgencia para una disciplina que cada vez escucha con más atención los cantos de sirena de la intervención individualizada como éxito de intervención sin atender a las cuestiones estructurales. Los propios centros de Servicios Sociales están enfocados a una perspectiva individual, olvidando la responsabilidad comunitaria que tienen por ser la puerta de entrada a los Servicios Sociales en sentido amplio.

En definitiva, pensar en nuevas o renovadas herramientas para el Trabajo Social va a permitir afrontar el futuro con mayor control y más estrategias para atender a la ciudadanía. Como profesión tenemos una alta responsabilidad y es deber de los y las trabajadores/as sociales estar a la altura de las circunstancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baños, P. (2018). *El dominio mundial. Elementos del poder y claves geopolíticas*. Ariel. Barcelona.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Polity Press.
- Bauman, Z. (2001). *La globalización: consecuencias humanas*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. Catedra Theorema. Madrid.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., y Swartz, M. S. (2001). "The prevalence and distribution of major depression in a national community sample". *The Science of mental health* pp. 1-8.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Cardinale, B., Duffy, J., Gonzalez, Hooper, D., Perrings, C., Venail, P., Narwani, A., Mace, G., Tilman, D., Wardle, D., Kinzig, A., Daily, G., Loreu, M., Grace, J., Larigauderie, A., Srivastava, D., Naeem, S. (2012). "Biodiversity loss and its impact on humanity". *Nature* 486. pp. 59-67. <https://doi.org/10.1038/nature11148>

- Centro Virtual Cervantes. (2022). "El español: una lengua viva. Informe 2021". Recuperado de: CVC. Anuario 2021. Informe 2021. *El español en cifras*. (cervantes.es) [Última vez visto 17/03/2023].
- Clow, M. (1998). "The natural limits of technological innovation". *Technology in society* 20(2). pp 141-156.
- Cohen, S., y Wills, T. A. (1985). "Stress, social support, and the buffering hypothesis". *Psychological Bulletin*, 98(2), pp. 310- 357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Datos Mundial. (2023). *Refugiados en España*. Disponible en: Refugiados en España: Cifras y desarrollo (datosmundial.com) [Última visita 17/03/2023].
- Datosmacro. (2022). *Marruecos: El PIB ascendió al 7,9 %*. Recuperado de: PIB de Marruecos 2021 | Datosmacro. com (expansion.com). [Última vez vista 17/03/2023].
- Díaz, E. (2000). *Posmodernidad*. Editorial Biblos.
- Durkheim, É. (2016). *El suicidio. Un estudio de sociología*. Epublibre. <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/08/durkheim-c3a9mile-el-suicidio.pdf>
- Estenssoro, F. (2020). "Relações e tensões entre América Latina e Estados Unidos no âmbito da evolução da geopolítica ambiental global". En F. Estenssoro (Ed.), *¿Por qué hablamos de geopolítica ambiental?* (pp. 15-30).
- Estrada, M. (2001). "Cambio climático global: causas y consecuencias". *Revista de información y análisis* 16. pp. 7-17.
- European Anti-Poberty Network-España. (2022). *El Estado de la pobreza. Seguimiento de los indicadores de la agenda UE 2030. 2015-2021*. Madrid (España).
- Epdata (2022). Presupuestos Generales del Estado. Recuperado de: Presupuestos Generales del Estado (epdata.es) [Última vez visto 17/03/2023].
- Fantova, F. (2016). "Salud Mental y Trabajo Social". En G. Alberdi y J. L. Linaza (eds.), *Trabajo Social y Salud Mental* (pp. 65-78).
- Fantova, F., y Sánchez, M. (2016). "Salud Mental Comunitaria y Trabajo Social". *Servicio Social y Salud*, 13(30), 1-23. <https://doi.org/10.21703/reiso.30.1>
- Fernández, S. (2018). "Nuevas tecnologías para la Intervención social: investigación, integración, y difusión digital". *La acción social. Revista de Política Social y Servicios Sociales* 2(1), pp. 1-23.
- Fundación Adecco. (2022). *Informe Tecnología y Discapacidad*. Fundación Adecco.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.
- Gil, D. (2007). "En el margen o marginado: el lugar epistemológico del Trabajo Social en Salud." *Trabajo Social Hoy* 2, pp. 57-66.
- Han, B. (2022). *Infocracia. La digitalización y la crisis de la democracia*. Taurus. Madrid.
- Huesemann, M. (2003). "The limits of technological solutions to sustainable development". *Clean technologies and environmental policy* 5. pp. 21-34. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10098-002-0173-8>.
- IASSW, ICSW, IFSW. (2020). *Global Agenda for Social Work and Social Development: Third Report. Strengthening recognition of the Importance of Human Relationships*. IFSW, Rheinfelden, Switzerland
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). INEbase / Ciencia y tecnología/Nuevas tecnologías de la información y la comunicación /Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares / Últimos datos [Última vez visto 17/03/2023].

- International Federation of Social Workers. (2021). *Social work and the environment: Global perspectives*. Recuperado el 17 de marzo de 2023, de https://www.ifsw.org/the-role-of-social-workers-in-advancing-a-new-eco-social-world/#_ftn6
- Ley 31/2022, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023. *BOE* núm. 312, de 24 de diciembre de 2022.
- López Peláez, A. (2014). "El papel de la comunidad en la promoción de la salud". *Revista de Trabajo Social* 83. pp. 99-108.
- Markkanen, S., y Anger-Kraavi, A. (2019) "Social impacts of climate change mitigation policies and their implications for inequality", *Climate Policy*, 19(7), pp. 827-844. DOI: 10.1080/14693062.2019.1596873
- Martínez de Azagra, A. (2010). "La desertificación: el otro cambio climático". *Foresta* 49. pp. 46-51.
- Meadows, D., Meadows, D., Randers, J., Behrens, W. (1972). *The limits to growth. A report for the Rome's project on the predicament of mankind*. Universe Book New York. United States of America.
- Moreno, G. (2019). *Los países que más contaminan el aire. Gráfico: Los países que más contaminan el aire* | Statista
- McAuliffe, M. and A. Triandafyllidou (eds.), 2021. *World Migration Report 2022*. International Organization for Migration (IOM), Geneva.
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2021). *Plan España Puede*. <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/Plan%20España%20Puede%202021.pdf>
- National Association of Social Workers. (2019). *Climate Change and Health: A Call to Social Workers*. Recuperado el 17 de marzo de 2023, de <https://www.socialworkers.org/Advocacy/Social-Justice/Environmental-Justice>
- OECD. (2023). *OECD Science, Technology and Innovation Outlook 2023: Enabling Transitions in Times of Disruption*, OCDE. París.
- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (coord.). (2021). *España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Climate change and health*. Recuperado el 17 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- Pardo, M. (2007). "El impacto social del cambio climático". *Panorama Social* 5. pp. 22-55.
- Peña-Sarría, M., y García-Valdés, M. Á. (2019). "Trabajo Social y Salud Mental Comunitaria: Una revisión bibliográfica". *Trabajo Social Global*, 9(16). pp. 65-81.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and schuster. New York.
- Rogoff, K. (2020), *That 1970s feeling*. Disponible en: <https://www.projectsyndicate.org/commentary/next-global-recessionhits-the-supply-side-by-kenneth-rogooff-2020-03> [Última vez 17/03/2023].
- Santos, C. M., Cunha, M., y Bento, D. (2019). "Community participation and mental health: A scoping review of the literature". *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 22-33.

Ainara Ibarro Merino
Cristina de Blas Hernando
Cristina Zapatero Muñoz

Comunicación 15

El feminismo en el Trabajo Social. Una mirada necesaria

Resumen: En esta comunicación, desde la Comisión de Trabajo Social y Feminismo del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Comunidad de Madrid, se busca hacer una reflexión teórica y práctica sobre la relación directa de la disciplina y la profesión de Trabajo Social y el feminismo. Primeramente, se comienza con una mención a la creación de la Comisión, sus objetivos, líneas de trabajo y trayectoria, para continuar con un breve recorrido por la evolución del movimiento feminista a lo largo de las distintas olas, y su relación con el trabajo social como disciplina científica, aclarando conceptos claves para entender el porqué de la necesidad del trabajo social feminista en la teoría y práctica diaria.

Palabra Clave: Feminismo, Trabajo Social, Género, Sexismo, Patriarcado.

Abstract: In this communication, from the Commission of Social Work and Feminism of the Official College of Social Work of the Community of Madrid, we seek to make a theoretical and practical reflection on the direct relationship between the discipline and the profession of Social Work and feminism. Firstly, it begins with a mention of the creation of the Commission, its objectives, lines of work and trajectory, to continue with a brief tour of the evolution of the feminist movement throughout the different waves, and its relationship with social work. as a scientific discipline, clarifying key concepts to understand the reason for the need for feminist social work in theory and daily practice.

Keywords: Feminist, social work, Gender, sexism, patriarchy.

En septiembre de 2022 se constituye, a instancia de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social, de Madrid (COTS-Madrid) la Comisión de Trabajo Social y Feminismo. Creando un equipo activo de profesionales, para la reflexión, el debate y la reivindicación del feminismo, entre otras, dentro del Trabajo Social, visibilizando la necesidad de seguir trabajando hacia un modelo con perspectiva de género, y potenciando el nacimiento de una conciencia profesional que permita asumir la importancia de la modificación de las estructuras sociales que cercenan la libertad de la ciudadanía y que relegan la profesión a un plano asistencial, obviando el área científica.

Los objetivos y líneas de trabajo de esta son las siguientes:

- Impulsar, coordinar e implementar el **enfoque de género en toda la actividad del colegio** (grupos, comisiones, acciones formativas, etc.).
- Contribuir en la erradicación de todas las formas de discriminación por género existente, entre las que se incluye el fenómeno más extremo de la misma, la violencia de género, en base a los principios de lucha por la igualdad y la justicia social inspiradores del Trabajo Social.
- **Participar en los foros y/o plataformas que promuevan la transversalidad de género.** El género nos atraviesa desde la infancia hasta la vejez. Y el Trabajo Social está presente en el proceso evolutivo de todas

las personas y tiene en cuenta la interseccionalidad de cada una de las etapas, siendo una gran oportunidad para generar cambios y prevenir las desigualdades, promoviendo la igualdad y el buen trato.

- Desarrollar los mecanismos de **colaboración con las diferentes Administraciones Públicas, universidades y otras entidades e instituciones para estimular el intercambio de información y de experiencias** que puedan ayudar a una mejor ejecución y aplicación de las medidas desarrolladas en materia de Igualdad de Género.
- Participar e impulsar **acciones formativas, de supervisión, de promoción..., en los tres niveles de prevención** en las desigualdades de género.
- Valorar el desarrollo de espacios de trabajo conjunto o servicios específicos que den **apoyo y soporte técnico a colegiadas/os** que requieran de asesoramiento o consulta en la intervención con víctimas de violencia machista.
- **Conocer y dar a conocer las dificultades, necesidades y realidades de las mujeres y personas afectadas por la desigualdad de género**, a través de las/los colegiadas/os y actuando desde el Colegio en la interlocución y visibilización de las mismas para **mejorar las políticas públicas y la acción profesional**.
- Asegurar la incorporación del **lenguaje inclusivo** en todas comunicaciones, ya sean escritas, visuales o habladas del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.
- Elaborar un **Plan de Igualdad** dentro de la organización interna del Colegio Oficial de Trabajo Social.

La Comisión, actualmente, está compuesta por ocho trabajadoras sociales colegiadas, provenientes de diferentes ámbitos, sanidad, servicios sociales y servicios especializados de atención a la violencia de género.

Desde su creación se ha trabajado de forma activa y conjunta en distintas campañas como el 25 de noviembre, Día Internacional de la Eliminación de la Violencia de Género, y el 8 de marzo, Día de la Mujer. Además, se han elaborado comunicados en fechas concretas como: el Día de la Salud de las Mujeres y el Día de las Personas Sin Hogar, elaborando diferentes materiales como carteles o chapas para conmemorar dichas fechas (Figura 1).

Dicha Comisión hizo el primer PodCast del Colegio, visibilizando las desigualdades aún existentes en la sociedad *“un feminismo de tod@s para todas. La mirada interseccional en la intervención social con mujeres”*, y un segundo posdcast profundizando en el concepto de la interseccionalidad y las desigualdades que sufren las mujeres en cuanto a la visión androcéntrica de los recursos y dispositivos *“No lo llames igualdad, llámalo feminismo. La intervención social con las mujeres en los márgenes”*.

Figura 1: Campañas Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. Comisión de Trabajo Social y Feminismo.



El Trabajo Social es una profesión feminista porque uno de sus retos es la defensa de los derechos humanos, entre ellos la total igualdad entre mujeres y hombres, buscando para ello la erradicación de las desigualdades que llevan a las mujeres a transitar caminos vitales más difíciles, más dañinos (Comisión Trabajo Social y feminismo COTS Madrid, marzo 2022).

Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de feminismo?

En la actualidad hay un gran movimiento en cuanto término feminismo, con su cuestionamiento, tanto a favor como en contra. Por todo ello, es importante hacer una breve síntesis sobre la historia del movimiento feminista que permita conocer su origen y sus reivindicaciones.

El feminismo es una de las corrientes filosóficas políticas más fuertes de la modernidad, y, probablemente, la filosofía política que más ha influido en los cambios sociales que se viven (Valcárcel, 2019). Es una teoría que defiende que ningún individuo debe ser excluido de ningún bien a causa de su sexo (Valcárcel, 2019). Además,

es una teoría crítica con el orden social establecido, la teoría crítica, permite entender y explicar la situación de desigualdad y subordinación con respecto a los hombres que históricamente han vivido y sufrido las mujeres, y hacerlo de una manera como ningún otro modelo interpretativo ha hecho.

Por último, y no menos importante es un movimiento social y político con tres siglos de historia (Sau, 1984).

RECORRIDO HISTÓRICO DEL FEMINISMO

Para abordar más fácilmente el estudio de la historia del feminismo, se ha dividido en olas que se desarrollan a continuación.

La **Primera ola feminista** abarca desde finales del siglo xvii y todo el siglo xviii. Comenzando en la etapa de la Ilustración, que busca la igualdad de los sexos de la mano de los movimientos sociales a favor de los derechos humanos. Amelia Valcárcel define el feminismo como “el hijo no querido de la Ilustración” (Valcárcel, 2019, p.11). Dado que impregnadas del movimiento ilustrado, las primeras autoras editan los textos que darán pie a todo un movimiento. Algunos de estos textos fundacionales son:

La **igualdad de los sexos**, publicado en 1673 por **Poullain de la Barre**, donde el filósofo cartesiano con ideas adelantadas al discurso de la Ilustración hace una reflexión sobre la igualdad, defendiendo una de idea parecida a la que siglos más tarde se desarrollaría como discriminación positiva.

La Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana, publicada por la filósofa política **Olympe de Gouges** en 1791, donde denuncia que la Revolución Francesa había denegado los derechos políticos a las mujeres y reivindica los mismos derechos civiles de los hombres para las mujeres. En 1793 Olympe fue guillotizada por defender la igualdad (Ramírez, 2009).

Vindicación de los Derechos de la Mujer, escrito por otra filósofa **Mary Wollstonecraft**, en 1794, también durante la revolución francesa, en el que sintetiza las *vindicaciones feministas en un articulado*, afirmando que las desigualdades entre los sexos son culturales, fruto de la sociabilización y educación diferenciada.

Ante el debate feminista ilustrado los poderes públicos respondieron mermando de derechos a las mujeres, se prohibieron reuniones de más de cinco mujeres en la calle y se las excluyó de la vida política.

A principios de 1800 en Francia se aprueba, el Código Civil Napoleónico, que se extendió por Europa, consagró el principio de inferioridad de las mujeres frente a los hombres y, entre otras cosas, las mujeres casadas quedaban anuladas ante la voluntad de los maridos, además de excluirlas de los derechos sucesivos en favor de otros familiares varones.

La **Segunda ola feminista** se enmarca en el siglo xix, cuando se consolidó el modelo sociopolítico liberal. Así, la filosofía tomó el relevo de la religión para validar el mundo, las principales cabezas filosóficas (Hegel, Schopenhauer, Nietzsche) teorizaron que las mujeres debían estar excluidas.

Considerado el siglo de los grandes movimientos sociales, los movimientos feministas, reivindicadas las demandas de la Ilustración, como respuesta a los problemas que estaba generando la revolución industrial y el capitalismo. Además de que a las mujeres se les negasen los derechos más básicos de orden político y social quedan fuera de la riqueza producida por la industria, mano de obra más barata y sumisa que la de los hombres. Surgen los movimientos sufragistas, defendiendo los derechos democráticos y liberales, el voto era un medio de unir a mujeres de opiniones políticas muy diferentes que además luchaban por la abolición de la esclavitud.

1848 fue un año agitado del que se rememora el Manifiesto comunista, pero se omite la Declaración de Séneca Falls, también conocida como la Declaración de Sentimientos y Resoluciones, firmada por diferentes movimientos y asociaciones políticas, para el estudio de las condiciones y derechos sociales, civiles y religiosos de la mujer, aprobada en Nueva York y considerada uno de los textos fundacionales del sufragismo.

A finales del siglo xix e inicios del xx, el sufragio femenino empezó a convertirse en una realidad, en España las mujeres no pudieron votar hasta 1931 durante la Segunda República Española, hito histórico de la democracia, pero desapareció nuevamente con la llegada de la dictadura franquista tras la Guerra Civil.

En el período de entreguerras, el movimiento feminista se paralizó. Las mujeres habían conseguido el voto, algunas empezaron a ir a la Universidad y, satisfechas con estos nuevos derechos y libertades, muchas se desmovilizaron. Pero después de la Segunda Guerra Mundial, la sensación de malestar apareció de nuevo.

El feminismo reclama en esta ola el derecho al voto y a la educación, que consiguieron tras 80 años de lucha.

En este contexto aparecieron las dos escritoras y filósofas que lideraron la tercera ola feminista: Betty Friedan con su obra publicada en 1963 *La mística de la feminidad*, donde denunciaba cómo los discursos tradicionales sobre la feminidad impedían conseguir la verdadera igualdad, y Simone de Beauvoir con *“El Segundo Sexo”* publicado en 1949, quien afirmó que el género es una construcción social, lo que supuso un cambio de paradigma para las Ciencias Sociales y el inicio de una nueva era.

Pero pese a los derechos conseguidos, como el voto, la incorporación de la mujer en estudios y al trabajo, tras la II Guerra Mundial se hace necesario que las mujeres vuelvan al hogar.

Betty Friedan contribuyó a fundar en 1966, la Organización Nacional para las Mujeres (NOW), con el objetivo de defender los derechos de las mujeres de forma holística e integral.

La **Tercera ola** está marcada por el feminismo de los 70 y 80 y supuso el final de la Mística de la feminidad, se inicia una lucha legislativa, se crean organismos relacionados con la “cuestión de la mujer” y se globaliza la lucha por la igualdad de las mujeres. Ejemplo de ello es:

Las Naciones Unidas organizó cuatro conferencias mundiales sobre la mujer, que se celebraron en Ciudad de México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995). De esta última nace la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada de forma unánime por 189 países, constituyendo un programa en favor del empoderamiento de la mujer y en su elaboración se tuvo en cuenta el documento clave de política mundial sobre igualdad de género. Se basó en diferentes acuerdos políticos alcanzados en las tres conferencias previas, dirigidos a garantizar la igualdad entre mujeres y hombres.

Desde la segunda década del siglo xxi a la actualidad, se vive **la Cuarta ola feminista**, como un movimiento de carácter universal, que continúa la lucha por la igualdad entre mujeres y hombres. Pese a la corriente que dice que vivimos en igualdad, sigue perpetuándose el sometimiento al androcentrismo, en cuestiones como la violencia de género, la brecha salarial, feminización de la pobreza, trabajo no remunerado o los techos de cristal, entre otros; siendo foros de debate y reivindicación en la sociedad internacional.

TRABAJO SOCIAL E IGUALDAD SOCIAL

Como se ve en el breve recorrido histórico, el feminismo demanda y reivindica un cambio social que garantice el bienestar de la ciudadanía, siendo la igualdad entre mujeres y hombres un eje básico para ello. Esta idea de alcanzar el bienestar social es también uno de los objetivos del Trabajo Social, tal y como indica el Código Deontológico del Trabajo Social. Siendo este, un documento que recoge un conjunto de criterios, normas y valores éticos que deben guiar la práctica profesional del Trabajo Social, estableciendo los principios básicos de la dignidad, libertad e igualdad, y otros principios más generales como el respeto activo a la persona, y la igualdad de oportunidades, derechos, equidad y participación, aceptación de la persona, integridad, coherencia profesional entre otros. Para desarrollar estos principios se requiere que la profesión de Trabajo Social incorpore en su quehacer diario la justicia y perspectiva de género.

Igualmente, La Federación Internacional de Trabajo Social en 2014 definió el Trabajo Social como:

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. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (FITS, 2014, párr. 1).

De esta definición se extraen dos ideas fundamentales: por un lado, que el Trabajo Social debe trabajar para conseguir la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, como uno de los objetivos de la justicia social, y por otro, la importancia de la influencia de las Ciencias Sociales en la labor y la práctica profesional.

Como el feminismo es el marco teórico que aboga por la igualdad entre mujeres y hombres, se puede decir que feminismo y Trabajo Social confluyen en su objetivo; y, por lo tanto, el feminismo, entendido como una teoría político-filosófica que aboga por la igualdad entre las personas, debería ser una de las principales ciencias para apoyar esta búsqueda de la justicia social, y el Trabajo Social debe acercarse y estudiar esta teoría con el fin de poder enfocar la labor y práctica profesional.

El feminismo permite atender a determinadas perspectivas de la realidad, como son:

- La existencia de las desigualdades sociales entre mujeres y hombres.
- La opresión estructural que sufren las mujeres, que se debe al género como constructo social y no a características individuales.
- La necesidad de políticas públicas feministas e intervención con perspectiva de género, para reducir las desigualdades entre mujeres y hombres.
- La construcción social de las desigualdades en las sociedades patriarcales con visión androcéntrica.
- La necesidad de un cambio social, hacia una sociedad igualitaria.
- Los cambios en las estructuras de poder y emancipación de los colectivos oprimidos por la desigualdad.
- El cómo el Trabajo Social y el feminismo se basan en la concienciación del problema social que generan las desigualdades.
- La necesidad de un Trabajo Social Comunitario, para fortalecer una sociedad global, donde todas las personas tengan los mismos derechos y libertades.
- La importancia de la transversalidad de género en la labor y práctica del Trabajo Social.

Por todo ello, se puede decir que el Trabajo Social y el feminismo tienen, además de un objetivo compartido, otras muchas cosas en común: “entienden la intervención social desde una perspectiva interdisciplinar y emancipatoria, persiguiendo la transformación social, la eliminación de las desigualdades” (Alcázar, 2012, p.102), la igualdad de oportunidades y la participación integral de las personas en estos procesos de cambio.

Dominelli (2002) afirma que “el Trabajo Social feminista requiere que las situaciones personales sean interpretadas en los contextos sociales, culturales, políticos y económicos en las que se encuentran, y abordar ambos niveles en cada intervención, tratando de buscar soluciones colectivas a los problemas que afectan a los individuos” (p.162).

Además, como señala Ana Alcázar Campos (2012): Las relaciones de poder “atravesaban todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como la clase, etnia/raza, origen nacional, edad, preferencia sexual, religión, etc.” (p. 99).

Lo indicado, se alinea con otros modelos de intervención social, destacando el sistémico o el ecológico entre otros, por la importancia de ver a las personas en su contexto junto a todo lo que le rodea de forma holística e integral y no de forma individual, entendiendo a las personas como seres sociales en constante interacción con el medio. Lo que incluye explorar con detenimiento las relaciones de poder subyacentes (Dominelli, 2002).

Pese a ello, aún en la actualidad, ni la teoría feminista ni la perspectiva de género están integradas plenamente en la práctica del Trabajo Social. Como indica Ainhoa Berasaluze Correa: “(...) nuestra disciplina y profesión no ha hecho el esfuerzo suficiente para incorporar la perspectiva de género en su desarrollo. Hemos trabajado desde mujeres, para mujeres, pero sin considerar las aportaciones de la teoría feminista” (Berasaluze, 2009, p.138).

Se puede pensar que el trabajo por la igualdad entre mujeres y hombres ha sido una constante, sin embargo, en la mayoría de los casos, esta perspectiva adolece de un importante sesgo: se relaciona Trabajo Social feminista con el trabajo con mujeres, pero trabajar con mujeres no lleva implícito trabajar con perspectiva de género, el cual sí que implica intervenir con el fin de reducir o modificar la situación de desigualdad estructural y social a las que estas se enfrentan.

Por otro lado, en esta disciplina profesional, así como en muchas otras, se ha llegado a una identificación de la palabra género con mujer, obviando que género incluye a hombres y mujeres, dado que, como indica Salazar los hombres también tienen género (Salazar, 2013).

La construcción social del género afecta tanto a hombres como a mujeres, la disciplina del Trabajo Social no puede asemejar la perspectiva de género solamente al estudio de las mujeres. Son numerosas las autorías que advierten

sobre esta identificación en Ciencias Sociales. Marta Lamas señala que, “cuando alguien defina una cuestión como un ‘problema de género’, vale la pena tratar de averiguar si se está refiriendo a las ‘mujeres’ o ‘al conjunto de las prácticas y representaciones sobre la feminidad’ (Lamas, 2000, p. 220). Por su parte Marcela Lagarde considera que limitar la perspectiva de género a las mujeres exige una complicada transacción encubierta: si no se parte del contenido filosófico feminista y, si por género se entiende mujer, se neutralizan el análisis y la comprensión de los procesos, así como la crítica, la denuncia y las propuestas feministas (Lagarde, 1996).

Si bien es cierto que, en los últimos años la mujer se ha convertido en un colectivo de intervención, no solo como portavoz del grupo familiar, sino también como sujeto propio. Muchas de las orientaciones del Trabajo Social ponen su énfasis en apoyar procesos de emancipación y empoderamiento, de autonomía y autogestión de sus propias vidas, dando importancia a la mujer como una entidad propia, que puede y debe desarrollar una vida plena sin ser “madre de”, “cuidadora de” o “víctima de”. De este trabajo con las mujeres, cobra una especial importancia el trabajo con las mujeres víctimas de violencia heteropatriarcal. Por esta razón muchos de los esfuerzos de la disciplina han ido encaminados a ofrecer un apoyo social y el acompañamiento en los procesos de ruptura y reconstrucción de la propia vida.

Sin embargo, la disciplina ha olvidado que, como bien indica Alonso, la introducción de la perspectiva/enfoque de género debe entenderse como un conjunto de estrategias a través de las cuales se evidencian las relaciones entre ambos géneros, generalmente desiguales, y como cualquier acción afecta de manera diferente a hombres y mujeres (Alonso, 2016).

El hombre como ser universal no ha sido objeto de intervención, ya que socialmente se ha posicionado en el ámbito público, y la intervención social se posiciona en el ámbito privado que es ocupado tradicionalmente por la mujer. Tradicionalmente no se les implica en las labores de cuidado, en las funciones parentales, en su responsabilidad o complicidad en el ejercicio de la violencia hacia las mujeres. Tampoco se ha considerado la vulnerabilidad y limitaciones que la socialización en su género les pueda generar.

A pesar de que no haya una generalización de perspectiva feminista, en el trabajo diario sí se han incorporado, de forma global, diferentes conceptos que se usan cotidianamente en la práctica e intervención del Trabajo Social y que tienen sus raíces en la teoría feminista.

Se destacan los siguientes conceptos:

GÉNERO

El género es una categoría analítica que se conceptualizó como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que cada cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y propio de las mujeres (lo femenino) (Lamas, 2000).

La palabra género pone de relieve un complejo de “construcciones culturales”, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres.

Esta construcción por un lado no se puede entender (Scott, 1996) sin prestar atención a los sistemas simbólicos, a las formas en que las sociedades representan el género, hacen uso de este para enunciar las normas en las relaciones sociales o para construir el significado de la experiencia, y por otro, se inscribe en una cultura y en un momento histórico determinado. Por todo ello, se trata de una construcción dinámica que varía en el tiempo, produciendo una ficción simbólica a la que las personas son sometidas, y aunque afecta por igual a hombres y mujeres, las mujeres sufren más sus designios, puesto que se asocia la masculinidad al poder, a la esfera pública, con un valor superior, mientras que las mujeres son históricamente las víctimas más afectadas, más alejadas del poder, relegadas a una esfera privada y al cuidado familiar.

Los sistemas de género se inscriben en los cuerpos, son inculcados en las personas como esquemas mentales y corporales de percepción mediante el lenguaje, las actitudes, la crianza, etc. El habitus reproduce estas disposiciones estructurales de manera no consciente, regulando y armonizando las acciones, convirtiéndose en un mecanismo de retrasmisión de las estructuras mentales de las personas que toman forma en la actividad de la sociedad (Bourdieu, 2000). Y se interiorizan de tal manera que muchas veces no se es consciente de dichas desigualdades, al haberse normalizado en día a día.

Según Bourdieu, “el orden social funciona como una inmensa máquina simbólica fundada en la dominación masculina que se reproduce y mantiene a través de la violencia simbólica”. Este término fue acuñado por este destacado sociólogo y filósofo contemporáneo para explicar como un mecanismo opresor es sumamente eficaz por la introyección que de las personas hace el género. Para él, la violencia simbólica es “lo esencial de la dominación masculina” (Bourdieu, 2000, p. 90).

Las desigualdades de género tienen su origen en la división sexual del trabajo, donde a las mujeres se les separa de los bienes fundamentales de esta sociedad —la tierra y el dinero—, y se les da un lugar marginal en la forma de organización de la vida social, este “lugar marginal” es, posteriormente, fundamentado en una serie de mecanismos simbólicos de representación de lo femenino como disvalor, en relación con el poder oficial masculino, mecanismos que apoya la perpetuación de la lógica de dominación patriarcal (Bourdieu, 2000).

Esta lógica de organización social que se fundamenta en el poder masculino se manifiesta en la vida de las mujeres de distintas formas, y asume connotaciones violentas, en algunos casos físicas, psicológicas, sexuales, patrimoniales y en otras, simbólicas y ambientales.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Los estereotipos según Graciela Ferreira, son creencias erróneas expresadas de forma absoluta y poco flexible, y se asumen como sentencias que no tienen ninguna explicación, por ej. “La violencia solo se da en familias problemáticas” “los maltratadores son enfermos mentales”, no ayudan a reflexionar ni a generar diálogo (Ferreira, 1995, p. 179).

Los estereotipos de género responden a modelos, valores, comportamientos y actitudes definidos en función del sexo asignado en el nacimiento, sin tener en cuenta su individualidad, condicionando el desarrollo de las personas y limitando su libertad, así como atentando en algunos casos violentamente contra los cuerpos que no encajan en estos. Puesto que el valor que se le concede a los estereotipos no es el mismo si se trata de los que se atribuyen a los hombres o a las mujeres, siendo estos últimos devaluados, generando desigualdades y provocando situaciones de discriminación por razón de género que se han ido perpetuando a lo largo de la historia.

Para Bourdieu los estereotipos de género constituyen las ideas que ha construido una sociedad sobre los comportamientos y los sentimientos que deben tener las personas en relación a su sexo y que son transmitidos de generación en generación. Los estereotipos acaban naturalizándose y asumiéndose como verdades absolutas. Así se piensa que las mujeres y los hombres actúan de una determinada manera por su naturaleza, sin embargo, Gilligan expuso como los cambios divergentes de desarrollo moral que seguían chicos y chicas, se daban en términos de diferencias de “experiencias” (realidad vivida) (Scott, 2000), y como de la idea de las experiencias de las mujeres les lleva a hacer elecciones morales contingentes a contextos y relaciones se pasa a “las mujeres piensan y escogen de este modo porque son mujeres y viceversa para los hombres” (p. 2).

Los discursos dominantes respecto a la feminidad normativa, no solo se expresan en cómo tiene que ser la mujer o el hombre en cuanto a que sujeto hetero designado por la ideología patriarcal, sino en cómo tiene que ser en una determinada cultura y en determinado momento histórico.

Como la sociedad es androcéntrica y patriarcal, los estereotipos que se prenden son, por lo tanto, sexistas, androcéntricos y patriarcales, de manera que perpetúan la discriminación existente entre mujeres y hombres.

Si, como dice Celia Amorós, a las mujeres se nos asigna el deber de la identidad, el ser depositarias de los bagajes simbólicos de las tradiciones, los varones se auto conceden el derecho a la subjetividad, que les da margen para administrar, seleccionar y redefinir; sería importante atender a la construcción de la masculinidad, dado que ellos son los sujetos de la creación (Amorós, 2005).

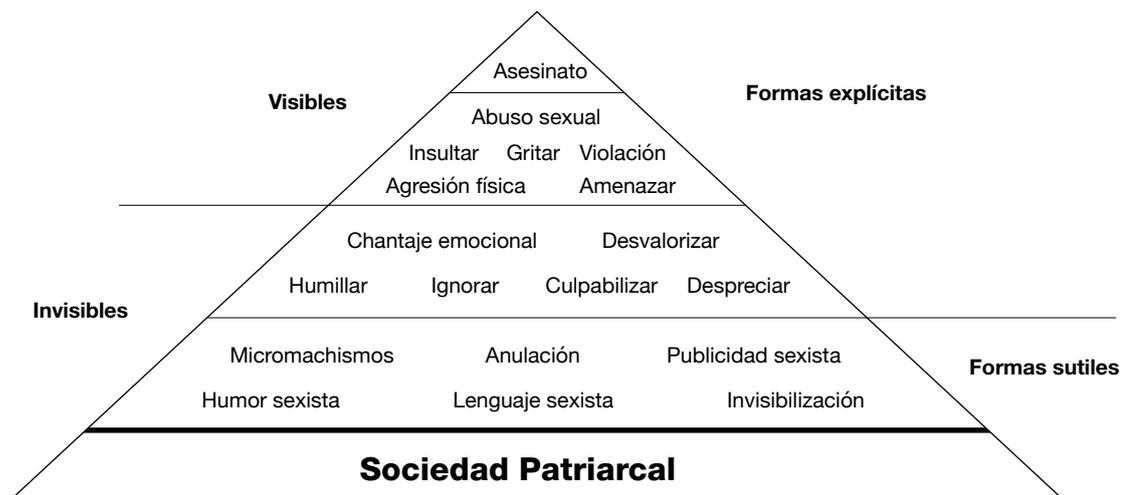
PATRIARCADO

Este término hace referencia a la forma de organización social donde los hombres detentan el poder y en el cual las mujeres están real y simbólicamente bajo la autoridad masculina, estableciéndose un sistema de subordinación e invisibilización de las mujeres. Gerda Lerner lo definió como: “la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niñas/os de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general” (Lerner, 1990, p. 86).

Se trata de un orden social moral, político, económico e ideológico que mantiene y perpetúa la jerarquía masculina que se autorreproduce por sus propias prácticas. Fontela añadía, además, que, aunque las relaciones entre los hombres también son jerárquicas “crean o establecen interdependencia y solidaridad entre ellos que los capacita para domar a las mujeres” (Fontela, 2000).

Se puede concluir indicando que el patriarcado genera una situación de desigualdad estructural entre mujeres y hombres, favoreciéndoles a ellos, que se perpetua a lo largo de la historia y se basa en la pertenencia a uno u otro sexo asignado, siendo su manifestación más el asesinato de las mujeres por violencia de género (Figura 2).

Figura 2: Pirámide del patriarcado.



Fuente: Comunidad de Madrid. Violencia de pareja contra las mujeres, servicios salud.

MASCULINIDAD HEGEMÓNICA

Connell acuñó este término para referirse a las conductas socialmente aceptadas para el género masculino, que se basan y, a su vez, garantizan el mantenimiento del sistema patriarcal.

La construcción de la masculinidad, aunque no exenta de dificultades para los hombres, les reporta “*dividendos patriarcales*” que es como se refiere a los beneficios que, por el hecho de ser hombres, la masculinidad encuentra. (Connell, 1997).

Para Gilmore “*esta masculinidad patriarcal se construye sobre las mujeres*” (Gilmore, 2008, p. 38). Así las mujeres se convierten en el lugar transaccional en el que los varones, de modo práctico, individual y en serie, confirman las exigencias de la masculinidad (Amorós, 2005).

Dentro de los “*dividendos patriarcales*” se encuentra la hegemonía sexual, que lleva aparejada la interiorización de las exigencias de masculinidad en la subjetividad y prácticas de los hombres (Sambade, 2014). Como consecuencia, las mujeres son objetualizadas y deshumanizadas simbólicamente y culturalmente en aras de la satisfacción sexual de los varones y de la confirmación de la masculinidad, y la socialización de género condiciona a los hombres para que se conviertan en máquinas sexuales hiperpotentes e hiperactivos, vacíos de emotividad (Badinter, 1993).

Una de las consecuencias de este sistema, es la violencia sexual, que es una de las formas que toma la violencia de género, que designa el tipo de violencia específica a las mujeres por el mero hecho de serlo (De la Concha, 2010).

NUEVAS MASCULINIDADES

No solo las mujeres se benefician del feminismo. La desestabilización del sistema patriarcal lleva aparejada la ruptura con el modelo de la masculinidad y abre nuevos horizontes para los hombres que no encajan.

En los últimos años están surgiendo movimientos de hombres (Figura 3) que, conscientes de las dificultades que el patriarcado supone también para ellos y sin perder de vista la desigualdad que generan sus privilegios, tratan de ejercer otro tipo de masculinidad más igualitaria y libre de estereotipos.

Figura 3: Nuevas Masculinidades.



Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

El reconocimiento de las desigualdades y el cambio en los hombres es crucial para la transformación de la sociedad, puesto que si el sujeto del patriarcado, el hombre y su construcción de la masculinidad no cambia, no varía casi nada (Carabí, 2000).

El cambio social debe ser construido por toda la sociedad, siendo necesarios nuevos modelos masculinos igualitarios, si lo que realmente buscamos es conseguir una sociedad de personas libres e iguales, respetando las diferencias.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género tiene muchas caras, unas más visibles que otras, y todas buscan la sujeción de las mujeres (Scott, 2000) y el sometimiento de las mismas. Las más insidiosas han sido las menos visibles, son esos conceptos normativos que se expresan en las doctrinas religiosas educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer y masculino y femenino, presentando la posición emergente como la única posible (Scott, 2000).

Poco a poco las personas aprenden qué es lo que está bien o no dependiendo del sexo asignado al nacer, interiorizando estereotipos de género imperantes e insertados en la sociedad. Este sometimiento de las mujeres y sus múltiples caras toman su versión más dura en las agresiones.

Es importante destacar la definición que se hace de violencia de género en la Ley 5/2005 de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. Esta Ley fue pionera en su momento por abordar las múltiples manifestaciones de la violencia, no solo la violencia de pareja o expareja, sino un concepto más amplio, incluyendo además en el preámbulo la violencia vicaria.

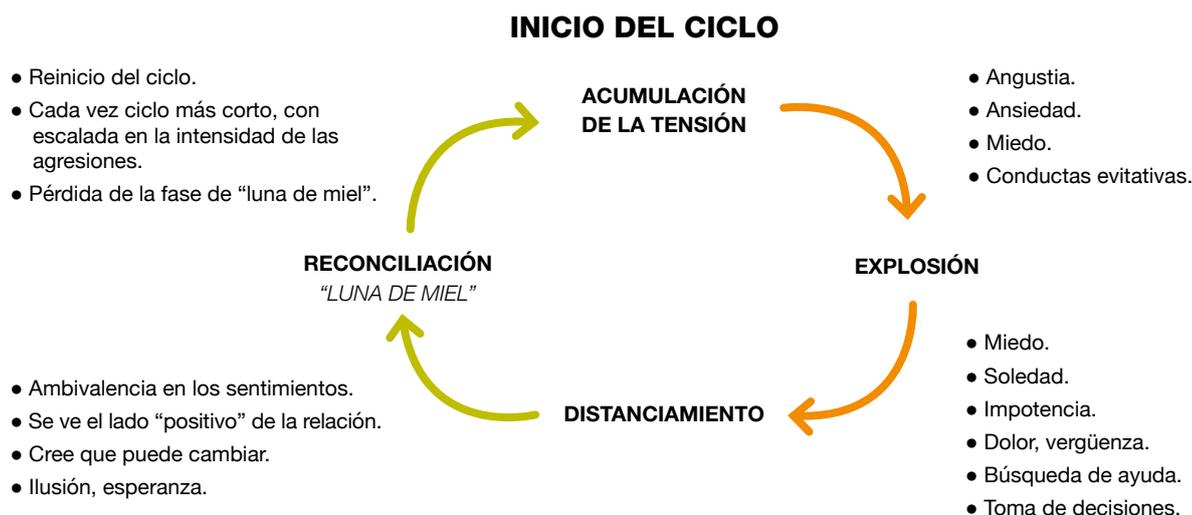
Define la Ley:

- a) “Las agresiones físicas o psíquicas a la mujer por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad aún sin convivencia. En el caso de mujeres con discapacidad, también las agresiones físicas o psíquicas ejercidas por hombres de su entorno familiar o institucional, aunque no tengan la condición de cónyuge o persona con la que esté o haya estado ligada por análoga relación de afectividad aún sin convivencia.
- b) Las agresiones y abusos sexuales contra la mujer.
- c) La mutilación genital femenina en cualquiera de sus manifestaciones.
- d) La inducción a una mujer a ejercer la prostitución, empleando violencia, intimidación o engaño, o con abuso de la situación de inferioridad, de necesidad o vulnerabilidad de la víctima.
- e) El acoso sexual en el ámbito laboral.
- f) Las detenciones ilegales, amenazas y coacciones.
- g) El tráfico o el favorecimiento de la inmigración clandestina de mujeres con fines de explotación sexual.

La violencia de género puede tener diferentes manifestaciones: en agresiones físicas, psicológicas y sexuales, control económico y social, violencia digital, ambiental y simbólicas, y la violencia vicaria, todas ellas con graves repercusiones en la salud de las mujeres que la sufren y las hijas e hijos que son víctimas directas de la misma. (<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/violencia-genero-salud>)

La violencia de género según Leonor Walker es cíclica, dicha autora publicó en 1979 un libro donde muestra las conclusiones y su teoría en base a los testimonios de mujeres víctimas de violencia de género, estableciendo el ciclo de la violencia en tres fases: acumulación de la tensión, explosión y luna de miel (Figura 4).

Figura 4: Ciclo de la Violencia.



Fuente: Guía de Apoyo en Atención Primaria para abordar la Violencia de pareja hacia las mujeres.

Es importante destacar como las instituciones se están haciendo eco de las necesidades de las mujeres fruto de la violencia de género, como la reciente aprobación de la Ley 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Viendo cómo se establecen protocolos y se abren recursos para atender a esta gran lacra social que persigue a las mujeres a lo largo de la historia.

INTERSECCIONALIDAD

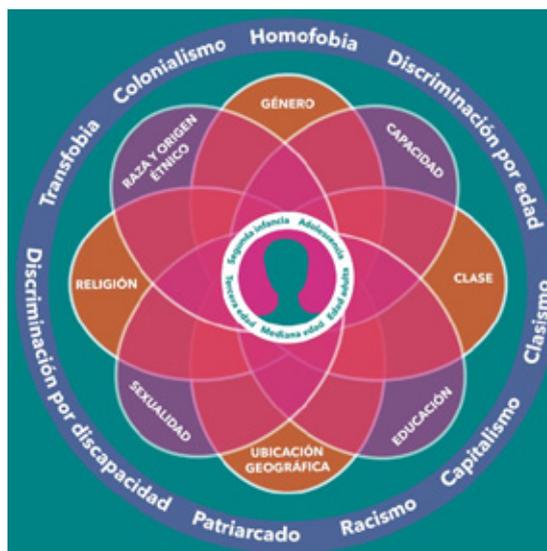
El género fue desarrollado como una categoría para problematizar lo que se había tomado como una regla inamovible (Haraway, 1995). Las teorías feministas a partir de Beauvoir afirmaron que la identidad colectiva y personal es reconstruida socialmente de manera precarizada. Llama la atención hacia las intersecciones entre género y raza, sobre la vida y experiencia de las mujeres feministas no blancas, que alerta que no puede asumirse que exista una opresión común a todas las mujeres (Hooks, 1981).

No fue hasta 1991 cuando la socióloga Kimberlé Crenshaw, en su obra Cartografiando márgenes: interseccionalidad, política identitaria y violencia contra las mujeres de color, utilizó este término para reivindicar que las mujeres no son un grupo heterogéneo, sino que hay más ejes de discriminación que las atraviesan, como la etnia o la raza, y esto hace que se sitúen con mayor vulnerabilidad ante las múltiples discriminaciones que les atraviesan (Figura 5).

En el año 81 la El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) reconoce también la importancia de atender las distintas formas de discriminaciones que pueden sufrir las mujeres, así en su Recomendación General núm. 25 reconoce que:

Las mujeres pertenecientes a algunos grupos, además de sufrir discriminación por el hecho de ser mujeres, pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por otras razones, como la raza, el origen étnico, la religión, la incapacidad, la edad, la clase, la casta u otros factores. Esa discriminación puede afectar a estos grupos de mujeres principalmente, o en diferente medida o en distinta forma que a los hombres. Quizás sea necesario que los Estados Parte adopten determinadas medidas especiales de carácter temporal para eliminar esas formas múltiples de discriminación contra la mujer y las consecuencias negativas y complejas que tiene (CEDAW, núm. 25).

Figura 5: Interseccionalidad.



Fuente: Jass Poder Colectivo.

Actualmente, la interseccionalidad es reconocida como un concepto y herramienta de análisis que reconoce las desigualdades a través de la superposición de diferentes factores. Concepto integrado en la práctica del trabajo social y en la atención a las mujeres, como sujetos de discriminaciones.

Como se ha visto a lo largo de la comunicación, se tienen incorporadas en el día a día algunas nociones feministas, pero se debe dar un paso más, con la toma de conciencia de **la importancia que el feminismo tiene en la intervención profesional del Trabajo Social, así como la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la práctica diaria.**

Las y los profesionales, a pesar de suscribir una teoría y práctica que respalda el igualitarismo, pueden apoyar de manera involuntaria las relaciones y las estructuras sociales opresivas, siendo o no conscientes de ello. Ya Dominelli avisaba sobre esta paradoja, al explicar que se interviene condicionados por una estructura patriarcal que continúa perviviendo a lo largo de décadas, colaborando sin deseo expreso en la perpetuación de la desigualdad de género (Dominelli, 2002).

Para evitar que la profesión perpetúe y reproduzca esta estructura, el Trabajo Social debe redefinirse desde una perspectiva feminista, como única vía para lograr sus objetivos de igualdad y justicia social entre otros.

Trabajar desde una perspectiva de género no solo permite detenerse en las situaciones de desigualdad basadas en el género, sino que se pueden detectar otros factores que se entrelazan. Se debe incorporar en la intervención social las actuaciones que promuevan la ruptura con las relaciones de dominación, trabajando activamente para modificar las estructuras sociales que perpetúan la estructura patriarcal y, por ende, las desigualdades entre mujeres y hombres.

El feminismo no solo es importante para el ejercicio del desempeño profesional, también es un medio para empoderar la disciplina y ocupar el espacio científico que se tiene negado al Trabajo Social. Como profesión altamente feminizada (aunque esta tendencia se está suavizando ligeramente según datos del IV Informe sobre los Servicios Sociales en España y la profesión del Trabajo Social, ponemos porcentajes de 1970, el 96 % y 2021 el 89 %) las y los profesionales se enfrentan también a la estructura social que margina y relega a un segundo plano, lo que se traduce en la minusvaloración y el desprestigio de la labor profesional, al identificarla con valores muy asociados a la femineidad tradicional, en tanto a entrega, abnegación, sacrificio y actitud maternal, por lo que en muchas ocasiones se requiere hacer un proceso de deconstrucción. Ejemplo de cómo el patriarcado opera a través de la injusticia que supone la falta de reconocimiento social del que hacer.

Sería lógico pensar que, ante este panorama, la labor profesional se enfocase a derribar aquellas estructuras que impiden el desarrollo como personas y como profesionales. Sin embargo, la profesión no se relaciona con la ruptura social y la búsqueda de un nuevo orden más justo, sino que se relaciona con tareas y labores eminentemente femeninas, muy relacionadas con la ética del cuidado: el cuidado y la atención al otro; funciones básicas y

estructurantes de la identidad femenina (Murillo,1999), por lo que, pareciese que la labor contribuyera más a la perpetuación de los roles tradiciones que a una ruptura con la estructura patriarcal de la sociedad.

La labor profesional se ha centrado más en lo micro, en el espacio privado, pero aún hay mucho camino por recorrer si se quiere también tener un impacto a nivel macro.

La estructura patriarcal que permea todos los ámbitos de la sociedad lleva a que a los y las profesionales no se les considere como interlocutores/as válidos/as en el espacio macro, teniendo esto como consecuencia que la profesión no tiene un impacto en el cambio de la estructura, ni es válida como ciencia social, y no solo no se considera, sino que, posiblemente, ni los y las profesionales se consideren como tales.

Pero la labor profesional también tiene una responsabilidad a nivel macro: modificar las estructuras sociales que perpetúan esta situación de sometimiento y dominación, trabajar por el cambio social e influir en las macroestructuras.

Atender al género supone un cambio de paradigma en la intervención profesional. Desarrollar la práctica profesional incorporando la perspectiva feminista conlleva un importante avance en la consecución de los objetivos profesionales, tanto en los procesos de intervención, como en el reconocimiento científico social del conocimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar Campos, A. (2014). "Miradas feministas y/o de género al Trabajo Social, un análisis crítico". *Portularia: Revista de Trabajo Social*. Vol. 14, págs. 27-34.
- Alonso, B. (2016). "Trabajo Social y perspectiva de género: los hombres como "colectivo" de intervención". En Carbonero Muñoz, D (Coord.), *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social* (pp. 1-23). Universidad de la Rioja.
- Amorós, C. (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización: De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Minerva Ediciones.
- Badinter, E. (1993). *XY La identidad masculina*. Alianza Editorial.
- Berasaluze, A. (2009). "El devenir del Trabajo Social en clave de género". *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de Servicios Sociales*, núm. 46, 133-140.
- Beauvoir, S. (2017). *El segundo sexo*. Cátedra.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama
- Carabí, A y Segarra, M. (2000) *Nuevas Masculinidades*. Icaria Editorial.
- Comisión de Feminismo y Trabajo Social (2022, marzo). Manifiesto 8 M. Desde la Comisión de Feminismo del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, queremos reivindicar desde nuestro colectivo que, sin igualdad entre sexos, no hay justicia social-Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid (comtrabajosocial.com).
- Connell, R. (2003). "La organización social de la masculinidad", en Lomas C. *¿Todos los hombres son iguales?: identidades masculinas y cambios sociales* (pp, 31-54). Paidós Ibérica.
- Connell, R. (1995). "La organización social de la masculinidad". En Valdés, T.; Olavarría, J. (ed.), *Masculinidad/es: poder y crisis* (pp, 31-48) Ediciones de las Mujeres.
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. CGTS.
- De la Concha, Á. (2010). *El sustrato cultural de la violencia de género. Literatura, arte, cine y videojuegos*. Síntesis.
- Dominelli, L. (2002). *Trabajo Social Feminista*. Madrid: Cátedra.

- Ferreira, G. (1995). *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Sudamericana.
- Fontenla, M. (2008). “¿Que es el patriarcado?” En *Diccionario de estudios de género y feminismo*. Editorial Biblos.
- Friedan, B. (2016). *La mística de la feminidad*. Cátedra.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Ediciones Cátedra.
- Hooks, B. (1981) *¿Acaso no soy una mujer? Mujeres negras y feminismo*. Editorial Consonis.
- Gilmore, D. (2008). “Cultura de la masculinidad”. En Carabí, A. (coord.), *La masculinidad a debate*. Icaria.
- Gourges, O.. (1791). *Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadanía*.
- Jass poder colectivo*. Recuperado el 12 de mayo de 2023 de <https://justassociates.org/es/ideas-clave/la-interseccionalidad/> .
- Lamas, M. (1996). “La perspectiva de género”. *La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47*. núm. 8, 216- 229 SNTE.
- Lamas, M. (2000). “Diferencias de sexo, género y diferencia sexual”. *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 8, 1-24.
- Lagarde, M. (1996). “La perspectiva de género”. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia* (pp.13- 38). horas y HORAS.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Crítica.
- Ley/Ley Orgánica:
- España. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *BOE*, núm. 7 de septiembre de 2022, núm. 215.
 - Comunidad de Madrid. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral Contra la Violencia de Género. *BOE*, núm. 2 de marzo de 2002, núm. 3667, pp. 8515 a 8526.
- Miguel, A. (2011, agosto). *El feminismo a través de la historia*. Mujeres en red. <http://web.ua.es/es/es/sedelicante/docuemenots/programa-de-actividades/2018-2019/los-feminismos-a-traves-de-la-historia.pdf> (ua.es)
- Murillo, S. (1999). “La perspectiva de Género en la práctica profesional del Trabajo Social”. *Servicios Sociales y Políticas Sociales*, núm. 45, 23-40.
- Palomar, A. (2003). “Un breve recorrido por la historia del feminismo”. *National Geographic*. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/breve-recorrido-por-historia-feminismo_17778
- Poullain, F. (1673). *La igualdad de sexos*. Chez Jean du Puis.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado 12 de mayo de 2023 de <https://www.undp.org/es/venezuela/news/nuevas-masculinidades-como-instrumento-para-el-abordaje-de-la-violencia-basada-en-g%C3%A9nero>.
- Ramírez, G. (2009). *La Declaración de Derechos de la Mujer de Olympe de Gourges, ¿declaración de segunda clase*. Cátedra UNESCO de Derechos Humanos, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salazar, O. (2013). *Masculinidades y ciudadanía: los hombres también tenemos género*. Dykinson.
- Sambade, I. (2014). *Sobre las construcciones de la razón moderna y la construcción de la subjetividad masculina*. Prisma Social: Revista de Investigación Social 13, 787-851.
- Sau, Victoria. (1986). *Aportaciones para una lógica del feminismo*. Editorial La Sal

Scott, J. (1996). "El género: Una categoría útil para el análisis histórico". En Lamas, Marta (Com.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG

Valcárcel, A. (2019). *Feminismo en el mundo global*. Cátedra.

Violencia de pareja contra las mujeres. Servicios información, Comunidad de Madrid. Recuperado el 12 de mayo de 2023 de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/violencia-pareja-mujeres>.

Walker, L. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclée de Brouwer Editores.

Wollstonecraft, M. (1794). *Vindicación de los derechos de la mujer*. Chez Jean Néaulme.

Ana Moreno Moreno

Comunicación 16

Contextualizando el Trabajo Social en la Unidad de Daño Cerebral Adquirido Pediátrico, la importancia del Trabajo Social

Resumen: La especialización del Trabajo Social Sanitario en Pediatría, específicamente, en Daño Cerebral Adquirido, requiere un conocimiento de los recursos disponibles, de la legislación aplicable y de la obligatoriedad de prestar el servicio de mejor calidad. En ocasiones cuestionar a la Administración Pública, a través del informe social justificado con la legislación, se posibilita un óptimo cuidado a los pacientes y sus familias, garantizando así el principio de universalidad y equidad.

Palabras Clave: Trabajo Social Sanitario, Daño Cerebral Adquirido, Legislación.

Abstract: The specialization of Health Social Work in Pediatrics, specifically in Acquired Brain Injury, requires knowledge of available resources, applicable legislation and the obligation to provide the best quality service. Sometimes questioning the public administration, through the social report justified with the legislation, makes possible an optimal care to patients and their families, thus guaranteeing the principle of universality and equity.

Keywords: Health Social Work, Acquired Brain Injury, Legislation.

TRABAJO SOCIAL SANITARIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud como "**un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades**" (Constitución, s. f.) definición que entró en vigor en 1948. Esta definición es de vital importancia para los/as profesionales de Trabajo Social que trabajamos en salud, ya que pone en valor la situación social al mismo nivel que lo físico y lo mental.

La profesión de trabajo social ha estado siempre muy vinculada al mundo sanitario, siendo Garnet Isabel Pelton, Trabajadora Social y Doctora (la cual se formó como visitadora cuidadora), pionera de la mano del Dr. Cabot, en 1903 la que creó un puesto de trabajo específico en la atención directa hospitalaria en su clínica de medicina en el Massachussets General Hospital (Boston).

Desde entonces, la importancia, la necesidad y el reconocimiento de la necesidad del trabajo social sanitario ha ido en aumento. En España destaca el Dr. Roviralta, el cual abrió la primera escuela de Asistentes Sociales en Barcelona en 1932 (*Salud y Trabajo Social-Portal del*, s. f.).

A partir de ahí existen varios hechos relevantes para la profesión como las “I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud” en 1986 que se celebraron en Zaragoza. De dichas jornadas surgió la Asociación Española Trabajo Social y Salud.

También, la reforma psiquiátrica de 1984, fue un detonante para el Trabajo Social Sanitario dentro de los Servicios de Salud Mental, incluyendo a los profesionales del trabajo social dentro de los equipos multiprofesionales, ya que se demostró la importancia del tratamiento social sobre los propios pacientes, familias y sociedad en general. De hecho en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003) ya incluye dentro de sus prestaciones en el artículo 14 la prestación de atención sociosanitaria definiéndola como:

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.*

Así el trabajo social sanitario se ha convertido en una especialización dentro del propio trabajo social, diferente al resto de ámbitos, ya que se trabaja desde la necesidad del incremento de la autonomía y recuperación de la salud, incluyendo la mirada social en el diagnóstico clínico.

El Trabajo Social Sanitario ha sido definido por Amaya Ituarte (1992) como:

La actividad profesional de tipo clínico que implica por una parte, el diagnóstico psicosocial de la persona afectada como aportación al diagnóstico global y al plan de tratamiento y por otra parte el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide o está relacionada con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro de un contexto general de tratamiento y en el orden de objetivos de salud a conseguir.

Estos objetivos de salud y el tratamiento de la problemática psicosocial deben ser orientados por los determinantes sociales en salud, ya que dicho conocimiento aporta calidad y globalidad a las actuaciones del/de la trabajador/a social. Estos determinantes surgen del modelo holístico de Laframbroise (1973), posteriormente desarrollado por Marc Lalonde (1974), en un documento llamado “Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses”. (colaboradores de Wikipedia, 2022).

En este documento analizó y describió cuatro determinantes de la salud de la población, como son:

- Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).
- Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera...).

Estos cuatro determinantes son muy útiles para el trabajo social, ya que, el conocimiento de los mismos proporciona al/a la profesional del trabajo social una visión global de todos los aspectos que pueden influir en la salud, para así intentar abordarlos de manera global.

Igualmente, este conocimiento hace que se pueda influir en ciertos aspectos individuales, familiares o comunitarios a la par que se atiende al paciente y su familia. El objetivo es la modificación de los aspectos que generan disconfort para provocar un cambio en el sistema que evite discriminaciones.

Desde el trabajo social se debe trabajar para que la defensa de los derechos sociales sea real en las diferentes esferas de la política, ya sea a nivel micro, meso y macro, de ahí la importancia de trabajar con la persona y la familia, el entorno y la sociedad.

Por otro lado, cabe destacar la importancia del conocimiento de la legislación por parte del/de la profesional de Trabajo Social, ya que, para poder exigir derechos sociales se ha de conocer qué es considerado como tal por la sociedad.

Los derechos sociales pueden ser definidos como aquellos derechos que facilitan a los/as ciudadanos/as de un país desarrollarse en autonomía, igualdad y libertad. También son aquellos derechos que les permiten unas condiciones económicas y de acceso a bienes necesarios para una vida digna. (colaboradores de Wikipedia, 2022a).

En ocasiones, el desconocimiento de la legislación, o el error en su interpretación supone una merma en los derechos de los/as usuarios/as-pacientes, por ese motivo, son los/as trabajadores/as sociales los/as profesionales idóneos para la defensa de dichos derechos a través de la legislación aplicable a nuestra población diana. Así defender los derechos de los que por incapacidad o desconocimiento no pueden hacerlo/a solos/as.

La FITS en su Declaración Global de los Principios Éticos del Trabajo Social (Principios Éticos del Trabajo Social, s. f.) señala como uno de los nueve principios el promover la Justicia Social, *los trabajadores sociales promueven la justicia social, en relación a la sociedad, y en relación a las personas con quienes trabajan.*

- Desafiar las Políticas y Prácticas Injustas: a) Los trabajadores sociales trabajan para llamar la atención de empleadores, formuladores de políticas, políticos, y del público en general, sobre situaciones en las cuales las políticas y los recursos son inadecuados o donde las políticas y prácticas son opresivas, injustas o perjudiciales.

El/la trabajador/a social tiene como función principal la orientación y tratamiento de los factores sociales provocados por la enfermedad, como parte del tratamiento para intentar normalizar la situación sociofamiliar y educativa, con el fin último de mejorar la calidad de vida del/de la paciente. Su función es la valoración y tratamiento de las consecuencias que la enfermedad pueda tener en el/la paciente y en su entorno socio-familiar.

Dicha valoración debe realizarse respetando los principios profesionales generales de: autonomía, aceptación, actitud exenta de juicios, individualización y autodeterminación (FITS, s. f.).

Al igual que se deben usar las técnicas de trabajo social más adecuadas para cada situación y objetivo como son la observación, entrevista, planificación y evaluación, entre otras.

Dentro de los diferentes ámbitos sociales donde puede intervenir un/a trabajador social, el ámbito sanitario y más específicamente la pediatría es un sector muy reducido, que requiere mucha especialización, ya que no solo se trabaja con el/la menor y la familia, sino con todos los ámbitos de intervención, dado que el/la menor no vive aislado, sino que lo hace dentro de una familia que debe cuidarle y protegerle, en una sociedad que debe educarle y prestarle oportunidades, por lo que se debe trabajar para que ninguna circunstancia merme su capacidad de desarrollarse plenamente en la sociedad. Igualmente, siempre que se trabaja con menores no se debe olvidar la obligación de protección, derivado de su especial condición de vulnerabilidad, por lo que siempre se debe trabajar con el conocimiento actualizado de los indicadores de riesgo y protección.

En este caso la intervención social se desarrolla en un Hospital de Tercer Nivel como es el Hospital Niño Jesús, además el único monográfico pediátrico de Madrid. Este centro se considera la cuna de la pediatría desde su apertura en 1877, siendo desde su apertura un hospital único en la atención a menores de 0 a 18 años (Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, s. f.).

Las funciones que realiza un/a trabajador/a social dentro de un equipo multiprofesional son:

- Valoración, información y orientación.
- Diagnóstico y tratamiento social.
- Soporte psicosocial.
- Tramitación de acceso a recursos sociales.
- Coordinación con servicios y programas socio sanitarios.
- Atención social específica en función a la patología y/o factores de riesgo social.
- Interrelación entre usuarios/as, institución y recursos externos.
- Incluir el diagnóstico social en el diagnóstico clínico.
- Garantizar la continuidad asistencial de los/as pacientes en el medio social.

Dentro del Trabajo Social Sanitario con menores cabe destacar la importancia del conocimiento de la población con la que se trabaja, la visión global de la misma, sin dejarse llevar por estereotipos y entendiendo todas las alternativas.

El concepto de familia actualmente es muy amplio, pero nunca ha perdido la función de red de apoyo primaria por excelencia. Las nuevas formas de familia que existen en la actualidad, las culturas diferentes con diferentes formas de entender la crianza, los cuidados y la protección de la salud de los menores, y los estilos de vida actuales hacen que el/la trabajador/a social deba trabajar de manera proactiva, siempre desde la protección y la prevención de cualquier tipo de riesgo, con una visión biopsicosocial para prevenir cualquier tipo de situación que pueda suponer un riesgo para el/la menor o su entorno familiar.

Debido a la globalización nos podemos encontrar como profesionales con diferentes tipos de familias, con sus propios conceptos de cuidados, y con diferentes roles para un/a mismo/a miembro. Desde la sociología se pueden diferenciar según su organización, o por la forma en la que cohabitan. Dentro de los distintos tipos de familia hay disparidad de conflictos y de manera directa o indirecta afectan a la propia sociedad (Ivette, 2022).

El/la trabajador/a social debe garantizar el bienestar familiar para un correcto desarrollo de los/as menores. Sin embargo, cuando la enfermedad de un/a hijo/a llega a una familia, la desestabiliza desde sus cimientos, haciendo que cada miembro deba replantearse su rol y su función dentro de esta.

DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

En el caso del Daño Cerebral Adquirido el sufrimiento va más allá; ya que fuera de que uno de los progenitores debe abandonar durante un tiempo no definido su vida para cuidar de su hijo/a enfermo/a, se corre una carrera contrarreloj, donde la rehabilitación es fundamental, pero no siempre se puede prestar por diferentes motivos, y es ahí donde el/la trabajador/a social debe trabajar desde el mismo diagnóstico para acompañar, informar y orientar a la familia sobre los recursos disponibles y al equipo médico sobre la situación sociofamiliar, y así ser el puente para que el/la menor reciba la mejor atención sociosanitaria a la que debe tener acceso.

Sin embargo, antes de marzo de 2015 la situación era diferente en Madrid, un/a menor con un daño cerebral adquirido menor de 16 años no tenía derecho a acceder de manera pública a un recurso especializado para su patología, lo cual suponía una merma en sus posibilidades de recuperación y una discriminación sobre los/as mismos/as pacientes, de diferente edad.

Por este motivo, la madre de un paciente, que tuvo que dejar su trabajo, y costear un tratamiento privado para su hijo de 8 años porque no había recurso público para atender su daño cerebral adquirido; movilizó a un grupo político para que se llevara a la comisión de sanidad de la Asamblea de Madrid la situación.

El 18 de febrero de 2015 el portavoz de Sanidad y diputado de UPyD realizó en la Asamblea de Madrid la consulta sobre la exclusión de los/as menores de 16 años de la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido, y de los conciertos con las clínicas privadas que realizan dicho tratamiento (Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid, 2015).

En esa misma sesión de la Asamblea de Madrid, el director general de Atención Especializada (D. Mariano Alcaraz) anunció la creación de la Unidad de rehabilitación para DCA infantil en el Hospital del Niño Jesús de Madrid. Desde entonces, en la Unidad de Daño Cerebral Adquirido del Hospital Niño Jesús se han atendido a fecha 1

de febrero de 2023, 171 menores en la Unidad ambulatoria y 41 pacientes en la Unidad subaguda, creada en noviembre de 2019.

Daño Cerebral Adquirido es el daño producido tras una lesión cerebral sobrevenida después del nacimiento que produce un déficit permanente o temporal, de tipo físico, psíquico, cognitivo, conductual o sensorial y que condiciona una reducción en la capacidad funcional, social y calidad de vida previas (Daño cerebral adquirido, s. f.). En el caso de menores se ven involucradas más áreas que en el caso de los adultos, ya que el reto va más allá de la reinserción laboral. Hay que adaptar la vivienda para un/a menor que crecerá con necesidades, la escuela debe ser adecuada a sus necesidades, los apoyos sociales, los recursos a la mayoría de edad, los seguimientos médicos..., etc.

La atención desde trabajo social al Daño Cerebral Adquirido se produce en todas sus fases, ya sea:

- Fase inicial o aguda; con intervención en crisis, o resolución de problemas más urgentes, se trabaja con objetivos a corto plazo.
- Fase subaguda: donde se espera una recuperación, pero hay que trabajar sobre la reorganización familiar, el cambio de roles, ayudas técnicas y gestión de recursos.
- Fase crónica: donde la familia debe aceptar y aprender a vivir con las secuelas, habiendo reorganizado ya toda la dinámica familiar para atender al/a la menor.

En relación con el paciente y su familia el objetivo del equipo de Daño Cerebral Adquirido, es la máxima recuperación de las funciones físicas, psicológicas y sociales del/de la menor y su familia, además conseguir el mayor grado de autonomía posible. Siempre se debe trabajar desde la autonomía del/de la paciente y las preferencias de la familia, ya que son ellos/as los que marcan su propio ritmo.

El impacto del Daño Cerebral Adquirido en la familia es incalculable, máxime cuando hablamos de menores, ya que el rol de los padres cambia con respecto al/a la hijo/a enfermo/a y al resto de miembros. Uno de los progenitores debe asumir el rol de cuidador/a con la sobrecarga que conlleva.

No se debe perder de vista que estamos hablando de menores, población de especial protección por su vulnerabilidad. Cabe destacar que existen ciertos indicadores como la sobrecarga o la discapacidad que predisponen o aumentan el riesgo de maltrato, ya sea hacia el/la propio/a menor o el/la cuidador/a principal, que suele ser la madre, ya que esta situación de discapacidad hace especialmente vulnerable al entorno familiar.

El/a trabajador/a social dentro de la Unidad de Daño Cerebral es una figura imprescindible en la valoración, el seguimiento y orientación de recursos ya que, en la mayor parte de las ocasiones, la información que proporciona a la familia facilita el acceso a los sistemas de apoyo más adecuados a sus necesidades.

El/la trabajador/a social sanitario en el caso de Daño Cerebral Adquirido en pediatría es el/la profesional que atiende al/a la paciente y su familia en relación con las secuelas y necesidades derivadas de la enfermedad, teniendo en cuenta las peculiaridades de la edad pediátrica con sus necesidades específicas, y sin perder de vista la obligación de protección a la infancia que guía todas las actuaciones que se llevan a cabo.

El/la trabajador/a social se ocupa de realizar una valoración social y familiar, de la orientación y gestión de recursos, la coordinación con otras instituciones que puedan prestar apoyos a la familia ya sean públicas, asociaciones o fundaciones; acompañamiento del/de la menor y su familia durante todo el proceso de la enfermedad y su recuperación. Igualmente se ocupa de la prevención de situaciones de claudicación o sobrecarga familiar a través de las entrevistas de seguimiento y de la prestación de apoyos adecuados para facilitar la conciliación. Por último, y como objetivo a largo plazo se debe organizar la intervención con el fin último de la reintegración del/de la menor y su familia a su entorno social previo.

La peculiaridad de la atención pediátrica es que no existen recursos específicos para cada patología y cada necesidad específica, ya que el abanico de enfermedades que pueden provocar discapacidad en menores es mucho más amplio que en adultos, por lo que los recursos para menores son más genéricos y menos especializados.

La atención a la discapacidad está cubierta a través de Atención Temprana, colegios de educación especial, o de necesidades educativas especiales o recursos privados a través de prestación económica vinculada al servicio de la Ley de Dependencia. Por lo que una vez que los/as pacientes salen de la Unidad de Daño Cerebral Adquirido del Niño Jesús, no hay un recurso que les atienda de manera global e integral. En este hecho radica la importancia del

buen hacer del/de la trabajador/a social que atienda a la familia, ya que debe orientar y tratar de gestionar el recurso al alta más específico y adecuado a las necesidades del/de la menor, a sus peculiaridades y a las de su familia, la cual debe acompañarle el resto de su vida. La correcta orientación no se podría llevar a cabo sin el trabajo común de los/as diferentes profesionales de la unidad, los cuales en sesiones multidisciplinares exponen las necesidades del/de la paciente desde su disciplina, información que recoge el/la trabajador social para así poder gestionar los recursos de la manera más adecuada a las necesidades del paciente.

Esta unidad está formada por médicos rehabilitadores, neuropediatras, neuropsicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, profesores de pedagogía terapéutica y trabajador social.

La unidad funciona de manera coordinada, con sesiones semanales de coordinación. Trabaja como un equipo multidisciplinar, entendido como un grupo de profesionales de la salud, con habilidades diferentes pero complementarias que trabajan por un objetivo compartido.

CASOS PRÁCTICOS

A continuación, se van a exponer dos casos de dos pacientes con Daño Cerebral Adquirido, donde la función de la trabajadora social y su manejo de la legislación aplicable a cada caso hizo posible que ambos pacientes recibieran la atención sociosanitaria que necesitaban.

Dadas las peculiaridades de ambos casos, cabe destacar que el componente social guió toda la intervención clínica, demostrando la importancia de la visión social y la importancia del/de la trabajador/a social dentro de los equipos multiprofesionales que atienden a estos pacientes, ya que desde la profesión del Trabajo Social se aporta el diagnóstico social al resto de los/as profesionales, y así se puede garantizar un tratamiento lo más integral posible.

CASO 1:

Se recibe Parte de Interconsulta con la siguiente información:

Menor de 15 años que tras una caída desde una bicicleta sufre un traumatismo craneoencefálico severo y un Daño Cerebral Secundario.

Como secuelas: trastorno del comportamiento y alteración de las funciones cognitivas superiores, hemiplejía y dificultades en la deglución y el habla.

Ingresado durante tres meses en Hospital de referencia.

Planteamiento de la situación social para orientar la intervención posterior:

- 15 años:
 - No es posible atención temprana (0-6 años).
 - No es posible CEADAC (Centro de Estatal de Atención al Daño Cerebral Adquirido) menor de 16 años.
 - No es candidato a centros de recuperación del déficit funcional recuperable o media estancia de la UCOA (Unidad de Coordinación y Ordenación Asistencial), no es mayor de edad.
 - No es posible derivación a Dionisia Plaza (3-14 años).
- Familia: ¿Padres separados, hermanos, apoyo familiar, situación laboral, situación económica?
- Escolarización: ¿Cuál será su situación al fin del tratamiento?
- Vivienda.
- ¿Por dónde empiezo?

Entrevista con la familia:

Familia compuesta por los padres, el paciente y un hermano mayor de 20 años.

El padre trabajaba en un taller y se encontraba de incapacidad laboral temporal por depresión desde Junio 2020 tras la pérdida de ambos progenitores por COVID-19.

La madre se encontraba de incapacidad laboral temporal por ansiedad desde el accidente del menor, trabajaba por turnos como teleoperadora.

El hermano trabajaba como repartidor de una gran empresa logística a jornada parcial que compatibilizaba con sus estudios universitarios.

La vivienda era un cuarto sin ascensor en una zona vieja de Madrid, sin posibilidad de instalar un salva-escaleras. Vivienda con un único baño estrecho con media bañera, puertas sin espacio para silla de ruedas, habitación compartida con literas abatibles.

Respecto a la situación económica era precaria previa al accidente, pero tras este, al encontrarse ambos progenitores de incapacidad laboral temporal por contingencias comunes, la prolongada hospitalización y soportando los gastos de ambos de alimentación y transporte, la situación previa se vio agudizada.

No tenían intervención previa en Servicios Sociales de Zona, y contaban con una pobre red de apoyo, solo podían contar con los abuelos maternos octogenarios, y una hermana materna que en ocasiones les apoyaba en los cuidados del paciente.

Soportaban una hipoteca y los gastos de la Universidad del otro hijo.

Se han de explorar todas las posibilidades y todos los recursos en colaboración con el resto del equipo para encontrar la opción más idónea a las necesidades del paciente y la familia, sabiendo que el proceso de recuperación es prolongado y que las necesidades va a variar según avance el tratamiento.

- Valoración social y familiar:

Se realizó una primera entrevista en la que se exploran todos los aspectos antes descritos, en esta entrevista se permitió que los padres hablaran abiertamente sobre sus necesidades, sus miedos y todo lo que no se habían atrevido a hablar anteriormente entre ellos, se creó un clima de empatía y confianza para así poder trabajar con ambos padres los aspectos más difíciles referentes a las decisiones futuras de su hijo.

- Orientación y gestión de recursos:

Durante los meses de tratamiento se fue orientando a los padres a la gestión del certificado de discapacidad, la tramitación de la Ley de Dependencia en coordinación con la trabajadora social de servicios sociales para la gestión por vía de urgencia, también se orientó a uno de los progenitores a la gestión de la prestación económica por cuidado de hijo con cáncer u otra enfermedad grave.

También se gestionaron apoyos económicos para adaptaciones en domicilio, derivación a una fundación que colaboró con el pago de prótesis, y préstamo de material ortoprotésico que precisó.

- Coordinación con otras instituciones:

Se coordinó con Servicios Sociales de Zona para primer contacto con la familia y gestión de apoyos necesarios. También se mantuvo coordinación con Atención Primaria, ya que la trabajadora social del centro de salud pudo apoyar con la inclusión de los padres en grupos de cuidadores, prevención de la claudicación, etc.

Se contactó con movimiento asociativo local (apoyo en la adquisición de prótesis u apoyos), y con la mutua de accidentes para agilizar los trámites de la prestación por cuidado.

Se coordinó con el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral Adquirido (CEADAC), por si existiera alguna posibilidad de inclusión del menor, sin embargo, se ciñeron a criterio de edad, por lo que no hubo opción de derivación al centro.

Se mantuvo contacto con la Unidad de Coordinación Asistencial de Servicio Madrileño de Salud (UCOA), ya que analizando el procedimiento de derivación a centros de corta y media estancia de recuperación del déficit funcional recuperable; este, especifica como criterio de inclusión en el mismo la mayoría de edad, pero no qué mayoría de edad. Según la Constitución Española la mayoría de edad está estipulada en 18 años, en atención especializada está establecida en 16 años; y en atención primaria son 14 años.

- Acompañamiento del menor y su familia durante todo el proceso de la enfermedad:

Las necesidades al inicio de la enfermedad no son las mismas que durante el tratamiento, ni son las mismas que tras el alta definitiva, por lo que se produjo un acompañamiento a lo largo del proceso de hospitalización, valorando las necesidades cambiantes del núcleo familiar hasta llegar al momento del alta hospitalaria, donde se hizo una previsión de las primeras necesidades que tuvieran al alta y los meses posteriores.

- Prevención de situaciones de claudicación o sobrecarga familiar:

Desde el primer momento el equipo fue consciente de que cuanto más complejidad del paciente, más posibilidades existen de claudicación familiar.

Esto es debido a que solo uno de los progenitores se especializa en los múltiples cuidados que precisa el paciente, y a la vez no se puede delegar su cuidado en otro por la complejidad del mismo, lo que lleva a situaciones de sobrecarga.

Por ello desde trabajo social se trabaja de manera preventiva ofreciendo los apoyos que precise la familia, dándoles su propio espacio y estando muy atento a cualquier señal de claudicación familiar o sobrecarga.

Durante los meses de ingreso hubo muchas situaciones de sobrecarga emocional, ya que su situación clínica fue inestable en varias ocasiones. Esta situación de inestabilidad clínica sumada a la falta de apoyos familiares hizo que la familia llegara a su límite; llegando a producirse un episodio de violencia verbal entre los padres, donde tuvo que intervenir el personal de enfermería. Este hecho ocurrió tras informar el médico responsable sobre el pronóstico desfavorable, hecho que sumado a la situación de estrés mantenido durante los meses de hospitalización hizo que los padres claudicaran.

Se mantuvo una entrevista muy dirigida a valorar la claudicación, basada en las 22 preguntas de la escala Zarit, Cotarelo (s. f.), donde la mayoría de las preguntas eran respondidas de manera afirmativa por la madre y dudosa por el padre.

Desde trabajo social se aprovechó este hecho para trabajar desde esa claudicación, a través de búsqueda de espacios propios y como pareja, y con el otro hijo a través de voluntariado, entrevistas individuales y derivación a recursos adecuados en constante coordinación con servicios sociales; como mediación familiar.

- Reintegración del menor y su familia a su entorno social:

Al alta el objetivo es que la familia se encuentre en las mejores condiciones, adaptada a las nuevas necesidades de su hijo y al cambio de rol que han sufrido como padres. Igualmente se debe garantizar que se hayan gestionado todos los recursos para que el menor reciba apoyo en las diferentes etapas de la vida que le siguen, no solo a corto plazo, sino a medio y largo plazo.

El paciente se fue de alta de la unidad de subagudos tras 6 meses de hospitalización.

Debido a las dificultades de la familia para poder trasladar al menor al Niño Jesús en transporte privado, mantenerle en el domicilio con las barreras arquitectónicas antes descritas, y la posibilidad de mayor recuperación en un centro específico; se consideró por parte del equipo que la mejor opción era un centro específico de recuperación de Daño Cerebral.

Este menor, aun no cumpliendo los criterios para la derivación a un centro de Media Estancia se consiguió dicha derivación, tras justificar la situación social y clínica con informes de los diferentes profesionales, y ante la primera negativa por parte de la Unidad de Ordenación Asistencial por no cumplir criterios (criterio de mayoría de edad); se realizó una argumentación basada en legislación, plasmado en un informe social, por lo que ante el vacío legal referente a la "mayoría de edad" no pudieron negar la asistencia, por lo que se produjo el traslado a dicho centro.

Al alta del centro de rehabilitación funcional se le pudo derivar al Hospital de Día, con una evolución muy favorable, llegando a ser válido para ciertas Actividades Básicas de la Vida Diaria, y evitando así la institucionalización del menor o el cambio de domicilio familiar debido a las barreras arquitectónicas del mismo.

La familia al completo ha cambiado su rol previo, y ha tenido que buscar su nuevo espacio, su nueva función y adaptarse a ella.

Mediante el acompañamiento social se ha ido apoyando a los padres en cada una de las necesidades que han podido surgir, no solo en recursos y apoyos económicos, sino en solventar toda problemática social a la que se han podido enfrentar.

Se han previsto los recursos que pueda llegar a necesitar en un futuro, preparando a la familia, y orientando sobre qué opciones tiene a su disposición, ya sea educación especial, ordinaria con apoyos o centro ocupacional, todo ello en coordinación constante con su trabajadora social de Servicios Sociales.

A través de las diferentes entrevistas con la familia, se realizan los primeros contactos con recursos, se va fortaleciendo el vínculo y la relación de confianza. A medida que van asentándose las secuelas del menor, se va adaptando el acompañamiento social por lo que se les proporciona soporte adaptado a las necesidades del menor y su familia durante todo el ingreso.

CASO 2:

Se recibe Parte de Interconsulta con la siguiente información:

Menor de 10 meses derivado desde clínica privada por Daño Cerebral Adquirido/Lesión medular, tras caída accidental de la cama.

Familia de origen cubano, sin tarjeta sanitaria.

Lluvia de ideas:

- Discapacidad: no es posible, no DNI.
- Dependencia: no llevan 5 años en España.
- Atención Temprana: el menor precisa un recurso más específico en un primer momento, aunque se orienta a su tramitación para cuando acabe el tratamiento en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.
- Tarjeta Sanitaria: no está tramitada, tiempos de espera muy elevados para acceder a la Unidad de Tramitación.
- Resto de hermanos.
- Situación administrativa de la familia.
- Traslado a otra Comunidad Autónoma.

Entrevista con la familia:

Familia compuesta por el padre, el cual trabajaba en una empresa de *software* en Estados Unidos, dicha empresa le permitía teletrabajar. La madre no trabajaba, cuidaba del menor y los otros dos hijos, entre ellos el hermano mellizo del paciente. La hija mayor estaba escolarizada en Colegio Privado con buena adaptación.

El menor sufrió un daño cerebral adquirido tras caída accidental desde la cama. Debido al traumatismo sufrió una lesión medular.

La familia había llegado a España cinco meses antes del accidente con un permiso de Residencia Temporal por Estudios, ya que el padre estaba cursando un máster.

Dado que el traslado se produjo de manera temporal, solo durante el tiempo que durara el máster, todos los miembros de la familia tenían un seguro médico privado que les cubría cualquier contingencia. La familia alquiló el piso en el que residían y se empadronaron en el mismo, sin solicitar a los tres meses la tarjeta sanitaria por no considerarlo necesario.

Durante la entrevista los padres se mostraron muy unidos y esperanzados en el tratamiento que iba a poder recibir su hijo, aun no contando con apoyo familiar en España, los padres se habían organizado de tal manera para que los menores estuvieran siempre con uno de ellos y seguir haciendo vida normal con los otros hijos.

En principio no refirieron tener ninguna necesidad más allá de las dudas respecto a la organización en el Hospital o cuando se produjera el traslado a Toledo.

- Valoración social y familiar:

Tras la entrevista realizada a los padres, habiendo explorado las diferentes opciones se informa a la familia sobre los pasos a seguir para regularizar su situación administrativa en el centro de salud y derivación a la Unidad de Tramitación.

No existía una situación de riesgo, ambos padres eran cuidadores, y contaban con apoyo de la persona que habían contratado. Son conscientes de que deben tener sus espacios y delegan responsabilidades en esta persona para poder descansar y atender a sus otros hijos.

Los padres en todo momento se mostraron receptivos a la intervención de la trabajadora social como miembro del equipo.

- Orientación y gestión de recursos:

Desde trabajo social se realizaron las siguientes acciones:

- Se facilitó la documentación para solicitar el permiso de residencia por razones humanitarias, ya que el accidente del menor se produjo en España, por lo que, si deseaban permanecer en España para completar el tratamiento, esta situación se encontraba recogida.
- Se explicó cómo solicitar las tarjetas sanitarias a través de la Unidad de Tramitación que les correspondía por padrón.
- Se contactó con Servicios Sociales de Zona para orientación sobre Escuela Infantil para el hermano mellizo, recursos de ocio y tiempo libre para la hermana mayor tras el colegio, y apoyo en los cuidados.
- Se orientó sobre reintegro de gastos de las órtesis que precisaba el paciente.
- Se explicó cómo solicitar el reintegro de gastos por desplazamiento a través de orden de asistencia, ya que el paciente iba a ser desplazado para recibir tratamiento de Madrid a Toledo.
- Se facilitó información para tramitar la solicitud de discapacidad y necesidades de atención temprana.
- Coordinación con otras instituciones:
- Se coordinó con la Unidad de Tramitación para explicar la situación social de la familia y agilizar el trámite de la tarjeta sanitaria, ya que llevaban más de tres meses empadronados en Madrid.
- Se derivó el caso a Servicios Sociales para valoración de apoyos adecuados.
- Se realizaron diferentes coordinaciones con la Gerencia Adjunta de Procesos de la Gerencia Asistencial de Hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Una vez que se trasladó a este centro para la atención del Daño Cerebral Adquirido, y tras varias vistas de la médico rehabilitadora del Hospital de Parapléjicos de Toledo al menor; se decidió su traslado a través de SIFCO al Hospital de Parapléjicos de Toledo.

SIFCO responde a las siglas de: "Sistema de Información del Fondo de Cohesión sanitaria" (BOE-A-2006-19626 Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, 2006). Este sistema garantiza a cualquier persona con derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos el ser atendido en igualdad de condiciones, sea cual sea la Comunidad Autónoma de residencia, al igual que el acceso a los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CESUR). (Procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS, s. f.).

Tras el inicio de los trámites para derivar al menor al Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, se recibe una llamada desde admisión de enfermos comunicando que se ha denegado el traslado porque el menor tiene un DASE.

El DASE es un documento que acredita el acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos en la Comunidad de Madrid a ciudadanos extranjeros que viven en la Comunidad de Madrid sin residencia legal en España (Asistencia sanitaria extranjeros (DASE) Comunidad de Madrid, s. f.). Según la propia definición tiene reconocida la asistencia sanitaria en Madrid y, por ende, en todo el territorio Español, así lo recoge la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 24 (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003).

- Garantías de movilidad.

1. El acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta Ley se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares.

2. Asimismo, se garantizará a todos los/as usuarios/as el acceso a aquellos servicios que sean considerados como servicios de referencia de acuerdo con el artículo 28 de esta Ley.

En base a este artículo 24, y siendo concededores de que el paciente precisaba la derivación a dicho Hospital de Referencia Estatal se argumentó a través de Informe Social a la Consejería de Sanidad, la cual remitió la documentación al Ministerio, el cual dio la autorización de traslado del menor a Toledo.

- Una vez autorizado el traslado se coordinó con la trabajadora social del Hospital de Toledo, para derivación del caso, y exposición de las peculiaridades de la situación social de la familia.

De igual manera se orientó a la familia de que en caso de que el tratamiento fuera más prolongado de lo que esperaban en Toledo, cómo solicitar el cambio de padrón, la escolarización de los menores y los trámites a seguir con respecto a Servicios Sociales.

- Acompañamiento del menor y su familia durante todo el proceso de la enfermedad:

Se recibió a la familia desde el ingreso hospitalario con el resto del equipo a fin de que conocieran la función de cada profesional, se orientó sobre los diferentes trámites a realizar, se les ha acompañado en las dudas que presentaron respecto a la documentación para los diferentes trámites y se derivó a los/as profesionales que iban a continuar su intervención tras el alta hospitalaria.

- Prevención de situaciones de claudicación o sobrecarga familiar:

Desde la llegada del paciente, y conociendo la situación de este, el daño cerebral adquirido más la lesión medular en un bebé de nueve meses, se cuidó el entorno para que la estancia fuera lo más fácil posible.

Se facilitó que los padres hicieran el cambio con los hermanos dentro del hospital, y se facilitó un espacio para que ambos hermanos estuvieran juntos, ya que al ser mellizos estaban muy unidos.

Los padres agradecieron los cuidados, y esto facilitó la relación de confianza para poder pedir orientación sobre cómo llevar a cabo la organización familiar, y cómo gestionar con la hija mayor todos los cambios que iban a sufrir. Los padres se compenetraban y hacían turnos para poder descansar, y delegaban los cuidados en el personal del hospital y en la persona que habían contratado para apoyarles, por lo que la sobrecarga de los cuidados no recayó en uno de ellos.

- Reintegración del menor y su familia a su entorno social:

Desde trabajo social se trabajó con la familia desde la incertidumbre del diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, contemplando los diferentes escenarios según las secuelas que presentara el menor. Se trabajó con los padres el regreso a país de origen, al igual que la permanencia en España hasta el final del tratamiento.

Se plantearon las diferentes posibilidades y se explicó a los padres los pros y contras de cada una de ellas; así, al alta del servicio de referencia los padres tendrían una guía de cómo actuar según la decisión que tomaran.

Se coordinaron las diferentes posibilidades tanto con la trabajadora social de Servicios Sociales de zona de Madrid, como con la trabajadora social de Toledo, para que ambas tuvieran la misma información y la coordinación quedara hecha a futuro.

CONCLUSIONES

La necesidad de la inclusión del trabajador social sanitario dentro de los equipos clínicos, ya sea para la orientación en la fase aguda o para garantizar la continuidad de cuidados al alta hospitalaria, queda más que demostrada en la presentación de ambos casos.

La especialización del Trabajo Social Sanitario en Pediatría, y en este caso más concreto en Daño Cerebral Adquirido, hizo posible que ambos menores pudieran ser atendidos por el centro más adecuado a las necesidades que presentaban.

El conocimiento de los recursos disponibles, de la legislación aplicable y de la obligatoriedad de prestar el servicio de mejor calidad, llevó a la trabajadora social a enfrentarse con la Administración Pública, argumentando mediante legislación y a través de informe social, y consiguiendo el centro de continuidad de cuidados idóneo para cada paciente.

Nuestra obligación como trabajadores/as sociales es velar por la justicia social, y en ocasiones es la propia administración la que vulnera los derechos de los/as usuarios/as, de ahí la importancia del buen hacer del/de la trabajador/a social.

La actitud proactiva del/de la profesional garantiza el acceso pleno a todos los recursos necesarios, saliendo de la zona de confort de la mera información administrativa, permite que en situaciones muy complejas la familia no se encuentre en situación de desamparo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Constitución. (s. f.). <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Consejo General del Trabajo Social (s. f.). *Salud y Trabajo Social*. https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (2003, 29 mayo). *BOE*.

Ituarte Tellaeché, A. (1992). *Procedimiento y proceso en el Trabajo Social Clínico*. Siglo XXI.

Colaboradores de Wikipedia. (2022, 10 octubre). Marc Lalonde. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Marc_Lalonde

Colaboradores de Wikipedia. (2022a, agosto 8). Derechos sociales. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Derechos_sociales

Consejo General del Trabajo Social. (s. f.). https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

FITS (s.f.). *Principios éticos del Trabajo Social*. (s. f.). Colegio de Trabajo Social de Málaga. https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2019/07/Principios_%C3%89ticos.pdf

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. (s. f.). Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/>

Ivette, A. (2022). *Sociología de la familia*. Economipedia. <https://economipedia.com/definiciones/sociologia-de-la-familia.html>

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid. (2015, 18 febrero). [Asambleamadrid.es](https://www.asambleamadrid.es). Recuperado 28 de febrero de 2023, de <https://www.asambleamadrid.es/static/doc/publicaciones/IX-DS-751.pdf>

EnFamilia (s. f.). *Daño cerebral adquirido*. <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/dano-cerebral-adquirido>
Cotarelo, R. A. D. L. V. Z. T. (s. f.). Escala de carga del cuidador de Zarit. <https://www.hipocampo.org/zarit.asp>

BOE-A-2006-19626. Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. (2006, 10 noviembre). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/11/10/1302>

Ministerio de Sanidad. (s. f.). Procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS). <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/procedimientoDerivacionPacientes.pdf>

Comunidad de Madrid. (s. f.). Asistencia sanitaria extranjeros (DASE) <https://sede.comunidad.madrid/prestacion-social/asistencia-sanitaria-extranjeros-dase>

Javier García García

Comunicación 17

Proyecto de vida como herramienta clave para el Trabajo Social

Resumen: El proyecto de vida constituye un elemento metodológico imprescindible dentro del proceso de intervención en Trabajo Social. Su importancia radica en que su elaboración debe contemplar multitud de aspectos relacionados con los intereses y deseos de las personas que permita y fundamente de la mejor manera posible la intervención social. Actualmente, estamos asistiendo a la implementación de esta herramienta en diversos ámbitos, entre los que destaca la atención a las personas mayores. Por esta razón, es el momento adecuado para organizar un sistema de puesta en común de todo el conocimiento alcanzado acerca del proyecto de vida. Contribuyendo a ese fin, aquí se muestra el éxito de esta herramienta en un proyecto de innovación social denominado “A Gusto en Mi Casa” implementado en Castilla y León.

Palabras Clave: Proyecto de vida, Atención centrada en la persona, Metodología, Herramienta, Trabajo Social.

Abstract: The life project is an essential methodological element within the intervention process in Social Work. Its importance lies in the fact that its development must consider a multitude of aspects related to the interests and desires of the people that allow and support social intervention in the best possible way. Currently, we are witnessing the implementation of this tool in various areas, among which the care of the elderly stands out. For this reason, it is the right time to organize a system for sharing all the knowledge acquired about the life project. Contributing to this end, the success of this tool in a social innovation project called “A Gusto en Mi Casa” implemented in Castilla y León is shown here.

Keywords: Life project, Person-centered care, Methodology, Tool, Social Work.

1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL PROYECTO DE VIDA

Una de las muchas peculiaridades que caracterizan al trabajo social es la gran variedad de definiciones que es posible encontrar desde el momento del nacimiento de esta disciplina. Sin embargo, independientemente del autor/a y el lugar desde el que se sitúe esa definición, hay un consenso generalizado en torno a un aspecto: **la importancia del vínculo con las personas**. En este sentido, cobra especialmente relevancia la definición de Cinta Guinot Viciano¹ (2017) que señala que “el trabajo social es el arte de generar vínculos y que, por tanto, la perspectiva relacional es la mirada de nuestra profesión.”

¹ En el año 2016, se llevó a cabo el tercer Congreso Internacional de Trabajo Social bajo el título “Trabajo Social: arte para generar vínculos”, en el que Cinta Guinot Viciano y Ane Ferran Zubillaga desempeñaron el papel de coordinadoras. Durante el evento, se presentaron diversas comunicaciones que abordaron la importancia de la relación entre el trabajador social y el usuario/a en el proceso de ayuda. Si deseas ampliar tus conocimientos sobre este tema, se recomienda la lectura de las actas del congreso.

Partiendo de esta premisa, resulta indiscutible que para establecer un buen vínculo con nuestros usuarios/as es necesario conocer en profundidad a las personas y disponer para ello de herramientas que nos permitan comprender las direcciones en las que se construye la identidad personal y social.

Con el objetivo de comprender en profundidad dichas identidades surge **el proyecto de vida**. Ovidio D'Angelo (2004) define el concepto de la siguiente manera:

“El proyecto de vida articula la identidad personal-social en las perspectivas de su dinámica temporal y posibilidades de desarrollo futuro. Se comprende, entonces, como un sistema principal de la persona en su dimensionalidad esencial de la vida. Es un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada” (p. 5).

En España, a nivel normativo no hay una ordenación jurídica relativa a los proyectos de vida, pero es posible entender su importancia acogiéndose al artículo 10 de la Constitución Española relativo a la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad, aspectos íntimamente ligados a la naturaleza y finalidad de los proyectos de vida.

Es precisamente la gran importancia a nivel metodológico uno de los motivos por los que el concepto de “proyecto de vida” ha sido objeto de debate y de preocupación en trabajo social. Dichos debates se han articulado en distintas orientaciones, algunas de naturaleza más filosófica (principios que deben regir la herramienta) y otras de naturaleza más práctica (maneras de elaboración, dilemas éticos, confrontaciones...).

Un concepto de tanta relevancia como lo es el proyecto de vida continuará siendo objeto de debate, reflexión y análisis en el Trabajo Social, al igual que puede ocurrir en otras disciplinas asistenciales. Sin embargo, seguirá inalterable el sentimiento de necesidad de actuar en base a un conocimiento contrastado en un momento dado, por lo que todo apunta a que se seguirán realizando esfuerzos disciplinares para dar publicidad y desarrollar, tanto a nivel conceptual como metodológico, el proyecto de vida.

En este intento de avanzar en el desarrollo teórico-práctico del proyecto de vida destacan las cinco guías elaboradas por el sistema de servicios sociales de Castilla y León:

- Guía para la activación del proyecto de vida para la inclusión social.
- Guía de apoyo a la activación del proyecto de vida en atención temprana.
- Guía para activar el proyecto de vida de personas con discapacidad que viven en entornos residenciales.
- Guía para activar el proyecto de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales.
- **Guía para activar el proyecto de vida de personas en situación de dependencia y/o discapacidad que viven en su domicilio.**

Tras la reciente comunicación de la Estrategia Europea de Cuidados² y la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización³ (esta última se encuentra actualmente en su fase de diseño y no se espera que entre en funcionamiento hasta el año 2024) resulta de especial interés la última de las guías anteriormente mencionada, elaborada por Salgado Pascual (2019), puesto que son los cuidados domiciliarios de larga duración uno de los ámbitos que más desarrollo tendrá para el trabajo social en los próximos años.

En cuanto a los componentes que deben incluirse en el proyecto de vida la guía recoge cinco aspectos:

1. **Valores:** Recoger aquello que los usuarios/as consideran importante. O, dicho de otra manera, las cualidades personales que uno desea encarnar en sus acciones. Los principios que orientan la conducta humana y que inspiran el propio transcurso de la vida. El cumplimiento de dichos valores otorga un sentimiento de satisfacción y de motivación a seguir adelante.

² La Comisión Europea presentó el 7 de septiembre de 2022 la Estrategia Europea de Cuidados para mejorar la situación tanto de los beneficiarios de las atenciones como de las personas que cuidan, bien de manera profesional o bien de manera informal. Para más información: <https://cde.ugr.es/index.php/union-europea/noticias-ue/1443-una-estrategia-europea-de-cuidados-para-cuidadores-y-receptores-de-cuidados>

³ Iniciativa participativa impulsada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 cuyo objetivo es mejorar los sistemas de apoyo y cuidado a las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad y exclusión, promoviendo un modelo de atención comunitaria y personalizada. Para más información: <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/>

2. **Propósito:** Objetivos generales subjetivos de los usuarios/as que dirigen en un sentido o en otro la vida.
3. **Metas:** Son los diferentes objetivos más específicos que las personas se fijan para la consecución de los valores.
4. **Acciones:** Los comportamientos efectuados por la persona para el logro de las metas y propósitos propuestos.
5. **Coherencia:** Relación existente entre las acciones efectuadas por una persona y sus valores.

La Figura 1 resume los aspectos principales que se deben recoger en el proyecto de vida.

Figura 1. Componentes del proyecto de vida.



Fuente: Elaboración propia en base a los contenidos de la Guía para activar el proyecto de vida de personas en situación de dependencia y/o discapacidad que viven en su domicilio.

Emily Esfahani Smith, autora destacada por sus aportaciones literarias sobre el sentido vital, destaca algunos aspectos de gran importancia para la gran mayoría de seres humanos, siendo un aspecto que se debe conocer a nivel profesional para saber orientar el camino de los proyectos de vida. Entre ellos, destacan principalmente la pertenencia, la trascendencia, la contribución y el crecimiento personal. A continuación, se recoge el último párrafo de las conclusiones de su obra "El arte de cultivar una vida con sentido", el cual como poco incita a la reflexión acerca de la sencillez y el propósito de la vida:

"Este es el poder del sentido. No es una gran revelación. Es pararse un momento a saludar al quiosquero y acercarte a alguien en el trabajo que te parece que está deprimido. Es ayudar a la gente a estar en mejor forma física, a ser un buen padre o mentor para un niño. Es sentarse a contemplar anonadado un cielo estrellado e ir un servicio eclesiástico de oraciones medievales con unos amigos. Es abrir una cafetería para los veteranos que luchan contra sus adicciones. Es escuchar con atención la historia de un ser querido. Es cuidar de una planta. Esto pueden parecer cosas muy sencillas por sí solas. Pero, en conjunto, son las que iluminan el mundo" (2017, p. 196).

Unido al proyecto de vida debe ir indiscutiblemente otra herramienta que ha sido denominada **Plan de Apoyos** al proyecto de vida, en el que se deben recoger aquellos apoyos o actuaciones que permitirán a la persona desarrollar su proyecto de vida. Es importante que se abarque el conjunto de dimensiones que influyen en el desarrollo social y personal, incluyéndose así los apoyos informales, los apoyos existentes en la comunidad y los apoyos prestados por los diferentes sistemas de bienestar social (servicios sociales, salud, educación, empleo y tercer sector).

Por tanto, la inclusión del plan de apoyos en el proyecto de vida permite al trabajador/a social diseñar intervenciones personalizadas e integrales que promuevan el desarrollo integral de la persona, contribuyendo a su bienestar psíquico, físico, emocional, social y económico.

2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE VIDA EN EL PROYECTO “A GUSTO EN MI CASA”

El proyecto “A Gusto en Mi Casa” implementado en zonas rurales de la provincia de Ávila —Castilla y León—, surge con el objetivo de prestar los apoyos necesarios a las personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica para que sea posible la permanencia en el domicilio, evitando así la institucionalización. Para la consecución del objetivo son distintos los apoyos que han sido prestados a los usuarios/as y sus familias:

- Valoraciones de la accesibilidad del hogar.
- Adaptaciones del hogar: principalmente la sustitución de bañeras por platos de ducha a ras de suelo o la eliminación de escalones e implantación de rampas que faciliten el movimiento dentro de la vivienda.
- Ayudas técnicas: andadores, sillas de ruedas, etc.
- Teleasistencia avanzada.
- Profesional de referencia.
- Asistencia sanitaria a domicilio.
- Formación y apoyo a los cuidadores no profesionales.
- Servicio de asistencia personal.

Desde los orígenes del proyecto el modelo a seguir ha sido el denominado **modelo de atención centrado en la persona** —ACP—, el cual establece que la intervención social debe primar los deseos, preferencias e intereses de la persona usuaria, ajustándose en todo momento a su ritmo de vida y contando en todo momento con su participación (Rodríguez Rodríguez, 2013). De esa manera, la ACP se aleja de modelos de cuidados más tradicionales donde la atención “viene determinada por procedimientos uniformes derivados de necesidades asociadas a clasificaciones de enfermedades y grados de dependencia y por condicionantes organizativos (Martínez Rodríguez *et al.*, 2015, p. 4). Además, ya desde finales del siglo xx algunos teóricos de la denominada Teoría de la Aceptación y el Compromiso como Hayes, Stroschal y Wilson (1999) ya señalaban que una atención centrada en la persona cuyo objetivo es dar sentido a la vida hace que las personas sean más flexibles, resilientes y reduce el sufrimiento personal.

En la Tabla 1 se pueden visualizar las diferencias entre el modelo de atención centrado en la persona frente a los modelos tradicionales, denominados modelos de servicio.

Tabla 1. Modelo ACP vs Modelos tradicionales.

MODELO CENTRADO EN LA PERSONA	MODELO TRADICIONAL O DE SERVICIO
Énfasis en las capacidades, habilidades y potencialidades de las personas.	Centrado en déficits, problemas, necesidades.
Intervención global, holística.	Intervención específica: conductas, enfermedades...
Las decisiones las toma la persona en colaboración con su familia, amigos y profesionales.	El profesional es el encargado de tomar las decisiones.
Las personas son vistas en un contexto comunitario.	Las personas son vistas como beneficiarias de los servicios sociales.
Búsqueda de elementos comunes. Acercamiento a la comunidad.	Énfasis en las diferencias, distanciando así a las personas.
Búsqueda de un estilo de vida deseable.	Programas limitados y muy acotados. Poca flexibilidad.
Centrado en la calidad de vida.	Centrado en ofrecer el servicio concreto que ofrece el recurso.
Equipos de planificación centrada en la persona.	Equipos estándares multidisciplinares.
Se organizan acciones comunitarias para involucrar a los usuarios/as, sus familias y diversos profesionales.	No se realizan acciones comunitarias.
Servicios flexibles, adaptados a las personas según los intereses.	Los servicios prestados son genéricos, sin responder a las necesidades concretas de la persona.
Se permite la innovación social.	Grandes resistencias a la innovación social.
Lenguaje accesible, claro, familiar, comprensible.	Lenguaje clínico. tecnicismos.

Debido a la implementación de la metodología ACP en el proyecto desde su concepción, se contempla el uso del proyecto de vida como herramienta estratégica para mejorar la calidad de vida de las personas. La definición otorgada ha sido la siguiente:

“Proyecto de vida. Es el instrumento que estructura de forma operativa la proyección vital e individual de cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social (valores, preferencias, particularidades, elecciones, metas y deseos que conforman la manera propia de entender el bienestar y de abordar la vida) y organiza los apoyos consensuados que posibiliten su desarrollo.

El proyecto de vida está integrado por: historia de vida, plan de apoyos sociales y plan de cuidados sanitarios en el que se incluirán las instrucciones previas”.

En la Figura 2 es posible visualizar la manera en la que se ha implementado el proyecto de vida en el proyecto “A Gusto en Mi Casa”, siendo los profesionales de referencia los encargados de su elaboración.

Figura 2. Proyecto de vida en el proyecto “A Gusto en Mi Casa”.

PROYECTO DE VIDA

Datos: AGEMCA000
Edad: 00 años
HR1 Grado de dependencia X

Fecha: 12/12/2018

1 Lo que valoro
MI FAMILIA
MI CASA
COMER BIEN
SÍGUIR CON MIS COSTUMBRES: escuchar música o la tele, hacer cuentas oralmente y rezar, andar lo que puedo por casa con ayuda, salir a la calle cuando hace bueno.

Competencias
La gusta hacer ejercicios con las manos, siempre tiene un ovillo de lana en la mano.
La gustan mucho las matemáticas, hacer cuentas oralmente, rezar y hablar.
Puede andar trayectos cortos con ayuda de tercera persona.

2 Lo que me gusta de mi día a día
Me gusta estar en mi casa y también salir un rato a la calle cuando hace bueno.
Comer bien, tengo buen apetito.
Escuchar la televisión y la música.
Dar paqueños paseos por casa y hacer ejercicios con las manos.
Pasar tiempo acompañada y hablar, hacer cuentas oralmente y rezar.

Lo que NO me gusta de mi día a día
Me ayudan a ducharme dos días a la semana, pero no me agrada mucho.

3 Aspectos de mi historia de vida
Nací en XXXX en XXXX.
De joven me fui a XXXX a trabajar de sirvienta y después de ama de casa.
Me casé con XXXX, de XXXX.
Tengo una hija, X nietas y X biznietos.
Vivo sola en XXX, pero mi hija vive cerca y está muy pendiente de mí. Tengo una XXX nocturna y dos asistentes personales que vienen a diario de X a Xh... Algunos fines de semana vienen a verme mis nietas.
Me gusta la televisión, la música, hacer calculo oralmente y rezar, pasear lo que puedo, salir a la calle con la silla, pasar tiempo con mi familia.

4 Metas. Objetivos. Proyectos

Deseos de orden superior
Pasar tiempo con mi familia

Salud y autonomía
Mantener buena salud y poder hacer las cosas que aun puedo hacer por mí misma.

Hábitos diarios y rutinas
Me gustaría seguir con mi rutina diaria

Interacción social
Salir a la calle en silla de ruedas y hablar con la gente del pueblo

Acciones significativas-aficiones
Seguir realizando las actividades que me gustan

Red de Apoyos

Apoyos naturales	Apoyos profesionales	Apoyos comunitarios
HUJA XX NIETAS XX Y XX YERNO, NIETOS POLÍTICOS Y BIZNIETOS XX Y XX	EQUIPO SANITARIO TRABAJADORES SOCIALES (CEAS) ASISTENTES PERSONALES EMPLEADA DE HOGAR NOCTURNA GESTORA DE CASO	Cruz Roja

Fuente: Extraído de la documentación del proyecto “A Gusto en Mi Casa”.

Como puede apreciarse en la imagen, el profesional debe completar toda una serie de elementos que permitirán más adelante ir evaluando y reinventando la intervención profesional y los apoyos prestados en función del cumplimiento o incumplimiento de lo señalado en esta herramienta. Vemos que las partes en las que se divide son las siguientes:

- 1. Datos de identificación:** Se recogen variables sociodemográficas del usuario/a del proyecto que permitirán la rápida identificación del caso. Se incluyen aspectos como el número de caso, la edad y el grado de dependencia. También es importante incluir la fecha de elaboración para que posteriormente sea posible la revisión y actualización de la información.
- 2. Lo que valoro y lo que se hacer:** Recoger los aspectos más importantes para la vida de la persona. También señalar aquellas actividades que la persona es capaz de realizar.
- 3. Lo que me gusta y lo que no me gusta de mi día a día:** En este apartado se recogen aquellas actividades y/o situaciones que agradan a la persona para intentar mantenerlas y reforzarlas a la vez que se intenta cambiar todas aquellas situaciones que le generan malestar o no le agradan.

4. **Historia de vida:** Relato autobiográfico de la persona que permite conocer su historia y entender cómo ha sido su vida hasta llegar al momento actual. Para la implementación efectiva del modelo de ACP, la historia de vida es el primer paso (Rodríguez, 2013, p. 61).
5. **Metas, objetivos y proyectos:** Este es el apartado más extenso de todo el proyecto de vida. Es necesaria la cumplimentación de toda una serie de elementos:
 - a. **Deseos de orden superior:** Sería el máximo deseo por cumplir de la persona. Para su consecución, debe tener coherencia y debe estar ligado al apartado de aquellas cuestiones que más valora la persona. Ejemplos: pasar tiempo con la familia; permanecer en su domicilio; no separarse de sus animales...
 - b. **Salud y autonomía:** Se recogen aquellos aspectos relacionados con la salud que le gustaría trabajar. Ejemplos: bajar de peso; dejar de fumar; mejorar su resistencia física para poder pasear durante más tiempo...
 - c. **Hábitos diarios y rutinas:** Recoger aquellos aspectos positivos o negativos de su rutina de actividades diaria con el objetivo de reforzar aquellos hábitos útiles, beneficiosos y bien valorados e intentar introducir cambios en aquellas rutinas y hábitos perjudiciales o mal valorados. Ejemplos: mantener la rutina de jugar una partida de cartas después de comer.
 - d. **Interacción social:** Recabar aquellos aspectos sociales que le gustarían o preferiría evitar la persona. Ejemplos: hacer nuevas amistades, participar en actividades lúdicas...
 - e. **Aficiones:** Se señalan aquellas tareas que le gusta realizar. Ejemplo: ver el fútbol; ver un programa determinado de la televisión; acudir a un sitio específico cada vez que se sale de casa...
 - f. **Apoyos de los que se dispone:** Uno de los apartados clave en el proyecto de vida es el establecimiento de aquellos apoyos con los que se dispone y con los que se puede actuar para llevar a cabo el proyecto de vida del usuario/a. Se diferencian 3 tipos de apoyos:
 - i. **Apoyos naturales:** Aquellos miembros de la familia que son capaces de prestar algún tipo de apoyo.
 - ii. **Apoyos profesionales:** En este apartado se recogen los recursos, servicios e intervenciones de los que dispondrá el usuario/a. En el caso de A Gusto en Mi Casa, los apoyos son los mencionados al inicio de este apartado.
 - iii. **Apoyos comunitarios:** Recursos ajenos a la familia y al proyecto que pueden beneficiar de algún modo a la persona incrementando su calidad de vida. Es en este apartado donde se pueden señalar la existencia de entidades del tercer sector, asociaciones, voluntarios o incluso la iglesia, cuya presencia en el medio rural es indiscutible.

Para que el proyecto de vida sea lo más completo y útil posible, representando fielmente la identidad del usuario/a, es necesario que se elabore en un contexto sosegado, en el que el respeto y la cercanía entre el profesional que ayuda a la elaboración y el usuario sean los aspectos que guían la conversación. Además, en el proyecto A Gusto en Mi Casa también se ha contemplado el carácter dinámico que debe tener esta herramienta, ya que es natural —especialmente en edades avanzadas— que las necesidades y circunstancias que giran en torno a las personas cambien, por lo que se han contemplado revisiones de los proyectos de vida con carácter semestral.

Uno de los aspectos que también se han realizado en el proyecto y que permite ver si la realización de los proyectos de vida resulta más o menos fiable es la evaluación de los profesionales por parte de los destinatarios. Partiendo de la premisa de que la elaboración del proyecto de vida es un acto íntimo, en el que pueden surgir algunas de las más profundas cuestiones existenciales como ser humano, todo apunta a que un proyecto de vida fiable y completo llevaría aparejado una buena valoración sobre el profesional de referencia encargado de su cumplimentación, especialmente en términos de respeto, buen trato y respeto a las decisiones. Si las valoraciones en este sentido son negativas, se podría sospechar que los proyectos de vida elaborados no reflejan correctamente la identidad de la persona y, por tanto, la intervención social podría quedar limitada obteniendo peores resultados en cuanto a mejora de calidad de vida.

Por último, uno de los aprendizajes adquiridos tras el proyecto y que debe servir para mejorar de cara al futuro es el hecho de que los usuarios/as deben conocer esta herramienta. No basta con que el profesional lo elabore para orientar su intervención profesional. Es necesario dedicar un período de tiempo para que el destinatario/a final conozca el significado del proyecto de vida, sea consciente de su implicación y tenga acceso al mismo en todo momento. El desconocimiento de esta herramienta lo único que puede provocar son hándicaps para el profesional,

pues ante repetidos acercamientos a la vida íntima de las personas se puede percibir un efecto semejante al del intrusismo o acoso personal, debilitando así el lazo entre profesional y usuario/a.

3. A MODO DE CONCLUSIÓN

En los últimos años el diseño y la implementación de herramientas como el proyecto de vida se han intensificado, realizándose grandes avances en este sentido. El conocimiento que tienen hoy en día los/as trabajadores/as sociales acerca del proyecto de vida constituyen un importante potencial científico-técnico, especialmente en uno de los campos con mayor proyección de futuro como lo es el de las personas mayores y/o dependientes en relación con los cuidados de larga duración.

Me aventuro a plantear la utilidad de organizar un sistema que ponga en común el conocimiento alcanzado en este momento acerca del proyecto de vida, no solo a nivel nacional, sino también a nivel internacional. Que agrupe, por un lado, los últimos conocimientos teóricos o científicos y, por otro lado, las formas de implantación a nivel práctico. Con esa doble finalidad, el presente artículo ha intentado ser el punto de partida presentando la Guía elaborada en Castilla y León y la aplicación en un proyecto de innovación social. Sin duda, son objetivos que requieren un esfuerzo y que requerirían la colaboración de diferentes instituciones, tanto académicas como profesionales. Sin embargo, si fuera posible salvar los obstáculos que puedan aparecer en el camino permitiría agrupar, sintetizar y sistematizar todo el conocimiento existente permitiendo un mayor aprovechamiento del trabajo conjunto de investigadores y profesionales de intervención. O, dicho de otra manera, facilitaría la difícil tarea de juntar teoría y práctica en aras del bienestar social. En este sentido, delimitar de manera unánime por la comunidad los aspectos que deben componer el proyecto de vida resultaría beneficioso para los que, a fin de cuentas, son nuestra razón de trabajar: los destinatarios de los servicios sociales.

También cabe plantear que el cumplimiento de este doble y ambicioso objetivo podría servir para una puesta en marcha de un grupo o asociación internacional de proyectos de vida. De esa manera, contaríamos en nuestra disciplina con un grupo de personas altamente especializadas con capacidad de coordinar trabajos de investigación a diferentes niveles, de ofrecer formación a todos aquellos interesados en introducir la herramienta para adaptar sus intervenciones y de supervisar el adecuado cumplimiento de los requerimientos (teóricos, prácticos y éticos) con los que se debe elaborar el proyecto de vida.

No cabe duda de que esta propuesta es una propuesta a largo plazo y que se fundamenta en la fortaleza que otorga la sistematización del conocimiento acumulado durante los últimos años de ejercicio profesional en Trabajo Social. Sería un proceso sujeto a constante revisión y ampliación de su contenido, siendo especialmente importante la implementación en el terreno práctico de esta herramienta, dotando a su vez de tiempo a los profesionales para que sea posible la generación y difusión del conocimiento extraído de la práctica profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Esfahani, E. (2017). *El arte de cultivar una vida con sentido*. Barcelona. Urano
- Guinot Viciano, C. (2017). *La centralidad de los vínculos relacionales en el ejercicio del trabajo social*. Trabajo Social: Arte para generar vínculos. Congreso Internacional de Trabajo Social.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- D'Angelo Hernández, Ovidio S. (2004). *Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social* [archivo PDF]. <https://bit.ly/3HEYWeu>
- Martínez Rodríguez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez Rodríguez, P. y Sancho Castiello, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red, n.º 12. [Fecha de publicación:30/07/2015]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Madrid, España: Fundación Pilares.

Salgado Pascual, C. (2019): *Guía para activar el proyecto de vida de personas en situación de dependencia y/o discapacidad que viven en su domicilio*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.

Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas, X., y Fernández, R. (2009). *Un concepto de Planificación Centrada en las Personas para el siglo xxi*. Fundación Adapta.

Belén Novillo García.
Ana García Montero.
Esperanza Sánchez
Hernández.
Ainara Ibarondo
Merino.
Rubén Yusta Tirado.
Beatriz Castaño
Albarrán.

Marta Cubero García.
Rosa M.ª Fernández
del Rey.
M.ª del Carmen
Mairena Cubero.
Clara Sanz Pascual.

Comisión de Informe
Social del Colegio
Oficial de Trabajo Social
de Madrid.
(Representantes de las
Comisiones de Atención
Social Primaria,

Comisión Deontológica,
Comisión de Trabajo
Social y Feminismo,
Comisión de Trabajo
Social Gerontológico y
Comisión del Área de
Justicia)

Comunicación 18

El Informe Social

Resumen: El Informe Social forma parte de la documentación específica del Trabajo Social, definido como el dictamen técnico que sirve de instrumento documental y que elabora y firma con carácter exclusivo un/a trabajador/a social.

Además, el Informe Social adquiere cada día más relevancia como derecho de la ciudadanía y en nuestra interrelación con otras profesiones. Con esta herramienta quedan reflejadas nuestras competencias y el acto profesional, incidiendo de forma determinante en la vida de la persona objeto de atención.

Este documento pretende ser una guía práctica que nos ayude como profesión a repensar, reflexionar y analizar tanto la importancia del Informe Social como la exigencia para su elaboración de un procedimiento profesional y técnico.

Palabras Clave: Informe social, Instrumento documental, Trabajo Social, Derecho ciudadanía.

Abstract: The Social Report is part of the specific documentation of Social Work, defined as the technical opinion that serves as a documentary instrument and is prepared and signed exclusively by a social worker.

In addition, the Social Report acquires more relevance every day as a right of citizenship and in our interrelation with other professions. With this tool, our competencies and professional act are reflected, having a decisive impact on the life of the person receiving care.

This document is intended to be a practical guide that helps us as a profession to rethink, reflect and analyze both the importance of the Social Report and the requirement for its preparation of a professional and technical procedure.

Keywords: Social report, Documentary instrument, Social Work, Right citizenship.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del documento de “El Informe Social” se ha llevado a cabo por parte del equipo redactor una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible sobre esta herramienta de intervención. Tras esta revisión, se establecieron grupos de discusión entre los/as colegiados/as que conformaron la Comisión del Informe Social del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. De cara a que todos los ámbitos estuvieran representados en el documento e intentando que el proyecto pudiera ser utilizado de forma indistinta en los diferentes ámbitos en los que interviene el Trabajo Social, los/as integrantes de este grupo de trabajo se seleccionaron teniendo en cuenta su participación en las diferentes comisiones de trabajo del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, entre las que se encontraba la Comisión de Atención Social Primaria, Comisión Deontológica, Comisión de Trabajo Social y Feminismo, Comisión de Trabajo Social Gerontológico y Comisión del Área de Justicia.

Tras la elaboración de un documento inicial mediante la técnica de división del grupo en otros más pequeños, donde se trabajó de forma individualizada las diferentes partes del documento de acuerdo con la formación de los/as profesionales, y tras la puesta en común y revisión por parte de todos/as los/as integrantes, se procedió a elaborar un grupo motor más reducido, que pudiera sintetizar todos los contenidos, así como aportarle un lenguaje y un estilo homogéneo.

A continuación, desarrollamos los contenidos del proyecto llevado a cabo por la Comisión.

INTRODUCCIÓN

El Informe Social forma parte de la documentación específica del Trabajo Social, y es definido como el dictamen técnico que sirve de instrumento documental y que elabora y firma con carácter exclusivo un/a trabajador/a social. A lo largo de la historia de esta disciplina, el Informe Social ha sido definido y clasificado por múltiples autores/as, que poco a poco han ido aportando su punto de vista en cuanto a este documento, siendo todos/as ellos/as relevantes a la hora de definir esta herramienta tal y como la conocemos actualmente.

Además, el Informe Social adquiere cada día más relevancia como derecho de la ciudadanía y en nuestra interrelación con otras profesiones. Constituye, tal y como indican Fhootherigen y Vahedzian (2010), *la vidriera de nuestra profesión*. Con esta herramienta quedan reflejadas nuestras competencias y el acto profesional, incidiendo de forma determinante en la vida de la persona objeto de atención. Por ello, este documento pretende ser una guía práctica aportada por los/as autores/as del documento, pequeña pero útil, que nos ayude como profesión a repensar, reflexionar y analizar tanto la importancia del Informe Social como la exigencia para su elaboración de un procedimiento profesional y técnico.

1. DEFINICIÓN INFORME SOCIAL

El Consejo General del Trabajo Social (2012), define el Informe Social como:

Dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del Trabajo Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional (p. 9).

Desde el marco deontológico, también se desprende que el Informe Social es:

- Un instrumento específico del Trabajo Social.
- Un documento que, tras una valoración de la situación social, emite una descripción de la misma e incluye un dictamen técnico.
- Un documento que siempre debe incluir el diagnóstico social como juicio crítico y técnico del/de la trabajadora social y que da respuesta al objeto del informe.

Con todas las definiciones desarrolladas a lo largo de la historia sobre el Informe Social, se consigue establecer una hoja de ruta en la que se puede concluir que esta herramienta parte de una motivación, un objetivo, que genera la necesidad de que el/la profesional estudie, valore, sintetice, dictamine y participe en la transformación de la situación de la persona o personas usuarias, en pos de una función informativa y cuyas pautas de elaboración son previamente establecidas.

2. OBJETO DEL INFORME SOCIAL

El objeto del Informe Social define su objetivo, el rumbo y la finalidad que debe cumplir. Es la respuesta a la demanda expresa que se nos pide sobre determinada situación o aspecto concreto de la vida o de los factores sociales y relacionales de una persona. Es muy importante delimitar el objeto de este, ya que ayuda a identificar el rumbo de la búsqueda, para encontrar las ideas implícitas o explícitas que lo sustentan a partir de un marco referencial y otras reflexiones adicionales.

Establecer qué datos y qué información hay que transmitir. Consiste, por tanto, en plasmar en el documento escrito la realidad observada y analizada.

No se trata de incluir todas las variables sociales. Si se tiene duda sobre la inclusión o no de ciertos datos la pregunta a formularse será si los datos en cuestión sirven para identificar la realidad social de la que tenemos que informar y si responde a lo que se nos pide o a lo que como profesionales queremos transmitir.

Se puede entender de esta forma, que el objeto de los informes sociales es de vital importancia para marcar la finalidad de cada uno de ellos y determinar con precisión y de manera exhaustiva la información que deben contener.

3. OBJETIVOS DEL INFORME SOCIAL

Los objetivos del Informe Social siempre deben perseguir atender una demanda que puede llegar de formas diferentes (directa, indirecta, derivada, implícita, explícita, inespecífica) pero que posee un denominador común a todos sus orígenes, y que es la necesidad de un diagnóstico y una posible intervención social.

Dentro de los objetivos del Informe Social encontramos:

1. Poner de manifiesto una situación de riesgo detectada.
2. Dar a conocer la existencia y características de una situación social con el propósito de paliarla o mejorarla.
3. Facilitar información a otro/a profesional del Trabajo Social que nos lo solicite o a otros/as profesionales para llevar a cabo seguimientos, valoraciones, derivaciones, y coordinaciones entre distintas entidades y servicios.
4. Promover y derivar a recursos especializados.
5. Aportar información para poder realizar y emitir el dictamen profesional.
6. Dar respuesta al objeto profesional del que se trate.
7. Informar a la persona usuaria de su situación y del diagnóstico social elaborado por el/la trabajador/a social.

4. TIPOS DE INFORME SOCIAL

Existen diversos tipos de informes sociales en función de su finalidad: derivación, acceso a prestaciones, obtención de servicios, peritajes para informar sobre determinadas situaciones sociales a instancias judiciales, organismos e instituciones, etc. Estos son algunos de los tipos de informes sociales que se pueden desarrollar en función de diferentes categorías de clasificación:

Según el nivel de intervención:

- **Individuales/familiares:** Hace alusión a la persona o personas con las que se interviene.
- **Grupales:** Cuando el objeto del informe afecte a un grupo de personas que reúna las características como para ser considerado como tal.

Por su diseño previo:

- **Modelos de Informe Social tipificado:** Existen informes sociales que se realizan cumplimentando un modelo predeterminado, en el que los distintos apartados se acompañan de opciones tipo de entre las que el/la técnico/a selecciona la más adecuada para el caso en estudio.
- **Modelos de Informe Social abiertos, pero con estructura preestablecida:** En estos modelos se indican las cuestiones que deben ir incluidas en el informe, pero las repuestas son abiertas.
- **Sin modelo previo:** Cuando no existe un modelo anterior a su edición y el/la profesional lo desarrolla de forma libre y acorde a la temática o al ámbito en el que se encuentra.

Por su finalidad:

- **De información, seguimiento o intervención.**
- **De solicitud**, cuando su finalidad es la obtención de prestación o servicio.
- **De cierre o transferencia de casos.**
- **Por la obligatoriedad de la emisión:**

o **Preceptivos:** Exigidos por disposición legal expresa.

o **Informes periciales:** Exposición de información descriptiva para realizar un análisis y valoración profesional que sirve de base probatoria para que se dicten sentencias fundamentadas y más ajustadas a las necesidades de las personas implicadas.

5. TIPS PREVIOS ANTES DE REALIZAR EL INFORME

A) Antes de elaborar un informe, es recomendable que nos hagamos algunas preguntas:

- ¿Qué quiero transmitir?
- ¿A quién?
- ¿Para qué?
- ¿Tengo todos los datos que necesito?
- ¿Es necesario, o no, el consentimiento de la persona usuaria?
- ¿Me solicitan un Informe Social u otro tipo de informe?

B) Respecto al informe social como proyecto global:

- Nos debemos enfrentar a cada Informe Social como un proyecto ÚNICO. Cada informe es distinto, adaptado a la finalidad que persigue.
- Debe estar siempre fundamentado con un diagnóstico social.
- Hay que identificar qué datos e información hay que transmitir y cuáles de los que disponemos en la Historia Social no tienen que aparecer, por no ser de utilidad para el objeto del informe. Se pueden y deben aportar datos descriptivos, pero solo los suficientes para la formulación del Informe Social. Se trata de plasmar en el documento escrito la realidad observada, analizada, interpretada y contrastada.
- Tiene que existir fiabilidad de los datos.
- Precisión terminológica.
- La información recabada para la elaboración del Informe Social se extrae de la Historia Social (Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, 2018) de ahí la importancia de las técnicas de recogida de la información. https://www.comtrabajosocial.com/cms/ficheros/documentos/historia_social_final_1.pdf
- La confección del Informe Social requiere dedicarle un tiempo determinado en unas condiciones adecuadas.
- Respecto al lenguaje, hay que tener en cuenta que el Informe Social puede ir dirigido a personas que no forman parte de nuestro entorno profesional, siendo necesario explicar adecuadamente cada uno de los tecnicismos, siglas y argot profesional utilizado. Si la información que transmitimos no describe adecuadamente las condiciones sociales y la interacción de la persona con su entorno social, podrá perjudicar a la misma.
- En función de la importancia del informe, es posible que sea adecuada la revisión por parte de otro/a trabajador/a social.

6. FASES DE ELABORACIÓN DEL INFORME SOCIAL

Antes de iniciar la elaboración del Informe Social, se solicitará a la persona el consentimiento para la emisión de este. Si la finalidad del Informe Social fuera la puesta en conocimiento a la Administración Pública competente de una situación de vulnerabilidad o de riesgo, también se deberá comunicar a la persona que se emitirá el Informe Social correspondiente.

Las fases para la elaboración del Informe Social son tres: estudio previo, elaboración y envío y custodia.

1. **Estudio previo.** Antes de la realización del informe es necesario orientar el trabajo al objeto del mismo. Se inicia la fase de estudio aplicando las metodologías y técnicas propias del Trabajo Social, como la entrevista, la visita domiciliaria, la observación, el análisis documental, etc. El/la trabajador/a social debe conocer la situación social de la persona, la familia o el grupo y la interacción de esta con su medio. Una adecuada recogida de información y sistematización de la misma, va a propiciar una buena elaboración del Informe Social.

2. **Elaboración.** Fase de redacción del informe y su traslado, con la máxima confidencialidad posible, a su destinatario. En ese apartado se recogen algunas cuestiones básicas, pero que requieren ser señaladas para evitar situaciones de mala praxis:

- Los informes reflejarán respeto a la persona, incluyendo un tratamiento adecuado, evitando juicios de valor, etc.
- Se cuidará el aspecto formal del mismo (redacción, lenguaje, estructura, etc.).
- Serán veraces y se incluirán datos constatados u objetivados.

3. **Envío y custodia.** El medio que se utilice deberá garantizar que este llegue a su destino sin intermediarios y protegiendo la intimidad e identidad de las personas. Respecto a la custodia, el Código Deontológico atribuye esta tarea al/a la trabajador/a social.

Por último, se recomienda leer, revisar y entregar el Informe Social a la persona, ya que tiene la propiedad legítima del mismo, salvo casos en los que haya que denunciar un hecho delictivo u omisión de deberes. Esta intervención final, permite una interacción con la persona donde se debaten conceptos, puntos de vista, se contrastan datos, se explica el diagnóstico social, etc., resultando, en muchas ocasiones, un avance en la intervención social (Massons *et al.*, 2018).

7. ESTRUCTURA DEL INFORME

A la hora de referirnos a la estructura del informe, Chinni *et al.*, (2018) afirman que:

El Informe Social debe contener necesariamente una evaluación profesional y en la misma, resulta fundamental la presencia de aspectos básicos que se resumen en: la explicitación de la situación-problema, cómo dicho problema le afecta a esa persona o grupo, cuál es el contexto más amplio en el que se inscribe, cuáles son los factores que inciden positiva y negativamente y una propuesta de acciones a seguir o medidas a tomar (p. 5).

Este informe también debe contener dos partes diferenciadas. Una *descriptiva*, donde se exponen los factores sociales, se describen los hechos y los datos recogidos en el estudio, y la intervención social realizada; y otra evaluativa y diagnóstica, con el análisis y con la información tratada, y que interrelacione los datos con la valoración profesional, lugar donde se incluye el diagnóstico social.

Es decir, la primera parte del Informe Social consiste en la recopilación de la evidencia y la segunda, corresponde a la *interpretación* de estas evidencias, que nos llevan a las inferencias (Richmond, 1917) o al juicio diagnóstico profesional. Teniendo esto en cuenta, planteamos una propuesta de estructura del Informe Social:

7.1. Identificación del informe

- **Identificación de la entidad y persona que emite el informe.** Es importante que aparezca de forma explícita el/la profesional que realiza el informe, ya que contribuye a reforzar el espacio profesional, puesto que el documento que estamos realizando únicamente puede ser emitido por nuestra disciplina profesional, al igual que el número de colegiado/a.
- **Lugar y fecha de realización.** Ayuda a ubicar el informe e impide que sea utilizado con otro fin en otro momento. La fecha es importante porque relaciona la situación de la persona con el momento de su historia, circunstancias que se pueden alterar con el paso del tiempo.
- **Objeto del Informe.** Finalidad para la que se emite el informe.
- **Institución Receptora.** Servicio al que va dirigido, lo cual permite ubicar el informe, situándolo en el contexto de intervención.
- **Número de expediente o código de referencia,** en caso de que exista.

7.2. Datos de identificación de la persona o unidad familiar

- Nombre y apellidos.
- Domicilio: Calle, localidad, código postal, barrio, teléfono, padrón, etc.
- Fecha y lugar de nacimiento.
- Estado civil.
- DNI/NIE/Pasaporte.

- Profesión.
- Ocupación.
- Datos de identificación de la unidad familiar.
- Datos de identificación de las personas de apoyo.
- Genograma, el cual supone la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre la estructura y/o composición de una familia (genograma estructural) y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros (Suárez, 2010).
- Situación administrativa: Padrón, autorización de trabajo y residencia, protección internacional, etc.

* “Se debe tener en cuenta que todos los datos de identificación de la persona deben ser necesarios para el informe y, en todo momento, acordes a la finalidad de este. De igual manera, se pueden añadir u omitir los datos de identificación que creamos adecuados para la concreción de este”.

7.3. Metodología utilizada para la realización del informe social

En este apartado se explicitan o especifican las acciones llevadas a cabo para obtener la información de cara a la elaboración de informe. Aporta credibilidad y rigor en el Informe Social, además de mostrar las técnicas y fuentes consultadas y utilizadas.

En este apartado tendrán que reflejarse aspectos como las fechas y el número de acciones realizadas: entrevistas individuales, familiares, visitas domiciliarias, coordinaciones con profesionales externos/as a la institución que emite el informe, etc., y numerar documentos utilizados, emitidos y/o visualizados.

También se pueden incluir herramientas utilizadas para la elaboración del diagnóstico social.

7.4. Parte descriptiva del informe

En esta parte del cuerpo del informe, debemos recoger los **factores sociales** necesarios para el informe. Su redacción debe ser descriptiva, no valorativa, dejando esta parte para el apartado del diagnóstico.

Como factores sociales de referencia podemos utilizar los siguientes indicadores sociales:

- **Situación de salud.** En este apartado no se trata de realizar una enumeración de diagnósticos médicos, sino de hacer una descripción de los efectos que tiene la enfermedad en la vida de la persona. Informar sobre Discapacidad/Dependencia, si estas situaciones están reconocidas, el cuidado de las enfermedades diagnosticadas y/o cumplimiento del tratamiento prescrito, el consumo/abuso/dependencia de sustancias, comorbilidad que agrava la situación de salud, etc.
- **Situación de vivienda.** Régimen de tenencia, condiciones de habitabilidad, acondicionamiento, descripción de otros tipos de vivienda: infravivienda, situación de calle, accesibilidad, etc.
- **Situación económica.** En este apartado pueden incluirse indicadores sobre el control y manejo del dinero dentro del grupo familiar, procedencia de los ingresos, renta per cápita, etc.
- **Situación educativa y formativa y laboral.** Acciones de accesibilidad al mundo laboral, la posibilidad, o no, de que todos los miembros de la unidad familiar tengan acceso a empleo y formación, el acceso a la educación de las personas menores de edad, el nivel socioeducativo de la familia, etc.
- **Dinámica familiar.** Cómo se construyen las relaciones dentro del núcleo familiar, con la familia extensa, la responsabilidad en los cuidados de las personas dependientes, la toma de decisiones, el nivel de identificación con los mandatos de género, la descripción de la organización de la unidad convivencial o la descripción de las interacciones conflictivas y/o perjudiciales y positivas, entre otros aspectos.
- **Dinamismos vitales.** Se trata de entender la interacción y la relación de la persona consigo misma: su impulso vital (conciencia de la situación, autoestima, sentido de vida, motivación al cambio), capacidad de poner en práctica el desempeño de las capacidades y competencias vinculadas a la autonomía personal, habilidades sociales de la persona, etc.
- **Redes sociales de apoyo.** Consiste en la descripción de los apoyos con los que cuentan las personas, pudiendo ser estos primarios, secundarios, etc. En este apartado también se puede hacer referencia a si existen medidas voluntarias o judiciales de apoyo.
- **Interacción con el entorno.** En este apartado se puede describir su participación en la comunidad, la aceptación social. Situaciones de aislamiento social, soledad no deseada, fragilidad de vínculos sociales, etc. Uso del ocio y tiempo libre, uso de los servicios comunitarios.

-Situación judicial o medidas legales. Inclusión de aspectos relacionados con las medidas legales y/o judiciales que se han establecido previamente, así como las medidas de protección o de apoyo. En este sentido se podrán recoger aspectos como los procesos de curatela, guarda de hecho, causas penales, etc.

7.5. Indicadores

Los indicadores son unidades de análisis que sirven para categorizar las diferentes situaciones sociales. La selección de dichos indicadores ayuda a realizar y reforzar y objetivar el diagnóstico.

El modelo operativo de indicadores tiene como funcionalidad la sistematización de todas las variables que comprenden el mundo interaccional. Suponen, además, la comprensión de los fenómenos que interfieren en el desarrollo de la vivencia personal y las condiciones que han de producirse para modificar las situaciones que sean factibles de cambio. Por ejemplo, para poder exponer la situación económica de una persona, se puede utilizar como indicador el salario mínimo interprofesional (según revisiones publicadas en el *BOE*); para describir la situación de la vivienda, se puede realizar en base a la clasificación Ethos (European Typology on Homeless and Housing Exclusion); etc.

** “La diferencia fundamental entre los factores sociales y los indicadores, es que los primeros describen de manera objetiva los diferentes ámbitos que pueden analizarse, mientras que los segundos, son categorías preestablecidas y validadas desde diferentes ámbitos de protección social”.*

7.6. Diagnóstico social: pronóstico y propuesta de intervención

El diagnóstico es un proceso dialógico narrativo que conlleva, no solo recoger información, sino elaborarla, sistematizarla, analizarla e interpretarla, para definir con mayor exactitud posible, tanto la situación como las características del individuo y actuar sobre esa situación y promover un cambio. (Ituarte *et al.*, 2017, p. 87).

El Informe Social y su diagnóstico correspondiente, se centra en un momento determinado de la persona. Por este motivo el Informe Social corresponde a un momento de la intervención, no a un elemento único que pueda ser utilizado indistintamente o en cualquier momento del desarrollo vital de la persona.

También es importante tener en cuenta que las **herramientas o escalas de medición** apoyan el diagnóstico social pero no sustituyen al diagnóstico. En este sentido, los/as trabajadores/as sociales podrán hacer uso de estas herramientas, pero posteriormente deberá reflejar un diagnóstico social propio, que perfectamente podrá apoyarse en los resultados obtenidos.

El **pronóstico** es el nexo entre el diagnóstico y la programación de la intervención. Es la acción de predecir situaciones, acciones y resultados que se pueden producir en función de las intervenciones que se desarrollen (Arredondo, 2010). Consiste básicamente en prever cómo va a evolucionar la situación si se interviene o no (Aguilar, 2013), en qué momento se hará y por qué.

La propuesta de intervención recoge las acciones que se llevarán a cabo para dar respuesta al diagnóstico social previamente elaborado.

7.7. Finalizando el informe

El Informe Social lo elabora y firma con carácter exclusivo el/la trabajador/a social. Su firma significa reconocer su autoría y responsabilizarse de su contenido y del dictamen incluido en el mismo. Explicitar el número de colegiación es obligatorio, ya que identifica al/a la profesional como miembro de la organización colegial, la cual habilita para el ejercicio profesional.

8. OTRAS RECOMENDACIONES

A continuación, recogemos algunas recomendaciones de estilo que han de tenerse en cuenta a la hora de elaborar un Informe Social:

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información recogida en este informe es estrictamente confidencial y afectada por la legislación vigente de protección de datos, por lo que debe tratarse con extremado sigilo profesional.

TEMPORALIDAD: Las conclusiones que se formulan en el informe, se refieren única y exclusivamente a la situación que existía en el momento de desarrollo del informe; por ello, los resultados no pueden extrapolarse a otras circunstancias. Se recomienda que la información contenida y posteriormente tratada en los Informes Sociales se atenga al criterio de temporalidad de seis meses.

CRITERIOS DE CALIDAD: La redacción del informe deberá ser ordenada y se enumerarán todas las páginas, utilizando un lenguaje objetivo, claro, técnico y científico. Se han de identificar y delimitar los factores que están influyendo en la situación de forma precisa y rigurosa, lo que nos permitirá elaborar unas conclusiones basadas en la evidencia. Se debe evitar el uso de frases muy largas. También se debe evitar todo tipo de sesgos, prejuicios, etc., poniendo el énfasis en las potencialidades y capacidades de la persona.

LENGUAJE INCLUSIVO: A la hora de redactar los informes sociales, es importante que atendamos al uso del lenguaje. El lenguaje es una herramienta poderosa, con la cual estructuramos nuestro pensamiento y a través del cual representamos el contexto en el que vivimos. Nombrar y visibilizar a mujeres y hombres de forma diferenciada, nos permite reflejar la realidad de una manera más ajustada, disminuyendo el daño social que produce la invisibilización de las personas.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Es de suma importancia que los informes sociales respondan a los principios éticos del Trabajo Social y que cumplan con las obligaciones deontológicas de confidencialidad y secreto profesional como garantía de una buena praxis o actuación profesional con la ciudadanía. El secreto profesional se extiende a todos los datos que el/la trabajador/a social conozca de la persona. Se trata de garantizar la protección y la seguridad de la persona. Por otro lado, como venimos recogiendo a lo largo de este documento, en el Informe Social solo deben incluirse los datos o circunstancias relevantes para el caso (principio de minimización del Reglamento Europeo de Protección de Datos). Por ello, es de suma importancia cuidar el tratamiento que le damos a la información que recabamos sobre las personas o familias y reflexionar sobre si dicha información es o no pertinente. Se trata de evitar un inadecuado tratamiento durante la recogida, la elaboración y el envío del informe.

10. QUÉ NO ES UN INFORME SOCIAL

No todos los documentos que elaboramos en nuestra actividad profesional son informes sociales. En el momento actual, desde los distintos ámbitos del Trabajo Social, se reciben multitud de peticiones de informes que no tendrían la entidad de Informe Social.

Son los denominados “informes trampa” o aquellos que nos requieren a los/as trabajadores/as sociales para acreditar, por ejemplo, si las personas pueden acceder a un recurso, prestación, alimentos, bonificaciones de compañías eléctricas (empresas eléctricas y de otros suministros), etc., pero estos documentos no requieren de diagnóstico social (Ormaetxea *et al.*, 2020)

Es importante identificar que los informes sociales no son documentos emitidos con el objetivo de certificar ingresos, composiciones de la unidad familiar o lugar de empadronamiento, ni emitidos para certificar la situación de vulnerabilidad o de exclusión para acceder a un puesto de trabajo, entre muchas otras cuestiones que acaban llegando a manos de un/a trabajador/a social. **Un Informe Social no puede ser considerado como tal si no incluye un diagnóstico social.**

10.1. El Informe Social y las Escalas de Valoración Social

La principal diferencia que encontramos entre el Informe Social y las Escalas de Valoración Social es que estas últimas son un instrumento dirigido a la elaboración del diagnóstico social, el cual debe estar recogido dentro del Informe Social. De esta forma, las Escalas de Valoración Social son instrumentos que pueden ser utilizados por los/as trabajadores/as sociales en la elaboración de los informes sociales, siendo un medio adecuado en la identificación de aspectos sufridos o sentidos por las personas usuarias. Por ello, se puede concluir que las Escalas de Valoración Social son **un medio para la elaboración del diagnóstico social** que, a su vez, debe estar **incluido en el Informe Social**.

10.2. El Informe Social y el Proyecto de Intervención Social

A diferencia del Informe Social, donde nos encontramos con una finalidad informativa de la situación de la persona usuaria, el Proyecto de Intervención Social tiene como objeto el propio **diseño de la intervención social**, donde encontraremos aspectos compartidos con el Informe Social, como la evaluación-diagnóstico, pero aspectos que van más allá de las funciones de este documento y que son mucho más concretos en relación al proceso de intervención con la persona o personas usuarias, como son la utilización de recursos, las actividades, la temporalización o los criterios de evaluación.

Es decir, mientras que el Informe Social cuenta con una finalidad informativa de la situación de la persona usuaria, este instrumento supone una planificación en sí misma, donde se van a emplear otras **herramientas propias del Trabajo Social** pero con un **objetivo totalmente distinto** al del Informe Social.

10.3. El Informe Social y los Informes Multidisciplinares o Interdisciplinares

En ocasiones, los/as trabajadores/as sociales participan en la elaboración de informes multidisciplinares o interdisciplinares, en la intervención integral con las personas usuarias. Estos informes pueden contener aspectos propios del Informe Social, en cambio no pueden ser identificados como tal, puesto que el desarrollo de estos **no está realizado exclusivamente por trabajadores/as sociales**. Por tanto, se puede concretar que estos informes son diferentes al Informe Social, ya que la autoría y contenidos de este pueden tener un carácter multidisciplinar, cuando confluyen valoraciones de varios/as profesionales en el mismo, o interdisciplinar, cuando nos referimos a informes cuyo desarrollo se ha llevado a cabo por profesionales pertenecientes a varias disciplinas. Es la **autoría** una de las principales diferencias existentes entre estos informes y el Informe Social.

Por último, es posible que estos informes contengan un apartado relacionado con la valoración social de la persona usuaria. En cambio, no todos ellos tendrán toda la información recogida en el Informe Social o que se ajuste a la definición que hemos visto previamente, por lo que **la estructura y los contenidos** serán otro de los aspectos para tener en cuenta en la diferenciación de estos dos tipos de informes. Cada profesional dentro de sus competencias profesionales debe responsabilizarse de la parte que realiza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chinni, S., Maldonado, M., y Pérez, N. (2018). "Fundamentos técnico-metodológicos para la elaboración de aproximaciones diagnósticas dentro de los informes sociales". *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 89(1), 1-7.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. (2018). *La Historia Social, herramienta del Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social. (9 de junio de 2012). Código Deontológico del Trabajo Social. 15 https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Fotheringham, M., y Vahedzian, C. (2010). "El Informe Social: vidriera de una profesión". *Miríada*, 3(5), 143-149.
- Massons Rabassa, M. T., Mata Romeu, A., y Rivera Puerto, J. M. (2018). *Recomendación colegial para la confección y presentación de informes sociales*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/castellon/files/INFORMES%20SOCIALES%20TSCAT-CAST.pdf>
- Ormaetxea Cazalis, I., Duque Carro, E., y Laka Eskauriaza, A. (2020). "El desarrollo conceptual del diagnóstico social: en juego la identidad y pervivencia del Trabajo Social como disciplina científica". *Servicios Sociales y Política Social*, 122(1), 11-48.
- Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis*. Rusell Sage Foundation.
- Suárez Cuba, M. A. (2010). "El Genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia". *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57.

M.ª José Planas García de Dios
Eva María Toledano Sacristán

Ana Blanco Martín
Raquel Millán Susinos

Comunicación 19

Incorporación de Trabajo Social Sanitario en la cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: oportunidad para el abordaje social centrado en la salud de las personas

Resumen: En el año 2021 se incorpora en la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS la atención social realizada por las Unidades de Atención Específica de Trabajo Social, para posibilitar la realización del Diagnóstico Social Sanitario en algunos de los servicios.

En este artículo proponemos una reflexión acerca del procedimiento realizado, con la finalidad de establecer la intervención social como estándar de calidad.

El estudio se realiza mediante la herramienta DAFO para analizar de forma descriptiva la situación actual e identificar áreas de mejora y estrategias de futuro.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud, Cartera de Servicios, trabajo social sanitario, factores psicosociales, diagnóstico social sanitario, criterio de buena atención (CBA).

Abstract: In 2021, social care provided by the Specific Care Units of Social Work is incorporated into the SERMAS Standardized Service Portfolio, to enable the completion of the Social Health Diagnosis in some of the services. In this article we propose a reflection on the procedure carried out, with the aim of establishing social intervention as a quality standard.

The study is carried out using the SWOT tool to descriptively analyze the current situation and identify areas for improvement and future strategies.

Keywords: Primary Health Care, Service portfolio, health social work, psychosocial factors, Health Social Diagnosis, good care criteria.

1. BREVE HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Trabajo Social Sanitario (TSS), tiene dos vertientes diferentes, pero relacionadas. La primera, de carácter socio-epidemiológico, consiste en aportar al resto de profesionales de la salud, conocimientos que permitan comprender cómo los factores sociales y psicosociales afectan a la salud de individuos y comunidades; la segunda, de carácter clínico, implica el tratamiento del malestar psicosocial y de los problemas psicosociales que acompañan a los procesos de enfermedad. El TSS versa sobre la participación en la prevención y asistencia del mantenimiento de la salud, no necesariamente desde una mirada terapéutica, sino propia del sistema sanitario con un diagnóstico sanitario y las prestaciones y/o la cartera de servicios (Ituarte y Fombuena, 2022).

El objetivo del trabajo social en salud es evitar, en la medida de lo posible, los desajustes socio familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud, y posibilitar la participación de las personas enfermas y familiares durante todo el proceso de atención a su salud.

El TSS en la intervención social tiene como fin último transformar, para mejorar, las circunstancias pasadas y actuales conflictivas que presenta la persona y su familia, en relación con el entorno social y su salud. Por tanto, la intervención social sanitaria, es una herramienta que favorece y acompaña en el proceso de transformación de la persona, de su red social y del ámbito comunitario.

Es una realidad que en el ámbito sanitario se requiere de la participación de todo tipo de profesionales. Desde diferentes disciplinas, se aportan conocimientos, habilidades y procedimientos para contribuir a la mejora de la ciudadanía. Pero también es una realidad que el TSS ha participado activamente en incluir “lo social” como parte consustancial a la persona, contemplándola siempre en su globalidad y no solo en circunstancias extraordinarias o de extrema necesidad.

En la Atención Primaria de Salud (AP), el trabajo en equipo se encuentra presente en la base de sus modelos organizativos desde 1984 (Real Decreto 137/1984) como parte integrante del equipo en los centros de salud. Según la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2017, p.19), en este nivel asistencial el/la TSS presta sus servicios en atención directa a las personas, familias o personas cuidadoras de las mismas que precisen soporte social por enfermedad o deterioro de la salud, y se realizan actividades que comprenden desde la promoción y educación de la salud, hasta la prevención de la enfermedad, además de la atención a las personas/familias/grupos, con enfermedades agudas y crónicas.

Es decir, aquellas cuestiones que tienen que ver con la prevención primaria, secundaria y terciaria: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento de esta cuando se produce, rehabilitación en la medida en que sea posible y finalmente, las medidas a tomar para asegurar un final ético y en condiciones dignas a las personas que se encuentran en situación terminal, o que por su sufrimiento físico o mental sienten que no pueden, o no desean, seguir viviendo.

Otro aspecto que caracteriza al TSS en AP, es potenciar la participación activa con y para la comunidad de referencia, para conseguir mejores niveles de salud. Realizando la acción social en salud con implicación de la comunidad, en la resolución y potenciación de todos los aspectos que tengan que ver con la salud y la enfermedad de la población.

El TSS interviene con toda la unidad de convivencia, trabajando por un presente y un futuro según evoluciona la enfermedad. La calidad de la intervención psicosocial en tiempo real, junto a otros y otras profesionales del equipo multidisciplinar, supone una optimización de los recursos socio sanitarios.

También desde la profesión de trabajo social se deben descubrir o redescubrir los recursos personales, emocionales, educativos y socioeconómicos de las personas, en muchas ocasiones, por las circunstancias que están viviendo, no son conscientes de sus potencialidades, capacidades, herramientas y recursos personales para vivir el proceso de salud-enfermedad.

Según Ituarte y Fombuena (2022), ninguna intervención profesional puede considerarse trabajo social si no se sustenta firmemente en la perspectiva psicosocial de la persona en su situación.

2. CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Definición: *Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid es la oferta de prestaciones y servicios de especial seguimiento a los ciudadanos, priorizados en función de los problemas de salud relevantes y necesidades sentidas por la población madrileña, que son susceptibles de ser atendidos en el primer nivel asistencial y en los que, mediante el establecimiento de estándares, se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención.* (CSE de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021, p. 8).

En 2006 se publicó el RD 1030/2006, por el que se establecía la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se trataba básicamente de un catálogo de las prestaciones que se ofertaba en todo el SNS, priorizada en función de las necesidades y de las demandas de la población, así como de la política sanitaria.

A partir de este momento el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) es responsable del desarrollo de la normativa propuesta en este Real Decreto, y establece el *Plan de mejora de Atención Primaria 2006–2009*, dentro de cuyas líneas está la revisión y actualización de la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE), editada en el año 2007 y cuyo planteamiento es:

- El desarrollo y mejora de los servicios sanitarios que se ofertan a la población desde el nivel asistencial.
- Una herramienta de gestión y mejora continua de la calidad de la práctica asistencial.
- Con carácter dinámico, por lo que se realizan revisiones periódicas para su actualización.

Se van realizando actualizaciones cada cierto tiempo, siendo la última en julio de 2021, en la que se incluye por primera vez Criterios de Buena Atención (CBA) de TSS en varios de los servicios existentes.

Esta versión de la CSE está compuesta por 40 servicios, y 222 indicadores:

- 47 son indicadores de cobertura, criterios de inclusión.
- 175 criterios de buena atención.

Los servicios que se han incorporado en la última actualización como CBA, plantean la derivación para diagnóstico social sanitario, con el fin de protocolizar y estandarizar la valoración social y el plan de actuación social sanitario. Se ha incorporado en los siguientes servicios:

• Sº 102: SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA

CBA 4. Valoración de relaciones sociofamiliares.

Aclaración: Derivación a TSS si existe presencia de riesgo psicosocial:

- La presencia de un entorno alterado que impida el desarrollo físico, psíquico y social saludable será considerada como un indicador de riesgo psicosocial y se valorará la derivación a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud para diagnóstico social sanitario.

• Sº 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA

CBA 6. Plan de actuación social sanitario para mujeres con indicadores de riesgo social de la gestante en el período prenatal.

Aclaraciones: Los indicadores de riesgo social de la gestante en el período prenatal son:

- Voluntad truncada de interrupción voluntaria de la gestación
- Planteamiento de adopción
- No control deliberado de la gestación
- Conductas de riesgo para el feto
- Gestante adolescente/progenitores inmaduros
- Depresión en relación con la gestación
- Hija e hijo no deseado.

Las mujeres que presenten indicadores de riesgo social serán derivadas para realizar el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud. (CSE de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021).

• Sº 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS

CBA 4. Plan de actuación social sanitario para pacientes Nivel de Intervención Alto (NIA).

• **Sº 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

CBA 5. Plan de actuación social sanitario para pacientes NIA alto.

• **Sº 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA**

CBA 6. Plan de actuación social sanitario para pacientes NIA alto.

• **Sº 414: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON EPOC**

CBA 6. Plan de actuación social sanitario para pacientes NIA alto.

• **Sº 416: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL**

CBA 5. Plan de actuación social sanitario para personas con consumo perjudicial de alcohol (AUDIT entre 6/8 y 20 puntos).

• **Sº 419: ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR**

CBA 5. plan de actuación social sanitario para pacientes con NIA alto o con riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥ 10).
Aclaraciones:

- Se recomienda a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención a la persona Cuidadora.
- Los contactos telefónicos se realizan al menos trimestralmente.
- La realización de visitas domiciliarias vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada.

• **Sº 420: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL**

CBA 7. Plan de actuación social sanitario para pacientes con dependencia grave o total. (Índice de Barthel ≤ 60) o riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥ 10).

• **Sº 502: ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

CBA 6. Plan de actuación social sanitario para pacientes con riesgo sociofamiliar . (Escala Gijón ≥ 10).

• **Sº 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR**

CBA 6. Plan de actuación social sanitario para los incluidos en el servicio.

EL PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO incluye:

• Anamnesis/valoración:

- La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón), conflictividad en las relaciones sociofamiliares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Test de Zarit reducido).
- La red de apoyo social (Cuestionario de apoyo social MOS).
- La situación psicosocial.

• Un diagnóstico social sanitario.

• Alguna de las siguientes intervenciones:

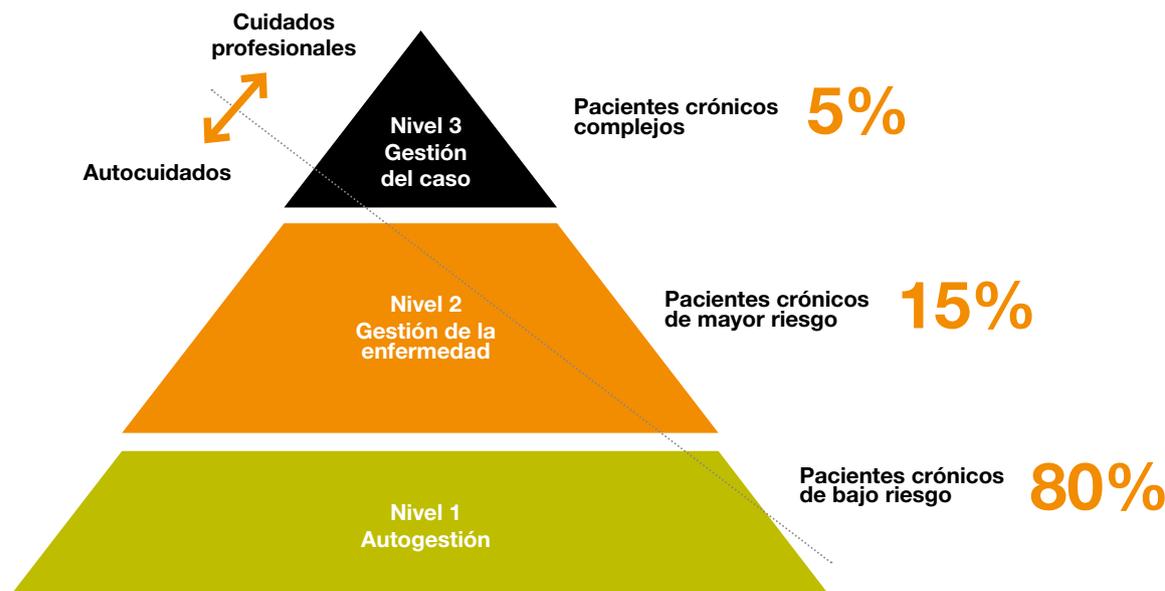
- o Información, orientación y asesoramiento
- o Apoyo psicosocial
- o Coordinación socio-sanitaria
- o Derivación a otros recursos comunitarios
- o Contactos telefónicos
- o Visitas domiciliarias

3. TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADO

Para llegar a la inclusión de TSS en CSE, tenemos que incluir un breve resumen en el que explicar los criterios de intervención.

En la Comunidad de Madrid se desarrolla a partir de la Estrategia de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas (2013) un modelo de gestión de casos a través del cual se identifican tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente, para permitir una gestión más eficiente de los recursos.

Gráfico modelo Kaiser Permanente. CM. Estrategia atención a pacientes con enfermedades crónicas (2013, p. 23)



Adaptando la intervención según las necesidades de cada nivel de riesgo podemos encontrar tres niveles:

- **Nivel 1:** pacientes crónicos que presentan condiciones en estados incipientes, y reciben apoyo para su autogestión.
- **Nivel 2:** pacientes de mayor riesgo y menor complejidad. Requieren una gestión de la enfermedad que combina la autogestión y cuidados profesionales.
- **Nivel 3:** pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad, que precisan una gestión integral en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.

En el nivel 3 estaría Paciente Crónico Complejo (PCC). A su vez existiría una estratificación asociada al nivel de intervención —bajo, medio o alto—.

Por tanto, la mayor vigilancia e inversión de recursos se hace en el Paciente Crónico Complejo, con **Nivel de Intervención Alto (NIA)**.

La inclusión en CSE es un salto cualitativo, porque permite protocolizar y estandarizar la valoración social en relación a la detección del riesgo psicosocial en determinados servicios que se ofertan a la población de la Comunidad de Madrid.

El impacto que se intenta conseguir determina la detección e intervención social protocolizada en estas situaciones, porque hay factores que pueden favorecer la aparición de problemas sociales o de mayor vulnerabilidad en la aparición de enfermedades físicas y/o psíquicas. Estos factores están vinculados a condiciones socioeconómicas, familiares, relacionales y del entorno de la zona básica de salud donde viven las personas, especialmente las que presentan mayor vulnerabilidad y cronicidad y fragilidad social.

Cuando hablamos de vulnerabilidad social, hacemos referencia a un concepto multidimensional y dinámico. Se relaciona con la inseguridad e indefensión en las condiciones de vida, eventos traumáticos, capacidad de manejar recursos (internos y externos) y estrategias de afrontamiento (Zúñiga, 2020)

En el enfoque de riesgo un concepto clave es el denominado *Factor de Riesgo*. Sería aquel rasgo o situación que se detecta en un sujeto o grupo y que está asociado estadísticamente con un aumento en la probabilidad de sufrir un daño para la salud. “La identificación de estos factores permitirá pronosticar y prescribir en aquellos casos donde se haya detectado una determinada patología. Pueden detectarse factores de riesgo tanto en el ámbito personal, como social y ambiental” (Aguilar, 2013, p. 310).

Para identificar grupos expuestos a factores de riesgo social se tienen en cuenta indicadores sanitarios (morbimortalidad, prevalencia, frecuencia de un problema), e indicadores sociales (socio-culturales, residenciales, económicos, disfunciones familiares, etc.).

Estos indicadores sociales facilitan los criterios de riesgo social, destacando aquellas situaciones que repercuten en las personas que son objeto de una intervención sanitaria, impidiendo o dificultando la atención que reciben de estos programas sanitarios.

4. IMPORTANCIA DE LA INCORPORACIÓN DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Desde el año 2009 se hacen intentos de incorporar en CSE una cartera propia de TSS elaborada por diferentes profesionales, y en todos ellos fue rechazada por diferentes causas.

En el año 2020 también se deniega la cartera propia y se posibilita la creación de un grupo para elaborar criterios que se puedan incorporar de manera transversal en diferentes servicios.

En 2021 se establece un grupo de TSS con las siete Referentes de las Unidades de Atención Específica de TSS de las correspondientes Direcciones Asistenciales de Atención Primaria, con la coordinación técnica de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad para trabajar la inclusión del trabajo social de forma específica en la CSE, estableciéndose los servicios y criterios de buena atención más adecuados en cada caso. Bien es cierto que el trabajo es el resultado de la tarea realizada durante muchos años por diferentes profesionales de Trabajo Social en Atención Primaria, aunque las que estuvieron coordinando el trabajo fueran las referentes.

El criterio para inclusión en cartera de servicios es la evidencia científica. Se realizó una revisión bibliográfica en busca de una escala específica para medir criterios de riesgo social, y finalmente, el grupo de trabajo consensuó que la más adecuada y de uso más extendido en CSE —y en general en Atención Primaria— es la escala Gijón.

Teniendo en cuenta el Marco Estratégico (2019), se decide que el TSS aparecerá de forma transversal en Cartera centrado en el nivel de intervención de los pacientes, sobre todo del Paciente Crónico Complejo. Se instaura como Criterio de Buena Atención la derivación a la Unidad de Trabajo Social Sanitario para realizar valoración de la situación sociofamiliar, red de apoyo social, establecer el diagnóstico social sanitario y realizar las actuaciones pertinentes.

5. TRANSCENDENCIA DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL SANITARIO

El diagnóstico social sanitario (DSS) es el elemento más relevante que diferencia al Trabajo Social Sanitario de otras disciplinas de la salud y de otros ámbitos del Trabajo Social. Por tanto, nos encontramos ante una atención especializada que requiere de una visión biopsicosocial de la salud y de una formación específica en conocimientos, técnicas, metodologías y protocolos propios.

Tal como indican Otero *et al.* (2017, p. 69), para llegar a un diagnóstico social sanitario siguiendo el método científico es necesario recorrer diferentes fases: identificativa (datos básicos de la persona), metodológica (proceso metodológico de recogida de información), descriptiva (relato objetivo), evaluativo-diagnóstica (juicio técnico), prescriptiva (diagnóstico) y prospectiva (evolución).

Estas fases se encuentran unificadas en la Cartera de Servicios Estandarizada en tres procesos. De forma que, para llegar a un DSS, se inicia una fase previa de estudio e investigación denominada valoración y/o anamnesis social. En segundo lugar, se realiza una etapa de definición del diagnóstico social sanitario propiamente dicho. Y, finalmente con la información obtenida, se determina el proceso de intervención en un plan de intervención social. De manera que, el diagnóstico social sanitario se convierte en el centro sobre el que giran los procedimientos, protocolos y planes de intervención profesional.



En la *valoración y/o anamnesis social*, se evalúa tanto el proceso de salud-enfermedad de la persona como sus aspectos psicosociales. En la confluencia de estos ámbitos, es donde se realiza una valoración biopsicosocial de una persona/familia y donde convergen lo social y lo sanitario.

Durante el proceso de valoración, es necesario la utilización de diversas técnicas de investigación social tanto cualitativas, como, por ejemplo: la entrevista, observación, así como cuantitativas, como pueden ser: los test y escalas especializadas. Siguiendo la Cartera de Servicios Estandarizada, la anamnesis social incluirá para la valoración social, al menos, los siguientes aspectos:

- Una valoración de la situación personal y sociofamiliar: donde se explore el riesgo sociofamiliar (pudiendo utilizar para ello la Escala Gijón en mayores de 65 años), la conflictividad en las relaciones sociofamiliares, la identificación la persona que ejerce los cuidados (denominada cuidadora principal, 82 % mujeres), y si existe sobrecarga de la persona cuidadora (mediante el Test de Zarit reducido).
- La valoración de la red de apoyo social: con su implicación a nivel emocional, afectivo, material y de ocio (evaluar con el Cuestionario de apoyo social MOS).
- Valoración de su situación psicosocial: que tiene en cuenta el estado anímico y emocional, sus habilidades sociales y capacidades personales, entre otras.

Una vez recogidos los datos necesarios para la valoración, se procede al *diagnóstico social sanitario*. Para Dolores Colom (2010), este modelo diagnóstico se diferencia del modelo médico en que incluye los aspectos positivos del caso social sanitario y es compartido y acordado con el/la paciente. Igualmente, tiene en cuenta que el diagnóstico social es dinámico, varía y evoluciona, por lo que, se trata de un proceso gradual de construcción y de permanente análisis técnico.

Según Colom (2012) cada diagnóstico social sanitario es único debido a: la unicidad de la persona, de su familia, de su entorno comunitario, de su diagnóstico y pronóstico médico, de sus variables, de su momento vital y de sus posibilidades de provisión de cuidados efectivos y potenciales de su entorno formal e informal.

Por otro lado, aunque el DSS es único y personalizado, es necesario realizar una codificación diagnóstica. Su objetivo es agrupar y codificar la información, así como la síntesis y el planteamiento de objetivos de intervención. Por este motivo, se convierte en una herramienta de trabajo imprescindible.

Tal como indican Soler y Ribá (2014, p. 35) *“Esta problemática codificada es lo que nos da un perfil social, es decir, la aproximación más aplicada del diagnóstico, y constituye enunciados que permiten conectar la información que aporta el usuario con la abstracción que significa elaborar el diagnóstico”*.

El Trabajo Social carece de un sistema de clasificación propio unificado, por lo que desde Atención Primaria del SERMAS se utiliza la codificación de diagnósticos integrada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -11) (2022) usando dentro de la misma, los diagnósticos sociales recogidos en la letra Z.

Pero estos diagnósticos son demasiado amplios y generales para el plan de intervención social que requiere de la personalización del diagnóstico, motivo por el cual, dentro de los propios protocolos de Trabajo Social se encuentran integrados diagnósticos más específicos en ámbitos como la salud, el autocuidado, lo psicosocial, red de apoyo social, etc., que permitan acercarnos más a la realidad del caso social.

Una vez se ha definido el DSS con la participación de la persona, se planteará un *Plan de Intervención social* donde partiendo de las fortalezas de la persona, se puedan establecer unos objetivos de intervención para abordar otros ámbitos que se plantean con necesidades de apoyo.

En muchas ocasiones, los procesos de enfermedad conllevan situaciones de duelo (la persona sana pasa por un proceso de pérdida de salud) que impactan directamente en todas las esferas personales (psicológico, laboral, social, relacional e interacción con el entorno etc.), así como las esferas de su entorno familiar (dolor emocional, apoyo en los cuidados, etc.). Se trata de procesos muy complejos que requieren de aceptación y comprensión del diagnóstico médico y social, la necesidad de una buena adherencia terapéutica, la provisión de apoyos para las personas cuidadoras, entre otros, en los que el Trabajo Social Sanitario tiene sus competencias propias.

“En cualquier área de tratamiento se supone que hay grupos de técnicas básicas adecuadas en función del problema, el objetivo, tratabilidad, la función de la agencia, y otros factores, tales como: el establecimiento de la confianza, la

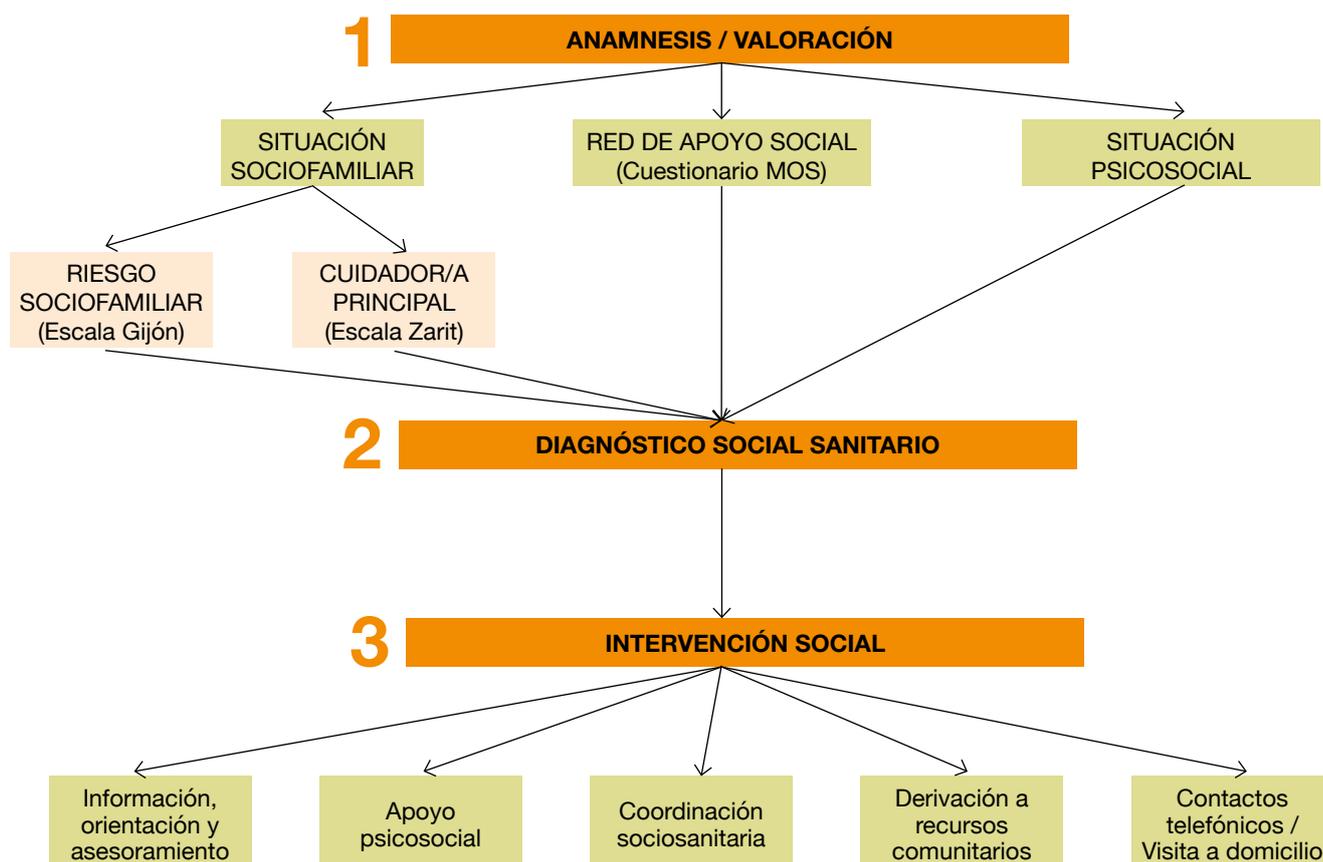
reducción de la ansiedad por la aceptación, apoyo, y las medidas adoptadas para asegurar una comprensión del problema y para ayudar al cliente a encontrarse con él; al mantenimiento del foco específico de las metas deseadas por el cliente a través de compartir pasos en la exploración de recursos internos y externos...” (Hamilton, 1951, p. 242).

Para el desempeño de estas competencias y la consecución de los objetivos planificados, desde la CSE se indica que, los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as realizarán una intervención social en la que se incluya, al menos, alguna de las siguientes acciones: información, orientación y asesoramiento, apoyo psicosocial, coordinación sociosanitaria, derivación a recursos comunitarios, contactos telefónicos y/o visita a domicilio.

Estas actuaciones realizadas a lo largo del proceso de intervención social sanitario, tienen como finalidad favorecer que la persona se sienta implicada activamente en su proceso de intervención social promoviendo su empoderamiento, respetando la autonomía del paciente, acompañándole en sus decisiones libremente adoptadas y ofreciéndole un espacio de apoyo donde se puedan poner en marcha los recursos tanto internos como externos que pueda necesitar. Por tanto, la humanización de la salud, será siempre nuestro eje de intervención con la persona y su entorno.

A continuación, se presenta un flujograma resumen acerca del Plan de actuación social sanitario recogido en la CSE.

PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO



Fuente: Algoritmo de elaboración propia.

6. INCLUSIÓN 2021 Y RESULTADOS INFORME DE EVALUACIÓN DE CSE 2022

En el análisis realizado del *Informe de Evaluación de Cartera de Servicios en año 2022* sobre los resultados agregados de Comunidad de Madrid cuantitativo de los indicadores en los Servicios donde se ha incorporado en los criterios de buena atención (CBA) de la unidad de atención específica de trabajo social en atención primaria, se observa:

- Al ser esta nueva actualización de CSE con la incorporación de la intervención de la unidad trabajo social de forma explícita en los criterios de buena atención de estos servicios, la táctica innovadora para que se consolide el protocolizar la intervención social sanitaria, y la difusión a los profesionales de los centros de salud que se continúan haciendo en las sesiones de equipo, contribuyen a su implementación gradual desde finales de 2021.
- No tenemos suficiente recorrido de recogida de datos anual para una comparación más exhaustiva, pero, sí podemos observar a través del informe: una mejora progresiva en su implantación, una consolidación de esta nueva estructura en estos servicios de CSE, una mejora en los protocolos de registro, de la valoración social, diagnóstico social sanitario y que se recogen en estos CBA a través de la realización del plan de actuación social sanitario.
- Las personas con problemas de salud crónicos, presentan una probabilidad de mayor fragilidad social y una situación de mayor desventaja social para hacer frente a una situación de enfermedad (Zúñiga, 2020).

SERVICIO		Indicador CBA	% 2022	% 2021
Sº 102	SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA ACLARACIÓN: Derivación a TSS si existe presencia de riesgo psicosocial	CBA 4 Valoración de relaciones sociofamiliares	Sin datos específicos TSS	Sin datos específicos TSS
Sº 301	ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA	CBA 6 Plan de actuación social sanitario en gestantes con riesgo en el período prenatal	12,0	0,0
Sº 407	ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS DIABETES MELLITUS	CBA 4 Plan actuación social sanitario para NIA	0,4	1,8
Sº 411	ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS INSUFICIENCIA CARDÍACA	CBA 5 Plan actuación social sanitario para NIA	0,5	1,8
Sº 413	ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA	CBA 6 Plan actuación social sanitario para NIA	0,7	0,9
Sº 414	ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)	CBA 6 Plan actuación social sanitario para NIA	8,4	1,8
Sº 416	IC ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	CBA 5 Plan actuación social sanitario	0,5	0,3
Sº 419	ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	CBA 5 Plan actuación social sanitario para NIA o Gijón ≥ 10	21,6	2,4
Sº 420	ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL	CBA 7 Plan actuación social sanitario para dependencia grave / total o Gijón ≥ 10	4,2	2,9
Sº 502	ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	CBA 6 Plan actuación social sanitario en Gijón ≥ 10	8,6	4,6
Sº 507	DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR	CBA 6 Plan actuación social sanitario	1,0	1,4

Fuente: Cuadro de elaboración propia con resultados del Informe de Evaluación CSE 2022

- Se observa en la tabla donde hemos recogido el incremento en % del plan de actuación social en 2021 y 2022, una mejora progresiva en la consolidación de la valoración y plan de actuación social en esta estructura, una mejora del registro y un mayor conocimiento.

7. MATRIZ DAFO

• Debilidades

- Al no ser un servicio exclusivo de trabajo social sanitario —como se pensó en implantar en un principio— y quedar definido de forma transversal, las funciones pueden quedar difuminadas y desconocidas.
- Desconocimiento de algunos profesionales de los equipos de la última versión de CSE y la obligatoriedad de derivación a trabajo social de pacientes crónicos con nivel de intervención alto (PCC NIA).
- Número insuficiente de profesionales, asignación de varios centros de salud, ratios elevados de población asignada, así como dificultades de accesibilidad por dispersión geográfica al profesional de trabajo social.
- No existe consulta presencial de trabajo social en atención primaria en todos los centros de salud. Hay profesionales que llevan 3, 4 e incluso más de 5 centros, dificultando el acceso, las visitas a domicilio y el trabajo diario con los profesionales de equipo del centro de salud en los casos en los que no existe presencialidad.
- Insuficiente contratación de nuevos profesionales. En 30 años se han incorporado 30 nuevos profesionales. Existe una desproporción respecto al aumento de población, el envejecimiento de la misma y el aumento de casos de complejidad y riesgo social.
- Escasa o nula mirada integral de la salud desde los diferentes ámbitos profesionales. La situación psicosocial se relaciona más con carencias, necesidades y recursos sociales que como apoyo y acompañamiento en el proceso de salud-enfermedad. Esto genera un problema de identidad y de definición de la propia profesión entre el resto de profesionales y la población.
- En la CSE solo se ha contemplado la valoración social en los pacientes crónicos con nivel de intervención alto (NIA). Se convierte en una actuación puramente reactiva sin posibilidad de actuar de forma preventiva en niveles de atención bajo o medio.
- Programas informáticos complejos y laboriosos sin interconexión para la continuidad asistencial en trabajo social en el ámbito sanitario. Escasa formación, acrecentada en las acogidas de nuevos profesionales, las cuales reciben una información muy sucinta y escasa para desarrollar toda la labor en centros donde son personal único de esa categoría profesional.
- El TSS en Atención Primaria está muy poco representado en la organización, hay pocas en los espacios organizativos y de dirección y actualmente, no se ha incorporado las jefaturas de sección aprobadas en mesa sectorial en 2018.
- Inexistencia de un sistema de clasificación diagnóstica propio de trabajo social y escaso hábito de utilización de escalas (Mos, Gijón, Zarit, etc.).

• Amenazas

- Como consecuencia del aumento de la accesibilidad de las unidades de atención específica de trabajo social (cita web, app, CAP), estamos encontrando un aumento importante de la presión asistencial con motivos de consulta no acordes con la especificidad del TSS en AP.
- Al aumento de carga asistencial habría que sumar la complejidad de los casos que atendemos. También es evidente la sobrecarga en el sistema de servicios sociales y dependencia que incide en la capacidad de coordinación, generando dificultades importantes en la intervención y gestión de recursos.
- La falta de reconocimiento de la especialidad de trabajo social sanitario y, por ende, la dificultad asociada del reconocimiento de una cartera de servicios específica y el reconocimiento institucional y de la ciudadanía de una profesión con especificidad propia.
- En general las organizaciones sanitarias no siempre han sido un lugar cómodo para el trabajo social. Es un ámbito donde el TSS ha estado muy poco representado, hay pocas en los espacios organizativos y de dirección, y en muchas ocasiones nos sentimos intimidadas y esto amenaza nuestra identidad, funciones y contenidos. Existe el riesgo de identificarnos como gestoras de prestaciones y controladoras de situaciones de vulnerabilidad y pobreza.

• **Fortalezas**

- Nueva jefatura de Servicio de Trabajo Social. Figura facilitadora para la organización de la estructura organizativa y visibilización de la profesión dentro de un sistema con una visión demasiado “sanitarizada” y menos “social”. Ayuda a la visión bio-psico-social. Las jefaturas y servicios específicos de Trabajo Social Sanitario facilitan la vertebración y planificación de procesos, el desarrollo de objetivos y posibilitan la evaluación y mejora de todas las intervenciones.
- Realización mayoritaria de las intervenciones sociales comunitarias del servicio 508, en reorientación de servicios, por parte de las unidades de atención específica de trabajo social de atención primaria de la Comunidad de Madrid.
- Se hace más visible la necesidad del diagnóstico social sanitario en los servicios que se han asignado, y las diferentes intervenciones que se llevan a cabo desde el Trabajo Social Sanitario.
- Incorporación como profesión con el resto de profesionales de Atención Primaria de Salud en el documento que valora los Criterios de Buena Atención.
- Consideración de la existencia de evidencia científica en la profesión de Trabajo Social Sanitario, ya que es el requisito para incorporarse en CSE.
- Protocolizar la intervención social y definirla es la base de la actuación profesional y también una fuente de conocimiento en la medida que se unifica y se puede investigar y estudiar.

• **Oportunidades**

- Auge de la valoración sociosanitaria, sobre todo tras la pandemia por COVID-19. Si antes ya se empezaban a tener en cuenta los determinantes sociales de salud, el Marco Estratégico de la Salud primaria y comunitaria lo pone como eje de atención.
- Importancia de la humanización de la salud con colectivos vulnerables. El trabajo en red implica fomento de la intervención sociocomunitaria con pacientes incluidos en cartera de servicios, y todo lo que es desarrollo e implementación del trabajo en red es nuestra seña de identidad.
- El trabajo que se está realizando en la estratificación de riesgo social y que se impulsó desde trabajo social de Atención Primaria incorporando a otros dispositivos para trabajar indicadores y escalas comunes que faciliten la detección y la intervención precoz.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Al no ser un servicio exclusivo de TSS hay riesgo de que se queden difuminadas nuestras funciones. • Desconocimiento de algunos profesionales del resto de los equipos de la Cartera de servicios. • Desconocimiento de las funciones de TSS del resto del equipo • RRHH insuficientes. • No presencialidad en algunos centros de salud y consultorios de la zona rural. • Inexistencia de un sistema de clasificación diagnóstica propia de trabajo social y falta de hábito en la utilización de escalas (Zarit, Mos, Gijón). 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de accesibilidad y presión asistencial. • El incluir solo NIA imposibilita trabajar la prevención. • Aumento progresivo de la complejidad y carga asistencial. • Existencia de un sistema de Servicios Sociales y de dependencia sobrecargados que revierte en nuestra actividad. • Aplazamiento del reconocimiento del TS como profesión sanitaria y las implicaciones que ello conlleva.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad asistencial. • Jefatura de TS. • Experiencia en la coordinación interinstitucional. • Intervención en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario. • Evidencia científica de la profesión, requisito para estar en CSE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auge de lo sociosanitario. • Conocimiento e integración en los recursos de la zona, permitiendo ser nexo de unión con el Centro de Salud. • Desarrollo e implementación del trabajo en red. • Fomento de la intervención socio comunitaria con pacientes incluidos en Cartera de Servicios. • Impulso estratificación del riesgo social en salud.

8. CONCLUSIONES

La CSE de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid es una herramienta de calidad, de gestión y de evaluación. La incorporación de las Unidades de Atención Específica de Trabajo Social de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid ha sido un avance. No obstante, tiene que continuar perfeccionándose para que tenga una aplicación acorde con la perspectiva biopsicosocial de la Atención Primaria.

Como ya se ha mencionado, lo sanitario y lo social van estrechamente unidos: no hay ningún proceso social que no tenga consecuencias en la salud de la persona —positiva o negativa— y de alguna forma, todos los problemas de salud van a tener repercusiones en lo social. En esta intervención integral, la profesión del Trabajo Social es la que facilita y aporta la visión psicosocial basada en el trabajo con/desde los vínculos y el fomento de las redes de apoyo internas y externas favorecidas por la posición estratégica de enlace con la comunidad que aporta el TSS.

La inclusión en CSE nos ayuda a potenciar y trabajar la integración plena en los equipos, facilitando nuestra función como nexo de unión entre el sistema sanitario y el social. Tenemos que aprovechar las sinergias que se generan, ya que somos la única figura profesional que está presente en ambos sistemas de protección. Por este motivo, hay que seguir luchando para lograr la integración plena en los equipos, partiendo de la ampliación de profesionales de trabajo social sanitario puesto que: para integrarse hay que estar.

Uno de los riesgos de protocolizar la intervención social a través de la CSE puede ser que nos olvidemos de continuar generando vínculos en las relaciones. La base de nuestra profesión son las relaciones humanas y la interacción con el entorno. Por tanto, a pesar de los protocolos y de la CSE, es preciso no olvidarse de cómo hacemos, por qué hacemos y para qué hacemos TSS, cómo nos posicionamos, cómo lo entendemos, y cómo lo ejercemos.

Por otro lado, el poder explotar datos y trabajar con indicadores medibles, aportará resultados que, con el tiempo, revelarán el ahorro que supone la intervención proactiva en pacientes con cronicidad, fragilidad, vulnerabilidad y riesgo social para el sistema sanitario y social.

Nuestra profesión aplica el método científico en la relación de ayuda. La apuesta por integrar la valoración social en Cartera de Servicios Estandarizada en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, es un hito. Desde el trabajo social sanitario damos sentido a los síntomas y los colocamos en su contexto individual, familiar y comunitario, apostando por garantizar derechos y facilitar el acceso a la asistencia y al sistema de salud, especialmente en colectivos vulnerables.

Nuestro día a día es un manejo constante de casos cada vez más complejos -debido a muchas causas-, pero sobre todo al envejecimiento de la población, al cambio de las relaciones de convivencia, al cambio de los estilos de vida, a la manera de vincularse y relacionarse y a las brechas emergentes en salud. Por todos estos motivos, entre otros, es necesario y se plantea como reto futuro el continuar extendiendo los CBA del plan de intervención social sanitario a otros servicios de la CSE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Idáñez, M.J. (2013). *Trabajo Social: Concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo y Consejo General de Trabajo Social.
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud. (2017). *Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario*. ISBN: 978-87-697-7594-3.
- Colom Masfret, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario. Aval de la intervención y seña de identidad del trabajo social sanitario*. Editorial UOC.
- Colom Masfret, D. (2010). *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Zerbitzuan, pp.109-119.
- Comunidad de Madrid. *Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid*. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/432_474_libro_estratapac_enfcroniccommadrid_ip_0.pdf [consultado 15/04/2023]

Comunidad de Madrid. *Cartera de servicios Estandarizados* (versión 2021) <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050454.pdf> [consultado 15/04/2023]

Comunidad de Canarias (2004). *Rol del Profesional de Trabajador Social en la Atención Primaria de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias*. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL_PROFESIONAL.pdf [consultado 15/04/2023]

Hamilton, G. *Theory and practice of social case work*. Nueva York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press. 1951, pp. 241-242.

Ituarte Tellaeché, A. Fombuena Valero J. (2022). *Diferencias y semejanzas entre el Trabajo Social Clínico y el Trabajo Social Sanitario: una confusión conceptual*". XIV Congreso Estatal de Trabajo Social y II Congreso Iberoamericano- Ciudad Real

Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, et al. (2015). *The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages*. PLoS One. 2015;10(1):e0115796. Published 2015 Jan 21.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo. BOE 7 de mayo de 2019. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761 [consultado 15/04/2023]

Otero del Castillo, B; García Meré, M; Álvarez Alonso, M; Juegas Celorio, R. (2021) *Apuntes sobre el diagnóstico social en el Trabajo Social Sanitario*. Revista Ocronos. Vol. IV; núm. 1.

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Última modificación: 8 de julio de 2015.

Soler Boada, M; Riba Cebrián (2014). "Atención sociosanitaria y bienestar". *Revista Agathos*: ISSN 1578-3103, Año 14, N.º. 2, 2014, págs. 26-35

Vicente Mochales, C. (2022). *Apuntes para un debate en Trabajo Social Sanitario*. Consejo de Trabajo Social. ISBN 978-84-09-43300-1. Disponible en https://sn.cgtrabajosocial.es/files/63b2bf3765fe7/libro_ponencias_final.pdf (consultado el 5/5/2023)

Zúñiga Hernández, C. (2020). "Definición de fragilidad social en personas mayores: una revisión bibliográfica". *Revista médica de Chile*, 148 (12), 1787-1795. Disponible: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001201787> [consultado 6/05/2023]

Clara Sanz Pascual

Comunicación 20

Valoración de las situaciones de desprotección en la infancia y la adolescencia desde los Servicios Sociales de Atención Social Primaria, una tarea compleja

Resumen: La valoración de la desprotección de la infancia y adolescencia exige un procedimiento riguroso, con esta comunicación se intentan aclarar algunas cuestiones necesarias en el proceso. Debemos conocer las competencias de los servicios sociales de atención social primaria en esta materia, teniendo en cuenta los cambios legislativos en la Comunidad de Madrid. Valorar el daño de los niños, niñas y adolescentes (NNA) interrelacionándolo con el comportamiento parental inadecuado para poder visibilizar el tipo de violencia y clasificarlo en un tipo de desprotección. Las decisiones que se tomen deben estar fundamentadas, basadas en evidencias científicas y realizarlas con el máximo rigor. Sin olvidar, que cualquier actuación debe tener en cuenta el interés superior del menor, sus derechos fundamentales y los de las familias.

Palabras Clave: Necesidades básicas de la infancia, Desprotección, Tipologías de maltrato, Situación de riesgo, Desamparo, Daño significativo y daño grave, Fases de la valoración, Profesional de referencia.

Abstract: The assessment of the lack of protection of children and adolescents requires a rigorous procedure, and this communication aims to clarify some of the necessary issues in the process. We must be aware of the competencies of the primary social services in this area, taking into account the legislative changes in the Community of Madrid. To assess the harm of children and adolescents by interrelating it with inadequate parental behavior in order to make the type of violence visible and classify it as a type of lack of protection. The decisions taken must be well-founded, based on scientific evidence and carried out with the utmost rigour. Without forgetting that any action must take into account the best interests of the child, his or her fundamental rights and those of the families.

Keywords: Basic needs of children, Lack of protection, Typologies of maltreatment, Situation of risk, Neglect, Significant harm and serious harm, Phases of assessment, Referral professional.

1. INTRODUCCIÓN

En esta comunicación se quiere presentar una herramienta para la valoración de las situaciones de riesgo y desamparo en la Comunidad de Madrid: “*Manual de Actuación de los Servicios Sociales municipales y autonómicos de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid en Situaciones de Riesgo y Desprotección (Valora-Madrid)*”, actualmente en situación de pilotaje y hacer hincapié en algunos aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta, como son el daño que presentan los niños, niñas y adolescentes provocado por el comportamiento parental inadecuado. Será necesario también hacer un repaso de la normativa relativa a la Protección de la Infancia y Adolescencia vinculada a las competencias de los servicios sociales de atención primaria.

Antes de dar paso al contenido, se introduce el tema con una breve reflexión de la situación actual de los/as profesionales de los servicios sociales y se da paso a un titular de una noticia, para reflexionar sobre el proceso y posibles lagunas en el procedimiento.

Los y las profesionales de los centros de atención social primaria de las entidades locales nos vemos cada vez más desbordados por la ingente cantidad de competencias asignadas por las normativas en Servicios Sociales, tanto estatal como autonómica o local, sin ver aumentada paralelamente la plantilla de personal para ejecutarlas. Quiero pensar, que estas nuevas encomiendas, pueden ser parte del reconocimiento que las instituciones tienen de nuestro trabajo y de la importancia de nuestros informes sociales para que las personas puedan ver reconocidos sus derechos, o para la defensa y protección de la infancia.

Pero, cómo nos ve la sociedad en relación con estas tareas encomendadas, cómo reflejan nuestro trabajo los medios de comunicación.

Recientemente, el periódico *elDiario.es* recogía una noticia en la que **se condenaba a la Junta de Castilla y León a pagar 150 000 euros a una madre búlgara y sus hijas por separarlas injustificadamente** (Sánchez, 2023), por la actuación precipitada y desproporcionada de la administración. Esta noticia, en mi opinión, proyecta una imagen negativa y cuestiona la profesionalidad y competencia de los/as profesionales de la administración (sin nombrar quienes) en el desarrollo del procedimiento seguido para valorar situaciones de riesgo y desamparo de los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA).

No obstante, me ha servido también para realizar una reflexión crítica sobre el procedimiento y los instrumentos que utilizamos para el seguimiento y valoración de las situaciones de riesgo y desamparo en las que se pueden encontrar nuestros NNA en el ámbito familiar, y que han llevado a señalar en una sentencia que el trabajo realizado no se ha ajustado a la ley.

Por tanto, voy a señalar las cuestiones que el artículo recoge como actuaciones deficientes, y de medias acusaciones, que nos permitan reflexionar, si nuestra actuación habitual podría llegar a tener estas consecuencias negativas, reflejadas en la Sentencia y criticada por algunas asociaciones como la Fundación Raíces:

- *“Sin previa notificación ni información al respecto, **trabajadores sociales** de la Consejería, auxiliados por agentes de la Guardia Civil, se personaron en el domicilio familiar”. En ese mismo momento, comunicaron a la madre la declaración de desamparo de las niñas.*
- *Declarado el desamparo a las menores sin que conste “ninguna audiencia con la madre, ni se le pidió aclaración o explicación, **ni tan siquiera se explicó nada a las menores**”.*
- *“La legislación española, a diferencia del resto de Europa, permite que el procedimiento de retirada de tutela se lleve a cabo mediante un procedimiento administrativo y no judicial, que no ofrece las suficientes garantías ni a los propios niños y niñas ni a sus familias, que ven su familia rota **por un mero informe de los servicios sociales**”.*

Estos párrafos extraídos de la noticia, en un primer momento me causó indignación, me pareció sensacionalista y, por supuesto, sin aportar ninguna información técnica del procedimiento para tomar esa decisión, pero me hizo pensar y me provocó las siguientes preocupaciones:

- Pone en duda la profesionalidad de los/as profesionales de servicios sociales que tomaron las decisiones sobre los derechos fundamentales de las personas.

- Indica que las actuaciones fueron precipitadas.
- No se informa a las menores ni a la madre de la medida adoptada, en tiempo y forma, solo en el momento del acto.
- Minusvalora la importancia de un informe social.
- Refuerza la imagen social de los Servicios Sociales como “quita niños”.

Efectivamente, la adopción de medidas de protección de menores es un procedimiento administrativo que puede ser impugnado ante el Juzgado de Primera Instancia competente. Hecho que se produjo en el caso expuesto en la noticia, llegando su reclamación al Tribunal Superior de Castilla y León, que analizó los documentos que obran en el expediente, para revisar la medida.

Por todo ello, voy a presentar a debate los aspectos metodológicos del procedimiento de valoración, que parten de la normativa legal que nos establece el marco de nuestra actuación, así como los aspectos teóricos-conceptuales de la definición de las necesidades que se deben cubrir en el ámbito familiar y deben guiar la actuación del procedimiento de valoración de riesgo y desamparo de los NNA, para que no se nos pueda acusar de una actuación negligente en nuestro ejercicio profesional y que ponga en valor el Informe Social como base para la toma de decisiones.

De este modo, podremos contar con una herramienta validada para realizar la valoración, aunque todavía está en fase de pilotaje y pendiente de aprobación. Ambas experiencias me llevan a compartir la complejidad de esta tarea y aportar los conocimientos y experiencia que he ido acumulando en mis años de ejercicio profesional.

Para la elaboración de esta propuesta me he basado fundamentalmente en la literatura científica y materiales técnicos disponibles en la Comunidad de Madrid, así como en los manuales ya aprobados en otras Comunidades Autónomas (País Vasco 2017, Andalucía 2016 y Galicia 2021), y sobre todo en mi colaboración en la elaboración del Manual de Actuación de los Servicios Sociales municipales y autonómicos de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid en Situaciones de Riesgo y Desprotección (Valora-Madrid)¹, en situación de pilotaje.

2. EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS Y LAS TRABAJADORAS SOCIALES GARANTES DE LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Partamos del análisis legislativo para conocer bien las funciones que se nos encomiendan.

¿Cuáles son las competencias y a quiénes se les asigna la responsabilidad?

En la Comunidad de Madrid este año 2023, estrenamos legislación tanto en materia de Servicios Sociales con la *Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid*, como en materia de Protección a la Infancia y Adolescencia con la *Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid*.

En la primera, la Ley de Servicios Sociales señala que la finalidad general de estos es “*Favorecer la convivencia familiar y el bienestar social de todas las personas y familias, mediante una función promotora, preventiva, protectora y de atención frente a las necesidades sociales, originadas por situaciones de vulnerabilidad, exclusión, desprotección, desamparo, dependencia, urgencia o emergencia social*” (art. 7.3, Ley Servicios Sociales).

En el título II sobre el Sistema Público de Servicios Sociales, la propia Ley deja claro que son las entidades locales a través de sus servicios sociales municipales quienes tienen la encomienda de una acción de protección frente a la vulnerabilidad, la exclusión, la desprotección y el desamparo.

¹ Este Manual fue fruto del trabajo de un equipo de profesionales formado por técnicos de la Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad (Arantxa Bartolomé, Laura Lunar, Beatriz Martín, Esther Abad, Esperanza Garrido, Susano Yoko), del Ayuntamiento de Madrid (Almudena Ramos, Javier Salas, María Teresa Sánchez), del Ayuntamiento de Móstoles (Marta Correal) del Ayuntamiento de Tres Cantos (Paula Torreadrado, Clara Sanz) y de la Mancomunidad de las Cañadas (Alejandra Hernández). Coordinado por la doctora en psicología, Ignacia Arruabarrena de la Universidad del País Vasco, en un período de dos años, de 2020 a 2022.

En el desarrollo de las funciones de la Atención Social Primaria, asigna entre otras, las siguientes competencias (art. 15, Ley Servicios Sociales):

- Recepción, detección y análisis de necesidades y demandas sociales.
- Diagnóstico y valoración técnica de situaciones.

Y como prestaciones garantizadas (art. 26, Ley Servicios Sociales)

- La atención inmediata en situaciones de urgencia o emergencia social.
- Los servicios específicos para la protección social y jurídica de los/as niños/as en situación de riesgo o desamparo y en conflicto social, incluido el cumplimiento de medidas judiciales de los/as menores de edad.
- El apoyo psicosocial y la atención psicoeducativa de la infancia y la familia.

En la segunda novedad normativa autonómica sobre Protección a la Infancia y la Adolescencia, las competencias asignadas al Sistema Público de Servicios Sociales en la nueva normativa son:

- La detección y valoración de las situaciones de riesgo.
- A las entidades locales les corresponde la declaración de riesgo y a la administración autonómica la declaración de desamparo.
- La colaboración en el proceso de la declaración de desamparo con la emisión de informes y la elaboración del Plan Individual de Protección.
- Se nos asigna a los/as **profesionales como autoridad competente** para recoger cualquier comunicación de las situaciones de violencia contra la infancia, siempre que no tengan carácter delictivo, que entonces corresponderá a las Fuerzas de Seguridad.

Ahora que tenemos claro que los servicios sociales de atención social primaria tenemos que valorar las situaciones de riesgo y desamparo, posteriormente abordaremos la compleja encomienda.

El marco de referencia que define y describe estas situaciones está recogido en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPVI) que cambia la terminología de maltrato por violencia:

La violencia se entiende como “toda acción, omisión o descuido que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio para cometerla, incluyendo la violencia digital” (art. 1.2, LOPVI).

Por tanto, debemos defender que todos los/as NNA, tengan garantizados y satisfechos una serie de derechos y necesidades básicas para promover su desarrollo integral y estén protegidos de cualquier forma de violencia.

3. ¿ACTUACIONES PRECIPITADAS? EL PROCESO DE VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN

Establecido el marco normativo estatal y autonómico que nos posibilita iniciar un proceso de valoración de la desprotección, pasamos a considerar en primer lugar las necesidades básicas de la infancia y adolescencia, como eje fundamental para la valoración.

La definición previa de dichas necesidades, su cobertura y las características de su desarrollo evolutivo del/de la NNA, se hace indispensable para evaluar si ha alcanzado los niveles que se consideran estándar en cada etapa. Para ello utilizaremos la taxonomía de Necesidades Básicas, basada en las aportaciones de López (1995), deberemos ajustarlas al momento evolutivo y valorar los indicadores de satisfacción y de deficiencias, como señala el documento *Framework for the assessment of children in need and their families* (2000). Department of Health, UK Government.

Los indicadores de las necesidades los podríamos reunir en cinco grupos con sus ítems específicos:

Necesidades físicas:

1. Alimentación (durante el embarazo, lactancia y crianza).
2. Temperatura (condiciones de vivienda y vestido).
3. Higiene (corporal, de vivienda, de alimentación, de vestido y del entorno).

4. Salud (revisiones, tratamientos, vacunaciones...).
5. Sueño (ambiente, suficiente).
6. Actividades físicas: ejercicio y juego.

Necesidades de Seguridad (espacio adecuado, supervisión sobre las relaciones, orientación y guía en normas básicas, disponibilidad de ayuda):

1. Protección ante condiciones del entorno que suponen un riesgo para la integridad física.
2. Protección ante otras personas adultas o menores de edad que le hacen o pueden hacerle daño.
3. Protección ante el daño que el/la NNA puede hacerse a sí mismo/a.

Necesidades emocionales:

1. Seguridad emocional (demostraciones de afecto, valoración y refuerzo ante logros, capacidad de control, de protección, coherencia en exigencias, interacción lúdica familiar):
 - a. Disposición de relaciones seguras, estables y afectivas con personas adultas significativas.
 - b. Sensibilidad y responsividad a las necesidades del/de la NNA.
 - c. Contacto físico apropiado.
 - d. Recepción de afecto y refuerzo positivo.
 - e. Continuidad en las relaciones con familiares y otras personas adultas significativas.
2. Participación y autonomía progresivas.
3. Respeto al proceso de desarrollo psicosexual (permitir juegos y autoestimulación...).
4. Protección de riesgos imaginarios (escuchar, comprender y responder a los temores).
5. Disposición de ayuda para la resolución de problemas o síntomas de malestar emocional (identificación o reconocimiento de los problemas, síntomas de malestar).

Necesidades sociales:

1. Disposición de orientación y límites a la conducta.
2. Aprendizaje de control de las emociones y conductas apropiadas para la participación social y el establecimiento de relaciones adecuadas con otras personas (valores morales, control de impulsos, capacidad empática...).
3. Red de relaciones sociales.
4. Interacción lúdica (con iguales y otras personas ajenas a la familia).

Necesidades cognitivas:

1. Estimulación sensorial: disposición de experiencias de exploración y aprendizaje.
2. Adquisición de conocimientos y habilidades a través de un proceso formativo organizado (escuela).
3. Exploración física y social (contacto físico y social con personas y entornos).
4. Comprensión de la realidad física y social (escuchar y responder a sus preguntas, decir la verdad, conocimiento de la vida, tolerancia, valores y normas prosociales...).

En relación a la cobertura de estas necesidades tendremos que evaluar el **comportamiento parental**, y para ello utilizaremos las técnicas y herramientas adecuadas que nos permitan recoger la información a través de entrevistas, visita domiciliaria, observación, instrumentos para la evaluación de las competencias parentales, e instrumentos de screening para la evaluación del daño en NNA (Barudy y Dantagman, 2010; Bayot Mestre, Hernández Viadel, 2008; Cruz Roja (2020), Febbrario (2015), García Medina, Estévez Hernández y Letamendia, 2007) (Arruabarrena, 2019, 2022; Orejuela *et al.*, 2008), Save the Children, 2020). Así como las coordinaciones con otros y otras profesionales del sistema de protección (salud, educación).

Por último, pasamos a señalar dos conceptos fundamentales y su interrelación para poder determinar la posible desprotección:

- El **daño** que presentan los/as NNA sobre su salud, bienestar y desarrollo.
- El **comportamiento parental inadecuado** de las madres y padres o responsables legales que lo ha provocado.

Si hay indicadores de daño, pero estos no son provocados por el comportamiento parental inadecuado, hablaremos de otro tipo de violencia, pero no de desprotección.

Para conocer el daño que presentan los niños, niñas y adolescentes tendremos que analizar, por un lado, si tienen cubiertas o no sus necesidades básicas y en qué grado le han provocado un daño. Y por otro, si se ha visto afectado algunos de los hitos de su desarrollo evolutivo por el comportamiento parental.

3.1. Valoración del daño en el niño, niña o adolescente

El Manual de Actuación, Valora-Madrid nos señala que el daño que pueden sufrir en las distintas áreas de su desarrollo como consecuencia del comportamiento parental es un continuo que puede manifestarse desde un daño significativo hasta un daño grave y dependiendo también de estos niveles nos indicará una mayor o menor desprotección:

Nivel 1: El Daño significativo, se considera cuando el comportamiento de las madres, padres o responsables legales pueden hacer que el/la NNA sufra un daño en una o más áreas de su desarrollo físico, psicoemocional, social, cognitivo o afectivo sexual, y le coloque en los límites de lo esperable a su edad, o manifieste un funcionamiento extremadamente limitado o perturbado en alguna de las áreas.

Otras situaciones a tener en cuenta para clasificarlo como daño significativo son, que le sitúe en un riesgo de muerte, o le provoque una discapacidad permanente, enfermedad o trastorno físico de carácter grave; que estas lesiones físicas se produzcan en zonas vitales (cara, cabeza, lesiones internas, ano, genitales, abdomen) requiere hospitalización o tratamiento médico como consecuencia de la situación (en estos casos, deberá disponerse de informe médico); que sea abandonado por su madre y padre o responsables legales, sin que estas personas manifiesten intención de volver; que haya sido objeto de violencia sexual de carácter grave, incluyendo inducción a la prostitución o explotación sexual; o que haya sido inducido a cometer acciones delictivas graves.

Nivel 2: Daño grave, para considerar este nivel se tendrán que dar circunstancias agravantes en relación con el apartado anterior. En el área física, con informe médico, imprescindible, que acredite lesiones o enfermedades que requieran una atención médica de urgencia u hospitalización. Que exista riesgo de muerte, o que suponga una amenaza seria para las personas que están a su alrededor.

El determinante de la edad será un factor clave para este nivel, así, si son menores de seis años o tienen una discapacidad o necesidad especial y presentan lesiones físicas en zonas vitales, aunque no sean de carácter grave, se clasificará directamente como daño grave.

En las áreas psicoemocional, social, cognitiva y afectivo-sexual, tendrá que presentar un trastorno psicopatológico valorado por profesionales de la psiquiatría o psicología habilitados/as. También podrán asimilarse a esta misma gravedad cuando presenten síntomas de depresión, ansiedad, retraimiento o conducta rechazante, conductas agresivas o autodestructivas, o retrasos en el desarrollo, dentro del “rango clínico”. O se manifiesten problemas de comportamiento o síntomas de malestar severos que comprometan seriamente el proceso de desarrollo y adaptación personal y social del/de la NNA y puedan requerir de tratamiento especializado inmediato.

Los/as profesionales de los servicios sociales podrán valorar estos indicadores, siempre que estén cualificados para aplicar alguno de los instrumentos de evaluación con suficiente fiabilidad y validez para acreditar dichos problemas comportamentales.

Cualquier daño que diagnosticamos podrá ser a su vez **observable o real**, que se presenta en el momento de realizar la valoración. O un daño **potencial**, que puede presentarse, en el caso de que persista el comportamiento parental inadecuado.

Una vez evaluadas las competencias parentales y valorado el daño en NNA, el paso fundamental, como señala Arrubarrena, será interrelacionar las deficiencias o comportamientos parentales inadecuados con el daño causado.

3.2. Principios de actuación

Definidas las necesidades básicas, y los niveles de daño que pueden presentar los NNA ante esas carencias, se pasará a la valoración de la existencia de desprotección, que se realizará a todos los/as NNA de la unidad familiar, aunque la notificación de riesgo recogida solo se refiera a uno/a de ellos/as. La valoración será individualizada, efectuando una por cada uno/a de los/as NNA de la familia.

Los principios que deben regir esta actuación serán los siguientes:

1. Se debe tener una atención especial a las circunstancias de vulnerabilidad, como edad, discapacidades o enfermedades físicas, psíquicas o sensoriales.
2. No solo se deben evaluar los indicadores relacionados con el motivo de la notificación, sino que en todos los casos se valorará la negligencia y maltrato emocional, aunque la tipología notificada no sea de este tipo.
3. El derecho del/de la NNA a ser oído. Aunque parece algo obvio, no lo es. En la práctica profesional se toman decisiones sobre la vida de los/as menores, sin tenerles en cuenta, escucharlos/as ni valorarlos/as directamente. La norma nos obliga “siempre que la madurez del/de la niño/a lo permita, independientemente de su edad, discapacidad o cualquier otra condición personal o social, tendrán que ser informados de las decisiones que se adopten, y se deberá contar con su participación en todo el proceso” (art. 74 de Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid).
4. Tanto en la valoración de las competencias parentales como en el daño causado, habrá que fijarse en las situaciones dadas en los últimos seis meses anteriores a la valoración. Si se han producido en otros períodos, se recogerán como antecedentes que agravarán la gravedad.
5. Habrá que evaluar tanto la familia nuclear como la familia extensa si fuese necesario y relevante para la intervención.
6. Realizar al menos una visita domiciliaria, en todos los casos, o al menos en los casos de negligencia.
7. La información debe ser completa, actualizada y contrastada. Si no es posible, se reflejará como hipótesis en la valoración diagnóstica.
8. Será necesario concluir en nuestro diagnóstico una categoría de desprotección con su nivel de gravedad.

3.3. Fases para la valoración de la desprotección

Debemos seguir un método para la valoración que nos permita sistematizar nuestro trabajo, por lo que en la mayoría de los manuales se proponen las siguientes fases:

1. Recepción: Preguntas que nos indiquen el nivel de urgencia y si existe o no desprotección.
2. Investigación: Valorar el nivel de gravedad, actuación de urgencia.
3. Evaluación: Causas, factores, recursos de la familia del/de la menor, del entorno, necesidades de apoyo y tratamiento, pronóstico.
4. Diseño del Proyecto de Intervención Servicio, coordinador/a del caso, objetivos, ámbitos de intervención, recursos a aplicar, plazos de tiempo.
5. Puesta en marcha y reevaluación permanente.
6. Fin de la intervención y cierre del expediente.

Las tareas de investigación y evaluación se desarrollan en muchos casos de forma simultánea.

3.4. Clasificación diagnóstica y sus categorías

Como instrumento de valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección, utilizaremos el documento, Valora-Madrid (en fase de pilotaje), ya mencionado, que establece una clasificación de las tipologías de desprotección y sus niveles de gravedad, de esta forma se puede valorar la tipología de desprotección en nuestro diagnóstico.

Las tipologías y sus subcategorías de desprotección que utiliza el documento son las siguientes:

1. MALTRATO FÍSICO:

- 1.1. Agresión física.
- 1.2. Administración drogas, alcohol o fármacos.
- 1.3. Privación deliberada de comida y agua.
- 1.4. Confinamiento o restricción física.
- 1.5. Síndrome de Munchausen por poderes.

2. NEGLIGENCIA:

- 2.1. Negligencia hacia necesidades físicas, afectando a las áreas de alimentación, cuidado de la salud física, vestido, higiene personal, condiciones higiénicas de la vivienda, o estabilidad y condiciones de habitabilidad de esta.
- 2.2. Negligencia hacia necesidades de seguridad, afectando a las áreas de seguridad física de la vivienda y prevención de riesgos, supervisión, o protección ante situaciones de violencia grave perpetradas por otras personas.
- 2.3. Negligencia hacia necesidades cognitivas, afectando a las áreas de estimulación o necesidades formativas.
- 2.4. Negligencia hacia necesidades psicoemocionales, afectando a la cobertura de las necesidades de interacción y afecto, atención específica a problemas emocionales graves o necesidades especiales, o normas, límites, rutinas y transmisión de valores morales positivos.

3. VIOLENCIA SEXUAL.

4. MALTRATO PSICOLÓGICO:

- 4.1. Maltrato emocional.
- 4.2. Implicación en conflictos entre las figuras parentales y conflictos entre estas y otros familiares significativos pertenecientes al núcleo convivencial.
- 4.3. Exposición a situaciones de violencia de género.
- 4.4. Exposición a violencia doméstica.
- 4.5. Amenazas de agresión física.

5. ABANDONO.

6. INCAPACIDAD PARENTAL DE CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE.

7. MALTRATO PRENATAL.

8. OTRAS:

- 8.1. Expulsión o negación de la entrada al domicilio.
- 8.2. Corrupción.
- 8.3. Mendicidad.
- 8.4. Explotación laboral.

En todas las tipologías aparecen los niveles de gravedad que nos indican el nivel de daño causado en los NNA:

- Gravedad muy elevada.
- Gravedad elevada.
- Gravedad moderada.
- Riesgo leve.
- No presente/Adecuada.

Estos niveles de gravedad nos indicarán el nivel de desprotección que presenta clasificándose como:

- Situación de riesgo.
- Desamparo.

3.5. ¿Qué entendemos por SITUACIONES DE RIESGO?

Hasta la modificación en el año 2015 (publicada el 29 de julio) de Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, la normativa se refería a las situaciones de riesgo, pero no estaba definido el propio concepto. A partir de esta fecha, ya se puede describir como las situaciones que:

“A causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, los niños, niñas y adolescentes se ven **perjudicados en su desarrollo personal familiar, social o educativo, en su bienestar**

o en sus derechos de forma que sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por el ministerio de la ley, sea **precisa la intervención de la Administración Pública competente**, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que les afecten y **evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar**” (art. 17).

El nivel de gravedad del riesgo nos guiará en la actuación a seguir y los objetivos a trabajar.

Si los indicadores que presenta son de riesgo leve, será considerada la situación como de DIFICULTAD SOCIAL, que nos indica que no hay un ejercicio inadecuado de los deberes de protección, pero que sí existen otras circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, que requieren de una intervención de apoyo de los servicios sociales competentes.

Si los indicadores que se observan son de nivel de gravedad moderada o de gravedad elevada ya les sitúa en niveles de desprotección, lo denominaremos SITUACIÓN DE RIESGO.

El/la NNA puede mantenerse en su núcleo familiar, pero habrá que poner en marcha un proyecto de intervención social y educativo familiar para eliminar, reducir o compensar las dificultades en las competencias parentales que provocan dicha situación, y evitar así la situación de desamparo.

3.5.1. Procedimiento para una declaración de riesgo

¿Cómo tenemos que proceder para la DECLARACIÓN DE RIESGO?

Hasta ahora las valoraciones de las situaciones de riesgo, que realizamos en nuestro día a día en los servicios sociales, no seguían un procedimiento establecido común, dependía de cada centro y de cada municipio. Aunque en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 17 indica que *“la situación de riesgo será declarada por la Administración Pública competente conforme a lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica aplicable mediante una resolución administrativa motivada”*.

En nuestra Comunidad Autónoma no se regula, hasta la entrada en vigor de la nueva normativa, con la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, para todos los municipios, pero no se ha publicado aún un reglamento o norma que articule el procedimiento común para la declaración de situación de riesgo, pero tomando como referencia el articulado de la propia ley, podemos ir adelantando los pasos que deberíamos seguir:

- La situación de riesgo será declarada a través de **una resolución** del órgano municipal competente. Dicha resolución tendrá que ser notificada a la familia en el plazo de diez días, haciendo constar los mecanismos de impugnación que procedan contra la misma y comunicada al Ministerio Fiscal.
- Se emitirá un **informe preceptivo** realizado por un equipo multidisciplinar de los servicios sociales de atención social primaria, pudiéndose recabar informes de otras entidades que tengan conocimiento de la situación del niño o niña.
- Se elaborará un **proyecto de intervención social y educativo familiar**, que tendrá que presentarse en la Comisión de Apoyo Familiar para su seguimiento y evaluación cada seis meses con carácter general y tres meses para los/as menores de tres años y siempre que se estime necesario a propuesta de la figura del/de la coordinador/a. Aunque no lo recoge el texto normativo, entiendo que esta figura debería ser la del/de la profesional del Trabajo Social, que por su formación y competencias podrá tener una visión más holística de la situación.
Este proyecto deberá recoger los objetivos, actuaciones y recursos a aplicar. Tendrán que estar temporalizadas, las actuaciones y la consecución de objetivos, con una previsión de plazos, siendo su duración máxima de doce meses.
- Será necesario e insiste la norma, en que el/la NNA, siempre que tenga madurez suficiente, deberá ser informado/a de las decisiones que se adopten y contar con su participación en el proyecto de intervención, quedando expresamente reflejado en el correspondiente expediente.

- De la misma manera se comunicará a los padres y madres, o tutores/as o guardadores/as de los objetivos y plazos para el desarrollo del proyecto de intervención.
- Finalizado el plazo establecido, se evaluará de nuevo la situación que provocó el riesgo y si se han conseguido los objetivos, se elevará de nuevo un informe al órgano municipal competente que emitirá una resolución de cese de la situación de riesgo.

En caso de no alcanzar los objetivos, los servicios sociales de atención primaria emitirán un **informe motivado** proponiendo que se valore la declaración de una situación de desamparo a la Entidad competente, ahora denominada Comisión de Protección a la Infancia y a la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

Pero sin perjuicio del procedimiento anterior, la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, en su artículo 76, señala que los Servicios Sociales tendrán también la posibilidad de una ACTUACIÓN INMEDIATA:

En la urgencia, pudiendo prescindir de los requisitos procedimentales y de forma. Si durante el proceso de intervención una vez declarada la situación de riesgo se produjera circunstancias sobrevenidas que hagan necesaria y urgente la separación inmediata del/de la NNA de su familia se elevará la propuesta de declaración de desamparo, sin esperar a los plazos fijados en el proyecto de intervención familiar, a la entidad pública de protección e informando al Ministerio Fiscal y al órgano competente de la entidad local.

Y se da potestad a los servicios sociales de atención social primaria para intervenir, como también recoge la LOPIVI.

3.6. ¿Cuándo valoramos DESAMPARO y cuál es el procedimiento de su declaración?

Si los indicadores que presenta el/la NNA son de gravedad muy elevada o excepcionalmente de gravedad elevada, se valorará como una situación de DESAMPARO.

El Desamparo se define, como aquellas situaciones en las que se produce un “incumplimiento, un imposible o un inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de las personas menores de edad, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material” (art. 172 Código Civil y 18 L.O. 1/1996, de Protección Jurídica del Menor).

El procedimiento para la declaración de desamparo, según la nueva normativa autonómica, se ajustará a las siguientes reglas para una adecuada instrucción del expediente:

- Se solicitarán los informes a los servicios sociales de los municipios en que hubieran residido el/la niño/a y su familia, o quienes vinieran ejerciendo potestad o cuidado sobre él, bien a instancia de la entidad protectora, bien a iniciativa de los servicios sociales municipales.
- La decisión será tomada por la Comisión de Protección a la Infancia y la Adolescencia, que contará para ello con **un plazo máximo de tres meses** desde el inicio del expediente.
- Una vez declarada la situación de desamparo, será necesario elaborar un **Plan Individual de Protección**, que se tendrá que realizar de forma coordinada con los servicios sociales de atención social primaria de las administraciones locales, en un plazo no superior a un mes.

El contenido de dicho plan tiene que recoger: el/la profesional de referencia, los objetivos de la intervención, marcando como prioridad el retorno del/de la NNA a su familia de origen, siempre que sea posible, los medios y medidas para lograrlos, así como la evaluación de la previsión de retorno a núcleo familiar.

3.7. Finalización del proceso de valoración de desprotección

Deberemos emitir un informe, INFORME SOCIAL en el caso que solamente haya participado en la valoración el o la profesional del Trabajo Social o INFORME TÉCNICO, cuando participen en su elaboración un equipo multidisciplinar.

Este informe tiene que reflejar la información recogida durante el proceso debidamente estructurada, la metodología utilizada, las fuentes consultadas, un apartado específico de la situación del/de la NNA con información de todos sus ámbitos, los factores sociales en relación con los/las progenitores o responsables

legales, breve historia de la intervención en servicios sociales municipales si la hubiera y otra información relevante que se considere para cada caso.

No olvidar que los informes sociales, son proyectos únicos y su contenido y diseño son singulares para cada caso, y deben estar adaptados a la finalidad que persigue (Novillo y Sanz, 2018), en este caso la valoración de la situación de desprotección.

En el apartado de **valoración diagnóstica** se describe la tipología de la desprotección y la gravedad global valorada. Así como los argumentos que explican y justifican la relación del comportamiento parental y los síntomas del daño causado al/a la NNA. Será muy importante reflejar no solamente las deficiencias o carencias, sino también los factores protectores o fortalezas del ejercicio parental.

Para llegar a realizar un buen diagnóstico social de la situación, tendremos que recoger, elaborar y sistematizar la información, para conocer y comprender una serie de elementos: los problemas y las necesidades, sus causas y dinámicas, los factores protectores y de riesgo y el pronóstico. El proceso diagnóstico debe servir para actuar sobre la situación y promover un cambio (Aguilar, 2013).

Otro apartado específico será la propuesta de intervención, conlleve o no solicitud de medida de protección. El informe también recogerá información relevante como es:

- El grado de conciencia de la situación de desprotección y la motivación para el cambio de los padres, madres o responsables legales del/de la NNA.
- El grado de colaboración de la familia en el proyecto de intervención.

4. ESPECIAL MENCIÓN AL PROFESIONAL DE REFERENCIA

Tanto en las situaciones de riesgo como de desamparo, la normativa hace hincapié en designar un/a profesional de referencia. En este punto quiero hacer una especial reseña, para defender que este/a profesional, debe ser del Trabajo Social.

En el documento publicado en el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid (2021), nos fundamenta muy bien esta petición:

*Como profesionales de referencia y tal y como marcan las leyes, se encargan de asegurar la integralidad, el acompañamiento social y continuidad en la intervención, siendo responsables de la historia social y el interlocutor principal que vele por la coherencia, la coordinación con los demás sistemas de bienestar y la globalidad del proceso de atención (MSSSI, 2013). **Garantiza y lidera, por tanto, un enfoque integral y eficiente de los procesos de intervención**, así como un acompañamiento de calidad y facilita un tránsito amable de la persona y/o familia usuaria por los diferentes niveles del sistema o entre diferentes sistemas.*

Todo lo anterior es posible porque en la formación específica de los estudios universitarios de Trabajo Social —perteneciente al Área de Conocimiento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Acuerdo de 8 de abril de 1991, de la Comisión Académica del Consejo de Universidades, por el que se añade el área de conocimiento “Trabajo Social y Servicios Sociales” a las áreas que figuran en el anexo del Real Decreto 1431/1990)— se priman competencias profesionales específicas como: amplio conocimiento de la conducta humana y el entorno social con énfasis especial en la relación de la persona con su entorno, así como su conocimiento especializado de los sistemas públicos de protección. Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social (Vázquez, 2005, p. 284).

Por lo tanto, contamos con la formación necesaria, somos un referente histórico en el sistema de servicios sociales, nuestro objeto y fin de nuestra profesión coinciden con el propio sistema, tenemos la experiencia en la coordinación con otros sistemas y somos garante de derechos.

5. DE VUELTA AL ARTICULO DE PRENSA

Revisando mis reflexiones iniciales sobre la lectura de la noticia que ha dado pie a esta comunicación, voy a rebatir alguna de ellas:

1. Pone en duda la profesionalidad de los y las profesionales de los servicios sociales y, por ende, de nuestra propia disciplina de Trabajo Social, en la toma de decisiones sobre los derechos fundamentales de las personas.

Si tomamos la definición de Trabajo Social tanto de la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2001) como la que da el *Libro Blanco del Título de Trabajo Social* (2005):

*El Trabajo Social es la disciplina de la que se deriva la actividad profesional del trabajador social y del asistente social, que tiene por objeto la intervención y evaluación social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar y la cohesión, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el trabajo social de caso, grupo y comunidad. El trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. **Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social**, así como la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.*

De esta definición se resuelve la duda, los y las trabajadores sociales están implicados en la intervención y la evaluación de las situaciones de desprotección que puedan sufrir el/la NNA.

Por otra parte, al estar los estudios integrados en el Sistema Universitario Español y consolidado a través de los estudios de Grado en Trabajo Social, los egresados cuentan con una formación suficiente, que les capacita para realizar las valoraciones de desprotección y tomar decisiones que afectan a los derechos fundamentales, teniendo como prioridad en este caso la protección de la infancia y adolescencia, y el interés superior del menor. Si bien, es una profesión que requiere de una formación continua para adaptarnos a los cambios sociales y legislativos.

2. No se informa a las menores ni a la madre de la medida adoptada, en tiempo y forma, solo en el momento del acto.

El deber de informar tanto a la madre como a las menores de la medida tomada es parte fundamental del proceso y forma parte del procedimiento, como hemos detallado en párrafos anteriores.

3. Minusvalora la importancia de un informe social.

El informe social o informe técnico es la mejor herramienta que tenemos los/as profesionales para expresar y comunicar a terceros la información sobre la situación de desprotección en la que valoramos con un diagnóstico y proponemos una medida:

El informe social es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el/la profesional del trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional (Código Deontológico del Trabajo Social, 2012).

Por lo tanto, el INFORME SOCIAL tiene un valor fundamental en la parte de instrucción de la toma de decisiones para adoptar una medida de protección. Los y las profesionales que lo firmen, deberán ratificarse en los procesos judiciales y basarse en los fundamentos metodológicos por los cuales han obtenido la información reflejada en dicho informe.

6. CONCLUSIONES

La complejidad para realizar las valoraciones de desprotección requiere de un fortalecimiento del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, desde la atención social primaria hasta los servicios de atención especializados, para ello sería necesario contar con los recursos suficientes que nos permitan desarrollar esta tarea.

Existe esperanza para conseguirlo, si tenemos en cuenta el texto de la nueva ley aprobada en la Comunidad de Madrid de Derechos, Garantías y Protección a la Infancia y Adolescencia, que garantiza la existencia y mantenimiento de los servicios públicos suficientes y adecuados para asegurar las actuaciones de protección (art. 66 de Ley 4/2023, de 22 de marzo), así como que se dispondrá de equipos multidisciplinares para prestar un mayor apoyo a los/as NNA.

Pero, también, para superar las dificultades actuales del sistema necesitaríamos:

- Dotar a todos los centros de servicios sociales municipales de los/as suficientes profesionales para llevar a cabo esta tarea y reservar el tiempo necesario para realizar todas las actuaciones para cumplir con el procedimiento. La atención social primaria debe caminar también hacia una especialización que permita a sus profesionales centrarse, en este caso, en la protección de los/as menores.
- La valoración de las situaciones de desprotección requiere de una visión multidisciplinar, como así lo señala el artículo 42 de LOPIVI y por ello tendremos que contar con equipos multidisciplinarios en todos los centros, al menos compuestos por las figuras de trabajador/a social, educador/a social y psicólogo/a.
- Es necesario que todos estos/as profesionales cuenten con formación suficiente para desarrollar esta compleja valoración, para ello tanto la administración autonómica como municipal tendrán que ofrecer espacios formativos específicos sobre esta materia y facilitar su asistencia.
- Contar con un marco de actuación común, como el propuesto, en todos los servicios sociales, para homogeneizar criterios técnicos y valoraciones, agilizar los procesos y favorecer la coordinación entre las administraciones competentes en materia de protección.
- Es necesaria la supervisión de los equipos, tanto por contar con una opinión externa no implicada directamente en la valoración, como por un cuidado de los y las profesionales, ya que este trabajo supone una gran carga emocional.

Para finalizar, una última consideración sobre el ejercicio del trabajo social, como práctica profesional: se debe actuar con el máximo rigor, sensibilidad y ser proactivos en la defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes para garantizar su bienestar integral. De esta forma evitaremos tomar decisiones que puedan parecer negligentes y que afectan al bienestar de las personas y a sus derechos fundamentales, pero que corresponden a los y las profesionales del trabajo social, como parte del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, M. J. (2013). *Trabajo Social. Concepto y Metodología*. Madrid: Paraninfo.

Arruabarrena, I. (2019). *Guía de indicadores para la identificación de situaciones de riesgo y desprotección infantil en niños y niñas entre 0-5 años*. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Arruabarrena, I. (2022). *Guía de indicadores para la identificación de situaciones de riesgo y desprotección infantil en niños y niñas entre 6 y 12 años*. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Ayuntamiento de Madrid. (2008). *Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores*.

Barudy, J. y Dantagman, M. (2010). *Guía de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*.

Bayot Mestre, A. Hernández Viadel, J. V. (2008). *Evaluación de la competencia parental (ecpp)* CEPE. (Ser. Entrenamiento en competencia social, 13).

Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. (2021). *El/la profesional de referencia como derecho de las personas usuarias de los Servicios Sociales: el/la trabajador/a social como profesional de referencia de la Atención Social Primaria*.

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*.

Cruz Roja. (2020). *Entrevista para la evaluación de Competencias parentales*.

Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2017). *Actualización del BALORA. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/balora/es_doc/adjuntos/web_ACTUALIZACION_INSTRUMENTO_BALORA.bopv.pdf

- Dorado, A.; Munuera, P. y Pérez, J. M. (2022). “El Informe Social como herramienta identitaria del Trabajo Social”. *Trabajo Social Hoy* 96 (7-22). doi:10.12960/TSH 2022.0007
- Febbraio A. (2015). “La evaluación psicológica de las fallas en las competencias parentales en padres maltratadores”. *Revista Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, 19, 1.
- García Medina, Estévez Hernández, I., y Letamendía Buceta, P. (2007). “El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores”. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 393-407. <https://doi.org/10.4321/S1132-05592007000300007>
- Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 304, de 22 de diciembre de 2022. <https://www.bocm.es/eli/es-md/l/2022/12/21/12>
- Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 73, de 27 de marzo de 2023. <https://www.bocm.es/eli/es-md/l/2023/03/22/4>
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *BOE* núm. 15, de 17/01/1996. *Última actualización publicada del 5/06/2021* <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069&tn=1&p=20210605>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia. *BOE*, núm. 134, de 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>
- Libro Blanco. Título de Grado en Trabajo Social*. (2005). ANECA.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil I. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, y en las Guías de actuación en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad de Cantabria y el Ayuntamiento de Madrid.
- Molina Facio, A. y Martínez Bermúdez, C. (2016). *Valórame: instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía* (2.ª ed.). Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4082
- Novillo, B. y Sanz, C. (2018). *El informe social. Aportaciones desde la práctica diaria*. [Material no publicado]. Colegio de Trabajo Social de Madrid.
- Orjuela, L., Perdices, A., Plaza, M. y Tovar, M. (2008). *Manual de Atención a niños y niñas*.
- Sánchez, G. (9 de febrero de 2023). Castilla y León, condenada a pagar 150.000 euros a una madre búlgara y sus hijas por separarlas injustificadamente. *elDiario.es* https://www.eldiario.es/desalambre/junta-castilla-leon-condenada-pagar-150-000-euros-madre-bulgara-hijas-separarlas-forma-injustificada_1_9936810.html
- Save the Children. (2020). *Indicadores de violencia sexual contra la infancia-Manual formativo para profesionales del sector educativo en detección y notificación de la violencia sexual contra la infancia*.
- VALORA-MADRID. *Manual de actuación de los Servicios Sociales municipales y autonómicos de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid en situaciones de Riesgo y Desamparo* (s.f.). (Documento no publicado).
- Xunta de Galicia (2021). VALORA-GALICIA. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil en los servicios sociales especializados en protección de menores en la Comunidad Autónoma de Galicia. Consellería de Política Social, Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica. <https://politicassocial.xunta.gal/es/recursos/publicaciones/valora-galicia-instrumento-para-la-valoracion-de-la-gravedad-de-las>

Dra. Eva María Rubio Guzmán
Universidad Pontificia Comillas
Departamento de Sociología y Trabajo Social
Dr. Jesús M. Pérez Viejo
Universidad Nacional de Educación a Distancia
Departamento de Trabajo Social

Dr. Francisco Javier García-Castilla
Universidad Nacional de Educación a Distancia
Departamento de Trabajo Social
Dr. Miguel Urra Canales
Universidad Nacional de Educación a Distancia
Departamento de Trabajo Social

Comunicación 21

Interseccionalidad: líneas de actuación para el Trabajo Social

Resumen: La interseccionalidad es un aspecto muy relevante para el Trabajo Social y con una importante aplicación en la intervención social. Ofrece una perspectiva más completa y precisa de las experiencias y desafíos que enfrentan las personas en función de las diversas variables que atraviesan e interconectan la realidad de sus vidas y que pueden generar discriminaciones múltiples en base a la edad, la clase, el género, la discapacidad, la situación económica, la orientación sexual, la etnia, la raza, la nacionalidad o la religión, entre otros. Permite comprender cómo las diferentes formas de opresión se relacionan entre sí y dan lugar a experiencias únicas de discriminación.

La presente comunicación realiza una breve aproximación histórica y conceptual sobre la importancia de la interseccionalidad para individualizar las intervenciones desde el Trabajo Social, teniendo en cuenta la realidad de la persona.

Palabras Clave: Interseccionalidad, Vulnerabilidad, Discriminación, Género, Trabajo Social.

Abstract: Intersectionality is a very relevant aspect for Social Work and has an important application in social intervention. It offers a more complete and precise perspective of the experiences and challenges that people face based on the various variables that cross and interconnect the reality of their lives and that can generate multiple discriminations based on age, class, gender, disability, economic situation, sexual orientation, ethnicity, race, nationality or religion, among others. It allows us to understand how different forms of oppression relate to each other and give rise to unique experiences of discrimination.

This communication makes a brief historical and conceptual approach to the importance of intersectionality to individualize interventions from Social Work, taking into account the reality of the person.

Keywords: Intersectionality, Vulnerability, Discrimination, Gender, Social Work.

1. INTRODUCCIÓN

El uso del concepto de interseccionalidad es de total actualidad dentro de los estudios de género (Lombardo y Verloo, 2010), para muchos con estatus de verdadera teoría feminista, habiendo sido creado para aludir a la combinación de elementos y variables implicadas en las relaciones de poder desiguales (Viveros, 2015).

La perspectiva interseccional es una herramienta teórica que permite comprender como categorías sociales tales como la etnicidad, la raza, el género, la edad, la discapacidad o la orientación social, se presentan de forma combinada en los grupos sociales que se encuentran en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social, generando situaciones de discriminación. Permite de forma útil tener una exploración crítica de cómo las diferentes formas

de inequidad se combinan e intensifican la opresión de las personas y las comunidades con las que trabajan los trabajadores sociales. En palabras de Symington (2004, p. 2) “la interseccionalidad nos permite entender situaciones de opresión y de privilegio”.

El Trabajo Social tiene como objetivo primordial promover el bienestar y la justicia social, abordando las desigualdades y las diversas formas de opresión que enfrentan las personas. Para ello, es necesario que los equipos profesionales que realizan intervenciones sociales individuales, familiares y comunitarias, apliquen un enfoque interseccional que permita mejorar los diagnósticos de necesidades y dificultades, y de las fortalezas de las personas. Así, el diseño de planes individuales de intervención permitirá reconocer y visibilizar las intersecciones de opresión, y así, dismantlar las estructuras y sistemas que perpetúan la discriminación y promover un cambio transformador en beneficio de todas las personas. Además, el uso de esta perspectiva potencia el empoderamiento de las personas, a través de la toma de conciencia de sus propias situaciones y del desarrollo de estrategias que fomenten la autonomía y la capacidad de decisión.

2. FUNDAMENTOS DE LA INTERSECCIONALIDAD: ORIGEN Y CONCEPTO

El enfoque interseccional está fuertemente vinculado en su origen al pensamiento feminista negro, en su desafío al pensamiento feminista dominante que centraba su análisis de la desigualdad de las mujeres únicamente en la categoría género, sin tomar en consideración la raza como otro elemento esencial en el análisis, lo que impedía visibilizar las experiencias de las mujeres negras (Hill Collins, 1986). Es a finales de la década de 1980 cuando comienza a hablarse de interseccionalidad a partir de la aportación de la abogada americana Kimberlé Crenshaw (1989) en su artículo “Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of anti-discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”, en el que señalaba que la interseccionalidad es una metáfora del cruce de las múltiples experiencias que viven las mujeres negras y que deben ser comprendidas desde su posición de marginación social, lo que ayuda a dar sentido a sus experiencias cotidianas. Asimismo, puso de manifiesto cómo el feminismo se basaba esencialmente en las experiencias de las mujeres blancas de clase media (Crenshaw, 2012), dejando al margen las vivencias de las mujeres negras, y como, a su vez, estas tampoco tenían cabida en el movimiento antirracista al apoyarse, esencialmente, en la narrativa vital de los hombres negros (Carbin y Edenheim, 2013; La Barbera, 2017).

A pesar de estas críticas vertidas sobre el feminismo de visión única, Viveros (2015) señala que la interseccionalidad ya llevaba tiempo dentro de las teorías feministas, aunque sin recibir esta denominación. En este sentido, indica que ya a finales del siglo xviii en Francia, Olympia de Gouges comparaba la dominación que se producía en las colonias con la dominación patriarcal, mostrando las similitudes existentes entre los esclavos y las mujeres. También Sojourner Truth, tras estar 40 años sometida a la esclavitud, en 1851 en la convención por los derechos de las mujeres de Ohio cuestionó la visión de la feminidad burguesa con la que ella había experimentado como mujer negra (esclava, trabajadora, madre, etc.), ¿con su discurso titulado “Ain’t I a woman?”. Asimismo, en el contexto de los países iberoamericanos, a finales del siglo xix, se hizo alusión a las intersecciones en las realidades vitales de las mujeres de este entorno, desvelando Clorinda Matto de Turner, en 1899, la enorme vulnerabilidad de las mujeres cuando se incluyen las variables étnico-raciales, tal y como mostraban los abusos cometidos sobre las mujeres indígenas. En el siglo xx, la Colectiva del Río Combahee, uno de los grupos del feminismo negro más relevantes en la década de 1960, relacionó el género, la raza y la clase social como conjunto de opresiones que se dan al mismo tiempo y en las que es necesario profundizar para entender la experiencia vital de las mujeres negras.

Tras todos estos intentos previos de conectar distintas variables para desvelar el amplio abanico de discriminaciones que pueden sufrir las mujeres, en 1989, Kimberlé W. Crenshaw utilizó por primera vez este término, cuando defendía en un juicio a las mujeres negras que trabajaban en General Motors, para mostrar la invisibilidad jurídica de la opresión que estas sufrían (Viveros, 2015). Posteriormente, Patricia Hill Collins, trasladando este concepto, más allá de los límites del derecho, a las distintas ciencias humanas y sociales, planteó la interseccionalidad dentro del análisis del feminismo estructuralista (La Barbera, 2017).

Aunque no existe una definición comúnmente aceptada de interseccionalidad (Hill Collins, 2017), desde sus orígenes esta trata de reflexionar sobre los procesos por los que se crean y se reproducen las desigualdades sociales, poniendo, inicialmente, su acento en la triple discriminación que supone la vinculación de la raza, la etnicidad y el género, dimensiones que no solo implican identidades individuales sino también principios de organización y estructuración social (Magliano, 2015) y espacios de desventaja social (La Barbera, 2017). Posteriormente, el número de elementos que pueden conectarse en un momento concreto de la vida de las personas se ha ido incrementando, proponiendo diferentes variables como la edad, la capacidad, la identidad sexual, etc.

Asimismo, Hancock (2007) pone de relieve que, frente a los enfoques anteriormente usados, unitario (tiene en cuenta un único eje de desigualdad) o múltiple (considera varias desigualdades dándoles la misma importancia), el enfoque *interseccional* propone valorar la confluencia de distintas desigualdades y sus diversos efectos en las situaciones de desventaja de las mujeres (Lombardo y Verloo, 2010).

Por otro lado, el concepto de interseccionalidad pretende superar el protagonismo que se le ha otorgado al patriarcado como elemento central de la desigual distribución del poder y el privilegio, admitiendo la influencia de otros sistemas de subordinación (Guzmán Ordaz y Jiménez Rodrigo, 2015; La Barbera, 2017), así como la necesidad de incorporar las experiencias particulares de los individuos y grupos más vulnerables en su lucha para modificar las relaciones de poder en diferentes contextos (Magliano, 2015). De esta manera, la dimensión de género pierde su centralidad y pasa a ser una más dentro de las discriminaciones o variables vinculadas con la desigualdad que sufren las mujeres (Lombardo y Verloo, 2010).

En este sentido, la interseccionalidad plantea que las personas viven múltiples identidades (como si estuvieran formadas por diversas capas) que vienen de su historia vital, sus relaciones sociales y de las estructuras de poder que les rodean, y que al combinarse derivan en distintas experiencias individuales de desventaja (Symington, 2004). De esta forma, este concepto pone el acento en los lugares de intersección, de cruce y acumulación de diferentes condiciones como son la etnicidad, la orientación sexual, la capacidad, la edad, la salud, la migración, etc. (Lombardo y Verloo, 2010), que colocan a algunas personas, y en concreto a muchas mujeres, en situaciones de marginación y exclusión social (Guzmán Ordaz y Jiménez Rodrigo, 2015), ubicando a otras en espacios caracterizados por las oportunidades y los derechos.

Crenshaw distinguió dentro de la interseccionalidad tres niveles interconectados en su análisis del racismo y el patriarcado en el contexto de la violencia contra las mujeres:

- La **interseccionalidad estructural** como combinación de diferentes desigualdades que afectan a las oportunidades económicas, políticas y sociales, así como a las prácticas de discriminación en el empleo, y que implican desventajas para aquellos que se encuentran “en el punto de intersección de desigualdades concretas” (Lombardo y Verloo, 2010, p. 12), afectando especialmente a la vida cotidiana de las mujeres negras. En este nivel se relacionan los sistemas de dominación raciales, de género y de clase (Sempol, 2018).
- La **interseccionalidad política** pone el foco en como las mujeres negras se ubican dentro de, al menos, dos grupos subordinados con motivaciones y luchas diferentes, quedando al margen de los movimientos antirracistas y feministas. Este tipo de interseccionalidad implica la reproducción de la desigualdad a través del derecho y de las políticas públicas. En este sentido, se puede ver como diferentes políticas tomadas para favorecer la igualdad y el bienestar de unas personas (mujeres blancas de clase media) pueden implicar la marginación u olvido de otras (mujeres racializadas, inmigrantes, con diversidad funcional, transexuales, etc.).
- La **interseccionalidad representacional o simbólica**, es aquella que permite indagar en la influencia de la construcción cultural en la producción de exclusión y marginación de las personas vulnerables, analizando la relación entre los estereotipos raciales y los de género (Sempol, 2018). Se refiere a los discursos que estigmatizan el valor moral de las mujeres negras, presentándolas bajo estereotipos misóginos que las representan como mujeres hipersexualizadas, promiscuas y con una moral relajada (Bernard, 2022).

Por su parte, Patricia Hill Collins con su “rueda de la interseccionalidad” o matriz de opresiones pone de manifiesto una multiplicidad de variables: clasismo, sexismo, generismo, capacitismo, edadismo, etc. En función del extremo en el que las mujeres estén situadas, estas condiciones pueden suponer acceso a derechos y privilegios o, por el contrario, desventajas, desigualdad y opresión. La matriz es un instrumento abierto que permite incorporar cuantas variables encontremos superpuestas o combinadas entre sí en la intervención con las personas.

Con el paso del tiempo, la interseccionalidad se ha convertido en un enfoque feminista de importante calado, sirviendo de marco teórico y de herramienta organizativa y política para el análisis desde diferentes disciplinas de las realidades de desigualdad, así como para cuestionar, desde los movimientos de justicia social, los ejes de desigualdades sociales de los grupos sociales excluidos (Bernard, 2022).

3. INTERSECCIONALIDAD EN EL TRABAJO SOCIAL COMO HERRAMIENTA DE JUSTICIA SOCIAL.

Históricamente, el Trabajo Social se ha orientado a acompañar, facilitar y capacitar a las personas, grupos y comunidades en sus procesos vitales para ser responsables en sus tomas de decisiones, para ser libres de elegir y ejercer su participación. Asimismo, se encuentra orientado a facilitar los cambios de aquellas situaciones que supongan un obstáculo en el desarrollo humano y la justicia social, promoviendo los recursos de la política social, las respuestas innovadoras y la creación de recursos no convencionales basados en el potencial solidario de las personas (Martínez, 2003).

El Trabajo Social tiene una especial relevancia en ayudar a las personas a hacer frente a las adversidades, pero también en denunciar, investigar y sensibilizar las desigualdades y situaciones de opresión que enfrentan, con el objetivo de generar cambios en las estructuras que reduzcan las brechas de desigualdad. La lucha por el derecho de las personas y por los derechos humanos en general, es un eje central para frenar el deterioro de las condiciones de vida y por la mejora de la calidad de esta (O'Leary y Tsui, 2020).

El contexto global actual presenta varios desafíos y dificultades para la humanidad, que no afectan de manera igualitaria a todas las personas, y que se ceban especialmente con aquellos grupos en situación de vulnerabilidad social. Algunos de los problemas más relevantes que enfrentamos tienen que ver con el aumento de la desigualdad y la pobreza, con el cambio demográfico y el aumento de los grupos vulnerables. Asimismo se da un empeoramiento general de la salud global y específicamente de la salud mental, como expresión del malestar de las situaciones que enfrentan, con el aumento de la violencia y, por ende, de las víctimas de diferentes formas de esta, con las crisis humanitarias y los desplazamientos forzados por conflictos armados y desastres naturales, con el desarrollo exponencial de la tecnología que está aumentando la brecha digital y por el cambio climático y la degradación del medio ambiente que genera un problema añadido en las personas, grupos y comunidades.

Estos son solo algunos de los retos que enfrenta la humanidad y que, sin duda, impactan de manera negativa en el bienestar de la ciudadanía global. Estas situaciones deben ser analizadas con el objetivo de implementar políticas públicas coordinadas con iniciativas tanto de atención como de movilización social, para adecuar los recursos de atención a las necesidades de la ciudadanía, prestando especial atención a los colectivos de especial vulnerabilidad desde una perspectiva integral (Pérez *et al.*, 2020). Así, para hacer frente a ello, es necesario contar con equipos profesionales capacitados, con políticas inclusivas y enfoques interdisciplinarios que aborden de manera integral las complejidades de los problemas sociales contemporáneos, por lo que el Trabajo Social, también se enfrenta a retos para adaptarse a un contexto complejo con un aumento significativo de las necesidades y una reducción de los recursos que permitirán buscar soluciones efectivas.

Los y las profesionales del Trabajo Social trabajan en los lugares más extremos de la realidad social, donde las experiencias de exclusión y desigualdad se combinan, se reproducen e incluso se perpetúan. La interseccionalidad es un enfoque de gran utilidad en el trabajo social para comprender los sistemas de opresión interconectados, las desigualdades individuales, sociales y organizativas, así como su impacto en la vida cotidiana de las personas usuarias, desde una perspectiva de defensa de los Derechos Humanos y lucha por la justicia social. Asimismo, el enfoque interseccionalidad ayuda a analizar y comprender diversos temas como la inmigración, la violencia contra las mujeres o la homofobia, entre otros.

Este enfoque puede ser utilizado, desde una práctica reflexiva crítica (Mattson, 2014) para analizar la complejidad de las identidades y las relaciones de poder tanto desde la formación de los y las trabajadoras sociales como desde el ejercicio y la práctica profesional. De esta manera, permite comprender cómo la identidad de los grupos sociales se ve impactada por las desigualdades estructurales y las circunstancias sociales, cómo las experiencias son heterogéneas dentro de los colectivos al darse múltiples identidades que se entrecruzan, y cómo las categorías como el género, la raza o la clase, no son fijas sino fluidas, y están determinadas por las estructuras sociales. La interseccionalidad ofrece un marco crítico amplio para comprender las vidas y los contextos de las personas que acuden a los y las trabajadores/as sociales, y permite, asimismo, comprender cómo se dan los encuentros de las personas con los servicios de atención social.

Asimismo, la mirada interseccionalidad ayuda a los trabajadores sociales a comprometerse con los valores originales de la profesión de lucha por la justicia social. Esto implica un abordaje de las relaciones de poder y desigualdad, así como de los procesos de discriminación estructurales e institucionales que afectan intensamente a los usuarios de los servicios de bienestar social, desde una práctica profesional basada en principios anti-opresivos, cuestionando el papel del Estado, e incluso el de las estructuras organizacionales del Trabajo Social (Bernard, 2022).

Así, la interseccionalidad aporta herramientas de análisis fundamentales para comprender las limitaciones de los grupos de personas marginadas o excluidas que “cargan” con múltiples identidades cruzadas, reconociendo su individualidad y diversidad, de manera que la intervención no reproduzca los sistemas de opresión, sino que sirva para cuestionarlos.

4. PROPUESTAS PARA APLICAR LA INTERSECCIONALIDAD EN LAS INTERVENCIONES SOCIALES

La combinación acumulativa de características y/o sucesos en una misma persona nos llama como profesionales a aceptar el reto de complejizar nuestra mirada para comprender en profundidad las dinámicas de desigualdad y exclusión, pero también nos lleva a rescatar la experiencia individual de cada sujeto de las constantes generalizaciones y estereotipos aprendidos y asumidos sobre los distintos colectivos: mujeres migrantes, con diversidad funcional, drogodependientes, sin hogar..., evitando así su homogeneización.

Todas estas dimensiones de la persona no se pueden tomar desde una perspectiva aritmética, esto es, no se trata de elaborar una suma de experiencias independientes entre sí, sino de entender que su interrelación implica efectos multiplicadores (como una progresión geométrica). El acercamiento a las personas, y en concreto a las mujeres, desde un enfoque psicosocial, nos permite conocer cómo actúan las intersecciones en ellas, cómo el cruce de dimensiones puede ser devastador en sus vidas. Relata Crenshaw (2012) el caso de una mujer, migrante, que sufriendo violencia por parte de su pareja y encontrándose en la calle con su hijo, no logró que la atendieran en una casa de acogida por no dominar el idioma. En este caso, el hecho de ser mujer y sufrir violencia la colocaban en una situación de vulnerabilidad, pero también en el acceso a los recursos de protección, sin embargo, su dimensión de mujer migrante latinoamericana que no habla inglés, la resituó en la desprotección y el peligro de exclusión extrema. Las vidas de las mujeres no son, por tanto, una suma de circunstancias, sino que cada una de estas, como si fueran elementos químicos, lleva una especie de “valencia” que, al combinarse en un punto de intersección, pueden generar una explosión de efectos indeseados.

Todas las personas presentamos múltiples identidades que nos pueden llevar a experimentar diversas discriminaciones cruzadas (Symington, 2004). Sin embargo, las intervenciones sociales (especialmente cuando toman forma de servicios) están generalmente apoyadas en miradas aglutinadoras de características individuales, lo que puede implicar, que cuando una persona no cumpla alguna de las características predefinidas quede sin recibir la atención que necesita. En este sentido, la perspectiva interseccional nos aporta una herramienta analítica que permite que abramos nuestra mirada a múltiples tipos de violencia que sufren las personas, y a su combinación dentro de las relaciones sociales de poder en los diferentes contextos, aportando para ello, la experiencia directa e individual de las personas (Magliano, 2015). De este modo, si adoptamos un enfoque más interseccional podríamos poner en práctica políticas mejores y más inclusivas (Lombardo y Verloo, 2010).

La intervención social debe estar centrada en la esfera más próxima a las personas, familias, grupos y comunidades, pero también es necesario incidir en las raíces y estructuras que generan los problemas. Por ello, se desarrollan diferentes acciones que permiten tener en cuenta esos elementos. Por un lado, las intervenciones directas de los equipos profesionales, por otro, acciones de investigación, sensibilización e incidencia política, que permitan transformar la realidad para que deje de generar las injusticias sociales y también, las acciones de formación para con los equipos que los prepare, para que todas las acciones que realicen sean eficaces y consigan los resultados esperados. Así, se cumple el mandato de garantizar la provisión de servicios sociales que trabajen desde la protección de los derechos humanos y sociales (Banks *et al.*, 2020) y la transformación social.

La mirada interseccionalidad puede aplicarse en múltiples áreas de formación, intervención e investigación en Trabajo Social. Siguiendo las aportaciones de Bernard (2002) en este apartado se ofrecen algunas propuestas sobre su puesta en práctica.

En relación con la **formación especializada** de los equipos profesionales, la interseccionalidad es un elemento clave a incorporar en los procesos formativos de los futuros profesionales del Trabajo Social. La mirada interseccional en la formación en Trabajo Social permite sensibilizar a los estudiantes sobre los aspectos menos visibles de las identidades de las personas, y sobre las intersecciones ocultas que es necesario visibilizar. Así, las personas con múltiples identidades estigmatizadas, como por ejemplo tener problemas de salud mental, condiciones de migración o ser transgénero, presentan aún mayores complejidades al enraizar estas categorías con las de clase, género o raza. De esta manera, cuanto más diversa es la sociedad más complejos son los problemas que se presentan.

En relación con la **intervención social** se hace necesario centrar la atención especializada en las personas, desde una visión positiva de sus capacidades, pero también, desde un análisis realista de sus particularidades y necesidades, que permitan personalizar la intervención y trabajar desde su propia realidad y su percepción subjetiva de la misma. De ahí, la necesidad de considerar el enfoque interseccional que integra todos los factores que rodean la vida de una persona, tales como la raza, la étnia, la salud, la diversidad funcional, la edad, la situación económica, la identidad y el género, con el objetivo de paliar los efectos de la discriminación que puedan generar escenarios de mayor vulnerabilidad.

Las intervenciones sociales en este contexto deben tener en cuenta la diversidad de situaciones que rodean a las personas que buscan apoyo. Las realidades de las personas, grupos y comunidades son muy diversas, así como sus necesidades. Por ello, se han de tener en cuenta los factores de vulnerabilidad y las dificultades que tienen antes de iniciar el proceso de ayuda, sobre todo en la fase de diagnóstico social y para el diseño de la posterior intervención. De no tener en cuenta este enfoque se corre el riesgo de no entender los elementos que operan en la vida de las personas y su interrelación, y, por ende, no diseñar una intervención social que se ajuste a la realidad personal.

A continuación, se destacan algunos aspectos que son cruciales para aplicar el enfoque de interseccionalidad en el Trabajo Social:

- **Identificación y reconocimiento de las experiencias diversas:** la aplicación de la interseccionalidad en el Trabajo Social permite considerar las múltiples identidades de las personas, y entender e identificar cómo se entrecruzan y cómo impactan en las diversas vivencias de opresión y desigualdad.
- **Abordaje integral de las necesidades:** la interseccionalidad permite realizar un diagnóstico personalizado y tener en cuenta al analizar familias, grupos y comunidades, las realidades de cada persona. Reconocer las múltiples dimensiones de la identidad y las formas en que interactúan con las estructuras de poder, permite diseñar planes de acción que sean más efectivos y realistas.
- **Identificación de barreras y limitaciones:** el enfoque interseccional permite identificar las barreras que enfrentan las personas para conseguir sus objetivos y, además, los resortes jurídicos, sociales y culturales que perpetúan las estructuras de desigualdad y luchar contra ellos.
- **Diseño de planes de intervención:** la integración del enfoque interseccional en la planificación de las intervenciones sociales ayuda a considerar todas las dimensiones de la identidad de las personas y las intersecciones de opresión que pueden o podrían experimentar. Para ello, se parte de la evaluación de las necesidades, con la plena participación e implicación activa de las personas afectadas, recogiendo información sobre el género, raza, clase social, orientación sexual, discapacidad u otras características relevantes. Asimismo, se deben definir objetivos claros y específicos de intervención, que incluyan las intersecciones de opresión. Por ejemplo, en un caso de violencia sexual que sufre una mujer, es necesario tener en cuenta la raza, la clase social, la orientación, o su situación administrativa, si es migrante, para determinar cómo operan estas variables y ajustar el plan de intervención. Este, debe estar adaptado a las necesidades específicas y establecer las colaboraciones que se requieran para dar respuesta a la demanda de la persona y que se produzca un acceso equitativo a recursos y ayudas necesarias. Además, el sistema de evaluación que se establezca debe medir el progreso del plan de intervención y ser ajustado si no se está consiguiendo lo planificado.

A continuación, siguiendo las aportaciones de Bernard (2022), se plantean algunas áreas, a modo de ejemplo, en las que aplicar el enfoque interseccional para llevar a cabo la intervención desde el Trabajo Social.

- **Intervención con menores y familias:** el uso de un enfoque interseccionalidad como modelo teórico en la intervención social con menores y familias permite comprender los factores de riesgo y protección de los menores en situación de vulnerabilidad. Así, facilita la evaluación de las necesidades de desarrollo de los menores, la capacidad de crianza de las familias y otros elementos ambientales que puedan influir en su bienestar, teniendo en cuenta diversos orígenes raciales, étnicos y religiosos. De igual manera, empuja a los profesionales a entenderse a sí mismos en los marcos en los que se desarrollan las familias para lograr comprender a estas y a sus experiencias vitales cruzadas por diversos problemas estructurales. De esta manera, la interseccionalidad ayuda a los trabajadores sociales a enriquecer su comprensión de las familias y de los niños que necesitan su apoyo.
- **Intervención con personas con problemas de salud mental:** en la intervención social con personas con problemas de salud mental, el enfoque interseccional puede ayudar a que los trabajadores sociales y las personas a las que atienden puedan construir conjuntamente una nueva comprensión de las experiencias

vividas por estos usuarios. Cuando una persona que acumula identidades estigmatizadas es diagnosticada de una enfermedad mental agrega una capa más de identidad infravalorada, experimentando la opresión de formas multifacéticas. Es por ello importante que los y las trabajadores/as sociales comprendan la amplificación de la vulnerabilidad de las personas que estas múltiples condiciones implican, especialmente para aquellas de diferente origen étnico y provenientes de grupos minoritarios. En este área la interseccionalidad permite que los y las trabajadores/as sociales lleven a cabo una reflexión crítica sobre las perspectivas médicas y sociales que tratan de explicar la enfermedad mental. Asimismo, facilita que los profesionales indaguen en los efectos negativos para la salud mental y el bienestar que tienen el racismo, el sexismo y todo tipo de situaciones de desventajas, enfocando sus intervenciones anti-opresivas en el reconocimiento de la dignidad y en la lucha por la justicia social. En este sentido, la perspectiva interseccional permite identificar y analizar las barreras culturales y las desigualdades sistémicas que deben enfrentar las personas de entornos desfavorecidos y que pueden estar percibiendo a los servicios de salud mental únicamente como instrumentos de control social. Por último, la mirada interseccional facilita un marco reflexivo crítico que puede sumarse a otras herramientas para la realización de evaluaciones más adecuadas de las experiencias de vulnerabilidad vividas por las personas en riesgo de exclusión social que acuden a los servicios de salud mental.

- **Intervención con personas mayores:** el enfoque interseccional permite poner en marcha una práctica profesional más empática y relacional, analizando los múltiples matices que se dan en la combinación de las categorías de género, raza y edad, produciendo situaciones de mayor vulnerabilidad y discriminación en las mujeres mayores. De ahí que la interseccionalidad permita identificar los retos del envejecimiento en contextos de sexismo, clasismo, racismo, capacitismo y heterosexismo. Así, utilizar la perspectiva interseccional para interrogar desde el Trabajo Social los problemas asociados al envejecimiento, permite cuestionar las complejidades vinculadas a las múltiples desventajas de aquellos con identidades marginadas y estigmatizadas y comprender mejor las experiencias de vida de las personas mayores que utilizan los servicios de atención social, teniendo en cuenta cómo afectan a las trayectorias vitales las desigualdades en salud y otros factores estructurales. Esto facilita, asimismo, la identificación de las mejores prácticas de intervención que eviten la homogeneización en la intervención, y generen enfoques innovadores que facilitan recoger la heterogeneidad de los adultos mayores para poder atender sus necesidades diferenciales de apoyo.

Desde el punto de vista de la **investigación** en Trabajo Social es importante generar una apuesta crítica que permita mejorar la vida de las personas que atendemos. En este sentido Hill Collins y Bilge (2016) destacan que el Trabajo Social es una disciplina en la que la teoría y la práctica están muy interconectadas y el enfoque interseccional puede ayudar a definir preguntas y preocupaciones que abordar desde la investigación. De esta forma, la perspectiva interseccional es útil en la investigación puesto que aporta una mirada teórica al identificar múltiples categorías de desigualdad, facilita un marco explicativo que permite el análisis y la interpretación de los datos, y cuestiona los procesos dinámicos y complejos de las experiencias sociales de aquellas personas y grupos que presentan múltiples identidades marginadas (Bernard, 2022).

Así, al reconocer y visibilizar los ejes de opresión, se puede trabajar a varios niveles (mediante la formación, la intervención y la investigación) promoviendo la justicia social desde una aplicación de la interseccionalidad al Trabajo Social para luchar contra la discriminación y los sistemas que la mantienen.

5. CONCLUSIONES

La interseccionalidad es una llamada a realizar análisis e intervenciones que no se centren en una sola dimensión, sino que acojan la complejidad de los seres humanos y sus vidas, comprendiendo que las relaciones de dominación no pueden tomarse de forma aislada sino desde los efectos que tiene su natural interrelación.

Esta perspectiva nos permite incorporar la individualización de manera indefinida dentro de nuestra intervención. Lejos de tratar a todas las personas por igual, se nos ofrece la posibilidad de entender cada una de las experiencias como únicas, valorando la incidencia particular que están teniendo en la pluralidad de vidas que desarrollan las personas. Desde el Trabajo Social, en muchas ocasiones, fruto de la dilatada experiencia profesional, caemos en la trampa de creer que “ya lo hemos visto todo”, lo que nos incapacita para tener la mirada novedosa y el interés singular que cualquier persona merece en su multiplicidad identitaria. No debemos olvidar que la experiencia de la opresión es una vivencia individual que debe ser recogida para su análisis y adecuación de las políticas y tratamientos que se ponen en marcha, como parte del empoderamiento y de la lucha por la justicia social.

Las intervenciones sociales priorizan la atención directa a personas usuarias como uno de los elementos identitarios de la profesión, si bien es cierto, que desde el enfoque de interseccionalidad se procura la mira a las raíces y estructuras que facilitan y perpetúan los procesos de discriminación. Por ello, es importante que la aplicación del enfoque se transversalice tanto en la intervención, como en los procesos de formación, de investigación, de sensibilización e incidencia política.

Por último, es fundamental remarcar la idea de que este tipo de abordajes teórico-prácticos no habría sido posible sin el aporte del feminismo que, aunque con sus deficiencias, no deja de ser un movimiento político, filosófico y social que busca resaltar las experiencias de sometimiento, subordinación y exclusión de las mujeres, y sin el que la vida de todos, pero especialmente la de las mujeres sería aún más invisible y penosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernard C. (2022). *Intersectionality for Social Workers. A Practical Introduction to Theory and Practice*. Routledge.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodlan, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, J. (2020). "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence". *The Lancet* 39, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carbin, M. y Edenheim, S. (2013). "The intersectional turn in feminist theory: a dream or a common language?" *European Journal of Women's Studies* 20(3), p. 233-248.
- Case, K. A. (2017) *Intersectional Pedagogy: complicating Identity and social justice*. Routledge.
- Crenshaw, K. (1989). "Demanding the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics". *University of Chicago Legal Forum*, 140, p. 139-167.
- Crenshaw, K. W. (2012). "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas y identitarias y violencia contra las mujeres de color". En: Platero Méndez, R. (ed.) *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Bellaterra. P. 87-122
- Guzmán Ordaz, R. y Jiménez Rodrigo, M. L. (2015). "La interseccionalidad como instrumento analítico de interpelación en la violencia de género". *Oñati Socio-legal Series*, 5(2), p. 596-612. <http://dx.doi.org/10.1177/1350506813484723>
- Hill Collins, P. (1986). "Learning from the outsider within the sociological significance of black feminist thought". *Social Problems*, 33(6), p. 514-532.
- Hill Collins, P. y Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Hill Collins, P. (2017). "The difference that power makes: intersectionality and Participatory Democracy". *Revista de investigaciones feministas*, 8(1), p. 19-39. <http://dx.doi.org/10.5209/INFE.54888>
- La Barbera, M.C. (2017). "Interseccionalidad. Eunomia". *Revista en Cultura de la Legalidad*, 12, p.191-198. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2017.3651>
- Lombardo, E. y Verloo, M. (2010). "La 'interseccionalidad' del género con otras desigualdades en la política de la Unión Europea". *Revista Española de Ciencia Política*, 23, p. 11-30.
- Magliano, M. J. (2015). "Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos". *Revista de Estudios Feministas*, 23(3), p. 691-712. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>
- Martínez, M. A. (2003). "Consideraciones generales: relaciones del Trabajo Social con el bienestar social, Estado de bienestar, política social, servicios sociales, diferenciación de conceptos", en *Introducción al Trabajo Social*, editado por T. Fernández y C. Alemán. Madrid: Alianza.

- Mattson, T. (2014). "Intersectionality as a useful tool". *Affilia*, 29(1), p. 8-17
- Murphy, Y., Hunt, V., Zajicek, A.M., Norris, A.N. y Hamilton, L. (2009). *Incorporating intersectionality in social work practice, research, policy and education*. NASW Press.
- O'Leary, P. and Tsui, M. (2020). "An international profession with commonalities and differences: Social work responses to COVID-19 where local is global and viceversa". *International Social Work* 63 (6), 715-716.
- Pérez, J., Dorado, A., Rodríguez-Brioso, M., y López, J. (2020). "Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis COVID-19 en España". *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI (4), 52-63. <https://doi.org/10.31876/rsc.v27i1>
- Sempol, D. (2018). *Intersecciones: Diversidad sexual y de género e interseccionalidad*. Cooperación Española.
- Simpson, J. (2009). *Everyone belongs: a toolkit for applying intersectionality*. CRIAW/ICREF.
- Symington, A. (2004). "Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica". *Género y Derecho -Awid*, 9, pp. 1-8
- Viveros Vigoya, M. (2016). "La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación". *Debate Feminista*. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

Conclu- siones



*¿Qué Herramientas
para qué Trabajo Social?*

CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

CONCLUSIONES 7.º CONGRESO TRABAJO SOCIAL

El 7.º Congreso de Trabajo Social de Madrid ha conservado el hilo conductor de los anteriores encuentros de Madrid, esto es, mantener y activar entre nosotras y nosotros la reflexión acerca de la profesión. En nuestro anterior congreso quedó patente la importancia de consolidar territorios, itinerarios, idearios, dentro de la interdisciplinarietà. A lo largo de los días 8 y 9 de junio, en el congreso desarrollado nos hemos centrado en lo que es urgente, nuclear, lo que se ha de permanecer más allá de los avatares políticos y de los vaivenes de nuestras organizaciones. En esa búsqueda de sentido de la profesión, de seguridad, de autonomía y valor, a lo largo de las dos jornadas de trabajo se ha puesto de manifiesto que lo propio, lo singular, lo que permanece, en contextos de trabajo inestables e inciertos, son nuestras propias herramientas de trabajo.

Herramientas que dan cuenta de una manera de pensar, de hacer y de ser, los tres ejes que han guiado el congreso, herramientas que trascienden los protocolos o listados de indicadores. Hemos reflexionado sobre el *buen hacer*, sobre las disposiciones morales que nos han de guiar, siempre en paralelo a los dispositivos técnicos; reflexiones imprescindibles por más que nos problematicen y nos generen incertidumbre.

El examen de las herramientas epistemológicas ha abarcado también una mirada al pasado que nos deja una inquietud y un desafío: la necesidad de evitar volver en la profesión al *avalorismo* empirista que envolvió nuestra profesión en el pasado ¿Cómo evitarlo? Con praxis colaborativas que no *colaboracionistas*.

Creemos que hemos alcanzado uno de los anhelos constantes en nuestros encuentros de trabajo: la sistematización de la práctica y la trasmisión de esta. Hemos revisado ámbitos muy diferentes: la intervención social en medios rurales con trastornos mentales graves, intervención familiar, el uso de las TIC, el diagnóstico social como resultado de un proceso participativo, y un largo etcétera. Con enfoques de trabajo que nos han contagiado/guido a repensar que estos nuevos enfoques (o no tan nuevos para la profesión) pueden ser operativizados y podemos dar cuenta de ellos en estos espacios profesionales.

En esta línea los espacios críticos-reflexivos (inmigración, salud, escuela, entre otros), a los que hemos podido asistir, han dado buena cuenta de la potencia movilizadora de la profesión/disciplina (indisociable). ¿Cómo? Con datos de la realidad, producto de la retroalimentación que cotidianamente tenemos los/as trabajadores/as sociales tras nuestra práctica. Todo ello apunta a evitar el riesgo de vaciar de contenido nuestra profesión y nos aboca a un uso del poder, del conocimiento, del rol profesional, el poder al fin, de transformar nuestras organizaciones usando las áreas de incertidumbre de las que habla Croizer. Y apostar por el desafío de autodefinirnos como ciencia asumiendo los retos que comporta: publicar investigaciones centradas en el objeto propio del trabajo social, enfoques teóricos-prácticos novedosos y creativos, unir el mundo académico y profesional, y un largo etcétera.

En definitiva, en nuestra caja de herramientas caben materiales orientados a los marcos teóricos que orientan nuestra práctica, técnicas y estrategias específicas del trabajo social, el análisis y la formalización de diferentes ámbitos de experiencias profesionales y, por último, aquellos materiales o instrumentos que constituyen el propio *self* del/de la profesional, que incorpora también una orientación a la ética, que van más allá de los códigos deontológicos, y la vivencia subjetiva como personas-profesionales.

Visual Thinking



*¿Qué Herramientas
para qué Trabajo Social?*

CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID



El #VII Congreso COTS visto por @visualmateria



*¿Qué Herramientas
para qué Trabajo Social?*

CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

DÍA 1

8 de junio de 2023



7 CONGRESO DE TRABAJO SOCIAL



CALIDAD Y CALIDEZ

HABLAR de  ES HABLAR de EXCELENCIA

ÉTICA

- HUMANIZAR LA INTERVENCIÓN
- DISCURSO DEL **DEBER**
- LEGITIMAR TODAS LAS **VOCES**
- APORTA HUMANIDAD NO JUZGAR



INCERTIDUMBRE + RIESGO = PRUDENCIA

NUESTRA MISIÓN ES ATENDER A LAS PERSONAS DESDE SUS **PROYECTOS DE VIDA**

NO ES SOLO PREGUNTAR (¿QUÉ DEBO HACER?)
 TAMBIÉN (¿POR QUÉ?)

PROXIMIDAD
 SOMOS PROFESIONALES CON UN ALTO VALOR SOCIAL



(SOMOS CONSCIENTES DE NUESTRO PAPEL TRANSFORMADOR?)

NECESITAMOS ESPACIOS DE REFLEXIÓN, SUPERVISIÓN

LA FORMACIÓN PARTE FUNDAMENTAL DEL CONOCIMIENTO

NECESITAMOS MÁS **CIENCIA** QUE MERA CONCIENCIA

EQUIDAD

LA JUSTICIA SOCIAL NO SE RECONOCE

- LA INTERVENCIÓN NO ES SOLO **CANTIDAD** de **RECURSOS** TAMBIÉN ES **CALIDAD Y ADAPTACIÓN**
- NUESTRO MODELO DE INTERVENCIÓN BUSCA CENTRAR A LA PERSONA



DAR CUIDADOS NECESARIOS A CADA PERSONA ES UNA **INVERSIÓN SOCIAL**



TRANSFORMAR
 → NUESTRA MIRADA, LOS PROCESOS DE TRABAJO Y LA ORGANIZACIÓN

- LA ÉTICA APORTA **ARGUMENTOS** PORQUE DEBEMOS PODER ARGUMENTAR LO QUE HACEMOS

EL OBJETIVO ES MEJORAR LA **CALIDAD DE VIDA** A TRAVÉS DE **ÉTICA**

PROFESIONAL, GLOBAL, VIRTUAL, ECOLÓGICA...

LA **DIGNIDAD** COMO FUNDAMENTO Y LA **EJEMPLAREIDAD** COMO UN VALOR



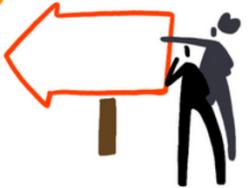
MESA REDONDA:
ESTRATEGIAS
EPISTEMOLÓGICAS

TERESA ZAMANILLO PERAL

No se puede separar **DISCIPLINA DE PROFESIÓN**

No podemos separar **TEORÍA Y PRÁCTICA**
PRIMERAS ASISTENTES SOCIALES

¿De dónde venimos?



VENIMOS DE LA IGLESIA CON UNA VISION OSIFICADA Y DE CARIDAD
EL TRABAJO SOCIAL SE SEPARA Y ADAPTA UNA VISION LAICA

BUSCA CREAR NUEVAS ESTRUCTURAS

Se ADOPTA UNA EPISTEMOLOGIA DUAL

Se PROFESIONALIZAN LAS TRABAJADORAS SOCIALES Y ADOPTAN EL EMPIRISMO POSITIVISTA



LOS DESARROLLOS DE HOY ESTAN BASADOS EN LA TEORIA SISTEMICA

Se DEFINE NUESTRA DISCIPLINA COMO PP LAS NECESIDADES SOCIALES EN RELACION CON LOS RECURSOS APLICABLES A LAS MISMAS



MARY RICHMOND

se INSTITUCIONALIZA EL TRABAJO SOCIAL

elementos Modelo de referencia de un (CREENCIAS, eleccion de perspectivas teoricas, objeto, metodo, tecnicas experiencias

MIREN EDURNE ARIÑO

TRABAJO SOCIAL desde una PRAXIS COLABORATIVA



TENEMOS que ser "POROSAS" A OTRAS DISCIPLINAS y que RECONOCER y CONFRONTAR



COLABORATIVA PARTICIPATIVA CIRCULAR

De LAS RELACIONES de PODER AL PODER de LAS RELACIONES

TRÁNSITO 2

De

- DIPLOMATISMO
- PRESENTATE
- DIAGNÓSTICO ADMINISTRATIVO
- LENGUAJE TÉCNICO

A

- AUTONOMÍA
- PRESENTAR-NOS
- REDEFINICIÓN DIALOGADA
- COTIDIANO

TRÁNSITO 3

DE LA INTERVENCIÓN A LA PRAXIS COLABORATIVA AMPARADA POR POSTURAS FEMINISTAS

BELÉN NAVARRO LLOBREGAT



- PROFESIONALES REFLEXIVAS CAMINAMOS A HOMBROS DE GIGANTAS
- NO NACEMOS DE LA MISOGINIA
- LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL es el MOMENTO de LA VERDAD

- PARA CONOCER UN PROPÓSITO, HAY que OBSERVARLO

OBJETO



CONTEXTO



COLABORACIÓN RESIGNACIÓN RESISTENCIA

¿cómo?

- ABANDONAR
- MANTENER
- INCORPORAR

TENEMOS que DEFINIRNOS como INTELLECTUALES

DE LA REACTIVIDAD A LA PROACTIVIDAD (REDEFINIR EL TRABAJO SOCIAL)



MESA REDONDA: ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

LAURA DÍAZ FUENTE Y PILAR SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

APOYOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
EN EL ÁMBITO RURAL

OBJETIVO →
MAYOR AUTONOMÍA
ÁMBITO JURÍDICO

EXISTE INTERDEPENDENCIA
ENTRE LAS COLABORADORAS

NUESTRAS ACCIONES
DEBEN DE ESTAR
INTERCONECTADAS



ENTREVISTAS A
2 VISIONES

SERVICIOS
SOCIALES

- DETECTAMOS
- SOBRE-ESFUERZO
 - FALTA DE RECURSOS
 - DE REFERENCIA...

TRABAJAR
DESDE LA
CREATIVIDAD
COMUNICACIÓN

CENTROS
ESPECIALIZADOS

- (L)A RA FILOSOFÍA DE TRABAJO
- NO PÉRDIDA DE IDENTIDAD

ESCAZOS
DE RECURSOS



- NOS VEMOS AFECTADOS POR LAS TENDENCIAS INDIVIDUALISTAS
- EN LA RED SE DAN INTERCAMBIOS CONTINUOS

ALEJANDRO LÓPEZ



- HE MOS TENIDO QUE LUCHAR
CONTRA ESAS RESISTENCIAS
AL CAMBIO
- NADA CAMBIA SI NO
CAMBIAMOS NOSOTRAS/OS



TENEMOS QUE SER
CAPACES DE CO-DISEÑAR,
DE TENER PARTICIPACIÓN
REAL Y FORMANDO PARTE
DEL SISTEMA A TODAS
LAS PERSONAS (USUARIAS
BENEFICIARIAS)

PLANIFICACIÓN
EN EL DISEÑO
DE ESTRATEGIAS

TENEMOS LA NECESIDAD
DE PLANIFICAR Y
EVALUAR. IMPLEMENTAR
SISTEMAS Y HERRAMIENTAS

- PANEL DE HOGARES
- GEOLOCALIZACIÓN DE LA DEMANDA



NUEVAS
HERRAMIENTAS
(APPS, IA,
VIDEOLLAMADAS...)

ESTRATEGIAS
INNOVADORAS

- LIDERAZGO ESTRATÉGICO
(CREANDO EQUIPOS ÁGILES
ORIENTADOS A RESULTADOS)



IZASKUN ORMAETXEA CAZALIS

- TRABAJO SOCIAL NO SON SERVICIOS SOCIALES

SISTEMA DE INDICADORES

APLICABLES EN DIFERENTES
ÁMBITOS DEL EJERCICIO
PROFESIONAL

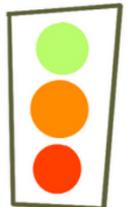
TENIENDO EN
CUENTA LA
SUBJETIVIDAD
Y EL CONTEXTO
DE LA PERSONA



SISTEMA
UNIVERSAL

- MEDICIÓN DE LA INTERVENCIÓN
E INTENSIDAD EN HORAS DE
TRABAJO

- SISTEMA DE CÁLCULO
QUE NOS PERMITE
OBTENER DIFERENTES
RESULTADOS



METODOLOGÍA
FUNDAMENTAL.
SISTEMATIZACIÓN

LOS PROCESOS
GRUPALES ENRIQUECEN

- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
SOCIAL DE LA DESPROTECCIÓN
DE MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA MACHISTA



PATRICIA BEZUNARTEA

EL PODER DE INFLUIR
(¿QUÉ FUTURO QUEREMOS?)



TRABAJO SOCIAL
COMO PROFESIÓN DE
PODER

EL PODER ES

TRANSFORMACIÓN

- RECONOCER EL PODER DEL OTRO
- EL PODER NO SE EJERCE DE MANERA INDIVIDUAL → NO ES TAREA FÁCIL
- EJERCICIO REFLEXIVO DEL PODER
- ¿DESDE DÓNDE ESTOY TOMANDO LAS DECISIONES?
- EL PODER CON RESPONSABILIDAD

NUESTRA CAPACIDAD DE **INFLUENCIA**

HACER NOS MÁS VISIBLES EN OTROS ESPACIOS



GEMA GALLARDO

EL PODER DE ELEGIR



ELEGIR EL ROL QUE VAMOS A TOMAR

PODEMOS ELEGIR COMO LIDEPAR

- SIEMPRE TENEMOS LA CAPACIDAD DE ELEGIR
- ESCOGER ALGO PARA UN FIN
- APRENDER A DECIR A LAS DECISIONES DE LOS/LAS USUARIOS/AS
- APRENDER DE NUESTRAS EQUIVOCACIONES



- HABLAR DESDE LA ESPERANZA Y LA COMPASIÓN

OTRO MODELO DE LIDERAZGO ES POSIBLE

DANIEL BERNABÉ

- ESTAMOS EN MOMENTOS DE **CAMBIO**



- LAS PERSONAS SOMOS SERES SOCIALES

- LA GRAN RECESIÓN FUE UN CAMBIO DE ÉPOCA

2008 (CRISIS DE CICLO LARGO)

- ESTALLIDO DE CONTRADICCIONES

TENDENCIAS **INDIVIDUALISTAS**

CON CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
CON TODO CONECTADO Y UNIDO



MISIÓN: IMPEDIR QUE EL MUNDO SE DESHAGA

ANIA PÉREZ DE MADRID

- ¿CÓMO HAREMOS UN VIAJE HACIA EL INTERIOR?
- ¿CÓMO EJERCEMOS UNA RELACIÓN?
- **AUTENTICIDAD** PARA CONECTAR
- DOTAR DE "CONTENIDO" A LAS COSAS QUE LES PASA

LA PERSONA EN EL **CENTRO**

SACAR TUS CREENCIAS AL PLANO DE LAS IDEAS





*¿Qué Herramientas
para qué Trabajo Social?*

CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

DÍA 2

9 de junio de 2023



7 CONGRESO DE TRABAJO SOCIAL



OBJETIVO
RESIGNIFICAR EL TRABAJO SOCIAL

- TENÍAMOS QUE VISIBILIZARLOS, LA PRÁCTICA ESTABA LLENA DE ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS

I CONGRESO INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL DEUSTO 2011

- TENÍAMOS UN PROBLEMA DE IDENTIDAD

(¿CÓMO PUEDO HACER MEJOR LO QUE ESTOY HACIENDO?)



INVESTIGAR

PROFESIÓN

- NUESTRA APUESTA ERA DENOMINAR EL TRABAJO SOCIAL COMO **CIENCIA**



EL LENGUAJE CONSTRUYE REALIDAD

es **PERFORMATIVO**

LA CIENCIA ES UNA HERRAMIENTA NECESARIA

PARA RESOLVER PROBLEMAS

LA PROPUESTA APORTA UN 3ª ESCALÓN

CIENCIA

DISCIPLINA

- TENEMOS UNA RESPONSABILIDAD **ÉTICA**

- EL TRABAJO SOCIAL SE PUEDE VER COMO DISCIPLINA Y CIENCIA

- TENEMOS QUE EMPEZAR A SER **AUTÓNOMAS**

- ¿PODEMOS HABLAR DE UNA **CIENCIA DEL TRABAJO SOCIAL DEPENDE**

- DE LOS MÉTODOS
- DE LA MANERA DE CONCEBIR LA CIENCIA
- DEL SIGNIFICADO QUE LE OTORGAMOS

LAS CONTRADICCIONES FORMAN PARTE DE LA VIDA

ES INTERDISCIPLINAR



¿TENEMOS CONOCIMIENTO?

SI Y MUCHO

¿CUAL ES EL OBJETO DE ESTUDIO DEL TRABAJO SOCIAL?

INVESTIR EL TRABAJO SOCIAL E INVERTIR LA SEMÁNTICA QUE UTILIZAMOS



DAVID NADAL MIQUEL

¡ PARA QUÉ y PARA QUIÉN TRABAJO SOCIAL!

¡ NUESTRO VALOR BÁSICO ES LA HOSPITALIDAD EXPERIENCIA EMOCIONAL!

¡ CUIDAMOS LA VIDA EN EL HOSPITAL PERO LA REALIDAD ESTÁ FUERA



- CENTRADOS EN LAS PERSONAS
- ESCUCHANDO
- NUESTRO MODELO DE ATENCIÓN NO ES ESTÁTICO
- ECOSISTEMA DE PARTICIPACIÓN

• BUSCAMOS CONOCER LA EXPERIENCIA EMOCIONAL E IDENTIFICAR LOS PUNTOS CRÍTICOS MEDIANTE OBSERVACIÓN

INVOLUCRAR ES MEJORAR LA PROFESIÓN EVOLUCIONA



HOSPITAL LÍQUIDO

- SOLUCIONES QUE DEN RESPUESTA A NECESIDADES
- NOS HEMOS VUELTO ESENCIALES CUIDAMOS MUCHO LOS ESPACIOS

• PARTICIPACIÓN REAL

AGUSTINA CRESPO VALENCIA

PROFESIÓN, DISCIPLINA Y COLEGIO

IDENTIDAD DINÁMICA Y POLIÉDRICA

COMO PROFESIÓN

- LOS VALORES HAN HECHO (RECER) PERSONALMENTE
- VALORES, DEBERES Y NORMAS
- HERRAMIENTAS VALORES ÉTICOS

COMO DISCIPLINA

- HA FORTALECIDO EL RECONOCIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL
- BUSCAMOS GARANTIZAR LA LEGITIMIDAD DE NUESTRO TRABAJO

SERVICIOS SOCIALES SON ESENCIALES, GARANTIZAN LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

HERRAMIENTAS SON NUESTRAS CAPACIDADES Y COMPETENCIAS

NO NOS DAN HERRAMIENTAS QUE NOS VALIDAN - COLEGIO - es LA CASA DE LA PROFESIÓN es UNA NECESIDAD SOCIAL

RAQUEL PODEROSO BRAVO Y ARÁNZAZU CAMPOS GÓMEZ

A VECES NINGUNA HERRAMIENTA CONVENCIONAL ENCAJA HASTA QUE DESCUBRIMOS QUE EL RECURSO QUE LA FAMILIA NECESITA SOMOS NOSOTRAS MISMAS

LA TRABAJADORA SOCIAL COMO HERRAMIENTA DE LA INTERVENCIÓN

- DEJAR DE LADO LOS PREJUICIOS Y ACEPTAR LAS RESPONSABILIDADES

LA (RE)ACCIÓN DEL VÍNCULO ES ESENCIAL

TRABAJAR LAS DESPEDIDAS COMO OPORTUNIDADES



- LAS EXPERIENCIAS DESPIERTAN EMOCIONES Y CON ESTO PODEMOS (REAR) HERRAMIENTAS

- SER CONSIENTES DE QUE EL VÍNCULO TAMBIÉN NOS AFECTA

NECESITAMOS SUPERVISIONES

AUTOUIDADO PERSONAL



RAÚL SOTO ESTEBAN JUSTICIA



JOSE LUIS GASTAÑAGA EDUCACIÓN

PARA VOLVERNOS IMPRESCINDIBLES HAY QUE DESARROLLAR UN TRABAJO SOCIAL SENSIBLE AL **CONTEXTO**



- USAR HERRAMIENTAS CONCEPTUALES
- USAR REFERENTES TEÓRICOS

VERÓNICA GALLEGO SERVICIOS SOCIALES

- BUSCAMOS QUE LA GENTE SALGA MEJOR DE LO QUE ENTRA
- HAY FALTA DE PROACTIVIDAD
- USAR LA PACIENCIA (COMO RECURSO)

HAY QUE ASUMIR EL PENSAMIENTO CRÍTICO CON LAS PERSONAS

SOMOS UN RECURSO DE ATENCIÓN y SEGUIMIENTO y ATENDEMOS LO URGENTE y LO IMPORTANTE

TENEMOS QUE RECUPERAR EL ACOMPAÑAMIENTO REAL

USAR TÉCNICAS COMO

- ENTREVISTAS
- VISITAS
- INFORME SOCIAL
- HISTORIA SOCIAL
- OBSERVACIÓN

ATENCIÓN PRIMARIA = PIEZA DEL ENGRANE DEL SISTEMA

"APAGO FUEGOS (CONSTANTEMENTE)"

NUOVO ENFOQUE EN: VALORACION SOCIO-SANITARIA y PLAN DE CUIDADOS PRESENCIAL

SILVIA SIERRA GERONTOLÓGICO

- TECNOLOGÍA A NUESTRO FAVOR
- HAY QUE CAMBIAR LA MIRADA HACIA LA VEJEZ
- MEJORAR LOS RECURSOS ESENCIALES
- FACILITAR EL ENVEJECER DIGNAMENTE



PRINCIPIOS

- ATENCIÓN
- PERSONA EN EL CENTRO
- INTERDEPENDENCIA

HACIA UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS A DOMICILIO



ESPACIOS CRÍTICO-REFLEXIVOS: DIÁLOGOS (EN) Y ENTRE DIFERENTES ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN ESPACIO 2

ANA VÁZQUEZ SALUD



- DESDE OTRAS DISCIPLINAS OPINAN SENSIBILIDAD, CONOCIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN, MAPEO DE RECURSOS NO HAY SALUD SIN TRABAJO SOCIAL
- LOS FACTORES SOCIALES SON DETERMINANTES PERO MODIFICABLES

EL DERECHO A LA SALUD TIENE QUE ABARCAR LOS DETERMINANTES SOCIALES

- COORDINAR TODOS LOS SERVICIOS Y RECURSOS



DAR A CONOCER LAS SITUACIONES DE EXCLUSIÓN

ES IMPORTANTE PREGUNTAR INDAGAR APRENDER



DAR PROTAGONISMO A LA PERSONA MIGRANTE

NO QUITAR SU VOZ



LILIAN CARRANZA e IRENE DURÁN INMIGRACIÓN

- EXISTEN BARRERAS Y PRÁCTICAS QUE HAY QUE MEJORAR
- FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD

APRENDER Y ESCRIBIR BIEN SU NOMBRE

- INCORPORAR PERSPECTIVA ANTIRRACISTA EN LA EDUCACIÓN

- RESPECTAR LAS IDENTIDADES



BUENAS PRÁCTICAS

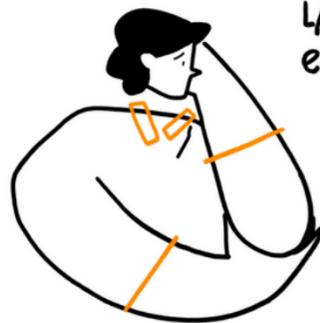
EL PROCESO DE INTERVENCIÓN NO TIENE QUE SER DIRIGIDO

VISIBILIZAR EL RACISMO INSTITUCIONAL

FORMACIÓN Y ANÁLISIS DEL RACISMO

PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD CIUDADANOS DE PLENO DERECHO?

- EL CAMBIO DE PARADIGMA FUE MUY DIFÍCIL (5 AÑOS ATRÁS)
- "VAMOS A INTERVENIR Y DEJARNOS DE BUROCRACIA"
- EN LAS JÁRCAS DEL ÁMBITO PENITENCIARIO INTERVENIMOS



LUIS VERDÚ Y ESPERANZA SÁNCHEZ PENITENCIARIO

DESISTIMIENTO DELICTIVO

LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA HA PUESTO EN MARCHA PROGRAMAS ESPECÍFICOS

- SE TRABAJA SOLO CON LAS PERSONAS
- ES NECESARIO PRÁCTICA
- SE NECESITA RED FAMILIA COMUNIDAD...
- PÉRDIDA PROGRESIVA DE EFECTOS

TENEMOS QUE FORTALECER LOS VÍNCULOS

APOYO SOCIAL



SILVIA LÓPEZ BUENO PROTECCIÓN INFANTIL

- HAY UNA TENDENCIA A TENER MENOS PLAZAS EN CENTROS Y MENOS CENTROS DE TITULARIDAD PÚBLICA
- INCORPORACIÓN PROGRESIVA DE PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS EN UN CONTEXTO COERCITIVO

ENFOQUE DE MERCADO "MENOR COSTE" "CONSUMIDORES Y CUENTES" EN LOS SERVICIOS SOCIALES

FAMILIAS COMO AGENTES O FAMILIAS COMO CONSUMIDORAS



¿Qué herramientas para qué Trabajo Social?

Libro de Comunicaciones
del 7º Congreso de
Trabajo Social Madrid

